



II КОНГРЕСС

«ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ
ЧЕЛОВЕКА XXI ВЕКА»

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

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И ОБРАЗОВАНИЕ MENTAL HEALTH AND EDUCATION

СБОРНИК НАУЧНЫХ СТАТЕЙ
COLLECTION OF SCIENTIFIC PAPERS



СОЮЗ ОХРАНЫ
ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

5-7 OCTOBER 2018
MOSCOW

**II КОНГРЕСС
«ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА XXI ВЕКА»
ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И ОБРАЗОВАНИЕ
СБОРНИК НАУЧНЫХ СТАТЕЙ**

**II CONGRESS ON MENTAL HEALTH:
MEETING THE NEEDS OF THE XXI CENTURY
MENTAL HEALTH AND EDUCATION
COLLECTION OF SCIENTIFIC PAPERS**

5–7 October 2018

Moscow, Russia

УДК 159.9
ББК 88.5
П86

Психическое здоровье и образование: сборник научных статей по материалам II Конгресса «Психическое П86 здоровье человека XXI века». — М.: ИД «Городец», 2018. — 504 с.

Mental Health and Education: Collection of Scientific Papers of the II Congress on Mental Health: Meeting the Needs of the XXI Century. — Moscow: PH “Gorodets”, 2018. — 504 p.

ISBN 978-5-907085-05-3

В сборнике представлены статьи специалистов в сфере охраны психического здоровья по различным академическим дисциплинам, включая общую медицину, психиатрию, психотерапию, психологию, социологию, педагогику, юриспруденцию, экономику, спорт, искусствоведение по материалам II Конгресса «Психическое здоровье человека XXI века», который состоялся 5–7 октября 2018 г. в Москве. Сборник предназначен для исследователей и практиков, работающих в сфере охраны психического здоровья.

Редакция не несет ответственность за мнения, изложенные в статьях.

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

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

Responsibility for the information lies with the authors.

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

УДК 159.9
ББК 88.5

ISBN 978-5-907085-05-3

© Союз охраны психического здоровья, 2018
Union for Mental Health
© ИД «Городец», 2018
PH “Gorodets”

Редакционная коллегия

Главный редактор

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

Члены редакционной коллегии

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

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

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

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

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

Editorial Board

Editor-in-Chief

BORODIN Vladimir Ivanovich, MD
(Union for Mental Health)

Editorial board members

MOROZOV Pyotr Viktorovich, MD
(Russian Society of Psychiatrists)

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

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

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

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

Содержание

Психическое здоровье: профессиональное образование	13
Авилов О. В. Смысловые особенности психического здоровья	13
Алёшичева А. В., Самойлов Н. Г. Современные представления о психическом и психологическом здоровье человека	16
Андерш Н. Потенциал семиотических исследований в психопатологии: ключ к пониманию психических заболеваний	19
Афранж Э. Психическое здоровье: от обособленности к общности, переходя от субъективной к истинной реальности	24
Ахметзянова А. И. Антиципационно-прогностический механизм социально-психологической адаптации при делинквентном поведении: структурно-функциональная и генетическая организация	26
Баранников А. С. Психическое здоровье и экзистенция	29
Битехтина Л. Д. Философия древних греков: к духовным практикам и далее	32
Бобров А. Е. О необходимости изменения образовательных программ по психиатрии	35
Варга А. Я., Рыцарева Т. В. Особенности образования в системном подходе с применением техник дистанционного образования	39
Горбенко И. А. Проблема психического здоровья человека и жизнеспособности личности	41
Городнова М. Ю. Междисциплинарная обучающая среда как необходимая основа непрерывного профессионального образования в сфере психического здоровья	45
Гуткевич Е. В. Психическое здоровье семьи: интеграция клинических, психологических и генетических знаний для эффективных практик	48
Жмурин И. Е. Особенности подготовки психологов-консультантов в государственном вузе	51
Зислин И. Антропологическая психиатрия и антропология психиатрии в XXI веке	54
Иванов А. Л., Калмыкова И. Ю. Инновационные подходы к повышению квалификации врачей-психотерапевтов и клинических психологов по программе «Медико-психолого-социальная реабилитация» на базе кафедры психотерапии и сексологии РМАНПО	58
Изотова Е. И. К проблеме понятия «психоэмоциональный статус» как компонента психического здоровья и эмоционального благополучия личности	61
Катков А. Л. Современные подходы к интеграции в профессиональной психотерапии и выводимые отсюда модели подготовки специалистов-психотерапевтов	64
Кузовкин В. В., Поваляева А. В. Концептуальная модель профессионально-личностного проблемно-деятельностного обучения психологов-консультантов, психологов-психотерапевтов	72
Лолас Ф. Психиатрия через призму эпистемических жанров: задачи профессионального сообщества	76
Макаров В. В. Четырехчастная система образования специалистов в области психического здоровья	78
Макаров В. В., Лыч К. В. Деньги в профессии и жизни специалистов в области психического здоровья и психологического благополучия (введение в тренинг)	81
Маралов В. Г., Ситаров В. А. Актуальные проблемы формирования позиции ненасилия у студентов — будущих специалистов сферы психолого-педагогического сопровождения	84
Менделевич В. Д. Чего не знает психиатр и чему нас учить?	87
Морозов П. В. О некоторых моделях обучения молодых психиатров с использованием международного опыта	89
Панкова О. Ф., Данилова М. Ю. Проблемы и перспективы подготовки кадров высшей квалификации в области психиатрии в свете современных реформ образования в РФ	92
Торан Г., Тарен А. Обучение наркологов в мультидисциплинарном контексте: швейцарская модель повышения квалификации FORDD	95
Федоров А. А., Каштанова С. Н. Инклюзивное высшее образование: ключевые проблемы и траектории развития	96
Филиппова Г. Г. Образование специалистов в области психологии репродуктивного здоровья	99
Цыганков Б. Д., Малыгин Я. В. Объективизация результатов психообразования с помощью русскоязычной версии опросника «Уровень активности пациента» в адаптации Я. В. Малыгина и Б. Д. Цыганкова	103
Чухрова М. Г. Сопряженность современной психологии здоровья и учения о страстях	107
Шилова О. В. Врачи-психиатры республики Беларусь: удовлетворенность последипломным образованием и трудом	109
Образование в структуре единого лечебно-реабилитационного процесса	113
Авдулова Т. П. Психосоматические предпосылки псориаза	113
Акнин Н. Подход к теме смерти в контексте психического здоровья	115
Акопов Г. В., Носачев Г. Н. Психическое здоровье в контексте современных концепций сознания	117
Альварес А., Андрес П., Самбрана А., Санчес Л., Де Ла Мата Р., Калама Х., Матиас Х. Экономическая эффективность лечения пациентов с психическими расстройствами атипичными депо-нейролептиками	121

Бабурин А. Н., Казьмина О. Ю., Магай А. И., Казьмина Е. А. Психообразовательные технологии в структуре реабилитационной деятельности у психически больных с религиозным мировоззрением	122
Бачило Е. В. Интеграция психиатрической помощи в первичное звено здравоохранения (обзор данных)	125
Белых Т. В., Антонова А. А., Ботвиненко Е. В., Буданова А. Т. Терапия театром в структуре комплексного подхода к лечению и реабилитации пациентов с шизофренией	129
Бовина И. Б., Дворянчиков Н. В., Якушенко А. В. Стигматизация и психическое здоровье: размышления с позиции психологии здоровья	132
Джавед М. А., Афзал М. Реабилитация против выздоровления	135
Вентер Г. Дж., Вентер К. Надежда на выздоровление: обучение студентов психотерапии с использованием биопсихосоциальной модели и концепции восстановления	139
Казымова Н. Н., Никитина Д. А. Психологические особенности переживания травматических событий в период ранней взрослости	142
Карякина М. В. Нарушения метакогниций при шизофрении	145
Касьянов Е. Д., Мазо Г. Э., Кибитов А. О. Клинические и фундаментальные исследования «семейной» депрессии	148
Клименко Т. В., Игонин А. Л. Раннее выявление и мотивационное консультирование лиц с наркологическими расстройствами в первичном звене здравоохранения	152
Ковалёв А. И., Климова О. А. Диагностика вестибулярной дисфункции с помощью технологии виртуальной реальности и регистрации движений глаз	158
Котик Р. Ю. Уникальная внебольничная реабилитационная система «Саммит»	160
Лиманкин О. В. Реабилитационные подходы в отечественной и зарубежной психиатрии: опыт двадцатилетнего взаимодействия	163
Львова Т. В., Торопова А. В. Музыкально-реабилитационная программа в неврологическом отделении: основания, цели и методы	166
Мазаева Н. А., Головина А. Г. Персонифицированные подходы к образованию как фактор улучшения социальной адаптации подростков с психической патологией	170
Митихин В. Г. Инновационный подход к обработке данных, полученных в рамках психометрических шкал	173
Морозова Е. В. Основные положения концепции «внутренняя картина инвалидности» в контексте реабилитационной активности личности	176
Немет Д. Г. Стрессоустойчивость как необходимый элемент психического здоровья современного человека	180
Подольский Г., Тейтельбаум А. Программа «Мост в общество»: одиннадцатилетний опыт реабилитации пациентов, находящихся на лечении с длительным пребыванием	183
Савельева О. А., Меньшикова Г. Я. Оценка точности пространственного гнозиса с помощью систем виртуальной реальности	187
Светкина А. А., Стрельникова И. А., Ковшова О. С. Динамика нейропсихологического синдрома и отдельных высших психических функций в раннем восстановительном периоде ишемического инсульта в каротидном бассейне	190
Симак О. Я. Влияние брака на приверженность терапии и осознание болезни пациентами с шизофренией	194
Сиснёва М. Е. Опыт реформирования службы социально-психологической реабилитации на примере сотрудничества с ГБУ ПНИ № 22 г. Москвы	198
Солохина Т. А. Социально-психологические проблемы в семьях больных шизофренией и пути их решения	199
Спокойная Н. В. Сверхновые информационные технологии и интегральный духовно-ориентированный подход для восстановления и поддержания психического здоровья человека, семьи и общества в эпоху постмодернизма. Концепция образования	203
Табидзе А. А. ЭФФективная краткосрочная (1 месяц) педагогическая технология обучения стрессоустойчивости и профилактики психогенных заболеваний для широких слоев населения	207
Токарева Н. Г. Клинико-психологические характеристики уровня притязаний личности у больных эпилепсией	210
Харламенкова Н. Е. Представление о психологической безопасности у пациентов с разным уровнем посттравматического стресса, оперированных по поводу менингиомы	213
Хритинин Д. Ф., Петров Д. С., Коновалов О. Е. Оценка социально-реабилитационного потенциала семей пациентов с органическими психическими расстройствами	216
Чан Е. В. Стандартизированные и аккредитованные нейротрансмиттеры и генетические тестирования для выявления и лечения психических расстройств на ранней стадии развития	220
Ястребова В. В. Факторные модели комплаентности больных шизофренией	224

Профилактика психических расстройств и продвижение ценностей психического здоровья среди детей и подростков

Абольянина С. Р. Повышение уровня личной адаптации детей и подростков с нарушением слуха	228
Алеева Л. В., Брюханцева Н. В. Оптимистическое мировоззрение педагога как основа психического здоровья в системе образования	231
Бабкина Н. В. Психологическое сопровождение образования детей с задержкой психического развития как неотъемлемое условие укрепления их психического здоровья	234
Банников Г. С., Вихристюк О. В. Раннее выявление актуальных и потенциальных факторов риска суицидального поведения среди несовершеннолетних	237

Бибчук М. А. Семья и психическое здоровье ребенка	241
Бекенева Л. В., Касьянова Ю. А. Анализ причин самоубийств у подростков, проживающих на территории Республики Саха (Якутия)	244
Булыгина В. Г., Григорьева А. А., Проничева М. М. Экзистенциально-аналитические аспекты выявления факторов риска и первичной профилактики самоповреждающего поведения у подростков	248
Быховец Ю. В., Лернер Л. Б. Психологическая картина переживания, связанного со смертельно опасным заболеванием ребенка (на материале работы с матерями подростков-онкопациентов)	252
Васькова О. В. Профилактика трудностей обучения: нейропсихологический подход	256
Виленская Г. А., Лебедева Е. И. Модель психического и контроль поведения у детей дошкольного возраста с типичным развитием и нарушением речи	258
Воликова С. В. Школьный буллинг как фактор эмоциональной дезадаптации детей и подростков	263
Володина С. А. Психическое здоровье младшего подростка как необходимое условие его адаптации к новой образовательной среде	266
Глозман Ж. М. Луриевская нейропсихология и адекватные интервенции для детей, подростков и взрослых людей	269
Дозорцева Е. Г., Нуцкова Е. В. Изучение психологических последствий сексуального насилия у детей и подростков как основа профилактической работы	272
Ефимов О. И. Профилактика суицидального поведения несовершеннолетних в системе образования РФ	275
Зарецкий В. К. Шахматы для общего развития и коррекции его нарушений: рефлексивно-деятельностный подход	278
Иващенко Д. М., Бурделова Е. В., Иващенко Л. В. Цели и мишени профилактики агрессивного поведения в студенческой среде	284
Кассеб А. Анализ состояний агрессии: внутренняя борьба человека	287
Кузнецова Е. А. Психообразование во вторичной профилактике соматоформных расстройств у подростков	290
Милованчевич М. П. Инклюзивное образование и нарушения развития	293
Николаева Н. А. Сравнительный анализ ценностного отношения к здоровью подростков и юношей	296
Ощепкова Е. С. Особенности детской речи в связи с различными трудностями обучения	299
Польская Н. А. Самоповреждающее поведение и методы его профилактики у подростков	303
Сирота Н. А., Ялтонский В. М. Первичная профилактика химических и поведенческих аддикций у подростков: тенденции изменения и возможности реализации	306
Соколова Е. А. Исследование психологических особенностей конфликтов в семьях с одним и несколькими детьми	309
Соколовская И. Э. Духовная безопасность в области сохранения психического здоровья	312
Солдатова Г. У., Вишнева А. Е. Особенности выполнения когнитивных задач детьми с разной интенсивностью использования цифровых устройств	315
Старостина Ю. А. Особенности эмоциональной сферы дошкольников в условиях форсирования их развития ...	320
Ходаярифард М., Хассанираад М. Стратегии охраны психического здоровья подростков в образовательной среде	322
Холмогорова А. Б. Психическое здоровье детей, подростков и молодежи в современном информационном обществе	327
Хузеева Г. Р. Роль сверстника в обеспечении психического здоровья ребенка	330
Черенкова Л. В., Соколова Л. В. Многоуровневый подход к исследованию особенностей обработки зрительной информации у детей дошкольного возраста с нарушениями развития и их влияния на прогноз когнитивной компетентности ребенка	333
Шабас С. Г. Психическое здоровье педагога как условие качества дошкольного образования	337
Шилов С. Н., Алимбаева М. А., Шилова О. Ю. Психическое здоровье и качество жизни девушек-подростков с ановуляцией	340
Образовательные аспекты аутизма в жизненном цикле человека ...	344
Азова О. И. Речевой статус в диагностике и после коррекции (результаты скрининга)	344
Волкова О. О., Головина Г. А. Опыт организации профессионального обучения и трудовой занятости молодых людей с расстройствами аутистического спектра	348
Гомозова Е. С. Использование концепции DIR в работе с детьми с расстройствами аутистического спектра ...	352
Клюшник Т. П., Симашкова Н. В., Андросова Л. В., Отман И. Н. Иммунодиагностика расстройств аутистического спектра: оптимизация терапии	355
Людвиг Н. Н., Робинс Д. Л. Половые различия в результатах скрининга пациентов с расстройствами аутистического спектра: необходимость дальнейших исследований	359
Розенблюм С. А., Хотылева Т. Ю. Развитие системы образования детей с аутизмом в инклюзивной школе. Успехи и риски. Анализ практического опыта	361
Семаго Н. Я., Семаго М. М. Психологическая систематика аутистических расстройств и специфические направления помощи	364
Филиппова Н. В. к. Барыльник Ю. Б. Медико-социальная помощь детям с расстройствами аутистического спектра и другими нарушениями развития на территории Саратовской области	367
Черенева Е. А., Спиридонова М. С., Гуткевич Е. В. Дифференциальная диагностика аутизма и сходных состояний в детском возрасте	370

Исследования и образование по деменции	375
Гантман М. В., Щеткина А. Л., Пономарева Е. В. Опыт проведения «школ заботы» для родственников пациентов с деменцией	375
Гашимова У. Ф., Королёва М. В., Коршун Е. И. Старение мозга и роль питания для сохранности когнитивных функций	377
Горелик С. Г., Батанова Е. П., Сушкова В. И., Колпина Л. В. Обучение социальных работников основам геронтологии, представлениям о деменции и его эффективность	381
Гусак П. С., Шилова О. В., Тарнопольский В. В. Анализ случаев деменции, выявленных психиатрической службой города Гомеля республики Беларусь в 2017 году	385
Ильницкий А. Н., Прощаев К. И., Крохмалева Е. В., Коршун Е. И. Одиночество как новый гериатрический синдром: фокус на питание и когнитивный статус	387
Матеёвска Кубесова Х., Матеёвски Я., Германова М., Герман Йи. Своевременная диагностика деменции врачом-терапевтом: результаты пилотных исследований в Южной Моравии	392
Сергиенко Е. А. Модель психического как когнитивная основа социальной адаптации и возможности ее развития в пожилом и старческом возрасте	396
Татаринова О. В., Созонова К. К., Охлопков М. Е. Гериатрические участки и их эффективность в раннем выявлении пациентов с деменцией	399
Формоса М. Разработка и реализация стратегий лечения деменции на Мальте	402
Правовые основы охраны психического здоровья	405
Кузьмина Т. М., Бородин В. И. Правовые аспекты недобровольной госпитализации психически больных людей в России и других странах мира	405
Мацкевич И. М. Криминальное поведение человека: психическая и психологическая предрасположенность	408
Мохов А. А., Мограбян А. С. Право физического лица на внешний облик и право на психическое здоровье в современном обществе	412
Пазына Е. О. Правовые основы охраны психического здоровья на рабочем месте в Европейском Союзе и Российской Федерации	416
Образование в сфере музыкальной терапии	422
Апрелева А. Музыкальная терапия как комплексный метод психоэмоциональной и когнитивной помощи в лечении БАС	422
Кавалёва-Мусси А. Музыкальная терапия в лечении расстройств аутистического спектра	426
Меркадаль-Бротон М. Обучение музыкальной терапии в международной практике	428
Новикова Л. М. Перспективы и возможные направления развития профессионального образования в области музыкальной терапии	430
Петрушин В. И. Финальные цели музыкальной терапии и музыкального коучинга	433
Стангрит С. Я., Потахина М. О. Кантелетерапия: подготовка музыкального терапевта в «полевых условиях»	437
Степанова Т. К. Становление музыкального терапевта	439
Черепанов А. В. Подготовка музыкальных волонтеров для учреждений психического здоровья	443
Адаптивный спорт	447
Воробьев С. А., Коротков К. Г., Короткова А. К. Развитие методов контроля и психологической поддержки спортсменов-паралимпийцев	447
Воробьев С. А., Набойченко Е. С. Психофизические возможности лиц с расстройствами аутистического спектра и возможности их участия в паралимпийском спорте	449
Грецов А. Г. Психологическая подготовка тренеров, работающих в спорте лиц с интеллектуальными нарушениями	457
Евсеев С. П. Современное состояние и перспективы развития адаптивного спорта для лиц с интеллектуальными нарушениями и психологическими особенностями	460
Иванова И. Г. Значимость психолого-педагогических аспектов для сохранения психического здоровья в спорте	461
Ладыгина Е. Б., Евсеева О. Э., Ладыгин Б. А. Инклюзивные занятия с элементами адаптивного спорта в комплексных центрах социального обслуживания населения с людьми пожилого возраста	464
Психическое здоровье на рабочем месте	467
Белозерова Л. А. Феномен выгорания в процессе подготовки педагогов: необходимость ранней профилактики	467
Галой Н. Ю. Технология дизайн-мышления как условие обеспечения психологически комфортной образовательной среды в вузе	470
Горковенко О. В. Эффект духовности во время работы — непроявленное рабочее место	472
Морозюк Ю. В., Морозюк С. Н. Саногенный менеджмент как современная парадигма антистрессового управления	474
Винн Р. Продвижение психического здоровья на рабочем месте: стратегии обучения	477

Юсупова Ф. А. Психофизиологические подразделения лечебных учреждений «РЖД-медицина» как значимая площадка для поддержания психологического здоровья работников железнодорожного транспорта и обеспечения медико-психологической составляющей безопасности движения поездов	480
Образование в системе наркологической помощи	483
Агибалова Т. В., Тучина О. Д. Краткие психотерапевтические интервенции для профилактики синдрома зависимости и употребления спиртного с пагубными последствиями у пациентов широкой медицинской сети	483
Брюн Е. А. Организация наркологической помощи в России и система подготовки профессиональных кадров ...	486
Бузык О. Ж. Профилактика игровой и компьютерной зависимости	489
Волков А. В. Опыт внедрения в Ярославской области обучающих профилактических программ по предупреждению болезней зависимости	492
Кошкина Е. А. Мониторинг наркологической ситуации в системе профессионального образования врачей психиатров-наркологов	496
Надеждин А. В., Петухов А. Е. Изучение злоупотребления алкоголем и другими ПАВ среди соматических больных (предварительные результаты)	499

Contents

Professional Education in Mental Health	13
Avilov O. V. Understanding Mental Health	13
Aleshicheva A. V., Samoilov N. G. Contemporary Views on Mental and Psychological Health of a Person	16
Andersch N. The Unused Potential of Semiotic/Symbolic Research in Psychopathology: A New Key Towards the Understanding of Mental Illness	19
Afrange E. Mental Health: from Singular to Community, Transiting between Subjective Realities and the True Reality	24
Akhmetzyanova A. I. Anticipational-prognostic Mechanism of Socio-psychological Adaptation in Delinquent Behavior: Structural, Functional and Genetic Aspects	26
Barannikov A. S. Mental Health and Existence	29
Bitekhtina L. D. Philosophy of Ancient Greeks: to Spirituality and Further	32
Bobrov A. E. Educational Programs in Psychiatry: the Need for Change	35
Varga A., Rytsareva T. Features of Education in the System Approach Using Distance Learning Techniques	39
Gorbenko I. A. The Issue of Mental Health and the Vitality of an Individual	41
Gorodnova M. Yu. Interdisciplinary Learning Environment as a Necessary Framework for the Continuous Professional Education in the Field of Mental Health	45
Gutkevich E. V. Family Mental Health: Integration of Clinical, Psychological and Genetic Knowledge for Effective Practice	48
Zhmurin I. E. Specific Features of Training Counseling Psychologists at a State University	51
Zislín Y. Anthropological Psychiatry and Anthropology of Psychiatry in the 21 st Century	54
Ivanov A. L., Kalmykova I. Yu. Innovative Approaches to the Training of Psychotherapists and Clinical Psychologists in Medical, Psychological and Social Rehabilitation at the Department of Psychotherapy and Sexology of the Russian Medical Academy of Postgraduate Education	58
Izotova E. I. On the Concept of Psychoemotional Status as an Element of Mental Health and Emotional Well-being of the Personality	61
Katkov A. L. Modern Approaches to Integration in Professional Psychotherapy and the Models of Specialist Training	64
Kuzovkin V. V., Povalayeva A. V. Conceptual Model of Professional-personal Problem and Activity Training of Consulting Psychologists and Psychologists-psychotherapists	72
Lolas F. Psychiatry as Integration of Epistemic Frames and Discourses: a Challenge for a Community of Practice	76
Makarov V. V. Four-part Education System for Mental Health Professionals	78
Makarov V. V., Lych K. V. The Role of Money in Life and Work of Mental Health and Well-being Specialists. Workshop Introduction	81
Maralov V. G., Sitarov V. A. Promoting Non-violence as a Value among Psychological and Pedagogical Students	84
Mendelevich V. D. What Psychiatrists Don't Know and What to Teach Them	87
Morozov P. V. On Some Models of Training for Young Psychiatrists with the Use of International Experience	89
Pankova O. F., Danilova M. Yu. Highly-qualified Specialist Training in Psychiatry in Light of Current Education Reforms in Russia: Challenges and Opportunities	92
Thorens G., Tharin A. Teaching Addiction Specialists in a Multidisciplinary Context: the FORDD Swiss Model of Certificate of Advanced Studies	95
Fedorov A. A., Kashtanova S. N. Inclusive Higher Education: Key Issues and Guidelines for Development	96
Filippova G. G. Education of Specialists in Psychology of Reproductive Health	99
Tsygankov B. D., Malygin Y. V. Evaluating Results of Psychoeducation Programs with the Russian Version of "Patient Activation Measure" Questionnaire Adapted By Y. V. Malygin and B. D. Tsygankov	103
Chukhrova M. G. Modern Psychology of Health and the Teaching on the Passions	107
Shylova O. V. Psychiatrists of the Republic of Belarus: a Case Study of the Satisfaction with Postgraduate Education and Work	109
Education in the Structure of a Single Treatment and Rehabilitation Process	113
Avdulova T. P. Psychosomatic Components of Psoriasis	113
Aknin N. How to Approach the Subject of Death in Mental Health Education	115
Akopov G. V., Nosachev G. N. Mental Health in the Context of Modern Concepts of Consciousness	117
Álvarez A., Andrés P., Zambrana A., Sánchez L., De La Mata R., Calama J., Matias J. Cost-efficacy Study in Patients with Psychotic Disorder Treated with an Atypical Depot Antipsychotic	121
Baburin A. N., Kazmina O. Yu., Magay A. I., Kazmina E. A. Psychoeducational Strategies: a Case Study of Rehabilitation Activities of Mentally Ill Patients with Religious Beliefs	122
Bachilo E. V. Integrating Mental Health Service into the Primary Health Care: Data Overview	125

Belykh T. V., Antonova A. A., Botvinenko E. V., Budanova A. T. Theater Therapy as a Part of an Integrated Approach to Treatment and Rehabilitation of Patients with Schizophrenia	129
Bovina I. B., Dvoryanchikov N. V., Yakushenko A. V. Stigmatization and Mental Health: a Perspective of Health Psychology	132
Javed M. A., Afzal M. Rehabilitation versus Recovery	135
Venter H. J., Venter C. Training for Hope: Redefining Graduate Clinical Counseling Training by Incorporating the Bio-psycho-social Model and the Recovery Concept in the Curriculum	139
Kazymova N. N., Nikitina D. A. Psychological Features of Experiencing Traumatic Events During Early Adulthood	142
Karyakina M. V. Metacognitive Impairments in Schizophrenia	145
Kasyanov E. D., Mazo G. E., Kibitov A. O. Clinical and Basic Studies of Family Depression	148
Klimenko T. V., Igonin A. L. Early Detection of Addictions and Motivational Counseling for Persons with Substance Dependence Disorders in Primary Health Care	152
Kovalev A. I., Klimova O. A. Diagnostics of Vestibular Dysfunction Using Virtual Reality and Eye Tracking	158
Kotik R. Y. Unique System of Outpatient Rehabilitation Service “Summit”	160
Limankin O. V. Rehabilitation Approaches in Russian and Foreign Psychiatry: 20 Years of Experience	163
Lvova T. V., Toropova A. V. Music Rehabilitation Program in the Neurology: Goals and Methods	166
Golovina A. G. Personalized Approaches to Education as a Factor of Improvement of Social Adaptation of Adolescents with Mental Disorders	170
Mitikhin V. G. An Innovative Approach to the Processing of Data Obtained in the Framework of Psychometric Scales	173
Morozova E. V. Main Provisions of the New Psychological Conception called “Internal Picture of Disability”	176
Nemeth D. G. Resilience: The Mental Health Requirement of Our Time	180
Podolsky G., Teitelbaum A. Special Rehabilitation Project “Bridge to Community”: Eleven Years of Rehabilitation Experience for Chronic Psychiatry In-patients	183
Saveleva O. A., Menshikova G. Ya. Evaluation of the Accuracy of Spatial Gnosis Using the Virtual Reality System	187
Svetkina A. A., Strelnikova I. A., Kovshova O. S. Dynamics of Neuropsychological Syndrome and Higher Mental Functions in the Early Recovery Period of Carotid Ischemic Stroke	190
Simak O. Ya. Influence of Family and Marriage On Therapy Commitment and Disease Awareness in Patients with Schizophrenia	194
Sisneva M. E. Introducing a New Model of Social and Psychological Rehabilitation Service: a Case Study of Psychoneurological Boarding Facility No. 22 in Moscow	198
Solokhina T. A. Socio-psychological Issues in Families of Patients with Schizophrenia and Possible Solutions to Them	199
Spokoinaya N. W. Brand-new Information Techniques and Integrated Spiritually Oriented Approach for Restoration and Support of Mental Health of the Person, Family and Society in Postpostmodernism. The Concept of Education	203
Tabidze A. A. Effective Short-term Training for Resilience and Prevention of Psychogenic Diseases in General Population	207
Tokareva N. G. Clinical and Psychological Characteristics of the Personal Level of Aspiration in Epilepsy Patients	210
Kharlamenkova N. E. Psychological Safety Representation in Patients with Different Level of Post-traumatic Stress after Meningioma Surgery	213
Khritinin D. F., Petrov D. S., Konovalov O. E. Evaluation of Social and Rehabilitation Potential in Families of Patients with Organic Mental Disorders	216
Chan E. W. The Need for Standardized and Accredited Neurotransmitters and Gene Tests for Early Identification and Appropriate Individually Tailored Early Treatment of Mental Disorders	220
Yastrebova V. V. Factor Models of Compliance in Schizophrenia	224

Prevention of Mental Disorders and Promotion of Mental Health

Among Children and Adolescents in the Educational Setting	228
Abolyanina S. R. Raising the Level of Personal Adaptation in Children and Adolescents with Hearing Impairment	228
Aleeva L. V., Bryukhantseva N. V. Positive Attitude and High Personal Values in Teachers as a Foundation of Successful Mental Health Education	231
Babkina N. V. Psychological Support in Education of Children with Mental Development Delay as a Foundation for Strengthening Their Mental Health	234
Bannikov G. S., Vikhristyuk O. V. Early Recognition of Actual and Potential Risk Factors of Suicidal Behavior among Minors	237
Bebchuk M. A. Family and Mental Health of a Child	241
Bekeneva L. V., Kasyanova J. A. Analysis of Suicide Causes in Adolescents Residing in the Sakha (Yakutia) Republic	244

Bulygina V. G., Grigor'eva A. A., Pronicheva M. M. Existential and Analytical Aspects of Identifying Risk Factors and Primary Prevention of Self-harming Behavior among Adolescents	248
Bykhovets Yu. V., Lerner L. B. Psychological Issues of Dealing with Life-threatening Disease of a Child: a Case Study of Mothers of Adolescents with Cancer	252
Vaskova O. V. Prevention of Learning Difficulties: Neuropsychological Approach	256
Vilenskaya G. A., Lebedeva E. I. Theory of Mind and Behavioral Control in Preschool Children with Typical Development and Language Impairment	258
Volikova S. V. School Bullying as a Factor of Emotional Disadaptation of Children and Adolescents	263
Volodina S. A. Mental Health of Young Adolescents and their Adaptation to New Educational Environments	266
Glozman J. M. Lurian Neuropsychology and Efficient Interventions for Children, Adolescents and Adults	269
Dozortseva E. G., Nutskova E. V. Exploring the Consequences of Child Sexual Abuse as a Basis for Effective Prevention Measures	272
Efimova O. I. Prevention of Teenage Suicide Behavior in the Educational System of the Russian Federation	275
Zaretskii V. K. Chess for General Development: Reflective and Activity Approach to Correcting Behavioral Disorders	278
Ivashinenko D. M., Burdelova E. V., Ivashinenko L. V. Objectives and Targets for the Prevention of Aggressive Behavior in Students	284
Casseb A. Re-building Dimensions on a Violent Mind: the Inner Struggle Human Reality	287
Kuznetsova E. A. Psychoeducation in Secondary Prevention of Somatoform Disorders in Adolescents	290
Milovančević M. P. Inclusive Education and Developmental Disorders	293
Nikolaeva N. A. Comparative Analysis of Value-based Attitude Towards Health in Teenagers and Young Adults	296
Oshchepkova E. S. Child Speech in Correlation with Learning Difficulties	299
Polskaya N. A. Self-injurious Behavior and Methods of its Prevention in Adolescents	303
Sirota N. A., Yaltonsky V. M. Primary Prevention of Chemical and Behavioral Addictions in Adolescents: Changing Strategies and Methods of Implementation	306
Sokolova E. A. Psychological Features of Conflicts in Parent-child Relationships in Families with One or More Children	309
Sokolovsky I. E. Spiritual Security in Mental Health	312
Soldatova G. U., Vishneva A. E. Influence of the Use of Digital Devices on the Performance of Cognitive Tasks by Children	315
Starostina Y. A. Emotional Sphere of Preschoolers in the Context of Forcing Their Development	320
Khodayarifard M., Hassaniraad M. Promoting Adolescents' Mental Health in Educational Setting Using Character Strengths Interventions	322
Kholmogorova A. B. Mental Health of Children, Adolescents and Young People in Modern Information Society	327
Khuzeeva G. R. Role of the Peer in Supporting Children's Mental Health	330
Cherenkova L. V., Sokolova L. V. Multilevel Approach to Analyzing Visual Perception in Preschoolers with Developmental Disorders and their Influence on Cognitive Abilities of a Child	333
Shabas S. G. Mental Health of Teachers as an Indicator of Quality Preschool Environment	337
Shilov S. N., Alimbaeva M. A., Shilova O. Yu. Mental Health and Quality of Life of Teenage Girls with Anovulation	340

Educational Aspects of Autism within the Concept of the Human

Life Cycle	344
Azova O. I. Speech Position in Diagnosis and After Correction (Results of Screening)	344
Volkova O. O., Golovina G. A. Experience of Vocational Training and Employment for Young People with Autism	348
Gomozova E. S. DIR Concept in Working with Children with ASD	352
Klyushnik T. P., Simashkova N. V., Androsova L. V., Otman I. N. Immunodiagnosis of Autistic Spectrum Disorders: Optimization of Therapy	355
Ludwig N. N., Robins D. L. Sex Differences in the Screening of Autism Spectrum Disorder: a Call for Future Research	359
Rosenblum S. A., Khotyleva T. Y. A Case Study of Inclusive Education for Children with Autism. Risks and Opportunities	361
Semago N. Y., Semago M. M. Psychological Classification of Autistic Disorders and Guidelines for Support	364
Filippova N. V., Barynnik Yu. B. Medical and Social Assistance for Children with ASD and Other Developmental Disorders: a Case Study for the Saratov Region	367
Chereneva E. A., Spiridonova M. S., Gutkevich E. V. Differential Diagnosis of Autism and Similar Conditions in Childhood	370

Dementia Research and Education

Gantman M. V., Shchetkina A. L., Ponomareva E. V. A Case Study of "Caregiver Schools" for Relatives of Patients with Dementia	375
Hashimova U. F., Koroleva M. V., Korshun E. I. The Aging Brain and the Role of Nutrition for the Preservation of Cognitive Functions	377

Gorelik S. G., Batanova E. P., Sushkova V. I., Kolpina L. V. Teaching Social Workers the Basics of Gerontology and Dementia: Suggested Strategies and their Effectiveness	381
Gusak P. S., Shylova O. V., Tarnopolski V. V. Analysis of Identified Cases of Dementia by the Psychiatric Service in Gomel, Belarus in 2017	385
Ilnitski A. N., Prashchayeu K. I., Krokhmaleva E. V., Korshun E. I. Loneliness as a New Geriatric Syndrome: Focus on Nutrition and Cognitive Status	387
Matejovska Kubesova H., Matejovsky J., Hermanova M., Herman J. General Practitioners and their Offices as Headquarters of Dementia Timely Diagnostics: a Pilot Study in Southern Moravia Region	392
Sergienko E. A. Theory of Mind as a Cognitive Basis of Social Adaptation and Possibility of Its Development in Elderly Age	396
Tatarinova O. V., Sozonova K. K., Okhlopkov M. E. Geriatric Health Districts and Their Effectiveness in Early Detection of Patients with Dementia	399
Formosa M. Planning and Implementing Dementia Care Policies: Malta's Experience	402
Legal Basis for Mental Health	405
Kuzmina T. M., Borodin V. I. Legal Aspects of Involuntary Hospitalization of Patients with Mental Disorders in Russia and Other Countries of the World	405
Matskevich I. M. Criminal Behavior of a Person: Mental and Psychological Predisposition	408
Mokhov A. A., Mograbyan A. S. Individual Rights to Mental Health and Freedom of Physical Appearance in Modern Society	412
Pazyna E. O. Legal Basis of Mental Health in Workplace Settings in the European Union and the Russian Federation	416
Education in Music Therapy	422
Apreleva A. Music Therapy as an Integrated Method of Psycho-emotional and Cognitive Support in Multidisciplinary ALS Care	422
Kavaliova-Moussi A. Music Therapy for Autism Spectrum Disorder	426
Mercadal-Brotons M. Music Therapy Education and Training from a Global Perspective	428
Novikova L. M. Guidelines for the Development of Professional Education in Music Therapy	430
Petrushin V. I., Ped. Goals of Music Therapy and Coaching	433
Stangrit S. J., Potahina M. O. Kantele Therapy: Training of Music Therapists in the Field	437
Stepanova T. K. The Making of a Musical Therapist	439
Cherepanov A. V. Training Music Volunteers for Mental Health Institutions	443
Education in Adaptive Sports	447
Vorobev S. A., Korotkov K. G., Korotkova A. K. Methods of Control and Psychological Support for Paralympic Athletes	447
Vorobev S. A., Naboichenko E. S. Psychophysical Abilities of Persons with ASDs in Paralympic Sports	449
Gretsov A. G. Psychological Training for Sports Coaches of People with Intellectual Disabilities	457
Evseev S. P. Current Development of Adaptive Sports for Persons with Intellectual Disabilities and Psychological Disorders	460
Ivanova I. G. The Importance of Psychological and Pedagogical Aspects for Maintaining Mental Health in Sports	461
Ladygina E. B., Evseeva O. E., Ladygin B. A. Inclusive Classes for the Elderly with Elements of Adaptive Sports in Social Services Centers	464
Mental Health Education in the Workplace	467
Belozeroва L. A. Phenomenon of Burnout in Teacher's Training: the Need for Early Prevention	467
Galoy N. Y. Design Thinking in Ensuring a Psychologically Comfortable Learning Environment	470
Gorkovenko O. V. Effect of Spirituality at Work—Unrevealed Workplace	472
Morozyuk Yu. V., Morozyuk S. N. Sanogenic Management: a Modern Paradigm of Stress Coping Strategies	474
Wynne R. Training Needs for Workplace Mental Health Promotion	477
Yusupova F. A. Psychophysiological Departments within "RZD Medicine": Promoting Psychological Health and Safety of Railway Workers	480
Education in Narcology	483
Agibalova T. V., Tuchina O. D. Brief Psychosocial Interventions to Prevent Alcohol Dependence and Abuse in Primary Care Patients	483
Bryun E. A. Alcohol and Drug Abuse Treatment Service and Professional Training for Addiction Specialists in Russia	486
Buzik O. Zh. Preventing Computer and Video Game Addiction	489
Volkov A. V. A Case Study of Addiction Prevention Programs in Yaroslavl Region	492
Koshkina E. A. Drug Situation Monitoring in Training of Addiction Specialists	496
Nadezhdin A. V., Petukhov A. E. Exploring Alcohol and Drug Abuse in Somatic Patients: Preliminary Results	499

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ: ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

PROFESSIONAL EDUCATION IN MENTAL HEALTH

СМЫСЛОВЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Авилов О. В., д. м. н.,
ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет»,
Челябинск, Российская Федерация

Аннотация

Предложен новый взгляд на психическое здоровье и его смысл. Показано, что смысл психического здоровья можно понять на основании разрабатываемой теории функциональной эквивалентности. Эквивалентность устанавливается с целью минимизации траты потенциала организма для сохранения здоровья индивида. Эквивалентность задается в таких формах, как движения, мысли, эмоции, поведение. На указанные процессы способно повлиять сознание. Стресс может свидетельствовать об отсутствии установления эквивалентности и об определенных проблемах с психическим здоровьем.

Ключевые слова

Психическое здоровье, теория функциональной эквивалентности, стресс, сознание.

UNDERSTANDING MENTAL HEALTH

Avilov O. V., MD,
South Ural State Medical University,
Chelyabinsk, Russian Federation

Abstract

This paper sheds new light on mental health and its nature. It is demonstrated that the essence of mental health can be grasped on the basis of the developing theory of functional equivalence. The equivalence is expressed in order to minimize the loss of the organism potential for maintaining good health. The equivalence can be established through movements, thoughts, emotions, and behavior. Consciousness can influence the above-mentioned processes, whereas stress can indicate the lack of equivalence and certain problems with mental health.

Key words

Mental health, theory of functional equivalence, stress, consciousness.

В современных условиях большое значение для развития производительных сил страны имеет сохранение здоровья населения, в том числе психического. В то же время эффективная работа по поддержанию высокого уровня психического здоровья возможна только при понимании того, что такое психическое здоровье и какой в нем смысл.

С позиции Всемирной Организации Здравоохранения психическое здоровье — это состояние благополучия, в котором человек реализует свои способности, может противостоять обычным жизненным стрессам и продуктивно работать [6]. Но возникают некоторые вопросы. Что такое состояние благополучия? Почему

имеется возможность противостоять стрессам и работать? В какой-то степени ответы на эти вопросы можно получить при рассмотрении позиции А. Г. Маслоу в отношении психики здорового человека. Маслоу писал [4], что самые здоровые в психологическом смысле люди отличаются высокой степенью самоактуализации и имеют при этом очень высокие показатели развитости когнитивных и перцептивных способностей. Самоактуализированные люди посвящают себя поиску главных ценностей, которые выступают в роли потребностей и являются метапотребностями. Невозможность удовлетворить базовые психологические потребности, а также потребность в самоактуализа-

ции, по мнению А. Г. Маслоу [4], приводит к различным расстройствам и, в частности, к неврозам и психозам. Таким образом, согласно А. Г. Маслоу, психическое здоровье, благополучие человека неразрывно связаны с возможностями удовлетворять потребности различного уровня. Но снова возникают вопросы. Что такое потребности? Почему в иерархии потребностей метапотребности занимают наивысшее место?

В новом энциклопедическом словаре [5] потребность определяют как надобность в чем-либо объективно необходимом для поддержания жизнедеятельности и развития организма, а также как исходную форму активности живых систем. Но в чем же заключается смысл потребностей? Мы считаем, что смысл психического здоровья, смысл потребностей можно понять с позиции развиваемой нами теории функциональной эквивалентности. Методической базой указанной теории является теория функциональных систем П. К. Анохина [1].

Развивая мысль П. К. Анохина о том, что в живых системах начальное и конечное звено передачи информации должны быть сопоставимы, К. В. Судачков [8] писал, что в любом звене функциональной системы имеются свойства потребности и ее удовлетворения, т. е. определенная эквивалентность. Но эквивалентность рассматривалась исключительно в пределах живых систем как условие точной передачи информации от одного звена к другому. Мы же полагаем, что информационные, физические и химические воздействия на организм должны быть эквивалентны сумме преобразованных в организме и выделенных из организма информационных, физических и химических компонентов жизнедеятельности.

Таким образом, по нашему мнению, потребность — это развитие дисбаланса разной степени выраженности, вызванного образующимся в процессе жизнедеятельности избытком информационных, физических и химических факторов, которые не могут быть удалены организмом самостоятельно. Удовлетворение потребностей — это поиск информационных, физических и химических стимулов (на сознательном и бессознательном уровнях) для устранения этого избытка. Конечный результат удовлетворения потребностей (конечный результат работы функциональных систем) — это установление эквивалентности за счет преобразования избытка информационных, физических, химических компонентов жизнедеятельности в функциональные и структурные изменения в организме. Такие, например, как синтез или разрушение тех или иных веществ, обновление клеточного состава, изменение массы и объема органов и тканей, двигательная активность, формирование ощущений, эмоций и мыслей, и их проявление в поведенческих реакциях. Установление эквивалентности идет на разных уровнях. Так, формирование мыслей находится на более низком уровне, чем реализация мыслей в форме устной, письменной речи, поведения. Примером установления эквивалентности на высоком уровне могут быть самоактуализированные люди, по А. Г. Маслоу [4], «посвящающие себя поиску главных, вечных, лежащих в основе всего ценностей, которые не мо-

гут быть подчинены никаким другим, более важным». Подтверждением этому может быть упомянутый выше факт о том, что самоактуализированные люди имеют весьма развитые когнитивные и перцептивные способности [4]. То есть высокая чувствительность этой категории людей приводит к развитию у них дисбаланса, обусловленного действием информационных факторов. Самоактуализация является формой установления эквивалентности. Пример процесса установления эквивалентности можно увидеть и в высказывании В. Франкла [7, с. 30]. Он писал: «В служении делу или любви к другому человек осуществляет сам себя. Чем больше он отдает себя своему партнеру, тем в большей степени он становится самим собой».

Удовлетворение потребностей (устранение дисбаланса), как мы считаем, происходит за счет потенциала как организма в целом, так и отдельных его систем, включая нервную. О потенциале организма писали еще Г. Селье [7] и Э. С. Бауэр [2], а современные исследователи выделяют генетический потенциал [8], адаптационный потенциал [9] и потенциал личности [3]. В рамках развиваемой нами теории функциональной эквивалентности под потенциалом живой системы мы понимаем врожденные возможности организма и отдельных его систем по устранению проявлений дисбаланса, возникающих в процессе жизнедеятельности. Потенциал не может не быть реализован в процессе индивидуального развития. Все дело лишь в том, с какой скоростью это происходит, как быстро организм «самореализовывается» благодаря потенциалу. И при недостаточном, и при избыточном поступлении стимулов наблюдается повышенный уровень траты потенциала, который может привести как к заболеваниям, так и к гибели организма. Но в целом установление эквивалентности является формой замедления скорости траты потенциала. В этой связи здоровье, по нашему мнению, является тем функциональным состоянием, при котором в организме, а также в его системах может поддерживаться оптимальный темп установления эквивалентности за счет минимально возможной траты потенциала.

Что же такое психическое здоровье с точки зрения теории функциональной эквивалентности? Психическое здоровье — это необходимый компонент здоровья человека. Психическое здоровье предполагает наличие у индивида возможностей и способностей устанавливать эквивалентность в оптимальном темпе, в социально приемлемых пределах на различных уровнях структурной организации нервной системы, что выражается в устной и письменной форме, в эмоциях и поведенческих реакциях. Именно оптимальный темп установления эквивалентности в психической сфере обеспечивает, на наш взгляд, благополучие человека, реализацию его способностей и работоспособность.

Но как же можно понять, что темп установления эквивалентности далек от оптимального? По нашему мнению, следствием превышения темпа образования избытка информационных, физических и химических факторов над темпом установления эквивалентности является формирование стресса. С помощью стресса происходит попытка экстренного установления эк-

вивалентного ответа по разным «каналам». Стресс в этой фазе своего развития сопровождается отрицательными эмоциями и значительной дезинтеграцией в работе функциональных систем [5]. Стрессам, на наш взгляд, нельзя противостоять. Стресс спасает организм от чрезмерной траты потенциала. Согласно теории функциональной эквивалентности, стрессовая реакция всегда будет не «чрезмерной», а эквивалентной ситуации. «Чрезмерной» стрессовая реакция может быть только для внешнего наблюдателя. Сознание за счет управления концентрацией внимания может как увеличивать, так и уменьшать информационные последствия процессов жизнедеятельности, т. е. степень развития дисбаланса. Чем сильнее желание добиться цели, чем выше значимость приказа, тем сильнее будет выражен дисбаланс и тем больше темп установления эквивалентности будет отличаться от оптимального. Переживания по поводу того, что случилось, опасения в отношении будущего, навязчивые мысли способны существенно усилить информационную составляющую дисбаланса и сделать стрессовую реакцию более выраженной, а последствия стресса более существенными, вплоть до развития психосоматической патологии или посттравматического стрессорного расстройства. Данная патология, как мы полагаем, формируется не из-за выраженности симптомов стресса, а из-за того, что та или иная система, задействованная в процессе установления эквивалентности, не может обеспечить необходимый темп этого процесса. Таким образом, длящиеся отрицательные эмоции и другие проявления стресса свидетельствуют о том, что эквивалентность не установлена, имеется риск нарушения здоровья и, в частности, психического здоровья.

Однако длительные отрицательные эмоции могут быть проявлением и депрессивного синдрома. В случае достижения организмом желаемых результатов (в случае установления эквивалентности) работа систем организма становится согласованной и формируются положительные эмоции [3]. Они показывают, что дисбаланс преодолен. В то же время в положительных эмоциях скрывается определенная опасность. Эти эмоции способны подтолкнуть человека к постановке других целей, т. е. к сознательному формированию дисбаланса, не столько для того, чтобы получить желаемое, сколько для того, чтобы иметь положительные эмоции. Может возникнуть своеобразная зависимость, сопровождающаяся увеличенными тратами индивидуального потенциала. Кроме того, длительно сохраняющиеся положительные эмоции, постоянно хорошее настроение могут быть проявлением маниакального синдрома. В связи с вышесказанным эмоциональные реакции, являющиеся индикатором степени успешности установления эквивалент-

ности, индикатором психического здоровья, должны оцениваться с учетом роли сознания индивида в их провоцировании, а также с учетом поведенческой активности, направленной или на их устранение, или на их приближение.

Что же касается поведенческих реакций, то они тоже, на наш взгляд, являются формой установления эквивалентности. Они всегда будут адекватны ситуации, эквивалентны ей, но не всегда приемлемы с точки зрения общества и не всегда поддаются логическому объяснению. Так, с одной стороны, поведенческие реакции, способствующие уходу от опасных ситуаций, приводят к уменьшению темпа поступления информационных, физических и химических факторов, уменьшая тем самым степень дисбаланса и ускоряя формирование эквивалентности. С другой стороны, известны случаи, когда человек не обращает внимания на опасность, стремясь спасти людей, находящихся на грани смерти, или стараясь выполнить приказ командования любой ценой. В этих случаях, на наш взгляд, дисбаланс, вызванный представлениями о последствиях неисполнения того, что должно, является более выраженным, чем дисбаланс, обусловленный воздействием интенсивных информационных, физических и химических факторов, связанных с опасностью. Эквивалентность устанавливается для устранения наиболее выраженного дисбаланса.

Резюмируя, можно сказать, что смыслом психического здоровья является установление эквивалентности, а стресс является индикатором необходимости этого процесса. Психическое здоровье характеризуется следующим.

1. Свободное течение мыслей. Отсутствие принудительного, сознательного припятствования выражению мыслей, не имеющих признаков деструктивности, а также навязчивых мыслей.

2. Свободное выражение эмоций в рамках приобретенного или требуемого обществом культурного стандарта. Отсутствие сознательного торможения проявлений эмоций, если только это не обусловлено высшими целями, а также застойных эмоциональных состояний.

3. Спонтанное, в пределах усвоенных социальных норм, поведение, способствующее или избеганию неблагоприятных условий и опасных ситуаций для уменьшения дисбаланса, или приближению к стимулам для устранения дисбаланса, или преодолению опасностей для установления эквивалентности на самом высоком уровне.

По нашему мнению, изучение различных аспектов психического здоровья с позиции теории функциональной эквивалентности может помочь в организации более эффективного психологического консультирования и адекватной психотерапии.

Библиографический список

1. Анохин П. К. Узловые вопросы теории функциональных систем. М.: Наука, 1980. 196 с.
2. Бауэр Э. С. Теоретическая биология. Будапешт: Изд-во АН Венгрии, 1982. 295 с.
3. Маклаков А. Г. Личностный адаптационный потенциал // Психологический журнал. 2001. Т. 22, № 1. С. 16–24.

4. Маслоу А. Г. Дальние пределы человеческой психики. СПб.: Издат. группа «Евразия», 1997. 430 с.
5. Новый энциклопедический словарь. М.: РИПОЛ классик, 2014. 1568 с.
6. Психическое здоровье // Информационный бюллетень ВОЗ. Апрель 2016 [Электронный ресурс]. URL: www.who.int/mediacentre/factsheet/fs220/ru (дата обращения: 17.02.2018).
7. Селье Г. Стресс без дистресса. Рига: Виеда, 1992. 109 с.
8. Судаков К. В. Информационный феномен жизнедеятельности. М.: РМАПО, 1999. 380 с.
9. Ушаков И. Б., Сорокин О. Г. Адаптационный потенциал человека // Вестник РАМН. 2004 № 3. С. 8–13
10. Франкл В. Человек в поисках смысла. М.: Прогресс, 1990. 368 с.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПСИХИЧЕСКОМ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА

Алёшичева А. В., к. псих. н., **Самойлов Н. Г.**, профессор, д. б. н.,
ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И. П. Павлова»,
Рязань, Российская Федерация

Аннотация

Осуществлен анализ представлений о психическом и психологическом здоровье человека. Приведены взгляды авторов относительно соотношения этих уровней здоровья не только в рамках понятий, но и как частей психики человека, их вертикальной иерархии, функциональных различий и доминирующей роли психологического здоровья. Представлены аргументированные данные о различиях и общности психического и психологического здоровья в единой системе — психике, рассмотрены их функционально-ролевые проявления в интегральном конструкте общего здоровья человека.

Ключевые слова

Психическое и психологическое здоровье, личность, уровни здоровья.

CONTEMPORARY VIEWS ON MENTAL AND PSYCHOLOGICAL HEALTH OF A PERSON

Aleshicheva A. V., PhD (Psychology), **Samoilov N. G.**, D. Biol., Professor,
Ryazan State Medical University named after academician I. P. Pavlov,
Ryazan, Russian Federation

Abstract

This paper presents an analysis of the views on mental and psychological health of a person. We discuss the views on the correlation of these levels considering not only the concepts of mental and psychological health, but also regarding them as parts of the human's psyche, looking at their vertical hierarchy, functional differences and the dominating role of the psychological health. This study offers well-reasoned data on the differences and the likeness of mental and psychological health in a single system—the psyche. The author considers their functional and role manifestation in the integrated construct—mental health 'as a whole'.

Key words

Mental and psychological health, personality, levels of health.

Со времени появления представлений о психическом и психологическом здоровье возникло три проблемы. Одна состоит в определении понятий, вторая — в их соотношении, а третья — в уровнях построения рассматриваемого конструкта. В рамках первой проблемы выделяют три подхода к трактовке этих понятий. Исследователи, отдающие предпочтение первому, используют понятие «психическое здоровье» при его диагностике как на уровне психических процессов,

так и на уровне структуры личности. Рассмотрение понятия «психическое здоровье» без его антагониста «болезнь» лишено диалектического начала, ядра всего сущего, что всегда проигрывает, так как отнимает у человека ощущение и видение опасности в форме болезни, а значит, и стремление противодействовать ее возникновению. Вот почему это понятие в большей степени принимается обществом, чем психологическое здоровье, и остается часто употребляемым.

Психическое здоровье считается ключевой категорией психиатрии. Представители второй группы исследователей понятия «психическое здоровье» и «психологическое здоровье» применяют как синонимы. С ними тоже можно согласиться, так как критерии описываемых состояний этих уровней здоровья имеют много общего.

Третья группа исследователей употребляет понятия «психическое здоровье» и «психологическое здоровье» как различные. Авторы, занимающие эту позицию, однозначно утверждают, что это понятия разные. Так, И. А. Джидарьян считает, что это не «удвоение понятий», а «проблема науки» [4, с. 19]. М. И. Воловикова, указывая на то, что «четких», а главное, принятых всеми критериев психологического здоровья пока нет, что данная область знания находится в стадии активной разработки и обсуждения, все же прочно стоит на позиции наличия между этими понятиями различий [2, с. 81].

При этом рядом авторов московской школы психологов (М. И. Воловикова, А. Л. Журавлев, А. А. Гостев, Т. В. Галкина, Е. Н. Холондович, Е. А. Сергиенко и др.) одним из основных в трактовке сущности понятия «психологическое здоровье» видится духовно-нравственный потенциал.

Кроме определения и трактовки понятий «психическое здоровье» и «психологическое здоровье» поразному понимается и их соотношение. Так, Л. Б. Соколовская считает психологическое здоровье более широким понятием по сравнению с психическим здоровьем. Иначе говоря, психологическое включает психическое. Этим автором психологическое здоровье рассматривается как система, имеющая поуровневое строение, причем в основании расположено психическое здоровье, необходимое для нормальной жизнедеятельности. А высший уровень занимает психологическое здоровье, характеризующееся духовно-творческой направленностью жизни, следованию высшим образцам человеческой культуры, утверждению ценностей родового бытия человека и созидательному преобразованию действительности [6, с. 35].

В то же время такие авторы, как И. В. Дубровина и А. Д. Гольменко, считают, что психическое здоровье является более широким понятием, включающим психологическое здоровье [5].

По-видимому, в связи с различным видением исследователями соотношения взаимосвязей и взаимодействия не только между терминами, но и между состояниями и процессами психического и психологического здоровья этот вопрос действительно нуждается в дальнейшем углубленном изучении.

Относительно третьей проблемы, т. е. «поуровневого» строения здоровья, можно отметить, что существовало двух- и трехчленное деление их на уровни. Первое представление еще древних мыслителей сводилось к двухуровневому подходу: «душа» и «тело». Хотя и в прошлом столетии выделение двух уровней имело место, например, индивид и личность, предложенное А. Н. Леонтьевым, или субъект и личность — П. Я. Гальпериним. Некоторые авторы применяли трехчленный поуровневый подход. Так, М. Г. Ярошев-

ский предлагал следующую триаду: организм—индивид—личность; Б. Г. Ананьев, А. Г. Асмолов — индивид—личность—индивидуальность; Ш. А. Надирашвили — индивид—субъект—личность.

Трехуровневое построение здоровья рассматривает и Б. С. Братусь. При этом первый уровень видится как материальная база, обуславливающая нейрофизиологический механизм осуществления психической деятельности. Это уровень психофизиологического здоровья, который определяется физиологическим субстратом, прежде всего, нормальным функционированием мозга. Второй уровень — это уровень индивидуально-психологического здоровья, определяющий адекватную, социально-адаптивную реализацию индивидуальных потребностей. И третий, высший уровень — личностно-смысловой, который детерминирует качество смысловых отношений человека с окружающей действительностью [1, с. 12].

Поуровневое рассмотрение здоровья предлагает и И. А. Джидарьян. Она пишет: «В соответствии с одной из принятых в психологии понятийных триад „организм—индивид—личность“ представляется вполне логичным рассматривать и здоровье человека на трех уровнях: соматическом (организм), психическом (индивид) и психологическом (личность)» [4, с. 28].

Анализируя предложенное упомянутыми авторами поуровневое строение здоровья человека, несмотря на то, что они его видят с разных точек зрения, с каждым из них и некоторыми другими авторами можно хотя бы частично согласиться. Что имеется в виду? Так, Л. Б. Соколовская вслед за А. Н. Леонтьевым предлагает двухуровневую систему здоровья, в основе которой видит психическое здоровье, а на вершине — психологическое, что предлагает и Б. С. Братусь, только при трехуровневой его организации [6].

Таким образом, как при двух-, так и при трехуровневом построении здоровья человека высшей ступенью его организации является именно психологическое здоровье, поскольку оно относится к личности в целом и неразрывно связано с высшими проявлениями нравственности и духа. Вот почему Т. В. Галкина утверждает, что «духовно-нравственный аспект является системообразующим фактором психологического здоровья личности» [3, с. 37]. Поэтому психологическое здоровье следует соотносить с высшими уровнями, с нравственно-смысловыми ступенями организации психики человека как личности, являющейся интегральным результатом его социокультурного становления. Как отмечает и И. А. Джидарьян [4, с. 29], именно поэтому Б. С. Братусь высший личностно-смысловой уровень психического здоровья обозначает как личностное здоровье, что в этом отношении совпадает с понятием психологического здоровья.

В работе и М. В. Сокольской [7], которая, применяя структурно-уровневый подход, предложенный А. В. Карповым (2004), в личностном здоровье выделены не три, а пять уровней: элементный, компонентный, subsystemный, системный и метасистемный. При этом первые два можно приравнять к нижнему (психофизиологическому) уровню, предложенному Б. С. Братусем, или к нижнему (психическому) уровню

Л. Б. Соколовской; субсистемный и системный уровни во многом соответствуют индивидуально-психологическому уровню Б. С. Братуся или психическому И. А. Джидарьян; метасистемный уровень М. В. Соколовской по выявленным ею характеристикам (интересы, идеалы, установки и др.) напоминает высший (второй) уровень у Л. Б. Соколовской, так и названный ею психологическим здоровьем, в то же время он аналогичен одноименному у И. А. Джидарьян и соответствует по содержанию высшему, личностно-смысловому уровню у Б. С. Братуся.

Следовательно, каждый из цитировавшихся авторов подразумевал одно и то же: как психическое, так и психологическое здоровье — оба понятия имеют право на жизнь — это во-первых, во-вторых, термин «психическое здоровье» относится к «отдельным психическим процессам и механизмам», а психологическое здоровье «находится в тесной связи с высшими проявлениями человеческого духа». В-третьих, они оба относятся к единой, неделимой системе, обозначаемой психикой человека, обеспечивающей целостное отражение действительности, и поэтому любое дробление или дифференциация ее на части, подсистемы, компоненты или уровни все равно приводит нас к представлению о взаимодействии ее составляющих, к целостности, что в равной степени относится и к понятию «здоровье человека»: оно, как система, целостно, а на каком уровне мы его анализируем — это уже соответствует сути одного из важнейших мыслительных процессов — анализу. Хотя, справедливости ради, следует сказать: если мы не обратимся к его противоположности (к синтезу) — нам трудно будет оценить истинное состояние здоровья конкретного человека.

Приведенные данные также следует понимать как доказательство единства психического и психологического здоровья в общей системе «человек—психика» при одновременном выделении и отличии последнего создающегося, «живущего и работающего» в особом,

по словам А. Н. Леонтьева, «личностном измерении». Другими словами, оба вида здоровья существуют в одном структурно-функциональном конструкте — психике, причем психологическое здоровье, обеспечивающее производство смысловых ориентаций, определение общего смысла жизни, жизненных стратегий и отношений личности, называется высшим уровнем психического здоровья человека.

Именно поэтому нарушения на уровне психического здоровья могут не касаться вышележащего, смыслообразующего, психологического здоровья, подтверждая тем самым их принципиальные различия.

Заключение. Таким образом, можно не только констатировать правомочность и логичность применения понятий «психическое» и «психологическое» здоровье, но и необходимость наполнения их сущностным содержанием, глубинным осознанием включенности в организацию такого интегрального конструкта, как «общее» здоровье человека, которое является по отношению к ним *объектом*, в то время как психическое и психологическое здоровье служат в соотношении с ним — *предметами* изучения.

На наш взгляд, психическое и психологическое здоровье обладают как *общностью*, так и *различием*. Поэтому их следует рассматривать соответственно их функционально-ролевому проявлению в системе «общего» здоровья: они его части — и это их *общее*, являясь частями общей для них системы они неминуемо должны взаимодействовать и быть взаимосвязанными. Фундаментальное *различие* заключается в том, что психическое здоровье в пространственно-временных измерениях, через функции психики, проявляет себя в рамках системы «человека» как природного, социально-биологического существа; в то же время психологическое здоровье, являясь детерминантом структуры личности и одновременно зависимым от нее, проявляется в границах *личности* и должно изучаться в рамках психологии личности.

Библиографический список

1. Братусь Б. С. Аномалии личности. М.: Мысль, 1988. 301 с.
2. Воловикова М. И. Психологическое здоровье личности и ее духовно-нравственное состояние // Психологическое здоровье личности и духовно-нравственные проблемы современного российского общества / отв. ред. А. Л. Журавлев, М. И. Воловикова, Т. В. Галкина. М.: Институт психологии РАН, 2014. С. 79–95.
3. Галкина Т. В. Осознание как путь к психологическому и физическому здоровью субъекта // Психологическое здоровье личности и духовно-нравственные проблемы современного российского общества / отв. ред. А. Л. Журавлев, М. И. Воловикова, Т. В. Галкина. М.: Институт психологии РАН, 2014. С. 35–61.
4. Джидарьян И. А. Психологическое здоровье: проблема науки или удвоение понятий? // Психологическое здоровье личности и духовно-нравственные проблемы современного российского общества / отв. ред. А. Л. Журавлев, М. И. Воловикова, Т. В. Галкина. М.: Институт психологии РАН, 2014. С. 19–34.
5. Дубровина И. В. Психическое и психологическое здоровье в контексте психологической культуры личности // Вестник практической психологии образования. 2009. № 3 (20). С. 17–21.
6. Соколовская Л. Б. Актуализация духовно-творческого потенциала личности как фактора психологического здоровья молодого человека: дисс. ... канд. психол. наук. 19.00.01. Красноярск, 2004. 191 с.
7. Сокольская М. В. Личностное здоровье профессионала: автореф. дисс. ... д-ра психол. наук. 19.00.03. Хабаровск, 2012. 61 с.

THE UNUSED POTENTIAL OF SEMIOTIC/SYMBOLIC RESEARCH IN PSYCHOPATHOLOGY: A NEW KEY TOWARDS THE UNDERSTANDING OF MENTAL ILLNESS

Andersch N., MD, MRCPsych,
South London and Maudsley NHS Trust / King's Health Partners, London (retired),
London, Great Britain

Abstract

In recent decades the importance of semiotic and symbolic research in relation to the make-up of consciousness and mental crisis has been ignored. Psychiatric research remains exclusively fixated on genetic links to schizophrenia or detectable changes in organic brain structure. The ongoing ICD and DSM saga with its mere descriptive approach to mental conditions is “blind” to the complexity of human interaction, to meaning, intentionality and resonance; to the constant change of basic pattern of behavior, gestalt-building or the very specific “as-if” mentality of humans.

The massive surge of scientific efforts in biosemiotics, neurosemiotics and psychosemiotics has past by most of the psychiatric establishment and its research units. Semiotic research claims that all life—beyond its physical and chemical remits—is guided and determined by sign and signal-processes. Semiotic research had one historical stronghold in the Soviet Union and Russia, in the Baltic States and Scandinavia and has gained momentum in recent years through cooperation with biology, philosophy, linguistics and anthropology. It is now presenting concepts how the human biological brain may be linked to the outside world by re-framing the problem via pattern-building, laws of complementarity, gestalt and symbol-processes.

Due to the application of a new symbolic methodology certain settings and clinical symptoms which were seemingly contradictory beforehand now emerge as being compatible within a newly created more abstract geometry of interrelations. Translated into clinical terms, this approach leads to a much wider understanding of the multilayered architecture of mental health (which German Psychiatrist Blankenburg later termed: *natuerliche Selbstverständlichkeit*). It allows for a sustainable point of reference in defining ‘mental illness’ and it might help us understand yet unexplained symptom changes during the course of treatment.

In psychiatry and psychopathology organized efforts in collecting and coordinating findings on semiotic and symbolic research should be fostered, supported and funded, thus contributing to a ‘science of meaning’ or salience beyond the mere biological function of our animal brains and in integrating this important human source of knowledge into the regular discourse of our discipline.

Key words

Psychopathology, symbolic formation, psychosemiotics, Ernst Cassirer, concept of mental illness.

Introduction. In recent decades the importance of semiotic and symbolic research in relation to the make-up of consciousness and mental crisis has been ignored. Psychiatric research remains exclusively fixated on genetic links to schizophrenia or detectable changes in organic brain structure. The ongoing ICD and DSM saga with its mere descriptive approach to mental conditions is “blind” to the complexity of human interaction, to meaning, intentionality and resonance; to the constant change of basic pattern of behavior, gestalt-building or the very specific “as-if” mentality of humans.

The massive surge of scientific efforts in biosemiotics, neurosemiotics and psychosemiotics has past by most of the psychiatric establishment and its research units. Semiotic research claims that all life—beyond its physical and chemical remits—is guided and determined by sign and signal-processes. Semiotic research had one historical stronghold in the Soviet Union and Russia, in the Baltic States and Scandinavia and has gained momentum in recent years through cooperation with biology, philosophy, linguistics and anthropology. It is now presenting concepts how the human biological brain may be linked to the outside world by re-framing

the problem via pattern-building, laws of complementarity, gestalt and symbol-processes.

Historically it was Philosopher Ernst Cassirer who centered his whole philosophical approach around the emergence of ‘symbolic form’ as the missing link between the individual biological being and civilization. In his opinion there is no human reality (*Wirklichkeit*) without or beyond ‘symbolic formation’. The emerging human cultural world represents an irrevocable break with its organic animal tradition. This is reflected in the change of interaction between human intentionality and ‘civilization’, from instinct and preformed mental patterns to different levels of ‘world-making’ facilitated by symbolic forms. The latter appear on the human stage as magic, myth, language, religion, body experience, politics, science, the arts and others, taking the form of a universal metamorphosis of cultural creations, woven into a matrix of mental formation called consciousness.

Cassirer’s three volume publication ‘*Philosophie der symbolischen Formen*’ (1923–1929) is seen as the ‘semiotic turn’ in the history of philosophy. Cassirer’s ideas were widely discussed in German-speaking countries and beyond (the Soviet Union, France, US, UK,

Italy...) throughout the 1920s and 1930s and influenced researchers in philosophy, neurology, psychiatry, psychology and anthropology. This promising discourse was brutally halted by Fascism and World War II. Researchers like Kurt Goldstein, Kurt Lewin, Sigmund Fuchs, Karl Buehler, Ernst Cassirer himself, and many others, were driven into exile, and had their scientific work interrupted and destroyed.

Nonetheless, many of their ideas on the symbolic make-up of mental formation and psychopathology had a lasting influence on the scientific discourse. Luria, Leontiev, Vygotsky and Saporoshez in the Soviet Union modeled parts of their theories on a symbolic approach, as did Bourdieu, van Ey, Canguilhem, Merleau-Ponty, Lacan and Foucault in France; Kasanian, Royce, Werner, Kaplan, Goodman, Hacker, Rappaport, Stack-Sullivan, Segal and von Bertalanffy in North America; Bash and Ciompi in Switzerland; Mayer-Gross, Elias and Bion in England; and Leuner, Conrad, Mentzos and Lorenzer in Germany.

A few words on classification systems (ICD/DSM) and phenomenological psychiatry. ICD 11 and DSM V manuals are at present the standard “classification-systems” to identify mental disorder. They are rolled out to ever more countries, regions, ethnicities by the WHO, the WPA (World Psychiatric Association) and numerous governments, administrations and insurance companies. At present they are used to guide the treatment of more than 100 Million patients in more than 70 countries worldwide every year. Critics claim that their content is disregarding the specific symbolic make-up of human culture, that it is not based on an underlying natural, relational or genetic order, and that it remains reduced to mere superficial descriptions of behavioral phenomena, measured against a “norm” of individuals in the (post)industrialized milieu of the western cultures. (Berrios 1999, Gorostiza and Manes 2011).

What remains in place in day to day practice are the early 20th century views of German Psychiatrist and Psychopathologist Emil Kraepelin. (Kraepelin and Lange 1927) He was convinced that psychiatric diagnoses could be based on what he called ‘natural entities of disease’ (natuerliche Krankheitseinheiten) and factually proposed that terms as ‘dementia praecox’ (later called ‘schizophrenia’) and ‘manic-depressive illness’ are distinctive and different complexes. His conclusions were frequently challenged throughout the last 70 years and critical meta-research could never confirm his findings (Cutting 2011). Their main conclusion is, that such ‘entities’ may well exist in researchers minds and in their descriptive models—but that they have no match in the reality of biological, social and clinical life. Despite claims by prominent mainstream psychiatrists that present systems “have outlived their usefulness” (Goodyer 2011) there has been another increase of illness-‘entities’ from previously 350 to about 400. For a lay person’s this ongoing diversification of descriptive diagnoses of individualized ‘disorders’ may look like a sign of scientific progress; instead it is only proof to the fact that the present descriptive ‘entity’ approach is unable to grasp the underlying architectural and relational cultural

framework which constitutes human consciousness and its symbolic fundaments.

Nonetheless Kraepelinean-based descriptive catalogues of symptoms remain the baseline tool of worldwide psycho-diagnostics and treatment in the same dominant way as Phenomenological Psychiatry is dominating the philosophical approaches to our discipline.

In the mid 1990s phenomenologists made the point that their approach should be respected as one of several legitimate ways in finding solutions to the unsolved riddles of our profession. This position has been changed fundamentally twenty years later: now phenomenologists are pressing with their claims to be the sole core and fundamental philosophical way for understanding mental illness, going as far as suggesting that “phenomenological psychopathology can be conceived of as psychopathologia prima” (Stanghellini G. & Broome M. G., 2014).

With all my reservations to phenomenology I would not mind if, within the last two decades, the phenomenological approach had helped to turn clinical psychiatry into a more human, listening, and patient-centred exercise. I would not mind if phenomenology—trained doctors were filling the ranks of our profession and the corridors of our hospitals. But actually: the contrary is the case. Psychiatric hospital facilities have been turned into industry-like shaped environments. Patients are being clustered with the use of mathematical algorisms, regardless what their cultural background is. ICD and DSM diagnoses are no longer a casual tool at hand for the independent doctor but have turned him and his patient into obedient followers of pathway procedures and community treatment orders.

So what about the rapidly enlarged community of psychiatric phenomenologists and their influence? Actually: it does not exist on today’s wards and in today’s community teams. It remains restricted to a few research groups and their leaders, it blossoms in psychiatric journals, it overflows academia and researchGate websites. It dominates countless theoretical conferences—but it has no influence whatsoever on a rapidly developing psychiatric industry which is guided by an organic/biological and medicalisation approach only.

Even worse: Phenomenology has become the window dressing, a smokescreen which makes belief that modern psychiatry has a human face, has an individualised and personality centred approach while in reality nothing of it is the case. Watching the decline of treatment quality and funding as a clinician on a daily basis in recent years one might even suspect that there is a collusion between phenomenologists and industrialised psychiatry *not* to intervene into each other’s field of action.

But let us look at Karl Jaspers’ phenomenological method itself (Jaspers, 1946) and why it should *not* be conceived of as ‘psychopathologia prima’: it is a solely European/Western concept focused on subject and individuality. It is built on a narrow religious Christian and existentialistic background. It is hostile to a conditional-genetic approach and to a reconstructive analysis of the patient’s situation. It ignores the semiotic/symbolic foundations of the human condition and seriously

misjudges the impact of economy and ecology on the patient's illness. It has no intention whatsoever to get back to the origins of mental illness (Andersch, 2013; Andersch & Cutting, 2014). Endless quotations of Jaspers', Husserl's, Merleau-Ponty's and (even more ludicrous): Heidegger's text excerpts have lured thousands of scholars into a dead-end-street and to a standstill of theoretical psychopathology.

The much quoted phenomenological method of Edmund Husserl is of limited value to psychopathology and psychiatry. Jasper's 'phenomenological approach' as an intuitive and yet fully integrated 'methodology' which can be learned and trained was never endorsed by Husserl. It requires an over-consciousness of the clinician's behavior towards patients which interferes with mutual rapport and natural atmosphere and hampers therapeutic interaction. Whenever phenomenological psychopathology draws closer to clinical practice it has done so by silently adopting a variety of non-phenomenological methods from a structural, genetic, reconstructive, semiotic-symbolic or gestalt-connected background (Andersch, 2014). It has—in hindsight—declared clinicians and researchers as Binswanger (1924), Goldstein, (1934) Blankenburg (1973) and many others to be phenomenologists, sidelining their strong connections to psychoanalysis, gestalt—and symbol theory, anthropology, structuralism and critical theory. Traditional medical skills like intuition, empathy and 'understanding' have been hijacked by phenomenological psychiatry and been re-declared as the core values of their specific approach only. Finally: there is no method in existence which comes close to a consistent and workable model of a phenomenological approach to patients, and to be frank: I have never seen someone practising it in the nearly forty years of my clinical work.

“The Symbolic Construction of Reality”. The interdisciplinary congress on “The Symbolic Construction of Reality”, at Tokio, Waseda University, 6–8 May 2016 came up with the following statement: “The concept of ‘symbol’ is without doubt in the core of the theoretical framework of the human sciences. Its relevance is beyond question and a great variety of differing notions of the symbol were developed by social behaviorists, pragmatists, cultural anthropologists, psychoanalysts, literary theorists, philosophers of life, semioticians and many more. In order to highlight the significance of symbols for the constitution of human life, Ernst Cassirer defined the human being as ‘animal symbolicum’, because he considered the concept of rationality as inadequate to describe human cultural forms and realities. Yet, it remains unclear how these theoretical positions are connected to each other and to what extent they can be combined with each other. Furthermore, a concise and systematic theoretical examination of the concept of symbol is rather underrepresented”.

While the structure of the physical world functions on logic and its laws are free of contradictions, our healthy and stable human mind is obviously made up of something entirely different: an arc of preserved tension, a kind of living suspension bridge where its stabilizing ropes are created by an ongoing forth and back between subject

intentionality and subsequent resonance from group or environment. Consciousness therefor is a temporary activity thriving on contradictions and complementarities, preserved and reenacted in Gestalt-Figures and Symbols. People with serious mental illness quite obviously are having a problem of setting up and maintaining this matrix of mental formation. Within this concept mental stability is not ‘a function of the brain’ but a functioning social construct—as is a good marriage, a decent education or respectable science. All very much real and no ‘myth’—but not as a substance or an observable object in our brains but as a relational order (wherein our brain plays a crucial role).

The leading Danish semiotician Jasper Hoffmeyer highlights the fact that “human individuation is (...) a double-tracked process, consisting in an incessant reconciliation or negotiation between the virtual reality that we have constructed in our minds and mind-independent reality as it impresses itself upon our lives. Human life cannot therefore be defined by its uniqueness as a particular genetic combination, but must instead be defined by its uniqueness as a temporal outcome of semiotic individuation”. Semiotic individuation was at the core of Ernst Cassirer's “Philosophy of Symbolic Forms” (1923/25/29). His unique approach to view ‘symbolic formations’ like magic, myth, religion, law, science, the arts and others as universal ‘mediators’ within the variable and developing levels of human worldmaking (which define the make-up of language and consciousness) was to philosophically anticipate the very idea which biosemiotic research is confirming today. A synthesis of psycho/biosemiotics and Cassirer's symbol-theories can open up an entirely different approach to human interaction and consciousness, thus setting a different compass point for our theoretical attitude to psychopathology. This may help in opening up those hidden fundamentals and secretly determining factors within the puzzling and contradictory phenomenology of psychiatric symptoms.

My view as a clinical psychiatrist. What I am asking from my own discipline,—as doctor and psychiatrist—is, to be open for all serious considerations of this kind which can help understand how “the virtual reality that we have constructed in our minds and how mind-independent reality as it impresses itself upon our lives” may be connected. In biology, anthropology, mathematics, psychology or philosophy no one doubts that human nature, our language, mathematics and our progressing tools of work-specification are based on and experienced as symbolic constructs. Here, the quote of philosopher Ernst Cassirer, that man is not the ‘animal rationale’ but the ‘animal symbolicum’ has found its true confirmation. Yet in Psychiatry the symbolic message has not hit home. This is even more surprising as the impact of symbolic forms at the center-point of man's cultural capacity—and mental health—is not a modern idea but was intensively researched and discussed already a century ago: by English neurologist Henry Head and, with similar results, by German philosopher Ernst Cassirer. Henry Head's research showed that the symptoms of patients with cerebral lesions did not demonstrate a ba-

sic defect in the functions of speaking, reading or writing; instead he detected serious problems with symbolic meaning and categorical representation. The debate was further enhanced by Cassirer's first two volumes of his 'Philosophie der symbolischen Formen', and even more so by his special treatise on 'Die Pathologie des Symbolbewusstseins' (1929)⁶ which took its strength from intense clinical and theoretical discussions with neurologist Kurt Goldstein, psychologist Kurt Lewin (1926) and psychiatrist Ludwig Binswanger. Both, Head and Cassirer, extended J. van Uexkuell's universally accepted idea of a receptor and effector system which keeps animals adapted to a certain part of their environment, by adding an entirely new quality which they call the 'symbolic system'. Its unique capacity is not a biologically given but has to be drawn up in constant interaction like a mental membrane—separating, selective, connective and protective at the same time. Thus the multitude of human activities culminates in a limited number of 'symbolic forms' such as magic, myth, religion, law, science, the arts and a few others, while their underlying patterns can be used again and again in endlessly changing settings—and are lost or altered in mental illness. Subsequently they looked at certain forms of neurological and mental illness as a breakdown of symbolic formation.

If I take a closer look at my own patients trying to condense specific features coming up again and again in psychosis and schizophrenia, what is standing out are not first rank symptoms, but the remarkable inability of people in crisis to stand unsolved emotional tension. It is their going back from spontaneity and variability to rigidity. It is that they are no longer anticipating their future but are driven by their past. It is that a previously open field of possibilities is narrowed down to fixation on a matter or an object, that abstract thinking falls back to an ever closer circle of immediate concrete behavior, that patient's perspective and oversight gets lost and they are drawn into compulsive action. What we can observe in the process of mental break-down is a loss of symbolic capacity, a hasty attempt to re-activate earlier levels of functioning, some helpless efforts to handle the ruins and lose fragments of lost concepts, the surge of archaic and instinctive preformed pattern, and the attempts to be shielded against in- and outside pressures heating up while your protective layers are getting thinner and thinner. What looks like chaos are actually changes in a well understandable, yet complex interactive mental matrix.

In mental crisis this symbolic matrix breaks down, our pattern based construct of reality gets lost and our symbolic language is severely affected. This is why one would expect 'symbolic formation' to play a major role in a scientific approach to psychiatric diagnosis and therapy. But the breakdown of 'symbolic formation' in our patients in mental crisis continues to be ignored. Its detectable transcultural codes of experience, its invariant building-stones of mental functioning (and drawn from there: a new concept of psychopathology) remain unused.

A short history of symbols in psychiatry. It was the German Medic Ferdinand Finkelnburg (1870) who

took to symbol-research in the late 1860s, trying to work out the multitude of symptoms in aphasia. He concluded from his observations that the use of symbols amounted to a kind of artificial creation of conventional signs, exclusively practiced by human beings, and that their proper usage, including a detached and abstract view on reality, got lost in the psychopathological process. Throughout the following decades a puzzling variety of clinical observations on symbolic formation were published, all of them looking at clinical symptomatology and psychopathology, ranging from a unilateral, regressive meaning of symbols to the very opposite view: that symbols are the indispensable cornerstones to the mature and social development of personality.

Freud, Jones and Ferenczi focused more on its regressive, pathognomic side, while Jung, Neumann, and Bachhofen highlighted the unifying, maturing and creative impact of symbols. Rank and Sachs portrayed the role of symbols as primitive tools of mental adaptation, while Mead and Pavlov put more emphasis on their importance as balancing forces and a means of saving mental energy. Silberer and Luria regarded symbols as natural forces of form- and pattern-building; Leuner (1962) and Lewin did the same, albeit more so from a Gestalt perspective. Psychoanalytic researchers such as Stekel, Szondi, Klein and Sechhay conceived symbols to be facilitators in accessing suppressed mental complexes, while psychiatrists such as Hanfmann, Arieti, Kasanian and Bash considered symbols in their natural role of fostering human intelligence.

Cassirer's three volume publication 'Philosophie der symbolischen Formen' (1923–1929) is seen by today's historians as the 'semiotic turn' in the history of philosophy. Cassirer's ideas were widely discussed in German-speaking countries and beyond (the Soviet Union, France, US, UK, Italy...) throughout the 1920s and 1930s and influenced researchers in philosophy, neurology, psychiatry, psychology and anthropology. This promising discourse was brutally halted by Fascism and World War II. Kurt Goldstein, Kurt Lewin, Sigmund Fuchs, Karl Buehler, Ernst Cassirer himself, and many others, were driven into exile, and had their scientific work interrupted and destroyed.

Nonetheless, many of their ideas on the symbolic make-up of mental formation and psychopathology had a lasting influence on the scientific discourse. Luria, Leontiev, Vygotsky and Saporoshez in Russia modeled parts of their theories on a symbolic approach, as did Bourdieu, van Ey, Canguilhem, Merleau-Ponty, Lacan and Foucault in France; Kasanian, Royce, Werner, Kaplan, Goodman, Hacker, Rappaport, Stack-Sullivan, Segal and von Bertalanffy in North America; Bash and Ciompi in Switzerland; Mayer-Gross, Elias and Bion in England; and Leuner, Conrad, Mentzos and Lorenzer in Germany. A symbolic approach (close to Cassirer's) was at the centre of Jean Piaget's research, from about 1930 on He established an understanding of conscious development in children, which—based on the semiotics of Saussure and the mathematical models of the Bourbaki-group—points to the incorporation of mental tools by which parallel ontologies and representational

models of 'reality' come about. Group analysis, fostered and founded by Sigmund H. Foulkes in England during WW II, owes much of its matrix-concept to Cassirer's ideas (Nitzgen, 2010). Prior to his emigration in 1933 he spent his German years (then named Sigmund Fuchs) as research-assistant of Goldstein in Frankfurt.

Goldstein's research on brain-injured patients change from abstract to concrete behavior was successfully repeated with psychotic patients in the Soviet Union in the 1940s, but the results obtained by Vigotsky and Luria—demonstrating a loss of symbolic capacity—were sidelined in the West during the 'cold war'. Russian psychologist A. N. Leontjev described 'Gestalt-building' by symbolic formation as a 'mechanism of building mechanisms' as early as the 1950s. Alexander W. Saporoshez (1958) pointed out that only human behavior relies on a proper use of tools, and that typical copying activities in small children (echokinesis, echomimia, echolalia) come to an end early in the second year before being replaced by symbolic patterns (Leontjev, 1977). Their emergence is less fostered by a rewarding stimulus than by the coming-together of the child's own activity with its imagined purpose. This clearly contradicts the recent mirror neuron approach, suggesting instead that the exhausting early-life practice of storing full sequences of outside experience gets replaced by a coding exercise built on pattern of categorization. Hanscarl Leuner, internationally renowned German psychiatrist and LSD-researcher, attributed the chaos following mental break-down in psychosis (or emerging from LSD-consumption in his research trials in the 1960s) to a mixture of damaged symbolic levels, prefabricated mental patterns and attempts of symbol-reformation, all of which can be seen as potential building stones of a new reality. Reinstating symbols between inner self and social environment can have an indispensable healing power. Based on his group therapies and LSD research he successfully introduced 'Symbol Theory' (or: *katathymes Bilderleben*) into clinical practice.

A major international conference on 'Psychology and the Symbol' took place in the US in 1963 but groundbreaking findings by Hacker, Bertalanffy, Rappaport and Royce were overshadowed by the public hype on the newly invented anti-psychotic medication. Clinical theories on social psychiatry by Swiss psychiatrist Luciano Ciompi in the 1970s were based on the integration of Saussure's and Cassirer's structural and semiotic/symbolic thinking into main-stream clinical practice. The closest structural link to the importance of symbolic formation on mental health was the concept of 'pensée opératoire', presented in France in 1978 by Marty and M'Uzan (1978), which focused on plausible origins of psychosomatic illness. The authors describe a breakdown of emotional rapport, which becomes one-dimensional, without the skills of symbolization. Recently much attention has been given to Fonagy's mentalisation project in the late 1990s. His findings on different levels of mental representation seem disconnected from the historical roots and discourse of symbol-research. His project draws heavily on speculation about mirror neurons and relies on the analysis of, particu-

larly, childhood experience, yet ignoring the emerging and changing complexity of symbolization as an ever-present process at all age levels.

Symbol Theory and Semiotics as a New Key for 21st Century Research. Just to give a provisional idea on the structure of a semiotic and symbol based discourse related to psychiatry and neuro-biology the whole complex of semiotic research can be divided in four main groups: there is first what you can call 'Genetic Structuralism' with Cassirer, Piaget (1973), Whitehead (1927/85), Susanne Langer (1979) and others as prominent philosophers and clinicians at the helm where Symbolic Form and Formation is seen as cultural creation and tool of human anticipation and creativity. As a second group you have the Freudian branch of traditional psychoanalysis with Freud, Jones, Ferenczi and others who regard symbols as symptom of the primary process, pathological thinking and dream life. There is a further, more American group of Empirists and Pragmatists with Peirce, Mead and Morris in the lead where symbols are seen as reference tools and origins of mental complexity. This approach draws critical views because of its 'Adulto-Centrism' (Fetz, 1981/99), as it deals only with adult forms of semiotic processes. Finally there is the Soviet, Russian and Baltic semiotic school with a long tradition in semiotic research going back to the 1960s with Seboek, Portnov (In: Grzybek, Ed, 1993), Deglin (In: Grzybek, Ed, 1993), Hoffmeyer and Kull as prominent researchers. They are today's frontrunners in Neuro- and Psychosemiotic discussion and publications. Signs and symbols are seen by the Baltic School as essential membranes of life, on all yet different levels of development. Background to the first two approaches are v. Uexküll's biological (and from today's view) biosemiotic writings. The latter discourse circles maybe connected closer to linguistics and Saussure but there is much overlapping in content and references.

To comprehend the change of levels, timelines, brakedowns, restructuring activities and helplines it needs an interactive moving model of consciousness close to clinical practice and experience. From my point of view such concepts can be found in A. N. Whitehead's "process-paradigm", in E. Cassirer's model of different layers of "symbolic formation" or in J. Piaget's "genetic structuralism". All of them, Whitehead, Cassirer and Piaget, are describing a process of mental differentiation which starts from a basic togetherness of those compartments which, in their later development, will emerge as divided acting correspondents: subject and object. Their early connection to matter, reification and thing-ness will be changed to an ever more abstract functional process. This is how pattern-based interrelations (*musterfähige Bewegungsformen*) can emerge, where intentional *Gestaltung* can open up variable polarities: metastable stages of performance for potential and creativity.

Due to the application of a new symbolic methodology certain settings and clinical symptoms which were seemingly contradictory beforehand now emerge as being compatible within a newly created more abstract geometry of interrelations. Translated into clinical terms,

this approach leads to a much wider understanding of the multilayered architecture of mental health. It allows for a sustainable point of reference in defining 'mental illness' and it might help us understand yet unexplained symptom changes during the course of treatment.

Approached from this 'symbolic' angle, mental health could be defined as the human ability to stabilize early pattern of personal experience, to successfully create, change and integrate 'Symbolic Forms' of social interaction, while establishing an equilibrium between the demands and intentions of selfregulation and environment, adding its newly found results to human tradition. Mental illness subsequently would no longer be misidentified as a mere disfunction of the brain but regarded as

the inability to (stabilize and/or) integrate own pattern of behavior into a social framework, leading to a breakdown of (different & multiple) layers of 'symbolic formation', while the balance between cultural interaction and the emergence of inner preformed pattern is continuously (or constantly) changed towards the latter.

In psychiatry and psychopathology organized efforts in collecting and coordinating findings on semiotic and symbolic research should be fostered, supported and funded, thus contributing to a 'science of meaning' or salience beyond the mere biological function of our animal brains and in integrating this important human source of knowledge into the regular discourse of our discipline.

MENTAL HEALTH: FROM SINGULAR TO COMMUNITY, TRANSITING BETWEEN SUBJECTIVE REALITIES AND THE TRUE REALITY

Afrange E., President,
FLAPSI—Latin American Psychotherapy Federation,
São Paulo (SP), Brazil

Abstract

This article offers an overview of Brazilian initiatives aimed at promoting mental health, both in public and private spheres. Their effectiveness and economic feasibility have been proven and even natural science ensures that both mental and physical health are inseparable while having complex mutual influence on each other. The therapeutic approach presented here confirms the importance of genetic, biological, psychological and environmental factors in promoting mental health.

Key words

Mental health, therapeutic approach, CAPS, NGO Mamãe.

Introduction. *Nowadays the world hangs by a thread and the support comes from the human psyche. These days we are not threatened by elemental disasters. We are the danger, our psyche is the danger... And what if something goes wrong with the psyche? Today the power of the psyche is fully demonstrated¹.*

The World Health Organization (WHO) considers the mental health essential to the welfare of the individuals, social groups and, because of that, should deserve a fresh look, as a whole.

Overlooked and stigmatized for a long time, the knowledge of how to deal with the increasing mental disorder, substantially improved during the last decade.

In the contemporaneity, mental health has its importance validated by Science that attests to combined factors as genetical, biological, psychosocial and environmentals, which maybe the cause of mind and brain diseases. Science equally ensures that mental and physical health are inseparable and that there is a deep and complex influence on each other.

The efficiency and the cost-effectiveness ratio of affordable low-cost interventions have been proved in dif-

ferent countries with different levels of economic development, such as epilepsy treatment with specific anti-epileptic drugs; the depression treatment including psychological intervention and, for moderate to severe cases, anti-depressant drugs; psychosis treatment with anti-psychotropic drugs and psychosocial support; the taxation of alcoholic beverages and the restriction of its distribution and marketing actions.

A variety of effective measures are available to prevent suicide, prevention and treatment of mental disorders in children, prevention and treatment of dementia and treatment for disorders related to the use of drugs.

Key factors. Several elements may put at risk the mental health of an individual, such as sudden paradigm shift, changes in labor conditions, prejudice, discrimination based on gender, race, skin color, beliefs, social exclusion, sexual violence, urban violence and Human Rights violation in general.

Therefore, the promotion of mental health should involve public and private cross-sectoral actions, allowing the individual to embrace or keep healthier life styles, recalling that, for the World Health Organization (WHO), health is "a state of complete physical, mental and so-

¹Jung C. G. Entrevista ao Dr. Richard I. Evans, do Departamento de Psicologia da Universidade de Houston, em Zurique (SWI), 5–8 de agosto de 1957. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=c6VpU5FqT0&feature=em-subst_digest-vreccs.

cial well-being and not merely the absence of disease or infirmity”.

Health professionals working in mental health area, particularly psychotherapists, thanks to their extensive knowledge and expertise, can propose e-strategies and interventions to prevent issues and improve mental health.

These e-strategies and interventions will result in benefits if associated to knowing how to observe and listen to the complexity of individual's life, beyond the disease or the disorder.

Comprehensive Mental Health Action Plan. *People think that psychological damage is a minor injury compared to the physical one. But, let us not be mistaken. In 99% of the cases the physical pain is banal if compared to the psychological scars that the violence or negligence may leave².*

The most proper starting point for the mental health promotion is related to the specific needs of the individual (singular) and/or the social group (community) but also considering the social and cultural contexts of the country.

So much so that the *Comprehensive Mental Health Action Plan³ for 2013–2020*, approved in 2013 by the World Health Assembly, suggested, to the member states of WHO, a commitment about the specific measures to be taken to improve the mental health and contribute to achieving global goals.

Considering that the diversity and the magnitude of the actions rely on conjunctural and structural aspects, particular for each member country, different governments should adapt the Action Plan to the local reality.

The global objective of this Action Plan is to promote the mental well-being, preventing mental disorders, providing care, enhancing the recovering process, as well as reducing the mortality rates and the morbidity between individuals with susceptibility to mental disorders.

The Action Plan particularly emphasizes the protection of the individual Human Rights and the empowerment of civil society to put the community at the center of attention.

CAPS: Inter-sectoral public strategy. The cooperation is the heart of the laws governing life and society. The actions concerning education, labor, sports, culture and leisure, all associated, have supreme value for the combat of issues related to mental health.

The Centros de Atenção Psicossocial⁴ (CAPS), belong to Brazilian Unified Health System (in Portuguese: *Sistema Único de Saúde—SUS*) aligned to the Ministry for Health and offer a health service open to the community, including group activities, individual work, some focusing the families other the community, covering all involved individuals in the strategies, in a contin-

uous questioning and evaluating paths and evaluating clinical/service results.

They constitute the main strategy for the psychiatric reform process in Brazil, initiated in 1986.

Patients with mental disorders are encouraged to improve family and social integration. They are supported in their search for autonomy and sustained by medical and psychological services.

The work developed by CAPS is performed in a therapeutic environment, i.e., either in individual sessions or in group like the interaction sessions, always aiming therapeutic results. Each user has a unique therapeutic project, in respect to its particularity, with customized service and activities suggested along the stay, according to its needs.

Among the several types of therapeutic activities offered by CAPS, we have:

- Individual Services, including prescription of medicines, psychotherapy and orientation;

- Group Services, like therapeutic workshops, significant workshops, source of income workshops, alphabetization workshops, cultural workshops, sports activities, social support activities, reading and discussion groups, newspaper preparation groups;

- Family-oriented service, paying support to the Family group, tailored service to Family members, home care, learning activities, leisure activities with the family;

- Community activities developed together with district associations and other existing institutions in the community, have the objective of promote social relations, service integration between user and family, between community and society in general, i.e., through community celebrations, walking in groups with community members, joining events and groups organized by the community centers;

- Assemblies or meetings to organize the work. The assembly is an important instrument for the CAPS' effective operation as a place for meeting people (preferably on a weekly basis), where technicians, users, family members and other guests gather to discuss, evaluate and suggest referral to the work.

Third Sector organizations have proven important contribution in the development of interventions that may prevent mental disorders and collaborate for mental health, especially in a large city as Sao Paulo, with limited resources against a high demand for services.

NGO Mamãe: Inter-sectoral private strategy. *Happiness is a human construction, individual and collective.*

According to the World Health Report about mental health⁵, “an important discover occurred in the twentieth century that shaped the current knowledge, is the key importance of the relationship with parents and other care providers, during childhood”.

²Juan Luis Linares. Disponível em: http://www.crpsp.org.br/portal/midia/liquedeolho_ver.aspx?id=705.

³World Health Organization. Relatório Mundial da Saúde. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Disponível em: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf.

⁴Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf.

⁵World Health Organization. Relatório Mundial da Saúde. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Disponível em: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf.

The same report states that “it is particularly important the link between mental health and poverty: the poor and needy present major prevalence of disorders, including abuse of substances”.

The Mamãe Associação de Assistência à Criança Santamarense⁶ is a non-governmental organization constituted by way of private right, for philanthropic purposes, founded at November, 23rd. 1965, as a charitable, social and educational institution, whose aim is to develop actions in the public interest for needy children, adolescents and adults.

In parallel, it can be said that the NGO Mamãe is a preventive element of mental health, because acts, in different levels, with projects and actions directed towards reducing the harmful impact on children, adolescents and adults from families where prevail low education, material poverty, violence, delinquency, disaffection, rejection, among other contemporary social pains.

For this public, the NGO Mamãe offers, free of charge, pedagogical services for stimulation, recreation, cultural and leisure activities, food, health care, family counselling, vocational and qualification courses.

They have an active participation in social movements in Santo Amaro region, South area of Sao Paulo city. They offer, according to specific needs, focal short-course psychotherapeutic host, carried out by a professional of this area.

Case study. The Psychotherapy looks for the paths of dialogue between the psychotherapist and the patient, during the therapeutic process.

The psychotherapist, far from self-crystallization and self-blessing due to supposed power coming from a lot of knowledge, should instead create favorable conditions for listening and understanding, in an environment of unrestricted acceptance and respect.

This is the way that, in this Estudy Case, the psychotherapist acts, creating affective links and developing stronger social ties, in the work experience for NGO Mamãe. The identified observations are the balance of the experience at GNO Mamãe. A focal brief psychotherapeutic process with a 3-year-old child, presenting serious behavioral problems. This child expressed the desire to die and showed aggressive behavior when dealing with all other children and with the caregivers of the day-care, revealing an emotional state of compulsive despair.

The psychotherapy services took place in three brief sessions of 40 minutes each, focusing on support, host and provide certain continence to this child. A child deprived of affection from her caregivers has greater possibility to exhibit mental and behavior problems, whether during the childhood or in a later stage of life.

I have defined that my main function in this therapy, was to “repair” this emotional disorder generated by the death of the caregiving, her 18-year-old aunt, and her consequent wish to go find the aunt again.

In order to create conditions to build a positive link, a close relationship with this child, the “other”, I put myself deliberately in the same level (at the same height). We sat down at the main door of the daycare and freely established a dialogue by means of a playful activity: (drawing) until the girl, pointing to the sky, suggested that her aunt was there, expressing loss and pain.

Thus, even in a brief therapeutic process, the psychotherapist could succeed in significantly reducing the load of mental and behavioral disorders because they have the knowledge and the appropriate skills.

Everyone must take this responsibility because, as Carl Gustav Jung said: “*Nowadays the world hangs by a thread and the support comes from the human psyche*”.

АНТИЦИПАЦИОННО-ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ МЕХАНИЗМ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ ПРИ ДЕЛИНКВЕНТНОМ ПОВЕДЕНИИ: СТРУКТУРНО- ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ И ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ

Ахметзянова А. И., к. псих. н., доцент,
ФГБОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет»,
Казань, Российская Федерация

Аннотация

Представлены результаты эмпирического исследования особенностей структурного, функционального и генетического аспектов изучения социально-психологической адаптации при делинквентном поведении. Показан антипационно-прогностический механизм адаптации. Выявлены структурные различия в механизмах адаптации в различных группах испытуемых.

Ключевые слова

Антиципационно-прогностический механизм, социально-психологическая адаптация, делинквентное поведение.

⁶Mamãe Associação de Assistência à Criança Santamarense. Disponível em: <http://www.mamae.org.br/html/index.htm>.

ANTICIPATIONAL-PROGNOSTIC MECHANISM OF SOCIO-PSYCHOLOGICAL ADAPTATION IN DELINQUENT BEHAVIOR: STRUCTURAL, FUNCTIONAL AND GENETIC ASPECTS

Akhmetzyanova A. I., PhD (Psychology), Associate Professor,
Kazan Federal University,
Kazan, Russian Federation

Abstract

The article presents the results of empirical studies of structural, functional and genetic aspects of the study of socio-psychological adaptation in delinquent behavior. The paper describes anticipational-prognostic mechanism of adaptation and identifies mechanisms of adaptation in different groups of subjects.

Key words

Anticipational-prognostic mechanism, social-psychological adaptation, delinquent behavior.

Поведенческие девиации являются одной из серьезных и обсуждаемых проблем в современном обществе, затрагивающих социальную и психологическую сферу личности. В настоящее время отмечается тенденция роста и распространенности девиаций, снижения возрастных границ их проявлений, а также дифференцированности. В связи с этим немаловажной задачей можно считать возвращение в «здоровую» среду лиц с делинкветными формами поведения. Процесс ресоциализации при делинкветном поведении возможен при достаточном уровне социально-психологической адаптации и налаженных механизмах регуляции поведения и эмоционально-волевой сферы, что обеспечивается антиципационно-прогностическими процессами. Антиципация позволяет формировать цели, планировать и программировать поведение и деятельность в целом, она включена в процессы принятия решения, текущего контроля и в коммуникативные акты. Антиципационно-прогностические процессы обеспечивают планирование трансформации поведения с опорой на оценки внешних условий, позволяют предугадывать новые события.

В связи с этим нами было проведено исследование, направленное на определение структуры антиципационно-прогностического механизма социально-психологической адаптации при девиантных формах поведения. Испытуемыми выступили лица с делинкветным поведением (180 человек), которые были разделены на две возрастные группы. В первую группу вошли подростки (100 человек) из Центра временного содержания для несовершеннолетних подростков г. Казани и г. Курска. Во вторую группу вошли заключенные (80 человек), отбывающие наказание в местах лишения свободы (39 человек в возрасте 22–57 лет, отбывающих наказание за причинение вреда жизни и здоровью граждан; 41 человек в возрасте 25–57 лет, отбывающих наказание за причинение вреда имуществу граждан).

Для изучения антиципационно-прогностического механизма социально-психологической адаптации использовался комплекс психодиагностических методик:

1) опросник социально-психологической адаптации (К. Роджерс, Р. Даймонд);

2) опросник «Стиль саморегуляции поведения» (В. И. Моросанова);

3) методика диагностики социально-психологических установок личности в мотивационно-потребностной сфере (О. Ф. Потёмкина);

4) методика диагностики временных установок (Ж. Нюттен);

5) методика диагностики межличностных отношений (Т. Лири);

6) методика «Опросник временной перспективы» (Ф. Зимбардо);

7) методика событийной реконструкции временной перспективы личности (В) Б. Никишина, Е. А. Петраш);

8) методика-тест «Способность к прогнозированию» (Л. А. Редуш);

9) методика «Пространственная антиципация» (Е. Н. Сурков, Г. В. Суходольский, А. З. Гафаров);

10) тест антиципационной состоятельности (В. Д. Менделевич);

11) ассоциативный эксперимент (В. Б. Никишина);

12) шкала диссоциации DES.

Данные исследования прошли статистическую обработку, был проведен подсчет средних, корреляционный и структурный анализ, расчет коэффициентов когерентности, дивергентности, организованности структуры.

На первом этапе изучалась специфика социально-психологической адаптации исследуемых испытуемых. Социально-психологическая адаптация включает в себя следующие параметры: адаптивность, принятие себя, принятие других, эмоциональный комфорт, интернальность и стремление к доминированию. В результате анализа выявлено значимое снижение общего уровня адаптивности при переходе от нормативного (адаптивного) поведения к девиантному.

Качественно-содержательные параметры социально-психологической адаптации при делинкветном поведении значимо отличаются и имеют специфические особенности в сравнении с испытуемыми с нормативным поведением. Парное сравнение исследуемых параметров социально-психологической адаптации осужденных и здоровых испытуемых показало

статистически значимые различия по всем показателям ($p < 0,05$). У осужденных, совершивших противоправные действия насильственного характера, более выражены показатели принятия себя, принятия других и стремления к доминированию, чем у осужденных, совершивших противоправные действия корыстно-насильственного характера. При этом лица, совершившие противоправные действия корыстно-насильственного характера, более адаптивны, имеют более высокие значения по показателям эмоционального комфорта и интернальности. Отметим, что осужденные, совершившие противоправные действия насильственного характера, так же, как и лица с нормативным поведением, имеют выраженное стремление к доминированию.

На втором этапе проводился анализ корреляционных связей показателей социально-психологической адаптации и антиципационно-прогностических процессов, что позволило определить функциональный, структурный и генетический аспекты изучения социально-психологической адаптации при делинквентном поведении.

В рамках анализа функционального аспекта выявлено, что у осужденных, совершивших противоправные действия насильственного характера, адаптивность обуславливается регуляторной гибкостью и высоким уровнем диссоциированности; принятие других определяется регуляторной самостоятельностью; эмоциональный комфорт — моделированием при низкой осознанности, а стремление к доминированию взаимобусловлено перспективностью при низкой осознанности. У осужденных, совершивших противоправные действия корыстно-насильственного характера, иные взаимосвязи. Так, адаптивность определяется регуляторным процессом планирования; принятие себя через высокий уровень диссоциации; принятие других обусловлено низкими показателями прогностической глубины; эмоциональный комфорт сопровождается ригидностью; стремление к доминированию обеспечивается процессами планирования; интернальность как содержательный показатель социально-психологической адаптации взаимообусловлен высокой общей осознанностью.

Анализ структурного аспекта изучения социально-психологической адаптации при делинквентном поведении показал, что низкий уровень социально-психологической адаптации проявляется в дезадаптивности, принятии себя, эмоциональном комфорте и стремлении к доминированию, реализуется через антиципационную состоятельность, перспективность, ригидность регуляторных процессов и высокую диссоциированность. Преобладание обратно пропорциональных статистически значимых взаимосвязей показателей социально-психологической адаптации и антиципационно-прогностических процессов свидетельствует о низком уровне структурной организации антиципационно-прогностических механизмов социально-психологической адаптации.

Далее в рамках структурного аспекта определялась степень организованности систем социально-психологической адаптации при делинквентном пове-

дении с помощью подсчета индексов когерентности и дивергентности, а также расчета коэффициента организованности структуры социально-психологической адаптации на основании полученных значимых взаимосвязей ($p < 0,01$ и $p < 0,05$). В качественный анализ входило определение гомогенности-гетерогенности структурной организации социально-психологической адаптации у групп лиц с делинквентным поведением в сравнении с группой лиц с нормативным поведением с использованием метода χ^2 -экспресс.

Выявлено, что когерентность структуры социально-психологической адаптации осужденных за совершение противоправных действий насильственного характера близка по степени организованности со структурой лиц с нормативным поведением. В структуре социально-психологической адаптации осужденных, совершивших противоправные действия корыстно-насильственного характера, выявлено наибольшее количество отрицательных связей, свидетельствующих о неоднозначности и большей разобщенности структуры.

Генетический аспект изучения антиципационно-прогностического механизма социально-психологической адаптации при делинквентном поведении определялся путем сравнительной оценки показателей уровня выраженности содержательных параметров социально-психологической адаптации и антиципационно-прогностических процессов, а также их взаимосвязи у групп осужденных. Анализ данных показал, что у 100% осужденных низкая антиципационная состоятельность. Низкая антиципационная состоятельность у осужденных, совершивших противоправные действия насильственного характера, имеет обратно пропорциональную статистически значимую взаимосвязь с прогностической гибкостью. Непроизвольный уровень психологических механизмов взаимосвязи антиципации и прогнозирования взаимообуславливается высоким уровнем диссоциации; на произвольном уровне — регуляторными процессами программирования и моделирования. У осужденных, совершивших противоправные действия корыстно-насильственного характера, также выявлена взаимосвязь низкой антиципационной состоятельности с прогностической глубиной и доказательностью. Взаимосвязь антиципации и прогнозирования на произвольном уровне у осужденных, совершивших противоправные действия корыстно-насильственного характера, обеспечивается высоким уровнем диссоциации, реализующимся в недифференцированности регуляторных процессов оценивания результатов и моделирования; на произвольном уровне — низким общим уровнем осознанной саморегуляции поведения.

При гомогенности структуры антиципационно-прогностического механизма социально-психологической адаптации у осужденных, совершивших противоправные действия насильственного характера, и осужденных, совершивших противоправные действия корыстно-насильственного характера, генез характеризуется сменой базовых качеств: эмоциональный комфорт и диссоциация у осужденных, совершивших противоправные действия насильственного ха-

рактера; адаптивность и аналитичность у осужденных, совершивших противоправные действия корыстно-насильственного характера. Качественная оценка структурной организации антиципационно-прогностического механизма социально-психологической адаптации при делинквентном поведении характеризуется гетерогенностью в сравнении со здоровыми испытуемыми.

Библиографический список

1. Дикая Л. Г. Психология саморегуляции функционального состояния субъекта в экстремальных условиях деятельности: дис. ... д-ра психол. наук. М., 2002. 342 с.
2. Карпов А. В., Никишина В. Б., Петраш Е. А. Социальная идентичность: метасистемный подход // Курский научно-практический вестник. Человек и его здоровье. 2017. № 2. С. 124–134.
3. Налчаджян А. А. Психологическая адаптация: механизмы и стратегии. М.: Эксмо, 2010. 368 с.
4. Парыгин Б. Д. Социальная психология. Проблемы методологии, истории и теории. СПб.: ИГУП, 1999. 592 с.
5. Реан А. А., Кудашев А. Р., Баранов А. А. Психология адаптации личности. Анализ. Теория. Практика. СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2006. 479 с.

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЭКЗИСТЕНЦИЯ

Баранников А. С., д. м. н., профессор,
НОУ ВО «Московский социально-педагогический институт»,
поликлиника № 5 филиала № 3 Главного военного клинического госпиталя
имени Н. Н. Бурденко,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

Рассмотрены антропологические основы понимания психического здоровья в современном экзистенциальном анализе. Установлена связь между здоровьем человека в широком плане и возможностью переживания экзистенции. Раскрыто значение духовной депривации для формирования психического здоровья. Подчеркнуто значение концепции современного экзистенциального анализа для формирования психического здоровья в педагогике, психологии, психотерапии и в других самых широких сферах современной жизни.

Ключевые слова

Психическое здоровье, экзистенция, духовная депривация, экзистенциальный анализ.

MENTAL HEALTH AND EXISTENCE

Barannikov A. S., MD, Professor,
Moscow Social Pedagogical Institute, Polyclinic No. 5, Branch No. 3
of Burdenko General Military Clinical Hospital,
Moscow, Russian Federation

Abstract

The purpose of this paper is to investigate anthropological basics of understanding mental health in contemporary existential analysis. The study demonstrates the connection between mental health in a broad sense and the opportunity of experiencing existence. The meaning of spiritual deprivation for the forming of mental health is clarified. The role of contemporary existential analysis in the forming of mental health in pedagogics, psychology, psychotherapy and other broad areas of contemporary life is emphasized.

Key words

Psychic health, existence, spiritual deprivation, existential analysis.

Определение понятия «психическое здоровье» приобрело особую актуальность в связи с развитием и дифференциацией наук о человеке в начале прошлого века. Однако сами представления о том, каков человек, что для него является важным, что составляет основное содержание его жизни, к чему он должен стремиться, каковы итоги его жизни, которые засчитываются обществом, церковью, близкими, им самим, претерпели существенное изменение за всю историю человечества. Сегодня психиатры, психо-

логи, психотерапевты, педагоги имеют собственную антропологию, которая открывает взгляд на человека в соответствии с потребностью решения актуальных задач лечения, профилактики, воспитания и др. Но все эти специальные задачи требуют концептуальной основы для их решения. Причем качество концепции и степень ее доработанности во многом определяют и качество практико-ориентированных разработок. Если мы несколько сузим свой взгляд до достижений психотерапии, то увидим, что разные направления психотерапии предлагают свое видение человека и его проблем, связанных с воспитанием и формированием психического здоровья. Они предлагают также и свою собственную методологию.

В настоящей публикации мне хотелось бы остановиться на понимании психического здоровья психотерапевтами, более детально рассмотреть представления современного экзистенциального анализа об экзистенции, остановиться на важной роли духовной депривации в психическом развитии человека, определить значение понятия «экзистенция» и представлений о «духовной депривации» для развития психологии, педагогики, психотерапии и других наук о человеке.

Что могут предложить сегодня разные направления психотерапии в понимании психического здоровья и путей его достижения?

Психотерапия и культурная традиция: от импульса к внутреннему согласию. Психоанализ учит нас справляться с несовершенством защитных механизмов. Когнитивно-поведенческий подход обращает наше внимание на то, каким образом можно устранить несовершенство когнитивных конструктов и избежать неправильного научения. Системный подход помогает не выпасть из контекста систем, в которых мы находимся. Психотерапия творческим самовыражением позволяет не пройти мимо своей характерологической природы.

Экзистенциально-гуманистическое направление заботит то, каким образом человек может прийти к существенному в своей жизни, как не пройти мимо собственной духовной сущности [8]. Об этом думали создатели экзистенциальной философии. Об этом думал Виктор Франкл, проходя через кризисы собственной жизни и находясь в концентрационном лагере. Та же проблема волновала Льва Толстого, Максима Горького, Александра Блока и других деятелей русской культуры на рубеже XIX и XX веков.

Хотел бы напомнить о глубине и масштабах той рефлексии вопроса о смысле жизни, которая пронизала все русское общество в этот исторический период. Думаю, что такого масштаба и глубины рефлексии в связи с экзистенциальными темами жизни не было ни в одной из стран мира. Итогом этой рефлексии стало представление о том, что главным и в литературе и в человеческой жизни являются чувства и чувственная связь человека с миром. Эта глубоко выстрадавшая

русская идея (я это подчеркиваю!) нашла в последующем хорошее воплощение с помощью европейского прагматизма в современной концепции экзистенциально-аналитической психотерапии [4].

Каким образом можно прийти к существенному, к смыслу жизни, к внутреннему согласию? Разве каждый из нас не задается этим вопросом? Он является наиболее характерными для экзистенциального направления психологии и психотерапии. И в качестве адресата он имеет нашу глубинную духовную сущность — Персону, или Person¹. Экзистенциальные вопросы запускают внутренний процесс переживания, благодаря которому наша духовная сущность становится осязаемой, переживаемой и приходит в мир².

Это волшебство переживания сразу же меняет нашу жизнь, и она наполняется смыслом. Одни и те же факты жизни мы можем пережить по-разному. Об этом нам говорит и наш собственный опыт, и опыт наших пациентов и клиентов.

Внутреннее согласие — субъективное переживание экзистенции. «Переживать внутреннее согласие» означает для экзистенциального направления психотерапии «экзистировать», т. е. находиться в соотношении с фундаментальными условиями экзистенции. *Экзистенция* — это способность человека на основе свободного переживания строить ответственные отношения с собой и окружающим миром. С точки зрения современного экзистенциального анализа центральное чувство «Да», чувство внутреннего согласия, имеет комплексное происхождение и базируется на основных экзистенциальных темах — условиях: 1) мочь быть; 2) нравиться жить; 3) быть собой; 4) соотноситься с контекстом и будущим (непосредственная тематика смысла) [5].

1. Фундаментальная мотивация экзистенции («мочь быть») предполагает возможность обхождения с реальностью в виде ее принятия и выдерживания. В случае если этого не происходит, возникают тревога и страхи.

2. Фундаментальная мотивация экзистенции («нравится жить») предполагает способность переживать качество жизни. В случае если этого не происходит, возникает депрессия.

3. Фундаментальная мотивация экзистенции («бытие собой») предполагает способность ограничиваться, постоять за себя, проживать свою самоценность и достоинство. В случае если этого происходит, возникают истерия и нарциссизм.

4. Мотивация экзистенции предполагает способность переживать смысл, совершать осмысленные действия. В случае если этого не происходит, возникают зависимости. Бесмысленность автоматически возникает, если не выполнены предыдущие условия экзистенции.

Таким образом, сама структура экзистенции указывает нам не только на экзистенциально значимую тематику, но и на средства работы с имеющимися нарушениями.

¹ Person (Персона) — современное обозначение свободного в человеке, центра духовного измерения.

² Эта динамика описывается Виктором Франклом как динамика «экзистенциального поворота» [3].

В концепции современного экзистенциального анализа хорошо разработаны патогенез и психотерапия основных клинических форм. Альтернатива «здоровье — болезнь» привязана к структуре экзистенции и к процессу переживания, который описывается в методе «персонального экзистенциального анализа» [6].

Процесс переживания описывается в этом методе через ряд шагов, которые ведут к завершенности и на уровне позиции, и на уровне совершаемых действий. Блокады и незавершенности переживания ведут к появлению проблем, симптомов и болезней [6].

Но духовная сущность и духовное здоровье человека нуждаются в присутствии Другого с его духовной сущностью — родителей, педагогов, сослуживцев, психологов, психотерапевтов. Что бывает, если этого Другого нет?

Духовная депривация — одна из главных угроз психическому развитию и здоровью. Понятие депривации связано с недополучением необходимых для развития условий [2, 10].

О *духовной депривации в широком смысле* мы можем говорить как о дефиците источников духовного развития [1]. В более узком смысле мы можем говорить о *персональной депривации* в тех случаях, когда она связана с человеческим фактором и с неперсональностью другого [1]. Именно этой форме депривации мы и уделим наибольшее внимание.

При самом общем взгляде мы могли бы разделить внешние влияния на человека как способствующие духовному развитию, нейтральные или мешающие ему.

Феноменологическое изучение клиентов и пациентов различных возрастных групп показывает, что многие из них пережили или переживают особую форму лишения, особую форму депривации. Они были лишены Встречи с духовной личностью других людей на своем жизненном пути. Иногда это были близкие родственники, иногда — жестокие сверстники и одноклассники, иногда депривация происходила благодаря социальным условиям.

Знание об огромной роли родителей приходит к нам еще в дорефлексивный период нашей жизни через чувства. Эти чувства являются столь ранними, что их можно было бы назвать «врожденными аксиомами». Чувства сообщают детям и об отсутствии принятия, любви, признания. Мы могли бы проследить определенную динамику чувств, возникающую в результате удерживающейся длительное время депривации. Она может включать в себя дистанцирование от чувств («иначе слишком больно») и в дальнейшем полную закрытость от них с утратой прочных связей с реальностью на уровне восприятия и оценивания. Динамика когнитивного уровня ведет к формированию установок, ограничивающих доступ к себе, блокирующих духовные формы активности и способность к Встрече с другими людьми.

Не только родители, но также и любой другой человек является необходимым резонатором и отражением для нашей духовной сущности. Он мог бы подпитывать и укреплять нас. Однако если этого не происходит, в результате сохраняющейся депривации возникают чувства обделенности, пустоты, омертв-

ния, обиды, боли. Из-за угрозы фундаментальным условиям экзистенции могут возникать копинги, страхи, чувства потери себя. Это ведет к утрате способностей и идентифицирующих элементов Person (А. Лэнгле, 2005) [7].

Комплексное переживание, обусловленное депривацией, может приводить к тому, что человек теряет связь с жизнью, с собой и с окружающим его Миром. Духовная (персональная) депривация извлекает его из этой связанности. Экзистенция утрачивает структуру. Опустошается внутреннее содержание переживания, уходит согласие и речь идет лишь о сохранении внешней формы при внутреннем омертвлении. За такую жизнь приходится платить определенную цену. Так, духовная депривация может вести к утрате потенциала в обхождении с собой и окружающим Миром. Отвержение извне может перейти в отвержение изнутри.

Главным феноменологическим содержанием духовной депривации является отсутствие духовной Встречи, невозможность встретить другого значимого человека, такого как Person [1]. Именно этот факт является экзистенциально релевантным в определении депривации. Он приводит и к экзистенциально релевантным последствиям в виде страдания, связанного с этим фактом, сопровождающегося зачатую утратой (или недостижением) своей собственной духовной сущности. Духовно-персональная депривация может приводить к духовно-персональной самодепривации (невозможности встретить себя самого как Person).

Конечно, при формировании различных структур личности играют роль специальные темы и условия.

Депривация может происходить в виде острой травматической формы и в виде постепенного и длительного накопления дефицита. Не всегда в практике можно четко разделить эти две формы. Однако иногда это возможно и важно не только в теоретическом, но и в практическом аспекте [1].

Каковы последствия духовной депривации для развития духовной личности? Мы можем обратить внимание на две возможных перспективы развития. Это *персональное развитие*, являющееся основной заботой экзистенциального анализа (в некоторых случаях депривация может его даже стимулировать, как это было и в жизни В. Франкла) и перспектива, которую мы можем определить как *«аперсональное формирование личности»*, понимая под ним те случаи, при которых в недостаточной степени в формировании личности интегрируются духовность и персональность. Эта тенденция развития представляет собой основную опасность для психического и физического здоровья человека. В то же время духовность, к которой обращаются экзистенциальные психотерапевты, представляет собой измерение открытости и ответственности. Именно с ним связаны перспективы формирования психически здоровой личности.

Таким образом, способность человека прийти к переживанию экзистенции, с точки зрения современного экзистенциального анализа, — одна из центральных проблем психологии, педагогики, медицины, психотерапии. Для нормального психического развития чело-

века необходимы определенные условия, важнейшим из которых является наличие другого человека как духовной личности, как Person.

Понятие духовной депривации позволяет более ясно увидеть и определить важные условия и тенденции развития. Введение и использование этого понятия обращает наше с вами внимание на серьезную

проблему современной жизни и профессиональной деятельности. В определенном смысле это проблема нашего времени и, в то же время, — вечная тема «бытия человеком». Обращение к ней делает видимой и осязаемой нашу собственную роль и ответственность за собственную жизнь, жизнь наших детей и близких, наших пациентов и общества в целом.

Библиографический список

1. Баранников А. С. Духовная депривация — феноменологическое содержание, последствия, особенности диагностики и помощи // Психотерапия. М., 2004. № 6. С. 11–24.
2. Боулби Дж. Создание и разрушение эмоциональных связей. М.: Академический проект, 2004.
3. Лэнгле А. Экзистенциальный анализ — найти согласие с жизнью // Московский психотерапевтический журнал. 2001. № 1. С. 5–23.
4. Лэнгле А. Психотерапия — научный метод или духовная практика? О соотношении между имманентным и трансцендентным на примере экзистенциального анализа // Московский психотерапевтический журнал. 2003. № 2. С. 7–34.
5. Лэнгле А. Фундаментальные мотивации человеческой экзистенции как действенная структура экзистенциально-аналитической терапии // Психотерапия. 2004. № 4. С. 41–48.
6. Лэнгле А. Терапевтический случай нахождения собственного Я (применение метода персонального экзистенциального анализа) // Психология. 2005. № 2. С. 81–88.
7. Лэнгле А. Person. Экзистенциально-аналитическая теория личности. М.: Генезис, 2005.
8. Тихонравов Ю. В. Экзистенциальная психология. М.: ЗАО «Бизнес-школа», «Интел-Синтез», 1998. С. 58–98.
9. Франкл В. Теория и терапия неврозов. СПб.: Речь, 2001.
10. Фурманов И. А., Фурманова Н. В. Психология депривированного ребенка. М.: Владос, 2004.

ФИЛОСОФИЯ ДРЕВНИХ ГРЕКОВ: К ДУХОВНЫМ ПРАКТИКАМ И ДАЛЕЕ

Битехтина Л. Д., д. ф. н., профессор,
соруководитель модальности «Религиозно-ориентированная психотерапия»
Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиги и Национальной
саморегулируемой организации ассоциации «Союз психотерапевтов и психологов»,
академик Российской народной академии наук,
руководитель отделения духовной и психологической безопасности человека,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

Доклад можно условно разделить на три части. Первая часть посвящена пониманию философии древними греками, двум типам и линиям развития древнегреческой мысли: мудрость как любовь к знанию (Аристотель) и мудрость как любовь к мудрости (Сократ). Во второй части говорится об эре неклассической философии и антропологии как о связи и продолжении второго типа мудрости, определяемой как практика себя, забота о себе, выраженная в совершенствовании и самопознании. Третья часть посвящена современному метаязыку синергийной метаантропологии С. С. Хоружего на основе православной традиции исихазма в приложении к психотерапевтическим практикам и духовной жизни.

Ключевые слова

Мудрость, духовные практики, психотерапевтические практики, синергийная антропология, антропологическая граница, размыкание, концепт, дискурс.

PHILOSOPHY OF ANCIENT GREEKS: TO SPIRITUALITY AND FURTHER

Bitekhtina L. D., D. (Philosophy), Professor,
Head of the Modality “Religious Psychotherapy” of the All-Russian Professional
Psychotherapeutic League and National Self-Regulatory Organization
Union of Psychotherapists and Psychologists Association,
Member of People’s Academy of Sciences,
Head of Spiritual and Psychological Safety Department,
Moscow, Russian Federation

Abstract

The report can be divided into three parts. Part 1 describes the understanding of the ancient Greek philosophy as two lines of the development of the ancient Greek thought: wisdom as love of knowledge (Aristotle), and wisdom as love of wisdom (Socrate). Part 2 looks into the era of non-classical philosophy and anthropology as a connection and continuation of the second kind of wisdom. It is defined as selfstudy striving for perfection and self-knowledge. Part 3 is a contemporary meta-language of meta-anthropology of S. Khoruzhy based on the Orthodox tradition of hesychasm as addition to psychotherapeutic practices and spiritual life.

Key words

Wisdom, spirituality, psychotherapeutic practices, synergy anthropology, anthropological border, disconnection, concept, discourse.

Сократ думал, что благо человека заключается в самом человеке, что и есть именно сам человек в его человечности. «Весь мир есть совершенное ничтожество в сравнении с человеком, потому что ни за какие сокровища мира нельзя купить того, что составляет существо человека, — нельзя купить живого человеческого духа» [1].

Таким образом, человечность как особое интегративное состояние гуманности и есть носитель живого человеческого духа, который раскрывается в его деятельности, одухотворяя ее своим присутствием и наличием, явленной представленностью. И, как это ни банально звучит, но еще Конфуций (551–479 до н. э.) до Рождества Христова скорбел об отсутствии в этом мире гуманности, а в человеке — человечности, несмотря на все его старания на пути совершенствования себя и мира. Этой скорбью великий мыслитель приуготовлял и прозревал приход Иисуса Христа, Его искупительную жертву за человека, за восстановление в нем человечества, ставшее способным осуществить гуманность и милость вопреки всему.

От греков еще пошло, что свойственное человеку по его человечеству осуществляет он в стремлении совершенств, познания себя, самореализации и самоактуализации. При таком условии практика жизни в Древней Греции служила подлинным обнаружением духа религиозного и философского. Есть три вида мировоззрения: религиозное, философское, научное. Исторически одно выводимо из другого в форме высказывания. Для древних мыслителей быть философом означало вести добродетельную жизнь, стяжать добродетели. По Мишелю Фуко, философские практики существовали 1000 лет до IV века н. э., он обозначает их как «практики себя», имеющие два принципа — познай себя и позаботься о себе.

Забота о себе как более емкий жизненный принцип включал и познание себя, являющееся смысловым ядром совершенствования в себе человечности. Совершенствование же в себе человечности предопределяло философу научиться и научить людей добру и удалить их от зла, что означало разъяснить человеку его самого, раскрыть смысл его жизни и создать живое определение его деятельности. Это, конечно, была нравственная философия, далекая от той научности, которую мы теперь знаем. Этика, которая тогда главенствовала, смело отвергала другие любые науки, бесполезные для добродетели, не могущие научить человека быть счастливым.

Такой была почва, из которой возникали умственные интересы и цели, которой они регулировались. Наш вопрос и рассуждение обращены к интегративному подходу, который лежит на стыке знаний философских, богословских, научных, на стыке целостного понимания человека как духа, души, тела. Следует заметить, что философские интересы всегда рождаются в запросах жизни, выработке ее идеалов, создании человека через формирование его мировоззрения, картины мира, тогда как научные интересы возникают в удовлетворении постоянной любознательности, направленной к созданию ученого и его профессионального призвания. Это разное отношение и взгляд на человека. Нам это мало понятно, но задаваемые различия хорошо понимала школа Сократа, Пифагора, Платона и стоиков. Наука давала знания, в этом ее не отрицали, но философия делала человека мудрецом.

Интересно то, что наука изучала человека и называлась антропологией, в ней было установлено положение, что «человек — мера всех вещей», тогда как философия априори исходила из другого положения

«мера всех вещей — есть Бог», и благо человека лежит в том, каково его призвание. Наука изучала, что человек есть по природе, а философия — развитие ее по идеалу человечности: уподобление Богу (Платон), посмертное обожествление (пифагорейцы).

Но наступила эра Аристотеля, выразителя научного сознания и процесса развития науки вообще, как знание последних причин бытия. Отсюда философия стала и есть общая наука, предметом которой является бытие как единое целое, исследующее неизвестное бытие первонаука. В связи с этими обстоятельствами она образовалась как идея науки, а не как наука в действительности, что может быть только в будущем. В дальнейшем из первонауки были выделены отдельные ветви, их стало три, и они суть ее осуществления. Если выдвинутое Аристотелем положение о тождестве науки и философии верно, то само собой понятно, что каждый ученый есть вместе с тем и философ. Поэтому у Аристотеля философы все: математики, астрономы, физики, психологи, богословы, не в предметном, конечно, своем занятии, а в осмыслении явления бытия. Философия была осуществлением идей науки, наукой вообще, как познание общих начал бытия. По характеру вопросов она являлась первой философией, а по решению этих вопросов она была метафизикой, по мнению В. И. Несмелого «Наука о человеке» [1].

В этом понимании человек выпадал как в первом случае, так и во втором. И это определялось историей развития древнегреческой мысли, в которой ясно выделялись два разных типа философии: «одна философия вполне совпадала с наукой и помимо науки не существовала, другая существовала рядом с наукой и совершенно независимо от нее» [1].

В истории философии первый тип оказался господствующим, это классическая философия. По мнению Несмелого, этот тип утверждался в средние века по причине отсутствия научных знаний и решительного непонимания философских стремлений. Таким образом, философией обозначали две совершенно различные области мысли, имеющие различные идеалы мудрости, интересы, цели. Даже впоследствии, когда аристотелевское понимание мудрости одержало верх над сократовским и стало определяться в смысле знания, древние греки не путали ее с «любовью к мудрости», которая не являлась любовью к знанию. «Известно, например, что стоические мыслители определяли мудрость как знание о вещах божиих и человеческих, т. е. как знание о мире и человеке. Любовь же к мудрости они понимали в смысле самосовершенствования, совершенно по-сократовски» [1].

Здесь мудрость связывали с наукой, а любовь к мудрости — с жизнью, отсюда следовали два идеала мудреца: «один всецело покрывался у них понятием человека-ученого, другой — понятием человека-совершенного, и только этот второй идеал был идеалом философа» (там же). И если первые ставили интересы знания выше, чем жизненные, и цели были — знание ради знания, то вторые, игнорируя науку, утверждали философию как процесс жизни по достижению мудрости. Тезис — жить и знать, для того чтобы жить, был определяющим в обустроенности своего

мира: на уровне взора, вытянутой руки и вертикали в небо.

Таким образом, одни создавали знания, другие творили человеческую жизнь! Первые стремились объяснить мир и лишь в нем — человека как одно из явлений мира; вторые, напротив, прежде всего «стремились определить конечную истину самого человека и лишь в этой истине мир как средство к развитию человеческой жизни и деятельности» [1].

Сегодня вновь с особой остротой встает вопрос: что такое человек по своей природе, на что он имеет право надеяться, чего он должен желать и как ему следует жить, чтобы раскрыть в жизни свою человечность. Это вопросы к истинной мудрости, которые делают каждого человека философом, и только сейчас, преодолевая границы естественнонаучного метода и подхода в познании человека, психология начинает считать себя вправе говорить человеку о духе и возвращать душу из изгнания.

Но возвращается она совсем в другую ситуацию, измененную тревожным временем и самим человеком. Сегодня мы уходим от классической философии и классической антропологии, где ее созданием была классическая модель человека, стоящая на трех китах — *фундаментальных концептах: сущность, субстанция и субъект*. Главные ее создатели и творцы в общепризнанном понимании — Аристотель, Декарт и Кант. И в продолжении мысли С. С. Хоружего, представителя неклассической современной философии, приводим его цитату: «*Современная ситуация отличается тем, что все эти три фундаментальных концепта оказалось необходимо убрать со сцены... и, если старая модель не работает, значит, надо предложить что-то взамен*» [2, 5].

Развитие мысли и происходящие в человеке изменения возникают как антропологический поворот, С. С. Хоружий создал метаязык, назвав его синергической антропологией (СА), как метаантропологию с новым языком, но уже не для духовных практик, а для сегодняшнего человека, который про духовные практики мог и не слышать. СА здесь решает две задачи: антропологическое осмысление духовной практики исихазма как *универсального представления о человеке и его сознании*; вторая — введение синергической парадигмы с определением сферы применимости ее понятий к антропологии с рефлексией своих границ. Несомненно, *что сознание и мысль как универсальная форма выражения духа* остается рабочим понятием в СА, различение внутреннего и внешнего, как и присутствие всех высших психических функций человека. Здесь ничего нового СА не привносит, если не считать, что при различении внутреннего и внешнего, сознания и перцепции, в категорию внутреннего вносится еще представление о *горизонте сознания* как всего диапазона «внутреннего».

Возникает *концепт «границы»*, и с него полагается фонд универсальных, но уже неклассических антропологических понятий. Приводим цитату С. С. Хоружего: «К границе относятся предельные практики или проявления: те, опыт которых говорит человеку, что горизонт внутреннего здесь заканчивается» [3, 5].

В нашем понимании это духовные практики, в которых человек меняет свое сознание и себя и как представитель определенного способа бытия себя организует, идентифицирует. Там, где идентификация заканчивается, появляется граница, как иное. Иное может быть онтологическое — Божественное, то, что внеположно способу бытия человека.

В аномальных психических состояниях, например, безумии, тоже фиксируется вторжение иного, но оно только внеположно горизонту сознания человека (сущего) и не лежит в сфере вечного бытия (онтологии). Эта граница будет именоваться *онтической*. Третий способ прикосновения к границе человеческого — виртуальный, когда человек своей энергичной конфигурацией также открыт, «разомкнут», но таким образом, что его проявления не достроены, не актуализированы полностью. Таковы виртуальные антропологические практики. «Итак, можно нарисовать карту антропологической границы: на ней будет область божественного, область безумия и область виртуальной невыполненной реальности. Возникающий облик человека, упрощенно говоря, состоит из трех обликов: человека-онтологического, человека-бессознательного и человека-виртуального. Для каждого из них требуется особый концептуальный арсенал» [3, 5].

Здесь идет переключка с Павлом Флоренским о трех образах в человеке (лик, лицо и личина), или о трех волях в человеке (божественной, человеческой и падшей, по Серафиму Саровскому), но задачей СА является описание и применение способов конституции человека, которые характеризуют его через раскрытие, «размыкание себя».

При этом следует заметить в нашем уточнении, что ключи для размыкания находятся в инобытии человека. В его власти выбрать направление, определить способы и движение пути, но ключ — это все-таки — *зов, оклик Инобытия*, Его призыв. И только тогда случается единение, кристаллизуется личность, осуществляется идентичность, возникает антропологическая реальность. СА как новый неклассический подход утверждает три способа размыканная, которые конституируют человека на различных уровнях его существования в виде размыкающих практик, определяющих топика антропологической границы. И это есть неклассическая парадигма конституции человека, которая выходит за рамки классической метафизики и несовместима с ее позициями, но совместима с практиками себя в философии, с линией мудрости древних греков как любовь к мудрости, описанной выше, с линией практического богословия святоотеческой традиции, такой как исихазм и старчество.

Библиографический список

1. Несмелов В. И. Наука о человеке // Русская религиозная антропология: антология. Т. 1, вып. 3. М.: Изд-во МДА, 1997.
2. Гуманитарный альманах «Человек.ру». 2010. № 6.
3. Хоружий С. С. Фонарь Диогена. М.: ИФТИ св. Фомы, 2010.
4. Хоружий С. С. К феноменологии аскезы. М.: Гуманитарная литература, 1998.
5. Хоружий С. С. Интервью. Портал «Институт синергийной антропологии». URL: http://synergia-isa.ru/?page_id=4301 (дата обращения: 12.02.2018).

О НЕОБХОДИМОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ ПО ПСИХИАТРИИ

Бобров А. Е., д. м. н., профессор,
ФГУП «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского» Минздрава России,
ФГУП «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова»,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

Реформировать психиатрическую помощь на основе только управленческих решений не удастся. Инструментом внесения этих изменений в практику психиатрии являются образовательные методологические программы. Они должны включать концепции психического здоровья и болезни, дифференцированный анализ клинико-психопатологического метода, а также проблемы личности как динамической системы, интегрирующей свойства индивидуальности и определяющей ее психосоциальную идентичность.

Ключевые слова

Здравоохранение, психиатрическая помощь, профессиональное образование, методологические подходы к образованию.

EDUCATIONAL PROGRAMS IN PSYCHIATRY: THE NEED FOR CHANGE

Bobrov A. E., MD, Professor,
V. Serbsky Federal Medical Research Center of Psychiatry and Narcology,
Pirogov Russian National Research Medical University,
Moscow, Russian Federation

Abstract

It is impossible to reform psychiatric care solely with the help of managerial decisions. Educational programs are the main instrument for the implementation and development of new practices and methodology of psychiatry. They should include concepts of mental health and illness, analysis of the clinical and psychopathological method, as well as problems of personality, recognized as a dynamic system, which integrates properties of individuality and helps to define its psychosocial identity.

Key words

Healthcare, psychiatric care, professional education, methodological approaches to education.

Развитие научной психиатрии часто остается в тени тех изменений, которые происходят в управлении здравоохранением. Многие из них являются отзвуками той «революции менеджеров», которая началась в некоторых отраслях хозяйства в середине и конце прошлого века и приобрела современное выражение под влиянием рыночных реформ.

Между тем без серьезнейших сдвигов в клинической парадигме любые оптимизации, укрупнения, репрофилизации платформы и стандарты не приведут к желаемому результату, а будут только способствовать бесконечному топтанию на месте. Это обусловлено тем, что «менеджеризм» в медицине ставит своей главной задачей изменение системы управления здравоохранением ради сокращения издержек. Иные цели не вписываются в организационные модели, заимствованные из систем управления коммерческими предприятиями.

С особой остротой это противоречие проявляется в сфере профессионального образования. Можно попытаться побудить врачей заучивать множество инструкций, порядков и приказов, увеличивать количество курсанточасов и изменять интерактивные тесты, но без наполнения образовательных программ новым смысловым содержанием все это будет сводиться к банальному симуляционному (в прямом смысле слова) обучению.

В противоположность этому главное направление развития современной психиатрии и медицины в целом определяется общественным запросом на улучшение качества жизни, связанного с заболеванием. Это многоплановая проблема, не сводимая к каким-либо индикаторам и индексам. Постановка задач в русле субъективной удовлетворенности качеством жизни требует смыслового обогащения категорий психического здоровья и болезни, переопределения концепций психиатрического лечения и психопрофилактики, введения прежде не существовавших представлений о персонализированной помощи, психиатрическом сопровождении, интегративной медицине, мультиморбидности, бригадном подходе и отношениях между

врачом и пациентом. Каждое из указанных понятий наполнено глубоким методологическим смыслом, в связи с чем возникает необходимость серьезного пересмотра контента образовательных программ.

Но прежде следует провести анализ того, что же было осуществлено в нашей сфере за послеперестроечные годы. Как показывает анализ, за прошедшие 25–30 лет в отечественной психиатрии произошли серьезные изменения, подготавливающие ее переход на качественно новый уровень.

К достижениям последних десятилетий следует отнести, прежде всего, принятие МКБ-10 и новых операциональных принципов диагностики психических расстройств. В результате существенно возросла согласованность диагнозов между разными специалистами и психиатрическими школами. Наряду с этим получил широкое признание психосоциальный подход в диагностике и терапии. Это способствовало отказу от редуccionных воззрений на психическую болезнь как на исключительно биологический процесс, а также повлияло на распространение психотерапии и психосоциальной реабилитации. Третьим завоеванием науки в указанный период явилось появление новых фармакологических методов терапии. Кроме того, все чаще стали применяться новые нелекарственные методы лечения, такие как нейрохирургия, щадящая электросудорожная терапия, транскраниальная магнитная стимуляция, фототерапия, биологическая обратная связь и др. Важный импульс к более широкому применению получили психометрические методики и нейровизуализация, что заложило основу для объективации и стандартизации нарушений в деятельности мозга и аномалий поведения. Наконец, психиатры существенно продвинулись в понимании природы психических расстройств, что вылилось в обновление концепции шизофрении, биполярного аффективного расстройства, тревожных и стрессовых расстройств, а также представлений о когнитивных нарушениях. Все это оказалось возможным на базе открытий в нейробиологии и смежных отраслях медицины, включая неврологию, эндокринологию, иммунологию и генетику.

Отмеченные достижения заслуживают не только надлежащего освещения в учебных программах по психиатрии, но и привития врачам опыта практического использования лечебно-диагностических и профилактических методов, созданных на их основе. Однако даже беглое перечисление основополагающих достижений в науках о психическом здоровье и их сопоставление с существующими программами по психиатрии обескураживает. Сохраняющиеся во многих случаях принципы профессионального обучения психиатрии способствуют тому, что большой массив знаний и методов, в которых нуждается психиатрическая практика, остается либо неосвоенным, либо осваивается не лучшим образом. Причина этого кроется в том, что психиатры до сих пор остаются методологически и методически отрезанными от современных научных достижений. Они не успевают оторваться от рутинных и стереотипных обязанностей, продиктованных устаревшими программами профессионального образования и управленческим контролем над их деятельностью. При этом методологическая бедность сегодняшнего профессионального образования приводит к тому, что новые лечебно-диагностические подходы зачастую остаются невостребованными практическим здравоохранением. Это в немалой степени связано с тем, что такие подходы не вписываются в устоявшееся понимание смысла своей работы как многими практическими врачами, так и руководством лечебно-профилактических учреждений. Административное же внедрение новых методов и технологий зачастую остается непоследовательным или неполным, поскольку исполнители не осознают сущности того, что призваны делать.

Наглядным примером является становление в нашей стране психотерапии. Отсутствие инструментов оценки ее эффективности, неясность механизмов психотерапии и показаний к ней приводят к тому, что часто психотерапия осуществляется не по показаниям, избирательно и не воспринимается врачами как необходимый компонент лечения. Система подготовки кадров по психотерапии пребывает в зачаточном состоянии, не очевиден водораздел между врачами-психотерапевтами, психологами и социальными работниками, весьма туманными представляются и методические достоинства разнообразных психотерапевтических «техник», применяемых разными специалистами.

Ключевой вопрос профессионального образования состоит в том, насколько последовательно следует идти по пути приоритетного освоения практических умений и навыков в ущерб научному пониманию природы и закономерностей тех явлений, с которыми сталкивается врач-психиатр в своей профессиональной деятельности. Дело в том, что управленческая парадигма исходит из положения о ненужности сущностного понимания процессов и объектов, с которыми имеет дело врач. Принцип «экономии мышления», положенный в ее основу, сводится к необходимости стандартизации, эмпирической оценке силы управленческих воздействий, а также к отбору алгоритмов управления с наилучшим соотношением между затратами и эффектом.

При этом понимание сути объектов управления является излишним и даже вредным, поскольку порождает отклонения от стандартов. Неслучайно концепция доказательной медицины выдвигается в качестве основного довода при практической реализации управленческой парадигмы в системе здравоохранения.

Конечно, отказываться от принципов доказательности и статистической проверки результатов было бы крайне неразумно. Однако надо отдавать отчет и в том, что перспектива дальнейшего развития менеджерского подхода состоит в «цифровизации» методов психопатологической оценки, алгоритмизации лечебно-диагностических и профилактических мероприятий и оптимизации маршрутов ведения больных на основе методов логистики. Указанный процесс будет неминуемо сопровождаться усилением специализации врачей, которая, в свою очередь, порождает нарастающую бюрократизацию и «фельдшеризацию» оказания помощи. В итоге лечебно-профилактический процесс сведется к перебору имеющихся опций оказания помощи и их «партнерскому» обсуждению с клиентом-пациентом. Все сказанное нетрудно проиллюстрировать на примере «демедицилизации» наркологической помощи. Здесь, с одной стороны, отмечается «бегство» больных от врачей, а с другой стороны — передача все большего количества функций по «реабилитации» пациентов непсихиатрическим сообществам.

Альтернативой такому развитию является формирование комплексных образовательных программ, неразрывно связанных с методологией. Дело в том, что психиатрия еще не достигла технологического уровня, при котором диагностика и терапия могут быть сведены к «меню» процедур. Многообразии клинических признаков психических расстройств и их сочетаний не позволяет создавать эмпирически верифицированные и статистически обоснованные алгоритмы деятельности врача. И причина этого не только в большом количестве учетных признаков, которые следует принимать во внимание при постановке диагноза и разработке плана лечения. Дело в том, что рассматриваемые признаки качественно неоднородны. Более того, они относятся к различным категориальным системам и могут быть идентифицированы только в рамках соответствующих смысловых полей. Понимание этого нашло косвенное отражение в разрабатываемой в США системе RDoC, в которой диагностические параметры распределены по различным доменам. Указанные домены, по существу, отражают отдельные категориальные системы, которые описывают деятельность мозга и поведение пациентов на разных методологических уровнях и в разных концептуальных рамках.

Понятно, что при адекватном методологическом подходе к обучению психиатрии будущий врач с самого начала должен воспринять необходимость научного описания проблем психического здоровья с позиций различных категориальных систем. Это предполагает обязательное введение пропедевтического курса с освещением ключевых для современной психиатрии научных понятий и профессио-

нальных субдискурсов — морфологического, нейрохимического, нейрофизиологического, поведенческого, психосоциального, этического, медико-юридического, а также собственно клинико-психопатологического. Отсутствие прямых взаимосвязей между соответствующими понятийными системами не исключает наличия между ними определенных перекрытий, что также должно быть отражено в образовательных программах.

Особое значение при обучении психиатрии, конечно, имеет детальное описание клинико-психопатологических категорий. Оно должно включать выделение основных психиатрических концепций: медико-биологической, психогенетической и биопсихосоциальной. Другим важнейшим элементом системы профессиональных категорий является дифференцированный анализ клинико-психопатологической методологии как комплекса феноменологических, клинико-описательных и интерпретативных подходов, на основе которых строятся различные нозографические системы. Еще одним компонентом содержания образовательных программ должно стать изучение личности как динамической системы, интегрирующей психологические и психофизиологические свойства индивидуальности, а также определяющей ее психосоциальную идентичность. Серьезным моментом в преподавании психиатрии является определение психического заболевания, его соотношения с состояниями здоровья, а также их преломления в социальных, субъективных и функциональных воззрениях. Методологические компоненты профессионального образования должны быть также серьезно усилены при обучении терапевтическим подходам. Оценка эффективности тех или иных лечебно-профилактических мероприятий не может проводиться вне референтной системы критериев, а их выбор опять-таки определяется методологией.

Так, существующая классификация психофармакологических препаратов явно устарела, поскольку она основана на концепции «симптомов-мишеней» или «эффектов устранения», сформулированной в середине прошлого века. Нейромедиаторная концепция также не в состоянии ответить на многие актуальные вопросы клинической психофармакологии, поскольку она не позволяет оценивать нейропластические эф-

фекты препаратов и их влияние на процессы, протекающие внутри нейрона.

Когнитивная проблематика вообще во многом остается вне профессиональных интересов психиатров. Деменции, эпилепсия, психические расстройства вследствие черепно-мозговых травм и инфекций, а также мягкие когнитивные дисфункции уже перешли в ведение неврологов, которые рассматривают эти состояния весьма редуцированно — как поражения определенных отделов мозга. Даже панические приступы и обсессивно-компульсивные расстройства порой интерпретируются ими исключительно как проявление «латентной эпилепсии».

Важное образовательное значение имеет проблема психосоматических соотношений. Попытки интерпретировать ее в рамках конверсионной истерии, замаскированных депрессий и даже соматоформных расстройств явно недостаточны, а ее современное освещение в образовательных программах фактически не предусмотрено. В связи с этим понимание психиатрами психосоматической проблематики не выходит за рамки психофизического дуализма, а консультативная психиатрическая практика сводится к формальной постановке диагноза и краткосрочному назначению психофармакологических препаратов. Взаимодействие психиатров с врачами общей практики во многих случаях сведено к минимуму, что сказывается на общем уровне оказания медицинской помощи в поликлиниках и больницах нашей страны, где не менее 40% пациентов нуждается в психотерапевтической помощи.

Методологической проработки заслуживает еще целый ряд общих проблем психиатрии. Среди них — перспективы биопсихосоциального подхода, совершенствование классификации психических расстройств, информационная парадигма в психиатрии, возможности и ограничения доказательной медицины, поиски биологических механизмов психических расстройств, проблема стигматизации и концептуальные вопросы медико-юридического регулирования, проблемы психиатрической профилактики и роль психических расстройств в жизни общества. Важнейшую теоретическую и прикладную проблему представляет собой соотношение между персонализацией, стандартизацией и унификацией психиатрической помощи.

ОСОБЕННОСТИ ОБРАЗОВАНИЯ В СИСТЕМНОМ ПОДХОДЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ ТЕХНИК ДИСТАНЦИОННОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Варга А. Я., к. псих. н., системный семейный психотерапевт,
руководитель магистерской программы «Системная семейная психотерапия»
НИУ «Высшая школа экономики»,
член Правления Общества семейных консультантов и психотерапевтов (ОСКиП),
член Международной ассоциации семейных психотерапевтов (IFTA),
член Тренингового комитета Европейской ассоциации семейных психотерапевтов
(EFTA-TIC),
Москва, Российская Федерация

Рыцарева Т. В., системный семейный терапевт, ЭФТ-терапевт
(квалификация Core Skills – Advanced training in EFT, стандарт ICEEFT, Канада),
член правления Сообщества эмоционально-фокусированных терапевтов (СЭФТ),
преподаватель, член Общества семейных консультантов и психотерапевтов (ОСКиП),
специалист ресурса психологической помощи,
Общество семейных консультантов и психотерапевтов,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

Дистанционное образование отвечает современной тенденции популяризации и распространения компьютерных технологий. Масса преимуществ определяет дистанционное обучение как одну из наиболее эффективных и востребованных сегодня форм образования. Ведущие преподаватели системной семейной терапии заинтересованы в поддержании высокого стандарта образования и рассматривают этот вид обучения как прогрессивный, однако имеющий ряд ограничений в связи с особенностью преподаваемого предмета.

Ключевые слова

Системная семейная психотерапия, дистанционное обучение.

FEATURES OF EDUCATION IN THE SYSTEM APPROACH USING DISTANCE LEARNING TECHNIQUES

Varga A., PhD (Psychology), Systemic Family Psychotherapist,
Head of Academic Council of the Master's Program 'Family System Therapy'
of the National Research University Higher School of Economics,
member of the Board of the Family Consultants and Psychotherapists Society,
member of the International Family Therapists Association (IFTA),
member of the European Family Therapists Association Training Committee
(EFTA-TIC),
Moscow, Russian Federation

Rytsareva T., Systemic Family Therapist, EFT-therapist (qualification Core Skills –
Advanced training in EFT, ICEEFT standard, Canada),
teacher, member of the Community of Emotionally Focused Therapists Board (CEFT),
member of the Society of Family Consultants and Therapists (SFCT),
Specialist of the Psychological Help Center,
The Society of Family Counsellors and Therapists,
Moscow, Russian Federation

Abstract

Distance education follows the modern trend of popularization and spread of computer technologies. A considerable number of advantages makes distance learning one of the most effective and demanded forms of modern education. Leading teachers of systemic family therapy are interested in maintaining a high standard of education and consider this type of education to be progressive. However, it has a number of limitations due to the specific nature of the subject.

Key words

Systemic family psychotherapy, distance learning.

Психотерапия в современном обществе приобретает все большую популярность, что приводит к потребности в новых кадрах. Это формирует запрос на увеличение способов и возможностей образовательного процесса. Высокий уровень психотерапии сосредотачивается преимущественно в крупных городах России. Так, ведущей программой обучения системной семейной психотерапии является магистерская программа в Высшей школе экономики <https://www.hse.ru/ma/family/>. Обучающая программа соответствует стандартам Тренингового комитета Европейской ассоциации семейных терапевтов (EFTA), что делает ее уникальной в своем роде в России. Однако запросы от специалистов из других городов на получение образования высокого образца растут. В частности, это касается предмета системной семейной психотерапии. В нашей стране с ее огромными территориями и расстояниями большое значение приобретает возможность получать образование дистанционно. Современные информационные технические средства и технологии в состоянии помочь преподавателям решить эту проблему.

Такой дистанционный способ обучения имеет юридические основания, представленные в Федеральном законе от 29 декабря 2012 года № 273 «Об образовании в Российской Федерации», в соответствии с которым дистанционное обучение может осуществляться «в основном с применением информационно-телекоммуникационных сетей при опосредованном (на расстоянии) взаимодействии обучающихся и педагогических работников» (статья 216 закона).

Ведущие представители системного подхода к психотерапии нашей страны уделяют много внимания качеству образования, становлению мастерства их учеников и последователей как профессионалов и уже начинают использовать наиболее эффективные техники дистанционного образования. Современное дистанционное обучение решает задачу широкого распространения знаний на большие расстояния, что отвечает современным тенденциям образования.

Дистанционная форма получения образования имеет ряд весомых преимуществ:

- гибкость обучения во времени;
- доступность (не зависит от места проживания слушателя и дает возможность получить образование тем, кто ограничен в передвижениях);
- экономическая эффективность (экономия на проезде и аренде помещения для обучения и при необходимости — для проживания);
- возможность постепенного усвоения материала: лекции выверены и даются студентам по мере выполнения домашнего задания и усвоения материала;
- не ограничено количество студентов, имеющих возможность слушать лекции одновременно;
- возможность обучения без отрыва от работы;
- оперативное индивидуальное взаимодействие преподавателя и слушателя;

- доступ к удаленным базам данных;
- возможность получать знания для повышения квалификации в течение всей жизни. «Задача самосовершенствования — задача на всю жизнь», — говорили древние мудрецы;

— возможности дистанционной формы донесения знаний способны увеличить качество в том числе очного образования при параллельном использовании ([1–3] и др).

Современные технологии, такие как Skype, Zoom, MOOC, Coursea и другие, дают возможность обеспечить эффект полного присутствия. Возможность делить слушателей-студентов на однородные по необходимым показателям группы (техническим языком — на комнаты) внутри онлайн-пространства позволяет отрабатывать психотерапевтические навыки в мини-группах, повторяя очный процесс.

Задачи преподавателя. Перед началом курса преподавателю необходимо разработать программу обучения и подготовить лекционный материал модульно и наперед — в соответствии с этой программой. Этот процесс подготовки довольно затратный, требует много времени и сил. Однако в дальнейшем преподаватель освобождается от необходимости читать лекционный материал на постоянной основе, а работает только над формированием практических навыков слушателей. Это экономит силы, время и дает возможность охватить большее количество слушателей.

Применение современных технологий предъявляет особые требования к преподавателю. Ему необходимо иметь определенный уровень информационной культуры: обладать знаниями и умениями в использовании современных гаджетов и необходимых компьютерных программ. Это позволит преподавателю применять современные интерактивные средства обучения, использовать интерактивные учебники, осуществлять онлайн-контроль за усвоением знаний. Хорошо, если лекции сопровождаются зрительным рядом — презентацией, где преподаватель имеет возможность давать опорные точки для улучшения восприятия. Преподавателю также необходимо освоить роль тьютора, т. е. сопровождающего слушателя в учебном процессе (отслеживать результаты каждого студента, быть на связи в чате) — [1–3] и др.

Подготовка системных семейных психотерапевтов предполагает наблюдение за работой опытного терапевта с клиентской семьей в реальном времени. В условиях реализации дистанционного образования преподаватель может подготовить записи ведения психотерапевтических случаев с актерами, поскольку онлайн-демонстрация работы психотерапевта с реальной семьей невозможна из соображений конфиденциальности.

Роль студента. Студент может выбрать группу для обучения с учетом собственных возможностей (время, частота, интенсивность). Он становится не

пассивным слушателем, а активно регулирует процесс обучения, прослушивая или просматривая материалы необходимое ему количество раз, выбирая удобное ему время для освоения материала. Это учитывает разные особенности людей к восприятию нового материала ([1–3] и др).

Недостатки дистанционного обучения. Нет полноценного очного общения, теряется информация о личной коммуникации, которая в профессиональном плане важна и учитывается в психотерапевтическом процессе. Интернет-связь может быть некачественной или она может временно вообще отсутствовать в неподходящий момент, например, при отработке и выполнении упражнений на самопознание. Когда преподаватель очно ведет занятие, он может без помех регулировать разворачивающийся процесс.

Самым значимым ограничением технологии онлайн-обучения является отсутствие возможности *наблюдать за реальной работой психотерапевта с семьей в живом режиме*, так как нельзя на 100% гарантировать нераспространение и предотвратить утечку этой информации.

Отдельным звеном подготовки системного семейного психотерапевта является *прохождение практики* на клинических базах. На данный момент организация такого вида практики не представляется возможной, что является значительным ограничением применения дистанционного обучения в подготовке системных семейных психотерапевтов.

Сложности юридического и этического характера. *Супервизионный процесс* слушателей, являющийся неотъемлемой частью обучения системной семейной психотерапии, должен обеспечивать условия конфиденциальности, а значит, и интернет-программы должны отвечать требованиям безопасности.

Возможность просматривать видеоматериалы и фильмы может быть ограничена; довольно часто фильмы являются собственностью института или преподавателя, в данном случае сложно сохранить права обладания.

Таким образом, дистанционное образование в подготовке системных семейных психотерапевтов рассматривается как перспективная и эффективная форма обучения, отвечающая современным тенденциям образования, однако имеющая ряд значительных ограничений.

Кроме того, не ясен вопрос о том, кому принадлежит создаваемый учебный продукт — собственникам обучающей платформы или преподавателю? Разные учебные заведения решают этот вопрос по-разному. Поскольку видеоматериалы остаются на платформе вуза, решение этого вопроса кажется крайне важным. Если авторские права принадлежат вузу, то преподавателю достаточно один раз создать учебный продукт, далее он отчуждается, и вуз может использовать его свободно без преподавателя, по крайней мере, в его лекционно-презентационной части.

Фотографии и видеозаписи в презентации также требуют корректного использования. Если видео или фотографии выложены в Интернете, даже в общедоступных ресурсах, таких как YouTube, в случае использования их в платных обучающих программах нуждаются в разрешении правообладателя. Если это не сделано, возникают судебные прецеденты, как это, например, было с широкоиспользуемой записью на YouTube Still Face Experiment.

Словом, наряду с безусловными преимуществами онлайн-образования многие вопросы юридического, этического и практического характера ждут своего решения и предполагают сотрудничество многих смежных специалистов.

Библиографический список

1. Аверченко Л. К. Дистанционная педагогика в обучении взрослых // *Философия образования*. 2011. № 6 (39). С. 322–329.
2. Боброва И. И. Методика использования электронных учебно-методических комплексов как способ перехода к дистанционному обучению // *Информатика и образование*. 2009. № 11. С. 124–125.
3. Рогожкина И. Б. Дистанционное обучение одаренных детей в США [Электронный ресурс] // *Современная зарубежная психология*. 2012. Т. 1. № 1. С. 85–94. URL: <http://psyjournals.ru/jmfp/2012/n1/50136.shtml> (дата обращения: 27.02.2018).

ПРОБЛЕМА ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА И ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ ЛИЧНОСТИ

Горбенко И. А., к. псих. н., доцент,
ФГБОУ ВО «Московский государственный педагогический университет»,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

В статье представлен краткий анализ понятий «психическое здоровье человека» и «жизнеспособность личности», раскрываются вопросы соотношения данных феноменов, отмечается неоднозначность связи, существующей между ними.

Ключевые слова

Здоровье, психическое здоровье человека, жизнеспособность личности, взаимосвязь психического здоровья и жизнеспособности.

THE ISSUE OF MENTAL HEALTH AND THE VITALITY OF AN INDIVIDUAL

Gorbenko I. A., PhD (Psychology), Associate Professor,
Moscow State Pedagogical University,
Moscow, Russian Federation

Abstract

This article presents a brief analysis of the concepts of mental health and vitality of an individual. The paper reveals the issues of the correlation of these phenomena and emphasizes the ambiguity in the relationship between the two.

Key words

Health, mental health, vitality of an individual, relationship of mental health and vitality.

Проблема здоровья человека приобрела свою значимость и стала объектом пристального внимания ученых лишь во второй половине прошлого века: наряду с познанием природы болезней все большее внимание начинает уделяться поиску факторов, улучшающих здоровье, а также повышающих жизнеспособность, жизнестойкость и долголетие человека (Ананьев Б. Г.) [1, с. 16].

Всемирная Организация Здравоохранения определяет здоровье как «состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов»¹. Рассматривая душевное (или психическое) здоровье в качестве основы благополучия человека и эффективного функционирования общества, ВОЗ исходит из понимания благополучия как состояния, при котором «человек реализует свои способности, может противостоять обычным жизненным стрессам, продуктивно работать и вносить вклад в свое сообщество»².

Систематические исследования психического здоровья человека за рубежом связаны с именами К. Гольдштейна, Г. Олпорта, А. Маслоу, Ш. Бюллер, К. Роджерса, С. Грофа, Дж. Бюдженталя, В. Франкла и др. Они рассматривали психическое здоровье в рамках гуманистической и трансперсональной психологии и занимались изучением основ полноценного функционирования психики, что послужило началом разработки психологических концепций здоровья. В этих концепциях в центр поставлен анализ здорового функционирования личности как позитивного процесса, обладающего самостоятельной ценностью и содержательно описываемого через понятия самореализации, самоактуализации, полноценного человеческого функционирования, аутентичности и стремления к смыслу (Дружилов С. А.) [5, с. 13].

В отечественной психологии проблема психического здоровья человека неоднократно поднималась в работах Д. А. Леонтьева, А. В. Петровского, М. Г. Ярошевского, В. Я. Дорфмана, Е. Р. Калитевской, Ю. М. Орлова, Б. С. Братуся, В. В. Лебединского, Б. Д. Карвасарского, А. Б. Холмогоровой, А. Ш. Тхостова и др.

В исследованиях данных авторов представлены два подхода к проблеме психического здоровья человека: естественнонаучный и социально-психологический. Представители естественнонаучного подхода понимают под психическим здоровьем «отсутствие болезненных психических проявлений» (Петровский А. В., Ярошевский М. Г.), «отсутствие функциональных нарушений в организме, когда все органы и системы ведут себя правильно» (Орлов Ю. М.), «нормальное функционирование психофизических систем, здоровых психосоматических и соматопсихических отношений в организме» (Бачерников Н. Е., Петленко В. П., Щербина Е. А.) [2, 13, 15].

Однако в исследованиях другой группы авторов представлен синтез естественнонаучных и социально-психологических подходов к изучению данной проблемы. Психическое здоровье человека рассматривается здесь как «состояние динамического равновесия индивида с окружающей его средой, когда все заложенные в его биологической и социальной сущности способности проявляются наиболее полно и все жизненно важные подсистемы функционируют с оптимальной интенсивностью» (Семке В. Я.), как «гармоническая взаимосвязь между отражением обстоятельств действительности и отношением индивида к ней, адекватность реакций на окружающие социальные, биологические, психические и физические условия благодаря способности человека контролировать свое поведение».

¹ Устав ВОЗ принят Международной конференцией здравоохранения, проходившей в Нью-Йорке с 19 июня по 22 июля 1946 г., подписан 22 июля 1946 г. представителями 61 страны и вступил в силу 7 апреля 1948 года. Поправки, принятые Двадцать шестой, Двадцать девятой, Тридцать девятой и Пятьдесят первой сессиями Всемирной Ассамблеи Здравоохранения (резолюции WHA26.37, WHA29.38, WHA39.6 и WHA51.23), вступили в силу 3 февраля 1977 г., 20 января 1984 г., 11 июля 1994 г. и 15 сентября 2005 г. соответственно.

² Информационный бюллетень ВОЗ. Апрель 2016 г.

ние, планировать и осуществлять свой путь в микро- и макросреде» (Петраков Б. Д., Цыганков Б. Д.), как «единственная и полноценная жизнедеятельность человека, с присущей ей видовыми и индивидуальными биологическими, психологическими и социальными функциями» (Белов В. П., Шмаков А. В.), как «максимальная степень проявления индивидуальности личности при адекватном уровне ее адаптации к внешней среде и отсутствии психических расстройств» (Левина И. Л.) [3, 9, 14, 17].

Вместе с тем И. В. Дубровина разделяет понятия психического и психологического здоровья. «Если основу психического здоровья составляет полноценное развитие высших психических функций, психических процессов и механизмов, то основу психологического здоровья — развитие личностной индивидуальности», — подчеркивает автор [6, с. 19]. Следовательно, с этой точки зрения можно утверждать, что условием психологического здоровья личности является полноценное психическое развитие человека на всех этапах онтогенеза.

Б. Братусь в одном из своих выступлений отмечал: «Психически здоровый человек — это самостоятельный человек со здоровым восприятием реальности, способный наслаждаться жизнью»³. При таком понимании психическое здоровье можно рассматривать в качестве источника жизненного потенциала личности, необходимого для становления ее жизнеспособности и эффективной жизнедеятельности.

С нашей точки зрения в контексте изучения психического здоровья человека наибольший интерес представляет проблема жизнеспособности личности.

Обратим внимание на то, что в науке нет единого понимания понятия «жизнеспособность». Так, в зарубежной литературе мы встречаем следующие определения этого понятия: «баланс между факторами риска и защитными факторами» (Вернер Е. Е.), «способность человека или социальной системы строить нормальную, полноценную жизнь в трудных условиях» (Ваништендаль С.), «способность человека управлять ресурсами собственного здоровья и социально приемлемым способом использовать для этого семью, общество и культуру» (Унгар М.), «продукт социального взаимодействия, включенности человека в социальные сети, взаимодействия человека и средств массовой информации» (Мастен А.) и др.

В отечественной литературе также представлены различные подходы к определению понятия «жизнеспособность». К наиболее известным современным психологическим трактовкам относится понимание жизнеспособности как:

1) *системного качества личности*⁴, характеризующегося органическим единством индивидуальных и социально-психологических способностей человека к реализации ресурсного потенциала, использованию конструктивных стратегий поведения в трудных жиз-

ненных ситуациях и в условиях социально-экономической депривации (Нестерова А. А.) [12];

2) *индивидуальной способности человека* управлять собственными ресурсами: здоровьем, эмоциональной, мотивационно-волевой, когнитивной сферами в контексте социальных, культурных норм и средовых условий (Махнач А. В., Лактионова А. И.) [11, с. 294];

3) *интегральной возможности* качественно своеобразного становления человека в сфере социального бытия, реализуемой в форме универсальной смыслотворческой коммуникабельности (Рыльская Е. А.) [16, с. 10];

4) *интегративной системы свойств личности*, которая является необходимым условием для ее продуктивной адаптации и саморегуляции (Шубникова Е. Г.) [18, с. 16–17];

5) *умения* выживать, приспосабливаться и расти в переменчивых и неблагоприятных условиях (Куфтяк Е. В.) [8].

Объектом нашего исследования является жизнеспособность личности как социально-психологический феномен. При этом под жизнеспособностью мы понимаем способность личности строить полноценную жизнь в обществе, на основе управления своим поведением во взаимодействии с социальным окружением в соответствии со своими внутренними ресурсами (личностными качествами, характером, другими способностями и т. п.).

Взаимосвязь психического здоровья и жизнеспособности личности исследовалась многими зарубежными (Левинсон Д., Уилсон Дж., Рафаэль Б., Гордон Дж., Вилкинсон С., Бенсон Г., Эггерманн Т. и др.) и отечественными авторами (Апанасенко Г. Л., Шувалов А. В., Буева Л. П., Вайнер Э. Н., Приходько Н. Г., Лукьяненко М. В. и др.). Современные исследования рассматривают психическое здоровье, во-первых, как «собственную жизнеспособность индивида, жизненную силу, обеспеченную полноценным развитием и функционированием психического аппарата» (Шувалов А. В.), а во-вторых, как «как интеграл жизнеспособности» (Хухлаева О. В., Малейчук Г. И.). Вместе с тем в некоторых исследованиях по валеологии жизнеспособность рассматривается в качестве показателя уровня здоровья (Апанасенко Л. Г.).

Подчеркивая взаимосвязь психического здоровья человека и жизнеспособности, Дж. Уилсон и Б. Рафаэль выделили семь общих параметров, к которым отнесли:

- 1) локус контроля;
- 2) самораскрытие опыта переживания травмы перед значимыми людьми;
- 3) чувство групповой идентичности и положительное ощущение себя как справившегося с травмой;
- 4) восприятие личных и социальных ресурсов, способных помочь в восстановлении после травмы;
- 5) альтруистическое или просоциальное поведение;

³Из выступления на семинаре «Образ человека в психологии России XX века» в Институте психологии Северо-восточного федерального университета имени М. К. Аммосова 7 декабря 2015 г.

⁴Выделено автором.

6) способность найти смысл и значение травматического опыта и жизни после него;

7) связи и социальное взаимодействие в рамках сообщества друзей, коллег и людей, имеющих опыт совладения со стрессом [21].

В работе «Жизнеспособность человека и семьи: социально-психологическая парадигма» А. В. Махнач пишет: «Эти семь факторов, по всей видимости, объединяют важные классы переменных, которые, взаимодействуя друг с другом, формируют жизнеспособность» [10]. «Они включают внутренние факторы (локус контроля, когнитивную оценку себя в стрессовой ситуации, чувство идентичности личности, совладавшей со стрессом), конкретные формы совладания (адекватное восприятие личных и социальных ресурсов, помогающих справиться со стрес-

сом; способность обнаружить смысл происшедшего) и поведенческую активность в обстановке восстановления после стресса (самораскрытие, альтруизм, просоциальное поведение, взаимоотношения и общение с людьми, преодолевшими стрессовые ситуации), которые способствуют жизнеспособности» [21].

Таким образом, теоретический анализ литературы позволил нам сделать вывод о том, что между психическим здоровьем человека и жизнеспособностью личности существует тесная взаимосвязь, однако характер данной взаимосвязи весьма неоднозначен. В связи с этим, а также с актуальностью поиска факторов, влияющих на состояние здоровья человека и повышающих жизнеспособность личности, считаем целесообразным и перспективным дальнейшее изучение представленных феноменов.

Библиографический список

1. *Ананьев Б. Г.* Человек как предмет познания. СПб.: Питер, 2001. 288 с.
2. *Бачерников Н. Е., Петленко В. П., Щербина Е. А.* Философские вопросы психиатрии. К., 1985. С. 35–36.
3. *Белов В. П., Шмаков А. В.* Реабилитация больных как целостная система // Вестн. АМН СССР. 1977. № 4. С. 60–67.
4. *Ваништендаль С.* «Резильентность» или оправданные надежды. Раненный, но не побежденный. Женева: Vice, 1998.
5. *Дружилов С. А.* Психическое здоровье и экология личности // Успехи современного естествознания. 2012. № 12. С. 12–15.
6. *Дубровина И. В.* Психическое и психологическое здоровье в контексте психологической культуры личности // Вестник практической психологии образования. 2009. № 3 (20). С. 17–21.
7. *Катков А.* Качество психического здоровья (системные характеристики феномена по результатам комплексного исследования) // Теория и практика охраны психического здоровья. 2015. № 1 (1). С. 2–88.
8. *Куфтяк Е. В.* Устойчивость в психологии семьи // Вестник КГУ им. Н. А. Некрасова. Серия «Педагогика. Психология. Социальная работа. Ювенология. Социокинетика». 2011. Т. 17, № 4. С. 202–207.
9. *Левина И. Л.* Психическое здоровье учащихся общеобразовательных учреждений разного вида // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. 2002. Т. 1, № 6. С. 180–182.
10. *Махнач А. В.* Жизнеспособность человека и семьи: социально-психологическая парадигма. М.: Ин-т психологии РАН, 2016. 458 с.
11. *Махнач А. В., Лактионова А. И.* Жизнеспособность подростка: понятие и концепция // Психология адаптации и социальная среда: современные подходы, проблемы, перспективы. М.: Изд-во ИП РАН, 2007. 624 с.
12. *Нестерова А. А.* Социально-психологическая концепция жизнеспособности молодежи в ситуации потери работы: автореф. дисс. ... д-ра психол. наук. М., 2011. 50 с.
13. *Орлов Ю. М.* Философия болезни. М.: Импринт Гольфстрим, 1996. 30 с.
14. *Петраков Б. Д., Цыганков Б. Д.* Эпидемиология психических расстройств: Руководство для врачей. М.: Моск. мед. стом. ин-т им. Н. А. Семашко, 1996. 133 с.
15. *Петровский А. В., Ярошевский М. Г.* Психология. Словарь. М.: Политиздат, 1990. 301 с.
16. *Рыльская Е. А.* Жизнеспособность человека: понятие и концептуальные основы исследования // Сибирский психологический журнал. 2009. № 31. С. 6–11.
17. *Семке В. Я.* Психическое здоровье и общество // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 1996. № 1. С. 5–7.
18. *Шубникова Е. Г.* Теоретические подходы к изучению структурных компонентов жизнеспособности личности как основы профилактики зависимого поведения // Российский гуманитарный журнал. 2013. Т. 2, № 1 (17). С. 14–20.
19. *Шувалов А. В.* Интерсубъективные условия психологического здоровья детей: автореф. дисс. ... канд. психол. наук. М., 2000. 171 с.
20. *Werner E. E.* Risk, resilience, and recovery: perspectives from the Kauai longitudinal study // Development and psychopathology. 1993. V. 5. P. 503–515.
21. *Wilson J. P.* International Handbook of Traumatic Stress Syndromes / J. P. Wilson, B. Raphael (eds.). New York: Plenum Press, 1993.

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ ОБУЧАЮЩАЯ СРЕДА КАК НЕОБХОДИМАЯ ОСНОВА НЕПРЕРЫВНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В СФЕРЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Городнова М. Ю. д. м. н., доцент,
ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет
имени И. И. Мечникова» Минздрава России,
Санкт-Петербург, Российская Федерация

Аннотация

Система непрерывного медицинского образования и междисциплинарный подход в психиатрии входят в противоречия. Совершенствование системы должно опираться на возможности, ресурсы и потребности ее участников и системы в целом. Обсуждаются вопросы дистанционного обучения, подготовки психотерапевтов, организации последипломного образования. Вынесены предложения для сохранения междисциплинарной образовательной среды.

Ключевые слова

Междисциплинарный подход, непрерывное постдипломное медицинское образование, врач-психиатр, врач-психотерапевт, медицинский психолог, обучающая среда.

INTERDISCIPLINARY LEARNING ENVIRONMENT AS A NECESSARY FRAMEWORK FOR THE CONTINUOUS PROFESSIONAL EDUCATION IN THE FIELD OF MENTAL HEALTH

Gorodnova M. Yu., MD, Associate Professor,
North-Western State Medical University named after I. I. Mechnikov,
Ministry of Healthcare of the Russian Federation,
Saint Petersburg, Russian Federation

Abstract

The system of continuous medical education and the interdisciplinary approach to psychiatry are at odds. Improvement of the system should be based on the capabilities, resources and needs of its participants and the system as a whole. The paper discusses the issues of distance learning, training of psychotherapists, and organization of postgraduate education, proposing to preserve interdisciplinary educational environment.

Key words

Interdisciplinary approach, continuous postgraduate medical education, psychiatrist, psychotherapist, medical psychologist, learning environment.

Последипломное образование должно строиться на междисциплинарной основе и в междисциплинарном поле. Это не просто постулаты, но требования современности. Оказание помощи больным с нервно-психическими расстройствами, особенно имеющими хроническое течение, невозможно без полидисциплинарной команды, обеспечивающей эффективность лечения и реабилитации. Однако множество трудностей на пути формирования, обучения, функционирования таких команд побудило автора обратиться к обсуждению некоторых из них.

Команда — это группа людей, объединенная единой целью (в нашем случае это оказание эффективной помощи больным психиатрического профиля). Эффективность ее работы будет определяться общим понятийным полем, языком, сотрудничеством, разде-

лением ответственности, уважением друг к другу. Все это требует специальных действий и условий. На фоне противопоставления и противоборства биомедицинского и психосоциального подхода разворачивается феномен вхождения «молодой специальности» в «семью» признанных врачебных специальностей. Медицинская психология и психотерапия формально признаны в своей «дееспособности» и необходимости, но их представители на местах нередко преодолевают сопротивление коллег и доказывают свою состоятельность, а вопросы сокращения и остаточного финансирования в первую очередь касаются именно этих штатных единиц.

За последние десятилетие было много сделано для интеграции взглядов «биологически ориентированных» и «социально-психологически ориенти-

рованных» специалистов. Создавались кафедры, в названиях которых звучали три специальности: психиатрия, психотерапия и медицинская психология. Сотрудниками нашей кафедры за 10 лет ее существования было разработано и реализовано 20 обучающих программ для специалистов разного профиля (психиатры, психотерапевты, медицинские психологи, врачи различных специальностей, логопеды, специалисты по социальной работе, воспитатели и т. п.), работающих в системе оказания помощи детям, подросткам и взрослым, страдающим нервно-психическими расстройствами. Единая обучающая среда решает множество задач: формирует общность взглядов на проблему, создает совместный и понятный всем участникам язык, обозначает разные подходы и способы в решении проблем, фокусируется на возможностях и ограничениях специалистов и парадигм, учит взаимодействию и возможности опираться друг на друга, контейнирует накопившееся эмоциональное напряжение, разрешает противоречия.

К нашему сожалению, современные тенденции последилового образования имеют «сепаративный» вектор. Внедряемая система непрерывного медицинского образования (НМО) ориентирована на постдипломную подготовку специалистов строго по специальности, дистанционное обучение, экономии ресурсов. Обучение в соответствии с образовательными программами «по теме» (именно такие программы объединяют специалистов разного медицинского профиля) становятся невостребованными. Возникает вопрос финансирования и времени для обучения. Так, с момента начала внедрения НМО мы отмечаем недобор слушателей на такие программы (по-старому циклы) и были вынуждены вынести их в вечернюю сетку расписаний. Программы «по теме» становятся доступными только специалистам университетских городов, при этом они должны тратить свое свободное время.

Современное постпостмодернистское общество создает условия для формирования психических расстройств с глубокой отчужденностью от мира, одиночеством и кризисом привязанности. Текущая современность, сменившая невротическое и нарциссическое общество, определяет рост депрессивного, пограничного и аддиктивного опыта, проявляющегося, с одной стороны, тоской одиночества с невозможностью достичь Другого или быть с Другим, а с другой — отказом от этого общества [2]. Приоритет виртуального мира, более контролируемого и менее ранящего «в самое сердце», становится не просто нормой, а необходимостью. Восстановление доверия, привязанности без зависимости — процесс многотрудный и требующий доверительной среды, создаваемой командой специалистов, способных быть с пациентом, поддерживать его и создавать условия для его возвращения в реальный мир людей и отношений. Но специалисты неотделимы от общества и его проблем и имеют те же страдания, отражающиеся, в том числе, в их профессиональной деятельности. Среди специалистов помогающих профессий за последние десятилетия отмечен рост распространенности син-

дрома эмоционального выгорания (СЭВ), субъект-объектные и объект-объектные отношения в лечебной среде, ее низкая эмпатическая насыщенность, — все это и многое другое есть не что иное, как демонстрация нарастания дегуманизации психиатрической помощи и медицины в целом.

В качестве иллюстрации приведем лишь некоторые результаты нашего исследования СЭВ у 280 слушателей кафедры детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии с помощью опросника «Профессиональное выгорание» (русскоязычная версия варианта для медицинских работников Н. Е. Водопьяной, Е. С. Старченковой (2008)). Оно показало, что 64,8% специалистов, работающих с пациентами психиатрического профиля, имеют СЭВ различной степени выраженности. Специалисты разных специальностей достоверно не отличались по выраженности шкал и интегрального показателя СЭВ, но специалистам, имевшим стаж работы по специальности более 20 лет, была свойственна большая редукция профессиональных достижений. В то же время средний уровень эмпатии слушателей, измеренный с помощью методики «Диагностика уровня эмпатических способностей» (Бойко В. В., 2001), составил $20,81 \pm 0,29$ балла. Этот показатель относится к заниженному уровню, и он достоверно не различался у мужчин и женщин, а также специалистов разных профессиональных групп. Низкий уровень эмпатии и деперсонализация как ведущая шкала в структуре синдрома эмоционального выгорания разрушают поле отношений [1].

Десубъективизация не просто становится нормой, но поддерживается современными требованиями. Дистанционное обучение, с одной стороны, есть веление времени, но с другой, — не является ли это общим процессом постепенного исчезновения межперсонального взаимодействия, лечебных отношений «между»? Мы теряем феномен «ученичества» — важного и необходимого элемента процесса научения, по мнению Л. Выгодского. Никто не отменял и феномен «нисходящих параллельных процессов», благодаря которым способ взаимодействия распространяется из обучающей в лечебную среду. Чем больше дистанция между учеником и учителем, тем больше ее между врачом и пациентом. Появление и распространение лечебных компьютерных программ, заменяющих живое общение, — иллюстрация этого процесса.

Постановка диагноза, безусловно, есть стремление к объективизации, субъективность может затруднять и искажать этот процесс. Но не диагноз лечит! Особенно если речь идет о наших больных, больных, у которых «болит душа». Да и хотим ли мы сами, будучи пациентами, становиться объектом или «медицинским случаем»? С одной стороны, мы декларируем необходимость гуманизации психиатрии, говорим о лечении средой и отношениями, но, с другой стороны, в самом обучении начинаем избегать этих отношений.

Применение методов дистанционного обучения в психиатрии, психотерапии и медицинской психологии противоречит сущности перечисленных специальностей. Обучение этим специальностям основывается на «живом диалоге» преподавателя и обучающего-

ся. Межличностное взаимодействие является неотъемлемой частью подготовки и профессиональной деятельности данного специалиста. Развитие эмпатических способностей, навыков коммуникации, осознания противопереносов возможно только в условиях работы тренинга, группы личностного роста, супервизорской и балинтовской групп, что является неотъемлемой частью программ последипломного образования. Но требования новой системы обучения и конкуренция побуждают нас обсуждать возможность вынесения в дистанционное обучение ряда теоретических вопросов.

Еще один вопрос к внедряемой системе НМО — это статус медицинских психологов. Медицинская психология как наука и практика неотделима от психотерапии и психиатрии. Согласно Федеральному закону от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 29.12.2017) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», п. 13 ст. 2, «медицинский работник — физическое лицо, которое имеет медицинское или иное образование, работает в медицинской организации и в трудовые (должностные) обязанности которого входит осуществление медицинской деятельности» [3]. Таким образом, медицинский психолог относится к категории медицинских работников, при том что сама специальность «медицинская психология» не входит в перечень медицинских специальностей. Такое несоответствие требует решения признать медицинскую психологию медицинской специальностью, что будет явным подтверждением статуса специальности и законным принятием ее в «семью медицинских специальностей».

Остается открытым вопрос и о специальности «психотерапия». Психотерапия — это наука, искусство или духовная практика? Об этом на протяжении десятилетий идут споры. Научный подход, основанный на доказательности и воспроизводимости результатов, — узкое место психотерапии. Каждая ситуация межличностного взаимодействия уникальна, следовательно, невоспроизводима! Но это не значит, что психотерапия не основывается на научных теориях, ее базой остается психиатрия и медицинская психология (это еще одно доказательство необходимости включения медицинской психологии в перечень медицинских специальностей). Стихийный процесс подготовки современного психотерапевта хорошо известен. Программа переподготовки является скорее введением в специальность и ориентиром среди огромного множества психотерапевтических направлений, школ и методов. Те специалисты, которые выбирают психотерапию основной специальностью (а не дополнительной к специальности психиатра или нарколога), испытывают дефицит знаний и практики и восполняют его в негосударственных институтах и обучающих программах. За рубежом подобная проблема начинает разрешаться путем обучающих программ, реализуемых государственными аккредитованными учреждениями высшего образования. Полагаю, что и у нас

пришло время создания кафедр и программ для обучения конкретному методу психотерапии на основе принятых в мире стандартов, включающих личную терапию, супервизию, теорию и практику. И обучаться по таким программам могут как врачи-психиатры, так и медицинские психологи, но не любой специалист с высшим образованием! В настоящее время предлагаю рассмотреть возможность учета обучения специалистов конкретному методу в системе НМО. Для этого представители подобных обучающих институтов должны входить в профессиональные ассоциации, мероприятия которых аккредитованы в этой системе.

Развитие системы НМО для специалистов психиатрического профиля должно учитывать особенности этих специальностей, потребности как специалистов, так и пациентов — как принято сейчас говорить, «благополучателей». Сохранение не только профессиональных навыков и качеств, но и здоровья специалистов возможно при использовании саногенного потенциала обучающей среды. Согласно нашим исследованиям, к ним относятся группы личностного роста и супервизии: личная супервизия, участие в группах личностного роста способствуют росту эмпатии, при этом супервизия содействует развитию способности действовать в ситуации недостатка информации и создавать доверительную среду, а личностный рост — способности идентифицироваться с пациентом и развитию эмпатических установок. Получив неоднозначную связь между эмпатическими способностями и субшкалами синдрома эмоционального выгорания, мы выявили факторы риска развития СЭВ у специалистов и доказали, что участие в работе супервизионной группы позволяет корректировать проявления синдрома эмоционального выгорания, повышая тем самым в том числе эффективность межличностного лечебного взаимодействия [1]. Именно поэтому мы считаем необходимым и обязательным элементом системы НМО для специалистов психиатрического профиля постоянную супервизию, включая ее в программы обучения.

В заключение отметим, что разработка и внедрение системы НМО не должны проводиться в спешке. Требуется учет российских реалий, реальных потребностей и возможностей всех участников системы, целью которой является повышение качества последипломного образования и, как следствие, качества и эффективности оказания медицинской помощи. Остаются открытыми вопросы: «Как форма и структура образовательной программы, которая увеличилась в своем объеме в 3 раза, обеспечивает реализацию этой цели?», «На чем основывается продолжительность программ?», «Чем 30 и 150 часов лучше 36 и 216?» и, конечно, «Почему реализация проекта приказа осуществляется не в пилотном режиме?». Противоречивые требования вызывают растерянность и вследствие этого неизбежное повышение агрессии в обучающей и лечебной средах, что точно не ведет к достижению поставленной благой цели.

Библиографический список

1. *Городнова М. Ю.* Психология лечебной среды на модели наркологического стационара: автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. СПб., 2016. 49 с.
2. *Спаниоло Лобб М.* Now-for-next в психотерапии. Гештальт-терапия, рассказанная в обществе эпохи постмодернизма. Ростов-на-Дону: Феникс, 2015. 368 с.
3. Информационный портал: Право-мед.ру [Электронный ресурс]. URL: <http://pravo-med.ru/legislation/fz/8294/> (дата обращения: 22.02.2018).

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ СЕМЬИ: ИНТЕГРАЦИЯ КЛИНИЧЕСКИХ, ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ И ГЕНЕТИЧЕСКИХ ЗНАНИЙ ДЛЯ ЭФФЕКТИВНЫХ ПРАКТИК

Гуткевич Е. В., д. м. н., профессор,
НИИ психического здоровья Томского национального исследовательского медицинского центра Российской академии наук,
ФРАОУ ВО «Национальный исследовательский Томский государственный университет»,
Томск, Российская Федерация

Аннотация

Рассмотрены вопросы профессионального образования в сфере охраны психического здоровья на основе междисциплинарного взаимодействия (психиатрия, генетика, психология), принципах семьецентрирования актуальных научных знаний динамики онтогенетического цикла семьи; влияния семейной адаптации на психическое здоровье всех членов семьи как участников социальных взаимодействий в общественном (образовательном, профессиональном) пространстве в программе «Психология семьи. Семья и психическое здоровье».

Ключевые слова

Психическое здоровье, семья, онтогенетический цикл, адаптация, образовательная программа.

FAMILY MENTAL HEALTH: INTEGRATION OF CLINICAL, PSYCHOLOGICAL AND GENETIC KNOWLEDGE FOR EFFECTIVE PRACTICE

Gutkevich E. V., MD, Professor,
Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center,
Russian Academy of Sciences,
National Research Tomsk State University,
Tomsk, Russian Federation

Abstract

Issues of professional education in the area of mental health care are considered based on interdisciplinary interaction (psychiatry, genetics, psychology), principles of family-centering, and relevant scientific knowledge of the ontogenic family cycle. The paper considers the influence of family adaptation on mental health of family members participating in the program "Psychology of the Family. Family and Mental Health" at the social, educational and professional levels.

Key words

Mental health, family, ontogenetic cycle, adaptation, educational program.

Междисциплинарные исследования семьи являются перспективными для изучения психического здоровья и основных клинико-динамических, биологических, социально-психологических, адаптационных и других факторов при непсихотических психических расстройствах, болезнях зависимости, расстройствах шизофренического спектра, психических заболеваниях детско-подросткового, зрелого и пожилого возраста. Системный подход позволяет продолжить развитие научных представлений в сфере превентивной пси-

хиатрии и наркологии, клинической психологии. Все новейшие научные представления должны быть интегрированы в систему образования, в том числе на базе высших учебных заведений, для развития профессионального образования и повышения эффективности работы специалистов в сфере охраны психического здоровья.

Цель сообщения — представление принципов семьецентрирования и организации взаимодействия в профессиональном образовании в сфере охраны психического здоровья на междисциплинарной основе — клиническая медицина (психиатрия и генетика) и клиническая психология.

Современная экосистема образования тесным образом связана с процессами, происходящими в обществе. «Новые» профессионалы должны быть готовы постоянно развиваться и меняться, постоянно улучшать и демонстрировать свое мастерство, что зависит от возраста, личностных, мотивационных особенностей и других психолого-социальных характеристик работников, в том числе и выпускников вузов. В высшей школе постоянно увеличивается объем знаний, их практическая применимость. Экосистема образования формируется и за счет психологических факторов безопасного существования в этой среде, возможностей получения и усвоения знаний, приобретения практических профессиональных навыков. В системе образования появились новая техника, новые возможности, повышается доступность цифровых технологий. «Информатизация образования — это приведение учебного процесса в соответствие с потребностями и возможностями цивилизации. Остановить ее невозможно. Лев Выготский когда-то гениально предвидел радикальные изменения в мыслительных процессах и технологиях, которые будут вызваны информатизацией. Информация в нашей жизни часто приобретает визуальные, графические формы, быстрее воспринимается и обрабатывается. Знания при этом — это уже знания человека, вооруженного компьютером, Интернетом, сотовым телефоном и использующего все это для решения неожиданных задач, возникающих в быстро меняющемся мире. И современное образование в мире все больше ориентируется на такой подход» [5]. Для новых форм образования характерны интерактивность и сотрудничество в процессе индивидуализации обучения, когда проявляются черты личностно-ориентированного способа обучения, такие как: гибкость, модульность, доступность, рентабельность, мобильность, охват, технологичность, интернациональность и социальное равноправие [6]. Ценности современного образования — это обучение для самореализации в жизни, для личной карьеры. Мотивы образовательной деятельности у обучающихся — заинтересованность в учении, удовольствие от достижения результатов, а у педагога — в развитии обучающихся, удовольствие от общения с ними. Это влияет на развитие единого информационного пространства образовательных индустрий и предполагает присутствие в нем в различное время и независимо друг от друга всех участников образовательного и научного процесса.

Актуальна задача приоритета интеллектуальной деятельности в обществе и информатизации высшего образования, поскольку цифровая или информационная революция как переход от аналоговых механических и электронных технологий к цифровым технологиям (компьютерным и коммуникационным) предполагает сосуществование старых и новых форм знаний одновременно. При этом неизбежно происходит изменение ядра и периферии определенного представления, а также смена парадигмы области знания, в частности, медицинской (психиатрия, генетика) и психологической науки (клинической психологии). В современных условиях наблюдается процесс смены парадигмы психического здоровья, в том числе семьи, на биопсихосоциальную модель [1, 7].

Стабильность или нестабильность общественной жизни, здоровье нации в настоящее время напрямую ставятся в зависимость от состояния семьи. Происходящие трансформации современной семьи связаны с изменением роли личности, все большим значением в современной социальной жизни, нарастанием индивидуализма в структуре личности. Эта глобальная тенденция начинает противоречить традиционным представлениям о жизненном цикле семьи, свидетельствует о наличии тенденции разделения институтов брака и семьи, расхождения брачного и репродуктивного поведения, особенно характерного для молодой семьи, что влечет за собой отклонения, в том числе и в здоровье локальных сообществ. Поколение сегодняшних молодых людей — «цифровых кочевников» — происходят из семейных систем, несущих разные генетические предрасположенности к психическому здоровью, реализуемые в конкретных условиях окружающей среды, что можно обозначить как отношения между «нейросетями, нейросемьями и нейросоциумом». «Цифровые иммигранты» (люди, рожденные в доцифровую эпоху, старшее поколение), как правило, уже реализовали себя в семье и имеют опыт существования в микро- и макросоциуме. Но они приспособляются к новой «цифровой эпохе», что может быть сопряжено с изменениями в сфере психического здоровья. Однако не вызывает сомнений, что в настоящее время, как и прежде, семейно-ориентированное коммуникативное поведение, в том числе репродуктивная мотивация, не может не доминировать в поведении здорового человека, поскольку нет оснований предполагать, что потребность в продолжении рода подвержена угасанию, какие бы формы «семейного устройства» не существовали. Поэтому молодое поколение «цифровых кочевников» — «поколение цифровых аборигенов» будет создавать свои собственные, нуклеарные семьи в своеобразных условиях — социально-психологических, популяционно-генетических, мультикультурных, политико-экономических, климатогеографических.

Проведены исследования функционирования семей на разных стадиях онтогенетического цикла [2, 4], в том числе «молодых». Например, изучение различий эмоциональной выразительности мужчин и женщин разного возраста показало, что у женщин доминирующей является психомоторная и коммуникативная эмо-

циональность, а у мужчин — интеллектуальная эмоциональность, что важно учитывать при выборе партнера и создании семьи. Уровень развития интеллекта и удовлетворенность браком — отрицательная корреляция ($-0,79$) между степенью развития интеллекта и уровнем удовлетворенности супружеством: чем больше уровень общего интеллекта, тем больше муж и жена не удовлетворены супружеством; и поэтому, чем ниже уровень интеллекта супругов, тем больше их устраивают семейные отношения. В данных супружеских парах присутствует 25% пар с некомплементарными темпераментами. Все супружеские пары отнесли свой брак к группам удачного брака или брака с определенными сложностями, с которыми они справляются. Среди взрослых пар есть различное удовлетворение браком супругами, при этом 50% респондентов отнесли свой брак к такому, который имеет сложности. Большинство молодых супружеских пар удовлетворены своим браком (полностью удовлетворены 30%), причем и супруг, и супруга. У 75% супругов определяется негативная реакция на возникающие в паре конфликты и при этом пассивный характер поведения. Молодые семьи, не способные иметь детей, тем не менее оценивают свои брачные союзы как удачные и счастливые. Они находят оптимальные способы общения друг с другом и выстраивают гармоничные отношения со своими любимыми. 56,25% супругов удовлетворены отношениями с партнером, их супружеские отношения можно отнести к благополучным.

Полученные научные знания трансформировались в разработанную программу дисциплины «Психология семьи. Семья и психическое здоровье», основными целями которой являются: освоение обучающихся фундаментальных научных знаний в области психического здоровья, психологии семьи, понятийно-терминологического и категориального аппарата данной области научного знания с позиции системного подхода, систематизация психологического знания в области психологии семейных систем с учетом множества фактов, проблем, подходов понимания семьи; готовность их использования в процессе дальнейшего обучения (при проведении научно-исследовательских работ, прохождении учебных практик) и профессиональной деятельности путем включения разнообразных психологических практик, технологий в работу с семьей и оказания превентивной, консультативной, психотерапевтической и реабилитационной помощи по отношению к семье. Большое внимание уделяется выявлению личностных ресурсов и трудностей в профессиональной деятельности специалистов в области психологии семьи, формированию профессиональных личностно-значимых целей и средств их достижения, обогащению практик работы с современной семьей, а также возможности рефлексии по отношению к стратегиям профессионального становления. В результате реализации программы созданы условия: для получе-

ния опыта работы в практике психологического консультирования; для вариаций технологий консультирования в соответствии с проблемной ситуацией; для возможности целостного видения ситуации в области семейных проблем и выхода на конкретные практики психологических интервенций; для повышения ответственности и самоорганизации в профессиональной деятельности специалиста, работающего в области семейных отношений. При этом происходит взаимодействие всех участников образовательного процесса с учетом личностной ориентации к условиям актуальной жизнедеятельности и индивидуализации образования на разных уровнях — дискурсивном («индивидуальный подход к обучению», «многообразие образовательных траекторий») и ценностном — «выход на право ученика формировать свое содержание образование, адекватное его структуре личности и ситуации, где изменяется позиция ученика — он становится субъектом, а не объектом образования» [3].

В целом в результате взаимодействия в профессиональном образовании в сфере охраны психического здоровья на междисциплинарной основе — клиническая медицина (психиатрия и генетика) и клиническая психология с учетом принципов семьецентрирования были предложены научно обоснованные стратегии изучения психологии семьи, определения дефиниций и понятий, диагностического инструментария — «Многоуровневая модель функционирования семьи», «Онтогенетический цикл семьи из нескольких поколений», «Семейно-генетический кризис», «Адапционно-превентивный потенциал семьи», «Паспорт здоровья семьи», психологические детерминанты здоровья молодой семьи. Развитие психолого-педагогического обеспечения дисциплины «Психология семьи. Семья и психическое здоровье» происходило на различных платформах для всех уровней образования с разработкой рекомендаций и технологий выращивания и сопровождения семьи на всех этапах ее функционирования и развития — психолого-генетические интервенции, семейно-ориентированная генетическая превенция в сфере психического здоровья, Центр семейной адаптации и превенции «Психическое здоровье семьи».

Перспективными направлениями представляются систематизация научного знания о механизмах функционирования семьи для создания квалификационной системы клинко-психологических феноменов, синтез методологий различных наук для исследования семейной системы в современных условиях; введение новых специальностей (семейный психолог; клиническая семейная психология), междисциплинарных программ обучения в современном образовательном пространстве и продвижение идей «трансляционной психологии» («Клиника здоровой семьи»), создание и развитие системы межведомственной поддержки и партнерства с семьей.

Библиографический список

1. Гуткевич Е. В. Трансформация современных знаний: цифровые технологии и психология семьи // Развитие единой образовательной информационной среды: сетевые образовательные ресурсы и программы: материалы Международной научно-практической конференции. Томск: Изд-во Том. ун-та, 2014. С. 52–53.
2. Гуткевич Е. В. Семья и психические расстройства (генетика, превенция, этика). Saarbrücken: Palmarium Academic Publishing, 2014. 228 с.
3. Гуткевич Е. В. Исследовательская психолого-педагогическая программа организации и развития личностно-ориентированной безопасной образовательной среды: учеб.-метод. пособие. Томск: Издательский дом ТГУ, 2017. 64 с.
4. Гуткевич Е. В., Каткова М. Н. Психолого-генетические технологии выявления факторов психической дезадаптации семейных систем: учеб. пособие. Томск: Издательский дом ТГУ, 2015. 120 с.
5. Семенов А. Л. Ректор МПГУ Алексей Семенов: «Достаточно три минуты видеть учителя в классе, чтобы понять, какими будут результаты его работы с детьми» // Известия. Тематическое приложение. 2015. Сентябрь. С. 3.
6. Сигов А. С., Мордвинов В. А. Мобильные информационные технологии в учебном процессе школы и вуза // Магистр. 2001. № 5–6. С. 18–29.
7. Холмогорова А. Б. Обострение борьбы парадигм в науках о психическом здоровье: в поисках выхода // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. Т. 24, № 4. С. 53–61.

ОСОБЕННОСТИ ПОДГОТОВКИ ПСИХОЛОГОВ-КОНСУЛЬТАНТОВ В ГОСУДАРСТВЕННОМ ВУЗЕ

Жмурин И. Е., к. псих. н., доцент,
заведующий кафедрой психологического консультирования факультета психологии ГОУ
ВО Московской области «Московский государственный областной университет»,
действительный член Межрегиональной общественной организации
«Русское психоаналитическое общество»,
действительный член Общероссийской профессиональной
психотерапевтической лиги,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

В статье рассмотрены проблемы и перспективные направления подготовки психологов-консультантов в государственном вузе с учетом требований Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования. Выделены основные проблемы, с которыми могут столкнуться будущие психологи-консультанты при освоении профессиональной деятельности и проведении самостоятельных исследований в области психологического консультирования и психотерапии.

Ключевые слова

Учебный процесс, компетентностный подход, психолог-консультант, психотерапевт, профессиональная деятельность.

SPECIFIC FEATURES OF TRAINING COUNSELING PSYCHOLOGISTS AT A STATE UNIVERSITY

Zhmurin I. E., PhD (Psychology), Associate Professor,
Head of the Psychological Counseling Department
Faculty of Psychology, Moscow Region State University,
Member of the Management Board of the Cross-regional Public Organization
“Russian Psychoanalytic Society”,
full member of the All-Russian Professional Psychotherapeutic League,
Moscow, Russian Federation

Abstract

The paper dwells on the issues and developments in professional training of counseling psychologists at a state university in accordance with the Federal State Educational Standard for higher education. The author highlights the basic problems that counselors-to-be may encounter while mastering the professional activities and carrying out their own research in the area of psychological counseling and psychotherapy.

Key words

Educational process, competency-building approach, counseling psychologist/counselor, psychotherapist, professional activities.

Проблема, затронутая в статье, имеет богатую зарубежную и отечественную историю. Рассмотрим некоторые факты нашей истории, которые дают понимание, что в нашей стране опыт подготовки имеет значимые традиции и, к сожалению, непризнанные начинания.

В России вопрос о подготовке специалистов в области психотерапии впервые был рассмотрен в докладе А. А. Токарского «К вопросу о вредном влиянии гипнотизирования» на III съезде русских врачей в 1889 г., где он резко выступил против опытов с гипнозом, которые проводили люди, не имеющие врачебного образования [3]. В дальнейшем, по словам М. С. Лебединского, съезды врачей уделяли пристальное внимание вопросам психотерапии [3].

Дальнейшее развитие подготовки специалистов связано с активным внедрением в России после 1904 года психоанализа [3]. И наконец, прямым и важным шагом в развитии подготовки психотерапевтов является институализация психотерапии в России в 20-х годах XX века, однако пока только психоанализа. Исследованиями детей активно занимается персонал Института по изучению мозга и психической деятельности в Петрограде под руководством В. М. Бехтерева, где применяется «лечение психоанализом по Фрейду и катартический метод психоанализа в гипнозе по Франку».

В мае 1921 г. при отделе психологии Московского психоневрологического института был открыт детский дом-лаборатория по изучению детского возраста под руководством профессора И. Д. Ермакова [1, с. 9]. С 1923 года лаборатория называется Государственным психоаналитическим институтом, который до 1925 года проводил психоаналитические курсы для врачей, педагогов, психологов и студентов и др. [3].

Важно также то, что развитие системы подготовки связано и с курсами по групповой психотерапии, детско-подростковой психотерапии и медицинской психологии для психологов, которые на базе Ленинградского института усовершенствования врачей работали с 1982 года [4].

Несмотря на то что более 100 лет подготовка психотерапевтов и психологов-консультантов проводится в России и имеет теоретическую и практическую базу, юридически профессии «психотерапевт» и «психолог-консультант» не оформлены и не отражены в Общероссийском классификаторе профессий рабочих, должностей служащих и тарифных разрядов.

Такая неопределенность затрудняет восприятие реальности профессий и вызывает постоянные споры и административную борьбу за принадлежность к

этой категории специалистов. Как отмечает Е. Л. Михайлова, психотерапевтами считают себя специалисты и с базовым медицинским и психологическим образованием [8], а подготовкой специалистов занимаются государственные и негосударственные вузы, как медицинские, так и не медицинские.

Эта неопределенность профессий психотерапевта и психолога-консультанта отражается и в том, что в нашей социокультурной ситуации у клиента нет отчетливого образа профессионала, а ролевые ожидания строятся из смеси образов западного кино и литературы, а также стереотипов врача и учителя [8].

С указанным положением связаны и сложность, и многообразие в распознавании границ между психологическим консультированием и психотерапией как видами психологической помощи. Эта проблема по-разному освещается в каждом из вузов [7, с. 194]. Это и то, какие школы и направления психологического консультирования отражены в учебных планах, оказывает влияние на профессиональную идентичность обучаемых.

В государственных вузах в этой связи возникает проблема в том, что эти возможности изначально ограничены, так как в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования (ФГОС ВО) необходимо выделить значительное время на базовую часть дисциплин и только треть на вариативную, где и начинают работать кафедры, специализированные на выпуске психологов-консультантов. Вместе с тем ФГОС ВО заранее задает ограничения, связанные с выбором одного из двух видов бакалавриата и магистратуры — «академический» и «прикладной» виды. Выбор академического вида предусматривает выбор только научно-исследовательского и/или педагогического вида профессиональной деятельности, а прикладной бакалавриат предполагает только практико-ориентированный и/или прикладной вид профессиональной деятельности. На первый взгляд проблема не так заметна, но когда начинается рассмотрение профессиональных компетенций (ПК) этих видов деятельности, ограничения становятся болезненными.

Так, выбор академического бакалавриата при подготовке психолога-консультанта не предусматривает формирование таких ПК (укажем некоторые), как способность к осуществлению стандартных базовых процедур оказания индивиду, группе, организации психологической помощи с использованием традиционных методов и технологий (ПК-3).

Выбор прикладного бакалавриата предлагает отказ от таких ПК, как способность к участию в прове-

дении психологических исследований на основе применения общепрофессиональных знаний и умений в различных научных и научно-практических областях психологии (ПК-7). Эта проблема возникает и в магистратуре.

Безусловно, подготовка психологов-консультантов предполагает целостность специалиста, который, по словам З. Фрейда, должен быть в кабинете в трех ипостасях: исследователем, врачом и человеком. Он обосновывает это так: «...Я думаю, что врач берет на себя обязательства не только перед отдельными больными, но и перед наукой. Перед наукой, в сущности, означает не что иное, как перед многими другими больными, которые страдают от подобного» [10, с. 47].

Конечно, эти проблемы решаются руководством факультетов и сотрудниками кафедр, но часто только на уровне реализации логики процесса обучения при составлении учебного плана и личного понимая проблемы преподавателями.

Еще более остро проблема подготовки психолога-консультанта представлена на третьем уровне образования — в аспирантуре, где в рамках научных специальностей не нашлось места для специальности «психотерапия» или «психологическое консультирование». Это затрудняет представление исследований в рамках этих профессий и заставляет авторов «трансформировать» свои работы за счет «принудительного связывания» с отдельными положениями паспорта существующих научных специальностей. Следует вспомнить мнение А. И. Сослана о том, что «психотерапия является самостоятельной и весьма востребованной профессией, а вовсе не «довеском» к психологии или медицине... Психотерапия все больше утверждается как самостоятельная дисциплина и самостоятельная структура в обществе» [9, с. 48].

Причинами представленных трудностей могут быть: составление образовательных стандартов без привлечения специалистов в области психологической помощи; отсутствие критериев качества образования в области психологического консультирования. Эта ситуация позволяет проводить подготовку этих специалистов негосударственным вузам и различным центрам, которые реализуют краткосрочные программы, обещающие быстрое обучение без «ненужных дисциплин».

Это негативно сказывается на подготовке специалистов: отсутствие у них теоретической подготовки, развивающей их личность, выводит саму подготовку из государственного сектора образования и отвлекает их на некое «фельдшерство» — реализацию «величия» конкретного метода оказания помощи при решении всех проблем клиентов.

Следствием этих трудностей выступает несоответствие критериев профессиональной деятельности психологов-консультантов в сфере образования, где критериями служат научные публикации и диссертационные исследования, а в профессиональной среде признаются психотерапевтический опыт, освоение обучающих программ и супервизионная деятельность [9, с. 52].

Среди значимых проблем подготовки психологов-консультантов в вузе следует отметить возможности отбора кандидатов для обучения на всех уровнях подготовки: бакалавриат, магистратура и аспирантура. Но критерии отбора в каждом вузе разрабатываются самостоятельно и не имеют единых стандартов, а в государственных вузах часто отбор затруднен показателями экономической эффективности учебных групп и связан с количеством обучаемых, особенно если предполагается выделение бюджетных средств.

Далее рассмотрим несколько особенностей подготовки психологов-консультантов по требованиям ФГОС ВО в бакалавриате и магистратуре.

ФГОС ВО предполагает реализацию компетентностного подхода в подготовке психолога, что предусматривает использование активных и интерактивных форм проведения занятий. В подготовке бакалавров и магистрантов фигурирует такая форма, как «разбор конкретных ситуаций», которая в рамках психологического консультирования зарекомендовала себя достаточно обосновано [5, с. 80].

Особую роль данная форма играет в подготовке психологов-консультантов, так как «анализ единичного случая» — это вид одного из основных качественных исследовательских методов процесса психологического консультирования. Ранее мы обсуждали проблемы признания качественного исследования и особенности его использования в учебном процессе [5, с. 81], а в данной статье остановимся на специфике вписывания этой методологии в требования ФГОС ВО и реализации учебного процесса.

Укажу только два момента применения методологии «анализа единичного случая» в процессе подготовки психологов-консультантов.

Первый из них связан с тем, что количество клиентов за время обучения в магистратуре (2–2,5 года) у обучаемых невелико, в среднем 2–7 клиентов, которые могут вестись ими одновременно, а чаще последовательно. Количество сессий в среднем 10–14. В рамках качественного исследования цифры вполне приемлемые с учетом глубины описания и доскональность сбора материала, на которые направлена работа начинающего исследователя. Но проблемы возникают при защите выпускной квалификационной работы, когда высказывают сомнения о возможности валидности исследований, забывая качественную методологию и предъявляя требования, более относимые к количественным исследованиям. При этом происходит неправомерное рассмотрение результатов исследования и непонимание уникальности подготовки подобных специалистов.

В качестве иллюстрации приведу слова Р. Рорти, который говорит, что «исследование случая может стать тем детализированным повествованием — „дискретной и на первый взгляд незначительной истиной“, которая при ближайшем рассмотрении обнаруживает в себе зародыш парадигм, метафор и универсализма» [2, с. 181].

Еще одним проблемным полем в рамках подготовки психологов-консультантов является требование их

будущей профессиональной среды, которое предполагает представление исследовательского материала в рамках феноменологического и герменевтического подходов, что вызывает иногда непонимание представителей академических кругов и влечет обесценивание результатов их исследований. Такое отношение иногда оказывает существенное давление на обучающихся и молодых специалистов, которые, понимая уникальность собственного исследования, не понимают, почему оно вызывает сомнения в научных кругах.

Представленные проблемные моменты в рамках обучения психологов-консультантов позволяют сделать следующие выводы.

1. Оценку образовательных программ, учебных планов и программ учебных дисциплин по психологическому консультированию предпочтительно ориентировать не на унификацию, а на качество, связанное с определенной школой или направлением психологического консультирования или психотерапии.

2. В рамках аспирантуры следует предусмотреть возможность введения новой научной специальности по психологической помощи или дополнения уже существующих паспортов научных специальностей положениями по психотерапии и психологическому консультированию.

Библиографический список

1. Белкин А. И., Литвинов А. В. К истории психоанализа в Советской России // Российский психоаналитический вестник. 1992. № 2. С. 2–30.
2. Бусыгина Н. П. Методология качественных исследований в психологии: учеб. пособие. М.: ИНФРА-М, 2013. 304 с.
3. Жмурин И. Е., Кузовкин В. В. Экспериментальные исследования и психодиагностика в психологическом консультировании и психотерапии: учебное пособие. В 2 ч. М.: ИИУ МГОУ. Ч. 1. 2014. 188 с.
4. Карвасарский Б. Д., Ташлыков В. А. Развитие методов подготовки кадров и повышения квалификации в области психотерапии в СССР // Групповая психотерапия / под ред. Б. Д. Карвасарского, С. Ледера. М.: Медицина. 1990. С. 357–365.
5. Кузовкин В. В., Жмурин И. Е. Проблема исследования процесса психологического консультирования посредством анализа единичного случая в рамках учебного процесса // Вестник МГОУ. Серия «Психологические науки». 2013. № 2. С. 80–88.
6. Лебединский М. С. Очерки психотерапии. М.: Медгиз, 1959. 352 с.
7. Махнач А. В. Актуальные вопросы профессионального отбора и обучения профессии «психотерапевт» // Консультативная психология и психотерапия. 2011. № 2. С. 192–219.
8. Михайлова Е. Л. Напряжение в сети нормальное (некоторые аспекты психотерапии как социокультурной практики) // Психология. 2006. Т. 3, № 1. С. 77–81.
9. Сосланд А. И. Психотерапия в сети противоречий // Психология. 2006. Т. 3, № 1. С. 46–67.
10. Фрейд З. Знаменитые случаи из практики. М.: Когито-Центр, 2007. 430 с.

АНТРОПОЛОГИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ И АНТРОПОЛОГИЯ ПСИХИАТРИИ В XXI ВЕКЕ

Зислин И., д. м. н., частная психиатрическая практика, независимый исследователь, Иерусалим, Израиль

Аннотация

В историческом аспекте рассмотрен концепт «антропологической психиатрии», выделены два ее основных элемента: собственно антропологическая психиатрия и антропология психиатрии. Рассмотрена связь антропологического подхода с подходом транскультуральным. Показана возможность на основе данных немедицинских методологий выделить кластеры транскультуральных синдромов и включить культурно-когнитивные аспекты диагностического поведения в поле антропологического анализа. На примере моральных паник в профессиональной среде и феномена гипердиагностики определенных психопатологических феноменов подчеркнута важность обучения врачей методикам антропологического анализа для повышения эффективности профессиональной деятельности.

Ключевые слова

Антропологическая психиатрия, антропология психиатрии, транскультуральные синдромы, моральные паники.

ANTHROPOLOGICAL PSYCHIATRY AND ANTHROPOLOGY OF PSYCHIATRY IN THE 21ST CENTURY

Zislin Y., MD, Private Psychiatric Practice, Independent Researcher,
Jerusalem, Israel

Abstract

This paper traces the significance of using the principles of applied anthropology for the theoretical and clinical psychiatry. Two different approaches are outlined: first, anthropological psychiatry and second, anthropology of psychiatry. These two types allow for a better understanding of day-to-day psychiatric practice (e.g. unconscious use of emic and etic approaches by psychiatrists in diagnostic practice, moral panic among physicians and hyperdiagnosis of different psychiatric conditions). Based upon this methodology, three different types of transcultural syndromes (local, crash and mixed) are described. Finally, we believe that the application of a set of anthropological research pathways will allow us to construct a correct typology of transcultural syndromes.

Key words

Anthropological psychiatry, transcultural syndromes, emic, etic, moral panic.

Антропологический подход применим ко всем тем явлениям жизни, где присутствует человек. Именно человеческий фактор придает индивидуальному или социальному явлению антропологичность.

Термин «антропологическая психиатрия» в русскоязычной литературе встречается довольно редко, и границы его употребления достаточно расплывчаты. В германоязычной психиатрии он появился уже в первой трети XIX в. и был, по сути, синонимом философской психиатрии [11, 16]. В англоязычной литературе термин этот используется уже около ста лет, в основном в контексте физической антропологии [13]. В середине XX в. появилось понятие «феноменологически-антропологическая психиатрия» уже как составная часть психиатрии экзистенциальной [1]. Термин же «этнопсихиатрия» [12] обычно рассматривают просто как синонимическое обозначение психиатрии транскультуральной.

Необходимо четко разделить две области применения антропологии в психиатрии. Первая — это собственно антропологическая психиатрия, т. е. применение антропологических методов и подходов для лучшего понимания страданий пациента. Вторая — это антропология психиатрии, т. е. та область, где мы рассматриваем собственно психиатрическую область как определенный вид медицинской деятельности. Примером антропологии психиатрии, в частности, могут быть явления, которые можно обозначить как «культуральные синдромы диагноста».

1. Явление остенсии — т. е. влияния текста на поведение. «<...> Концепция остенсии подразумевает, что мотивы и сюжеты легенд не просто отражают или трансформируют реальность, но создают эту последнюю, прокладывая мостик между коллективным воображением и коллективным действием» [6]. Примером этого в клинике может служить возникновение «моды» на диагнозы и, как следствие этого, гипердиагностика определенных патологических состояний. Сразу же после их описания некоторые новые нозологии начинают обнаруживаться с высокой частотой и во многом гипердиагностируются (например, посттравматическое расстройство, инцест, синдром хро-

нической усталости, фибромиалгия и т. д.). Все это можно было бы просто назвать врачебной модой, но проблема, скорее всего, глубже — в когнитивно-культуральном стиле диагноста как индивида, культурном коде/каноне врачебного сообщества и роли нарратива в восприятии действительности. Именно такая культурная предуготовленность (выраженная, в частности, в знакомстве и принятии базовых сюжетов культуры) плюс эффект остенсии и оказывают влияние на принятие или непринятие врачом того или иного диагностического маркера.

2. Явления моральных паник в профессиональной среде [3, 5, 9, 17]. Это понятие, проанализированное и применяемое в социологии с 70-х годов XX в., определяется как непропорционально жесткая публичная реакция неодобрения, осуждения и страха, возникающая по поводу девиации. Эта озабоченность появляется внезапно и через какое-то время исчезает без видимых причин. Основными участниками моральной паники в модели Коэна являются средства массовой информации, моральные предприниматели, агенты социального контроля и публика [3]. Учет данного явления, как нам кажется, должен быть включен в область изучения социальной психиатрии.

Примером развития моральной паники в профессиональной среде может служить работа «Суицидальное поведение среди несовершеннолетних в Забайкальском крае, проблема „групп смерти“» [7], опубликованная в журнале «Сибирский вестник психиатрии и наркологии», и англоязычная работа более раннего периода, посвященная анализу сатанинского культа, выявленного у пациентки при гипнотерапии [15, 17].

На наш взгляд, подобные антропосоциологические подходы дают возможность приблизиться к врачебной саморефлексии, что является совершенно необходимым для улучшения клинической практики. Под антропологической психиатрией мы понимаем область теоретической психиатрии, для которой важны:

1) разделение явления и его интерпретации, или, другими словами, онтологического и феноменологических подходов;

2) разделение рассказа о событии/нарратива и внетекстовой реальности; признание, что рассказ о событии не равен событию;

3) рассмотрение текстов и нарративов пациентов с использованием филологических подходов;

4) признание языкового и культурального сознания диагноста важнейшей частью диагностической процедуры;

5) использование методов и подходов антропологии (включенное наблюдение, полевое наблюдение и т. д.) для описания индивидуальных и типических случаев в клинике.

Применяя антропологический подход для описания транскультуральных синдромов, можно предложить следующую их типологию.

Первый тип — это синдромы и феномены, описанные в рамках одной конкретной культуры. Возникают они только у аборигенов, аборигенами же распознаются как ненормальные, обозначаются и называются. Скорее всего, такие синдромы и феномены базируются на одном определенном (локальном?) мифологическом мотиве. Существует возможность их распространения и на другие регионы, возможно даже возникновение эпидемий (например, эпидемия синдрома коро, или синдром *Nikikomogi*). Данный тип никогда не возникает у «туристов» (возможно, потому, что туристы не вписаны в данную локальную культуру и локальными мотивами не владеют). Условно говоря, такие феномены можно назвать этнографическими, и именно они-то и относятся, по нашему мнению, к этнопсихиатрии.

Второй тип может быть обозначен как синдром(ы) столкновения. Мы имеем в виду душевные срывы, возникающие не у аборигенов, а у туристов/пилигримов, чаще всего впервые сталкивающихся с высоко значимым культурным феноменом. В отличие от первого типа здесь мифологический мотив не может быть выделен. Обязательный фактор его возникновения — психологическая предуготовленность к восприятию важного явления. Кстати, именно это отличает синдром(ы) столкновения от острых и острейших психотических реакций, возникающих у путешественников (железнодорожные параноиды, аэропортные психозы и т. п.). Внутренняя предуготовленность и ожидание чаще всего дадут картину экстатического аффекта, а не тревожного. Примерами второго типа могут являться синдром белого дома, парижский синдром, флорентийский синдром.

Третий тип, наиболее редкий, может быть назван смешанным. К этому типу мы относим душевные сломы, которые проявляются равно как у аборигенов, так и у туристов/пилигримов. Такая распространенность обусловлена скорее всего тем, что здесь базовый культурный/религиозный фактор является столь доминирующим, что стирает разницу между пилигримами и аборигенами. При этом существенный момент — принадлежность обеих групп риска к одной культуре/конфессии. Примером может служить иерусалимский синдром.

Если мы рассматриваем два вектора влияния — принадлежность к культурной группе и высокую субъ-

ективную значимость — с одной стороны, элемент новизны и столкновения — с другой, то для второго обозначенного нами типа оба фактора будут примерно равнозначными.

В случаях третьего типа фактор столкновения/новизны не будет играть столь большой роли, а на первое место выйдет именно высочайшая субъективная важность религиозного/культурного элемента.

Используя методологию антропологического подхода, можно говорить о существовании двух систем описания культуральных явлений: эмной и этной. Под эмным подходом понимается описание так, как оно присутствует у носителей данной культуры, под этным подходом — описание, составленное исследователем. В антропологии такой принцип уже давно разработан [2, 8, 14]. Для психиатрии же такой подход практически незнаком, но в практической деятельности мы сталкиваемся с тем фактом, что при описании душевной патологии эти подходы смешиваются, и особенно часто при описании транскультуральных синдромов. Если мы посмотрим на современную психиатрическую классификацию широко, то обнаружим, что эмное описание присутствует в классификации и при описании многих психопатологических феноменов (возьмем хотя бы классификацию бреда или фобий). Такая путаница приводит к значительным трудностям при сравнении. Отсюда следует совершенно практический вывод: нельзя сравнивать структуру и динамику синдрома со структурой и динамикой эмного описания. Сравнения должны происходить между гомогенными группами. Если же диагностические факторы выстраиваются при опоре на разные диагностические принципы, сравнивать их не представляется возможным. Мы считаем, что само смешение псевдоэтнологических и идеоматических подходов является не просто ошибкой, основанной на незнании, а отражает глубинные проблемы психиатрической диагностики. При диагностике множества душевных расстройств — от синдрома хронической усталости до содержания фобий — клиницисты используют такое смешение неосознанно, опираясь в основном на сюжетный принцип [4].

В американской классификации психиатрических болезней DSM-5 подобное, но не основанное на эмном/этно делении понимание уже нашло свое отражение в подразделении культурных синдромов на собственно синдромы, идиомы дистресса и просто объяснения [10].

При сравнении двух подходов — транскультурального vs антропологического, как нам кажется, можно обозначить их центральное различие. Транскультуральная психиатрия исходит из неявного предположения — то, что кажется нормальным в рамках одной культуры, может превратиться в патологическое в другой. Соответственно с этим предположением, транскультуральная психиатрия должна представить нам инструменты, позволяющие провести такое разделение: «Это определяется культурой, а это болезнью». Такой подход нам кажется совершенно не оправданным, ошибочным, и вот по какой причине. Любое действие, суждение, верование и т. п. может быть как

признаком нормы, так и симптомом патологии. Да, безусловно, встречается немало примеров того, что в одной культуре является нормативным, а в другой оказывается неприемлемым или даже запретным. И здесь имеют значение множество факторов: этнокультурные стереотипы, психология, история и т. д. Но это не относится к психиатрической дихотомии болезнь/неболезнь — говорим ли мы, например, о ревности, снижении настроения или вере в инопланетян и т. п. Причем все эти проявления встречаются как в рамках единой культуры, так и при сравнении разных культур или социумов. Но не культура определяет, что нормально, а что нет. Культура и социум, конечно, могут маркировать (и маркируют) некоторые явления как ненормальные или неприемлемые, используя для этого свои языки и символы. Однако это не та ненормальность, которой оперирует психиатрия.

Непринадлежность пациента к той или иной культуре и непризнание социумом границ нормы не дает нам возможности отнести определенное явление к классу патологии или классу нормы, а лишь весь контекст поведения конкретного индивидуума, взятый как единое целое, основанное на врачебной логике.

В историческом плане можно выстроить следующую линию развития: психиатрия этнографическая, сосредоточенная в основном на описании редких, необыкновенных болезней вне западной культуры и создании своеобразных этнографических музеев в психиатрии, — психиатрия транскультуральная, признающая примат культурного фактора в понимании отдельных нозологий, — психиатрия антропологическая. В отличие от двух предыдущих, психиатрия антропологическая базируется на представлении, что внекультуральных явлений в психиатрии быть не может.

При этом следует отметить, что, выделяя такую линию развития, мы совсем не считаем ее эволюци-

онной, т. е. такой, где один этап развития полностью заменяет предыдущий. Как и в биологии, а тем более и в культурном развитии, архаичные формы совсем не отмирают, а продолжают (и иногда вполне мирно) сосуществовать с формами новыми. Это же происходит и в нашей области. Анализируя пациента, описывая его психопатологию, мы должны учитывать не только его культурный фон, но и по возможности динамику его «окультуривания». И лучше всего — через развитие фольклора, языка, нарратива и сюжетной базы [4].

Если траектория развития транскультуральной психиатрии предполагает в основном использование понятий культурологии для своих утилитарных целей, то психиатрия антропологическая, с одной стороны, дает гораздо более широкий набор необходимых контекстов, а с другой — предлагает включение собственно данных психиатрии для развития лингвистики, фольклористики, культурной антропологии. Мы предполагаем, что именно такой подход позволит выстроить и описать контекст развития явления и соответственно приблизиться к пониманию его смысла. Сугубо клинический метод дает нам лишь малую часть контекста. Достроить контекст и тем самым приблизиться к пониманию позволит лишь использование других, не клинических практик. А уже задача врача соотносить свое понимание с нормой или патологией.

В заключение необходимо подчеркнуть, что современное медицинское образование в большинстве случаев не включает в себя даже намека на упоминание антропологии, а знания в этой области, даже самого базового уровня, смогут изменить чисто медицинские подходы и дать более широкое видение всей медицинской деятельности, особенно в клинической психиатрии.

Библиографический список

1. Бинсвангер Л. Экзистенциально-аналитическая школа мысли // Экзистенциальный анализ. Изд. 2-е, перераб. М., 2014.
2. Дандес А. Фольклор: семиотика и/или психоанализ. М., 2003.
3. Дмитриев А. В., Сычев А. А. Скандал. Социофилософские очерки. М., 2014.
4. Зислин И. К вопросу онтогенеза бредового нарратива // Независимый психиатрический журнал. 2017. № 2. (а). URL: <https://independent.academia.edu/JosefZislin> (дата обращения: 11.04.2018).
5. Зислин И., Архипова А., Радченко Д. «Синий Кит» и моральные паники: антрополого-психиатрический подход // Сухаревские чтения. 2017 (6). URL: <https://independent.academia.edu/JosefZislin> (дата обращения: 11.04.2018).
6. Панченко А. Моральные паники, остения и теории заговора // Тезисы конференции «Теории заговора в русской культуре: мотивы, сюжеты и топосы». СПб., 7 дек. 2017 г. URL: www.pushkinskiydom.ru/LinkClick.aspx?fileticket...tabid=11194 (дата обращения: 10.03.2018).
7. Сахаров А. В., Говорин Н. В., Ступина О. П., Озорнин А. С., Колчанова. Суицидальное поведение среди несовершеннолетних в Забайкальском крае, проблема «групп смерти» // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2017. С. 42–47.
8. Эриксен Т. Что такое антропология? М., 2014.
9. Cohen S. Folk Devils and Moral Panics: The Creation of the Mods and Rockers. L., 1972.
10. DSM-5 American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. APA. Washington DC. 2013.
11. Engstrom E. Clinical Psychiatry in Imperial Germany: A History of Psychiatric Practice. Cornell University Press. 2003.
12. Gadit A. Ethnopsychiatry—a review // Journal of Pakistan Medical Association. 2003. V. 53. No. 10. URL: http://www.jpma.org.pk/full_article_text.php?article_id=285 (дата обращения: 12.04.2018).
13. MacDonald A. Anthropological Psychiatry // Journal of the National Medical Association. 1925 Oct.—Dec. V. 17 (4). P. 197. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2623947/> (дата обращения: 12.04.2018).

14. *Marano L.* Windigo Psychosis: The Anatomy of an Emic-Etic Confusion // *Current Anthropology*. August 1982. V. 23, No. 4.
15. *Smith M., Prader L.* Michelle Remembers. 1980.
16. *Verwey G.* Anthropological Psychiatry in Germany During the First Half of the Nineteenth Century // *Psychiatry in an Anthropological and Biomedical Context. Philosophical Presuppositions and Implications of German Psychiatry, 1820–1870*. Dordrecht Holland. 1985.
17. *Victor J.* Satanic Panic. The Creation of a Contemporary Legend. Chicago and La Salle, Illinois. Open Court, 1993.

ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К ПОВЫШЕНИЮ КВАЛИФИКАЦИИ ВРАЧЕЙ-ПСИХОТЕРАПЕВТОВ И КЛИНИЧЕСКИХ ПСИХОЛОГОВ ПО ПРОГРАММЕ «МЕДИКО-ПСИХОЛОГО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ» НА БАЗЕ КАФЕДРЫ ПСИХОТЕРАПИИ И СЕКСОЛОГИИ РМАНПО

Иванов А. Л., к. псих. н., доцент кафедры психотерапии и сексологии,
Калмыкова И. Ю., к. м. н., доцент кафедры психотерапии и сексологии,
ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия
непрерывного профессионального образования» Минздрава России,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

Приведено описание инновационного подхода к обучению врачей-психотерапевтов и клинических психологов по программе повышения квалификации, формированию и развитию у них новых компетенций в реализации психотерапевтических методов и техник на реабилитационном этапе восстановительного лечения больных с различными заболеваниями на основе развития навыков работы в команде специалистов, реализующих бригадный подход в комплексной медико-психолого-социальной реабилитации.

Ключевые слова

Повышение квалификации врачей-психотерапевтов и клинических психологов, новые компетенции, комплексная медико-психолого-социальная реабилитация, командный междисциплинарный подход.

INNOVATIVE APPROACHES TO THE TRAINING OF PSYCHOTHERAPISTS AND CLINICAL PSYCHOLOGISTS IN MEDICAL, PSYCHOLOGICAL AND SOCIAL REHABILITATION AT THE DEPARTMENT OF PSYCHOTHERAPY AND SEXOLOGY OF THE RUSSIAN MEDICAL ACADEMY OF POSTGRADUATE EDUCATION

Ivanov A. L., PhD (Psychology), Associate Professor,
Psychotherapy and Sexology Department,
Kalmykova I. U., PhD (Medicine), Associate Professor,
Psychotherapy and Sexology Department,
Russian Medical Academy of Postgraduate Education
of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation,
Moscow, Russian Federation

Abstract

The article describes an innovative approach to the advanced training of psychotherapists and clinical psychologists, formation and development of new competencies for implementing psychotherapeutic methods at the rehabilitation stage of patients with various diseases. The program is based on acquiring the skills of working in a team of professionals and adopting a brigade approach for comprehensive medical, psychological and social rehabilitation.

Key words

Training of psychotherapists and clinical psychologists, new competencies, comprehensive medical and psychosocial rehabilitation, interdisciplinary team approach.

Актуальность курса «Медико-психолого-социальная реабилитация» сегодня как никогда значима для мировой и отечественной медицины и психотерапии, поскольку значительно выросла острая необходимость в подготовке специалистов для проведения высококачественной квалифицированной работы по комплексной и этапной медико-социально-психологической реабилитации больных и пострадавших. Возросла потребность общества в компетентных специалистах — врачах-психотерапевтах и клинических психологах — реабилитологах, способных к долговременному сопровождению пострадавших на этапе реабилитации, включая санаторно-курортное лечение и амбулаторно-поликлинический этап.

К специалистам в области комплексной реабилитации предъявляются очень высокие требования: способность свободно ориентироваться в профессиональной области, обладать большим объемом знаний и навыков в пограничных областях: восстановительная и социальная медицина, экстренная психологическая помощь, психотерапия, психокоррекция, кризисное психологическое консультирование, способность анализировать, выбирать и самостоятельно осваивать возможные изменения в будущей профессиональной деятельности. Однако мы отмечаем, что далеко не все выпускники медицинских и психологических вузов обладают необходимыми для выполнения своих прямых профессиональных обязанностей в учреждениях комплексной реабилитации знаниями, навыками и компетенциями [1].

Разработанная нами на кафедре психотерапии и сексологии РМАНПО новая модель комплексной подготовки будущего специалиста в области медико-социально-психологической реабилитации начала реализовываться в рамках одноименного курса, рассчитанного на 144 часа, и включает четыре базовых модуля: 1) основы эффективного взаимодействия междисциплинарных реабилитационных психотерапевтических команд (30 часов), 2) комплексный междисциплинарный подход к медико-психологической диагностике реабилитируемых (30 часов), 3) междисциплинарный подход к мультимодальной психотерапии реабилитируемых (30 часов), 4) междисциплинарный подход к комплексной реабилитации и профилактике реабилитируемых (30 часов). Планируется в каждом учебном модуле соотношение аудиторных и практических занятий распределить в пропорции 1 : 1. На аудиторные занятия в каждом модуле отводится 14 часов, на отработку навыков командного взаимодействия в форме тренингов — 14 часов, на контрольное занятие по усвоению модуля в целом — 2 часа) [2, с. 56].

Целью Программы является формирование способности и готовности специалистов психотерапевтического профиля работать в междисциплинарной реабилитационной команде, эффективно осуществляю-

щей процессы комплексной медико-психологической диагностики, психотерапии и психокоррекции, психолого-педагогического и образовательного воздействия на реабилитируемых в интересах их эффективной комплексной медико-психологической реабилитации и профилактики заболеваний [3].

В результате освоения Программы планируется сформировать у обучающихся знания о терапевтическом реабилитационном сообществе; о вкладе в процесс психотерапии и психокоррекции специалистов-реабилитологов разных профессий; о механизмах эффективного мультимедийного командного взаимодействия; о принципах, методах и методиках совместной медико-психолого-диагностической, терапевтической, консультационной, реабилитационной, психолого-педагогической, образовательной, профилактической работы; о методах и способах конструктивного преодоления конфликтных ситуаций в междисциплинарных реабилитационных командах и иных конфликтов; нормативно-правовых документов, регулирующих командную работу в междисциплинарных реабилитационных сообществах; методик формирования и сплочения реабилитационных команд [4].

В результате освоения Программы планируется сформировать у обучающихся врачей-психотерапевтов и клинических психологов умения: создавать и поддерживать эффективную терапевтическую среду в комплексном реабилитационном центре как в учебном заведении; осуществлять мотивирование реабилитируемых к выздоровлению и участию в восстановительных мероприятиях на всех этапах реабилитации; оказывать психологическую помощь участникам реабилитационных команд; бесконфликтно взаимодействовать в междисциплинарной команде специалистов реабилитационного сообщества; организовать мероприятия по сплочению междисциплинарных команд специалистов-реабилитологов; анализировать динамику изменений в отношениях членов междисциплинарных команд специалистов реабилитационного сообщества; руководствоваться нормативно-правовыми документами, методическими рекомендациями, регулирующими взаимодействие в междисциплинарной команде специалистов-реабилитологов.

В результате освоения Программы планируется сформировать у обучающихся навыки: командного взаимодействия при решении реабилитационных задач; конструктивного разрешения конфликтов; проектирования комплексных реабилитационных программ для конкретных пациентов; мотивационного консультирования реабилитируемых пациентов; реализации методических рекомендаций членам междисциплинарных реабилитационных команд в повседневной деятельности; управления междисциплинарной командой специалистов-реабилитологов [5].

Обучающиеся в рамках Программы приобретут новый опыт деятельности в проектировании орга-

низационной структуры реабилитационной команды, осуществлении распределения полномочий в ней и ответственности на основе их делегирования; определения и оценки психологического состояния участников команды при выполнении реабилитационных задач; взаимодействия в технике «мозгового штурма» при выработке решений в команде; управлении реабилитационной командой специалистов; эффективном разрешении конфликтов в реабилитационных командах; взаимодействии в интервизионной группе; использовании основных теорий мотивации и лидерства при решении поставленных задач; организации эффективной групповой работы на основе знания процессов групповой динамики в реабилитационной команде; анализе и проектированию межличностных, групповых и организационных коммуникаций в мультидисциплинарной реабилитационной команде [2, с. 57].

Новые компетенции, которые будут сформированы в результате освоения Программы: 1) к взаимодействию в мультидисциплинарной команде специалистов-реабилитологов; 2) к управлению мультидисциплинарной реабилитационной командой, осуществляющей освоение и внедрение в клиническую практику современных методов бригадного ведения реабилитируемого в специализированном отделении.

Разработка Программы курса состояла из следующих этапов.

1. Разработка методологической базы для проведения занятий — Программы курса, мультимедийных лекций и планов практических занятий на базах. При разработке курса особое место отводилось изучению накопленного специалистами Вооруженных Сил, МВД, Национальной гвардии, МЧС, ФСИН, Московской и региональными службами психологической помощи населению практического опыта по реабилитации пострадавших. С этой целью был осуществлен качественный переход от обычной среды обучения к высокотехнологической образовательной среде (ВТОС), которая имеет значительные преимущества и обеспечивает условия для реализации принципиально новых задач за счет ее проектирования с учетом требований педагогической эргономики, с использованием современных технических средств обучения, компьютерных, симуляционных технологий и мультимедиа-систем, а также привязкой к деятельности действующих реабилитационных центров.

2. Тщательный отбор слушателей — врачей-реабилитологов и клинических психологов в группы в соответствии с их психологической готовностью к работе в реабилитационных центрах, проведение перед началом обучения тренингов по их сплочению и командообразованию.

3. Изучение слушателями самых актуальных, недавно принятых законодательных актов и нормативных документов, регламентирующих процесс и содержание комплексной реабилитации.

4. Получение слушателями опыта комплексной медико-психологической диагностики сознания и подсознания пострадавших с использованием как тестового материала, традиционно используемого в реабилитационных центрах, так и новейших (технологии

25-го кадра, BioReader) методов, обязательная самостоятельная практика обучающихся в специализированных диагностических лабораториях на базе реабилитационных центров.

5. Получение слушателями навыков статистической обработки полученных в ходе медико-психологической диагностики реабилитируемых данных на базе лабораторий медико-психологической диагностики реабилитационных центров, обсуждение полученных результатов с преподавателями кафедры и специалистами медико-психологических служб центров.

6. Составление психологического портрета личности реабилитируемых, расчет и определение их реабилитационного потенциала с целью выработки стратегии и тактики их комплексной реабилитации и отражении в индивидуальных реабилитационных программах.

7. Получение слушателями личного опыта прогнозирования исходов реабилитации для конкретного реабилитируемого, сопоставление объективных достигнутых результатов реабилитации с психологической характеристикой пострадавшего в начале реабилитации.

8. Отработка практических навыков проведения психологической, психокоррекционной и психотерапевтической работы с реабилитируемыми по основным методикам полимодальной психотерапии (психоаналитическое консультирование, музыкальная психотерапия, НЛП, гипносузгестия, трансактный анализ, психодрама и другие) на клинических базах под руководством преподавателей кафедры и сотрудников центров.

9. Получение опыта мониторинга состояния реабилитируемых на фоне реализации коллективами реабилитационных центров индивидуальных комплексных реабилитационных программ.

10. Особое место в практической подготовке слушателей заняло прохождение практики на клинической базе Всеармейского реабилитационного центра, где постоянно проходят медико-психолого-социальную реабилитацию военнослужащие, получившие тяжелые ранения и увечья при участии в боевых действиях в Сирийской Арабской Республике. В условиях Центра слушатели познакомились с передовыми технологиями как медицинской, психологической, социальной, так и духовной, культурной и профессиональной реабилитации военнослужащих с боевыми ранениями.

11. Участие слушателей в научно-практических конференциях, семинарах и круглых столах, проводимых заинтересованными ведомствами по месту учебы по вопросам комплексной реабилитации.

12. Публикация полученных материалов в научных сборниках и периодической печати.

13. Написание и защита творческих эссе по соответствующей тематике на клинических базах — в реабилитационных центрах.

14. Диагностика и разрешение личностных психологических проблем и трудностей слушателями курса рамках закрытых терапевтических групп с помощью преподавателей кафедры.

15. Получение слушателями личного опыта разработки комплексных реабилитационных программ

в условиях реабилитационных центров под руководством преподавателей кафедры как супервизоров.

Инновационность курса потребовала новых форм и методов оценивания слушателей при контроле полученных знаний. Целями внедрения новых методов оценивания обучающихся стали: ранжирование слушателей, обеспечение прогресса, направление усилий на улучшение качества учения, выявление пробелов в знаниях и предоставление возможности исправить допущенные ошибки, обеспечение эффективной обратной связи в отношении преподавания, составление общей картины успеваемости, мотивация к результативности в обучении. К оцениванию предъявлялись следующие требования: валидность, беспристрастность, последовательность, требовательность и эффективность. Использовались следующие типы оценивания: промежуточное оценивание, формирующее оценивание, итоговое оценивание. Одной из форм эффективного оценивания стал экзамен «с открытой книгой», когда слушателям позволялось пользоваться литературой по курсу, но внимание акцентировалось не на воспроизведении усвоенного материала, а на умении им пользоваться, демонстрируя аналитические способности [3].

Опыт повышения квалификации врачей-психотерапевтов и клинических психологов по данному курсу на кафедре психотерапии и сексологии позволил сделать следующие выводы.

1. Комплексный интегральный подход к подготовке будущих специалистов в области медико-психолого-социальной реабилитации позволяет значитель-

но повысить эффективность решения этой важнейшей государственной задачи, сформировать высокую мотивацию на развитие личностных и профессиональных качеств врачей — психотерапевтов и клинических психологов для развернутых в Москве и регионах системы медико-психолого-социальных центров.

2. Как показали результаты сдачи слушателями зачета по курсу, изначально высокий уровень мотивации на качественное освоение этой новой специальности, осознание ее чрезвычайной актуальности и востребованности в профессиональной деятельности, более 76% слушателей получили отличные оценки, 69% на «отлично» защитили творческие эссе по курсу, 86% получили значимые новые навыки разработки и составления индивидуальных реабилитационных программ, 57% слушателей смогли в ходе курса разрешить личные психологические затруднения как на групповых занятиях, так и в индивидуальной работе с преподавателем, 92% из них приобрели принципиально новые знания по основам реабилитации, 89% слушателей получили первый практический опыт использования таких методов, как трансактный анализ, психодрама и другие в реабилитационных программах, 86% заявили о готовности работать в медико-психолого-социальных центрах.

3. Выпускники курса, занятые в сфере реабилитации, рассматриваются как кандидаты на повышение в должности с возможностью управления реабилитационными центрами.

4. Опыт разработки и проведения курса может быть использован для подготовки специалистов по реабилитации в филиалах РМАНПО.

Библиографический список

1. Дьяченко М. И., Кандыбович Л. А. Психология высшей школы: учеб. пособие. Мн.: Университет, 2005.
2. Иванов А. Л. Повышение квалификации специалистов психотерапевтического профиля по совершенствованию междисциплинарного взаимодействия в терапевтической команде // Сборник материалов III Международной научно-практической конференции. В 2 т. М., 2017. С. 56–60.
3. Карандашев В. Н. Методика преподавания психологии. СПб.: Питер, 2006.
4. Медицинская реабилитация раненых и больных / под ред. Ю. Н. Шанина. СПб: Специальная литература, 1997.
5. Федоров Я. О. Командный подход в организации работы психиатрического отделения // Вестник психотерапии. 2016. № 2.

К ПРОБЛЕМЕ ПОНЯТИЯ «ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС» КАК КОМПОНЕНТА ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И ЭМОЦИОНАЛЬНОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ ЛИЧНОСТИ

Изотова Е. И., доцент, к. псих. н.,
ФГБОУ ВО «Московский педагогический государственный университет»,
ФГБНУ «Психологический институт Российской академии образования»,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

Рассмотрены подходы к определению психологического и психоэмоционального статуса личности, рассмотрены структурные составляющие данных понятий. В качестве интегральных характеристик представлены когнитивный, импрессионный и экспрессивный компоненты. Проиллюстрированы концептуальные основания

интеграции переживаний, представлений и систем регуляции эмоциональных состояний. Намечены тенденции связи психоэмоционального статуса и психоэмоционального благополучия личности.

Ключевые слова

Психологический и психоэмоциональный статус, психоэмоциональное благополучие личности, психогенные и эмоциогенные факторы.

ON THE CONCEPT OF PSYCHOEMOTIONAL STATUS AS AN ELEMENT OF MENTAL HEALTH AND EMOTIONAL WELL-BEING OF THE PERSONALITY

Izotova E. I., PhD (Psychology), Associate Professor,
Moscow State Pedagogical University,
Psychological Institute of the Russian Academy of Education,
Moscow, Russian Federation

Abstract

This paper presents the approaches to determining psychological and psychoemotional status of the personality and considers structural components of these concepts. Cognitive, impressive and expressive elements are introduced as integrated characteristics. The reasons for integrating experiences, representations and systems of regulation of emotional states are illustrated. Tendencies for the connection of the psychoemotional status and psychoemotional well-being of the personality are mapped out.

Key words

Psychological and psychoemotional status, psychoemotional well-being of the personality, psychogenic and emotional factors.

Понятия социально-психологического и психологического статуса давно и прочно занимают базовые позиции в дисциплинарном тезаурусе как психологической науки, так и в других отраслях знаний. Например, в медицине это общая характеристика психологической сферы больных, которая непосредственно связана с их диагнозом; в патопсихологическом аспекте В. В. Лебединский характеризует его как совокупность данных о состоянии личности на момент диагностического исследования [6]. Представители нейропсихологии интерпретируют психический статус в качестве актуального состояния психики и глубинной ее характеристики, обладающей некоторой устойчивостью.

В итоге психологический статус человека рассматривается как обобщенная интегральная характеристика и уровень его психической активности в данный период времени и в соотношении с конкретными факторами окружающей среды, при этом он может фиксироваться как при нормальном, так и при нарушенном психическом, психологическом здоровье.

По мнению Сараевой Н. М., «...психологический статус — это характеристика психологического гомеостаза человека в его единстве со средой, природной и социальной». В своих исследованиях она выделяет в структуре психологического статуса три иерархически связанных уровня: психофизиологический, психический и личностный. Параметры первого (психофизиологического) уровня психологического статуса характеризует состояние тех сфер психики,

которые находятся на границе с биологическим уровнем системной организации, в частности умственной работоспособностью. Параметры психического уровня представлены в исследовании характеристиками развития интеллекта, который обеспечивает разнообразные и эффективные связи человека со средой, успешную адаптацию к ней, проходит во все сферы внутренней психической жизни и тесно связан с личностным уровнем системной организации человека. К параметрам личностного уровня психологического статуса человека автор отнесла эмоционально-личностные свойства людей [6, с. 282].

Таким образом, именно психологический статус как характеристика целостного состояния психофизиологической, психической и личностной сфер психики человека в единстве с жизненной средой позволяет дать анализ общих трендов психического развития и функционирования человека.

Наша авторская позиция в выделении и содержательном наполнении термина «психоэмоциональный статус личности» ориентирована как на концепцию трехуровневой системной организации человека (по А. Н. Леонтьеву), так и на широкий ряд методологических высказываний отечественных и зарубежных исследователей.

Осуществляя перенос архитектуры базового понятия психологического статуса на актуализированный нами термин «психоэмоциональный статус», мы придерживаемся тех же принципов его организации — интегративности личностно-эмоциональных характе-

ристик, выраженных в актуальном и целостном отражении эмоциональной реальности человека.

Первоначально можно говорить о том, что в понятие психоэмоционального статуса могут быть включены любые проявления активности личности, сопровождающиеся эмоциональными оценками и переживаниями, так как они (эмоции и чувства) сопровождают все психические процессы и состояния человека. Проанализировав структуру данного понятия, мы вычленим его терминологическое сходство с понятием «уровень эмоционального развития» и некоторое тождество с пониманием среза эмоциональной сферы. Во всех перечисленных случаях в состав включены аффективный (импрессивный) компонент, когнитивный (знаниевый) и экспрессивный (выразительный) компоненты. В данной случае мы считаем, что психоэмоциональный статус (актуальный уровень эмоционального развития и реагирования) является неотъемлемой частью статуса психологического и определяется совокупными значениями когнитивного и аффективного компонентов, а также индивидуализированным эмоциональным реагированием. Совокупные значения и характеристики психоэмоционального статуса личности при этом могут отражать как нормальные, так и отклоняющиеся варианты [2].

Возможность и необходимость интеграции данных компонентов обоснованы как зарубежными, так и отечественными исследователями. Отдельно хотелось бы сослаться на понимание аффективной жизни Т. Рибо, а также на пересечение когнитивной и аффективной регуляции действия Ж. Пиаже.

Т. Рибо под аффективной жизнью понимает инстинкты, стремления, желания (эмоции и аффективные реакции), которые могут проявляться тремя способами:

— в физиологической форме непосредственно с помощью внешних и внутренних изменений (выражение эмоций);

— в качестве фактора сложного состояния, называемого хотением (потребностью), где аффективные состояния смешаны с интеллектуальными, перцепциями или представлениями и образуют вместе одно целое и составляют активный элемент [5, с. 22];

— в качестве стимулятора возбуждения, группировки рядов простых и сложных, конкретных или абстрактных представлений (оказывая тем самым влияние на интеллект).

Согласно Ж. Пиаже, когнитивная и аффективная регуляция действия проходят прогрессивный путь развития, согласовывая и дополняя друг друга. При этом он разделяет их функции: «...чувства дают действию необходимую энергию, в то время как знания налагают на поведение определенную структуру» [4, с. 63]. Тем самым Пиаже обозначает равные права и степень влияния когниций и эмоций, определяя аффективную и когнитивную регуляцию как два дополняющих друг друга элемента, без определения их лидерства и способности к иерархизации.

А. В. Запорожец подтверждает позицию интеграции аффективных и познавательных процессов в развитии личности, выраженную им в концепции единой функциональной системы, позволяющей не только предвидеть, но и предчувствовать отдаленные последствия своих поступков, и соответственно иметь возможность реализовывать адекватную эмоциональную регуляцию в отношении сложных форм деятельности [1].

При этом, безусловно, базовым постулатом, позволяющим рассматривать и обосновывать соотношения аффективного и когнитивного компонентов психики, является положение Л. С. Выготского о единстве аффекта и интеллекта.

Актуальный психоэмоциональный статус, согласно общему для всех исследователей позиции, не может не отражать связь личности с социумом и, следовательно, он в полной мере характеризует сущность социальных взаимодействий, специфику личностной и социальной активности. В совокупности все представленные выше составляющие могут иллюстрировать психоэмоциональное благополучие личности, а также давать его качественную оценку. Прежде всего, речь идет о предельном для нормального функционирования уровне личностной и ситуативной тревоги; оптимальном уровне работоспособности и активности; готовности регулировать свое поведение в различных эмоциогенных ситуациях, дифференцированной и адекватной самооценке и удовлетворении коммуникативной потребности.

Сбалансированные значения психоэмоционального статуса характеризуют благоприятные условия для сохранения и повышения устойчивости психического здоровья и сопротивляемости психики по отношению к воздействию различных психогенных факторов современности и сложных транзитивных условий для социализации и личностного развития.

Библиографический список

1. Запорожец А. В. Психическое развитие ребенка // Избранные психологические труды. В 2 т. Т. 1. М.: Педагогика, 1986.
2. Изотова Е. И. Закономерности и инварианты эмоционального развития детей и подростков. М.: МПГУ, 2014. 202 с.
3. Леонтьев А. Н. Потребности, мотивы и эмоции // Психология эмоций: Тексты. М.: 1984.
4. Пиаже Ж. Избранные психологические труды. М.: Просвещение, 1969.
5. Рибо Т. Логика чувств / Пер. с фр. Л. Семенюта. СПб.: Изд-во О. Н. Поповой, 1905.
6. Сараява Н. М. Психологический статус человека на территориях экологического неблагополучия. М.: Издательская группа URSS, 2017. 176 с.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ИНТЕГРАЦИИ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ И ВЫВОДИМЫЕ ОТСЮДА МОДЕЛИ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ-ПСИХОТЕРАПЕВТОВ

Катков А. Л., д. м. н., профессор,
ректор АНО «Международный институт социальной психотерапии»,
Санкт-Петербург, Российская Федерация

Аннотация

Рассмотрены современные тенденции развития профессиональной психотерапии. Особое внимание уделяется интегративному вектору развития профессии. Раскрыты особенности подготовки профессиональных психотерапевтов, действующих в модели интегративной (полимодальной) психотерапии.

Ключевые слова

Интегративная психотерапия, образовательные подходы.

MODERN APPROACHES TO INTEGRATION IN PROFESSIONAL PSYCHOTHERAPY AND THE MODELS OF SPECIALIST TRAINING

Katkov A. L., MD, Professor,
Rector of the International Institute of Social Psychotherapy,
Saint Petersburg, Russian Federation

Abstract

The article examines the current trends in the development of professional psychotherapy. Special attention is paid to the integrative vector of the profession development. The features of the training of professional psychotherapists working in the integrative model (multimodal) therapy are described.

Key words

Integrative psychotherapy, educational approaches.

Введение. Идентификация и систематизация интегративных (центростремительных) тенденций в профессиональной психотерапии, а также выявление открытых и скрытых тенденций, обстоятельств и фактов, препятствующих этому важнейшему процессу интенсивного развития профессии, всегда были непростой задачей. Однако сущностное решение данной задачи уже невозможно откладывать на неопределенное будущее без неприемлемых потерь в социальном рейтинге психотерапии и, соответственно, статусе профессиональных психотерапевтов.

Подходы к пониманию интегративных процессов, формирующих единое научно-практическое направление психотерапии, в последние годы существенно изменились. Наряду с традиционно рассматриваемыми модусами психотерапевтической интеграции идентифицируются и другие центростремительные векторы, обеспечивающие эффективное решение сложных методологических, организационных и практических проблем профессиональной психотерапии.

Между тем система подготовки специалистов-психотерапевтов остается во многом традиционной и ориентированной на разнообразные «школьные» модели, существенно отличающиеся друг от друга по объему

и спецификации образовательных программ. В данной связи мы считаем необходимым разработку и внедрение универсального (базового) компонента программы подготовки профессиональных психотерапевтов, дополняющего образовательные программы признанных психотерапевтических модальностей. Такой универсальный образовательный компонент и будет выполнять функцию реального интегратора профессии.

Критический анализ традиционных интегративных подходов в психотерапии. Традиционно выделяют следующие общепризнанные модусы интеграции:

— *ассимиляция* (данный интегративный модус характеризуется тем, что вокруг и «внутри» общепризнанной психотерапевтической модальности ассимилируются известные и генерируются новые технологические подходы, расширяющие поле применения и в явной или неявной форме — теоретические конструкции метода);

— *технический эклектизм* (данный интегративный модус ориентирован на возможность использования множества технических подходов из различных психотерапевтических школ и методов применительно к тем проблемам, которые заявляет клиент (пациент).

При этом основными принципами являются, во-первых, отсутствие вреда; а во-вторых — существенная польза, которую извлекает клиент за счет использования нескольких технических подходов, а не только какого-либо одного из них. Соответственно, основными полюсами такой интеграции являются характеристики статуса и запрос клиента, а также профессиональные кондиции психотерапевта в смысле широты его технического репертуара);

— *поиск общих факторов* (этот модус, рассматриваемый нами в отдельном разделе, ориентирован на возможность идентификации общих для всех направлений, моделей и методов психотерапии переменных — клиента, терапевта, процесса и др.);

— *теоретическая интеграция* (сущностной характеристикой рассматриваемого модуса является мотивированное стремление выйти за рамки теоретических подходов отдельных школ и обосновать возможность метатеоретического синтеза).

С нашей точки зрения, аргументируемой в публикациях последних лет (А. Л. Катков, 2011, 2013, 2017), невысокая востребованность приведенных традиционных модусов интеграции психотерапии объясняется прежде всего тем, что исследователи данного вектора развития профессии так и не вышли за рамки достаточно узких психотехнических границ, присущих определенным психотерапевтическим методам и направлениям. То есть основной психотехнический стержень исследовательской логики здесь оставался неизменным, и все более или менее радикальные перемены в профессии увязывались с существенной модификацией используемых психотехнических подходов, будь то совокупность структурированных техник или заявляемых метапозиций.

Также нами было показано и то, что разработанные в последние десятилетия интегративные модели создавались в основном по образу и подобию сложившихся психотерапевтических систем, каждая из которых, безусловно, представляет собой апробированный и устоявшийся способ интеграции достаточно объемного массива сведений и опыта. При отсутствии очевидных и доказанных преимуществ таких «проявленных» интегративных моделей перед незаявленными в данном качестве сложившимися системами психотерапии — никакие умозрительные аргументы в пользу необходимости поступиться хотя бы частью своего «суверенитета» ради «общего психотерапевтического дела» не действуют. Что, собственно, и иллюстрирует тот хорошо известный факт, что практически все разработанные таким образом профессиональные модели, открыто претендующие на статус интегративных, в лучшем случае занимают место общепризнанных психотерапевтических модальностей.

Пределом разрешающей способности вышеприведенной логики выведения интегративного вектора профессиональной психотерапии, по-видимому, следует считать построение некой универсальной психотехнической теории, к чему, собственно, и призывали достаточно заметные в сфере академической психологии авторитеты — Ф. Е. Василюк, А. В. Юревич и др. Однако в силу очевидной несостоятельности

предшествующих попыток психотехнического синтеза, предпринимаемых именно в этом будто бы неидеологизированном и даже — по убеждению авторов — «надпарадигмальном» ключе, такой вынужденно редуccionистский подход к выстраиванию вектора интеграции в профессиональной психотерапии также оказался невостребованным.

Более детальные (и в силу этого более ценные для осмысленного конструирования инновационных интегративных подходов в рассматриваемой сфере) выводы относительно функциональной дееспособности традиционных модусов интеграции в психотерапии, согласно результатам проведенных нами исследований, были сформулированы следующим образом.

Традиционные системообразующие концепты, представляющие идеологический стержень интегративных моделей, выстраиваемых на основе идеи общей психотехнической теории или универсального технического синтеза, содержат целый ряд ограничений (мы выделяем три уровня таких ограничений), препятствующих, во-первых, их реальному сближению и трансформации в общий интегративный подход, а во-вторых — полноценной имплементации имеющихся по каждой интегративной модели достижений в зону роста и ближайшего развития наиболее распространенных и востребованных психотерапевтических методов.

Среди ограничений первого уровня, присущих собственно идеологии рассматриваемых моделей, можно отметить следующие:

— *системообразующая идея не идет дальше ассоциированных «школьных» идеологий;*

— *системообразующая идея ограничивается базисными установками заимствованного внешнего концепта;*

— *системообразующая идея учитывает лишь близлежащие практические цели;*

— *системообразующая идея концентрируется лишь на вопросах формирования психотерапевтической теории;*

— *системообразующая идея как таковая несостоятельна* (т. е. имеет место псевдоинтеграция, а не поиск каких-либо общих, универсальных механизмов и принципов терапевтических изменений).

Далее среди общеметодологических ограничений второго уровня следует отметить типичные методологические упущения и несоответствия, присутствующие в основе каждой из анализируемых интегративных моделей:

— *отсутствие проработанной эпистемологической платформы* (если психология в самом общем виде — это наука о субъективном, а психотерапия — наука об адаптивной трансформации субъективного, то абсолютно логичным представляется: 1) первичная диссоциация общего поля активности рассматриваемого вида деятельности на предметную сферу *универсального* (то, что подлежит переводу на универсальный язык науки, т. е. возможна репрезентация сущностных характеристик этой предметной сферы в категориях «объективной» информации) и пред-

метную сферу *уникального* (то, что не подлежит процедуре «универсализации», как, например, не должно быть, с точки зрения адаптационного целеполагания, никакого смешения национальных языков: каждый из них — это уникальный способ репрезентации характеристик реальности; другой вопрос, что в этом случае в предметную сферу универсального должен включаться такой компонент, как возможность перевода или понимания уникального субъективного содержания, который Гадамер обозначал как необходимость «герменевтически вышколенного сознания» — характеристики, абсолютно необходимой в деятельности психотерапевта); 2) проработка универсальной части предметной сферы рассматриваемого вида деятельности с ее концептуализацией, достижением параметрической определенности, разработкой адекватного тезауруса; формированием первичного базиса для продвижения к статусу научной парадигмы и пр.; 3) генерации главной синтетической идеи того, как могут и должны соотноситься, сочетаться и взаимодействовать универсальные и уникальные составляющие общего поля профессиональной психотерапии);

— *отсутствие необходимого в данном случае предварительного допущения того, что сущностная интеграция психотерапии может быть реализована лишь в ареале науки* при наличии реальных и обоснованных предпосылок к формированию подлинно научной парадигмы (под это определение интегративные модели, выстроенные в традиционном ключе, не подпадают, так как не соответствуют критериям принадлежности к научной парадигме); любые другие конструкции, лишенные возможности апробации и фальсификации с помощью доказательной исследовательской практики, являются произвольными и стоят одна другой;

— *отсутствие необходимой в данном случае базисной исследовательской программы*, которая бы поэтапно продвигала разработанную гипотетическую модель: 1) к статусу признаваемой научной парадигмы, открытой к синтезу знаний и опыта; 2) статусу основополагающей и всеобъемлющей теории психотерапии.

Третий уровень ограничений связан с нерешенной проблемой эпистемологических разрывов и фундаментальных ограничений, присущих уже непосредственно корпусу науки и современной системе кодифицированных научных знаний. Здесь мы отмечаем следующие дефициты:

— *отсутствие абсолютно необходимого, с нашей точки зрения, предварительного эпистемологического анализа рассматриваемой сферы деятельности и сопредельного сектора науки;*

— *дефицит философского и научно-методологического обоснования инновационных подходов, в рамках которых эти фундаментальные ограничения современной науки могут быть преодолены.*

Из вышеприведенных тезисов детального анализа, выявляющего сущностные причины несостоятельности традиционных интегративных подходов в психотерапии, следует, во-первых, вывод о том, что без

преодоления всех перечисленных методологических сложностей ни о какой подлинной интеграции в нашей непростой профессии речи быть не может. Во-вторых, такого рода интеграция возможна только лишь на основе авангардных научных представлений, способных объяснять сложную феноменологию психотерапевтического процесса, представлять ее в системе адекватных качественных и количественных индикаторов и тем самым демонстрировать возможность осмысленного управления качеством оказываемой психотерапевтической помощи.

Инновационные интегративные подходы, предлагаемые к использованию в сфере профессиональной психотерапии. На основании результатов масштабных и многолетних исследований, проведенных в период 2000–2017 гг., мы обосновываем необходимость введения обновленных векторов дифференциации-интеграции профессиональной психотерапии, которые, с одной стороны, демонстрируют несводимость психотерапии к так называемым материнским дисциплинам, а с другой — убедительно аргументируют научный статус профессиональной психотерапии и возможность именно за счет принадлежности психотерапии к авангардному крылу общего корпуса науки сущностной интеграции профессии по внутреннему и междисциплинарному векторам, за счет чего, собственно, профессиональная психотерапия и обретает свое вполне современное содержание в теории, практике и организации.

Эти инновационные векторы дифференциации-интеграции следующие: *культурно-исторический* — демонстрирующий самостоятельный путь развития и специфику психотерапевтической традиции во все контурируемые эпохи донаучного и научного знания; *внешний* — с современным корпусом науки и сопредельными направлениями философии, медицины, педагогики, психологии; *внутренний* — между различными направлениями и модальностями психотерапии; *междисциплинарный* — с другими помогающими и развивающими практиками (образованием, воспитанием, социально-психологическими тренингами и пр.).

Далее в качестве научной основы вышеприведенных обновленных векторов дифференциации-интеграции профессии была основательно проработана предметная сфера психотерапии со следующими обязательными характеристиками:

— *функциональная дееспособность* (т.е. предметная сфера психотерапии должна адекватно представлять функциональную суть наиболее востребованных психотерапевтических феноменов);

— *концептуальная состоятельность, эвристичность* (основа предметной сферы — базисные и прикладные концепты психотерапии, распределяемые по основным уровням дисциплинарной матрицы, — должны в итоге составлять единый системообразующий стержень профессии, четко демонстрировать перспективу развития профессиональной психотерапии как самостоятельного научно-практического направления, способного существенно обогатить сопредельные научно-практические дисциплины и ареал науки в целом);

— *параметрическая определенность* (в предметной сфере рассматриваемой дисциплины должны быть четко установлены наиболее существенные параметры наблюдения, измерения и оценки эффективности психотерапии; определена методология данного исследовательского процесса);

— *научно-методологическая проработанность, стройность, эвристичность* (предметная сфера должна быть представлена научно-обоснованными моделями психотерапевтического процесса с его основными универсалиями, поддающимися измерению и исследованию и показывающими возможность продвижения к полноценной внутренней интеграции профессии);

— *практическая (технологическая) проработанность и эвристичность* (в предметной сфере профессиональной психотерапии должны находить отражение возможности как универсального, так и уникального технического синтеза; возможности выведения универсальных и специальных терапевтических мишеней);

— *дееспособность в отношении выстраивания главных идентификационных векторов профессиональной психотерапии (дифференциальных — демонстрирующих сущностное отличие психотерапии от так называемых материнских дисциплин; интегративных — показывающих возможность конструктивной интеграции психотерапии с сопредельными научно-практическими дисциплинами и ареалом науки в целом);*

— *возможность выведения основных профессиональных установок и институций* (в предметной сфере профессиональной психотерапии должна быть представлена вся необходимая информация, обеспечивающая возможность выведения полного набора функций, а также миссии рассматриваемого научно-практического направления; адекватного нормативного и этического оформления профессиональной — практической, образовательной, научной — деятельности).

В частности, в ходе научной разработки предметной сферы профессиональной психотерапии, осуществляемой за счет реализации последовательной серии масштабных научных проектов, был сформирован системообразующий стержень психотерапии, включающий: 1) полноценную базисную научно-исследовательскую программу НИП, (в которой представлены основополагающие принципы и научная методология исследования фундаментальных и прикладных проблем психотерапии и смежных областей; 2) концепт дисциплинарной матрицы профессиональной психотерапии, демонстрирующий иерархию структурных уровней рассматриваемого научно-практического направления; 3) разработанные теоретические, психотехнические и инструментальные концепты профессиональной психотерапии, распределяемые по соответствующим уровням дисциплинарной матрицы, агрегированные в искомую общую теорию психотерапии.

Краткая (по необходимости) характеристика основополагающих компонентов системообразующего стержня профессиональной психотерапии следующая.

Понятие базисной научно-исследовательской программы — центральный концепт в философско-методологических разработках известного в данной сфере специалиста И. Лакатоса — определяется как «последовательность научных теорий», которая соответствует основному эвристическому правилу Карла Поппера: «Выдвигай гипотезы, имеющие большее эвристическое содержание, чем у предшествующих».

Последняя констатация этих всеобъемлющих свойств базисной НИП чрезвычайно важна, поскольку именно сфера профессиональной психотерапии является чрезвычайно обширной зоной, неким «облаком» противоречивой информации — без каких-либо очерченных границ. Эту зону невозможно охватить какой-то одной теорией, пусть даже и фундаментальной, а только лишь объемным кластером проработанных теорий, положений и концепций, выстроенных на основании системообразующего стержня базисной НИП.

Наличие множества разнообразных плоскостей анализа, абсолютно неизбежное в рассматриваемой сфере, в данном случае не воспринимается как дефект и не устраняется из методологического содержания конкретных фрагментов базисной НИП, поскольку в своем стержне базисная НИП содержит возможность выведения общих информационных моделей любой рассматриваемой проблематики.

Формирование таких двухмерных или даже — при определенных условиях — трехмерных информационных моделей представляет собой универсальную технологию картирования отдельных научных проблем, дисциплин, направлений и науки в целом, реализуемую в результате сложной математической обработки имеющихся массивов информации.

Результирующая объемная карта, учитывающая в том числе и методологические контексты, в которых были получены определенные массивы информации, является не переменным атрибутом современного научного планирования, помогает избежать непродуктивных затрат на производство неактуальных и вторичных знаний и является своеобразным методологическим «справочником» для исследовательских коллективов.

Соответственно, разработка базисной НИП в сфере профессиональной психотерапии — это «правильный шаг в правильном направлении» формирования такой информационной суперсистемы, с помощью которой преодолеваются противоречия и решаются задачи любой степени сложности.

Разработанная нами структура базисной НИП, реализуемой в сфере профессиональной психотерапии, следующая.

Общий раздел:

— *констатирующая часть* с результатами анализа основных исторических, эволюционных, биологических, социальных и иных актуальных контекстов и выводимыми отсюда установочными позициями в отношении необходимости исследования предметной сферы профессиональной психотерапии;

— *эпистемологическая часть* с результатами углубленного эпистемологического анализа и выво-

димым отсюда методологическим обоснованием специфики научных исследований в сфере профессиональной психотерапии (сюда включается концептуальная часть с обозначением системообразующего стержня базисной НИП, а также гипотетическая часть, формируемая «рабочими» компонентами базисной НИП);

— *аналитическая часть* с результатами идентификации предметной сферы профессиональной психотерапии, дифференцируемой в том числе с учетом контекста наиболее перспективных направлений, а также актуальной частной проблематики, размещаемых в соответствующих разделах базисной НИП.

Раздел целеполагания:

— *иерархия целей базисной НИП*, расписанная в соответствии с установленными приоритетами в области исследования предметной сферы профессиональной психотерапии, матричным принципом организации тематических научных исследований, приоритетными прикладными проблемами;

— *систематизация задач*, необходимых для достижения каждой из планируемых целей;

— *структурное оформление* основных направлений исследовательской деятельности в виде завершенных проектов или комплексных исследовательских программ;

— *краткое описание результатов*, достижение которых планируется по каждому из разработанных направлений НИП, с выведением перспективы компенсации дефицита в системе кодифицированной — по матричному принципу — экспертной базы знаний, а также выведение системы промежуточных и итоговых индикаторов эффективности реализации каждого направления НИП.

Специальный раздел. В данном разделе каждый пакет рабочих гипотез и соответствующее направление исследовательской деятельности выделяются в отдельные подразделы. Эти подразделы содержат исчерпывающую информацию по следующим позициям:

- четкая формулировка рабочей гипотезы;
- определение целей, задач, планируемых результатов по каждому направлению исследования и исследовательскому проекту;
- выделение существенных характеристик (параметров), подлежащих измерению;
- определение основных и вспомогательных методов измерения соответствующих параметров;
- определение процедуры синтеза и последующей интерпретации полученных данных;
- определение методологии установления степени надежности полученных данных;
- определение принципов коррекции первичной концептуальной базы и рабочих гипотез;
- разработка методологии сбора данных;
- формирование итогового дизайн-проекта по каждому исследовательскому фрагменту;
- разработка необходимого ресурсного обеспечения (состав бригады специалистов-исследователей, лабораторное обеспечение, информационное обеспечение, административная и финансовая поддержка, техническая поддержка и пр.);

— разработка стратегии реализации и продвижения исследовательских проектов в соответствии с институализированной процедурой выполнения профильных научно-технических программ (НТП), публикаций, защиты научных результатов в профильных ученых и диссертационных советах, научных комитетах, аккредитованных профессиональных ассоциациях.

Институциональный раздел:

— в данном разделе прописываются процедуры институализации научных достижений в содержание профессиональных стандартов психотерапевтических, консультативных, воспитательных, образовательных и иных развивающих практик, реализуемых в метамоде-ли социальной психотерапии;

— процесс институализации инновационных технологий, охватывающих все направления функциональной профессиональной психотерапии — помогающее, развивающее, саногенное, социально-стабилизирующее — безусловно, должен сопровождаться масштабным мониторингом эффективности и адекватным методологическим сопровождением;

— это подразумевает организацию мощных многопрофильных научно-практических и образовательных кластеров, которые должны действовать в тесном сотрудничестве с профессиональными ассоциациями.

Раздел мониторинга и коррекции:

— в данном разделе прописываются результаты мониторинга этапов проработки общего проблемного поля, охватываемого базисной НИП, вносятся необходимые коррективы и дополнения по всем разделам программы, определяются новые направления исследований, уточняется методология их реализации;

— мониторинг осуществляется на основании разработанной системы промежуточных и итоговых индикаторов и стандартных отчетов о проведенных научных исследованиях, инновационных внедрениях; результаты мониторинга доводятся до сведения дисциплинарно-коммуникативного сообщества;

— реализацию программы такого постоянного мониторинга и обновления базисной НИП должны взять на себя наиболее мощные научно-практические и образовательные многопрофильные кластеры, имеющие для этого все необходимые ресурсы (информационная база, экспертные группы, ученый совет, диссертационный совет и пр.);

— результаты такого многоуровневого мониторинга заносятся в экспертные базы данных, на основании чего в последующем формируются конгломераты «больших данных» по теме профессиональной психотерапии.

Универсальная схема базисной НИП, реализуемой в сфере профессиональной психотерапии, должна наполняться конкретным содержанием в зависимости от охватываемых актуальных контекстов и соответствующих направлений базисной НИП.

Дисциплинарная матрица профессиональной психотерапии понимается как системная, иерархическая структура предметной сферы рассматриваемого научно-практического направления и является важ-

нейшей характеристикой состоятельности данного направления.

В реализованных нами исследовательских фрагментах было обосновано выделение следующих иерархических уровней дисциплинарной матрицы профессиональной психотерапии:

— *уровень фундаментальных допущений*, обосновывающий принадлежность конкретной дисциплины (в нашем случае профессиональной психотерапии) к ареалу науки и далее к какому-либо дифференцированному полюсу научных знаний — естественнонаучному, гуманитарному, ассоциированному;

— *уровень базисных научных дисциплин*, теорий, концепций, представляющий именно те научные дисциплины с их основополагающими теориями и концепциями, с учетом которых формируются исходные установки анализируемого научно-практического направления;

— *уровень собственно дисциплинарных теорий и концепций*, на котором представлены основные теоретические разработки рассматриваемого научно-практического направления, доктринальные установки и принципы их реализации в системе действующих профессиональных институтов;

— *уровень актуального профессионального поля*, представленный обновляемым набором актуальных знаний — умений — навыков, необходимых для профессионалов, в нашем случае действующих в сфере профессиональной психотерапии;

— *уровень профессиональных стандартов*, представленный системой профессиональных стандартов, которые формируют «видимый» сектор профессиональной психотерапии, непосредственно соприкасающийся с основными контактными группами потребителей профильных услуг;

— *нормативно-организационный уровень*, представленный разработанными концептами и инструментами управления качеством профессиональной психотерапевтической деятельности (включая научную, образовательную и практическую деятельность).

Все обозначенные уровни дисциплинарной матрицы являются взаимодополняющими, взаимодействующими и взаимозависимыми информационными секторами, имеющими свою специфику и демонстрирующими, с одной стороны, уникальный стержень анализируемого направления науки и практики, а с другой — его общность с ареалом науки в целом.

В частности, нами было показано, что для профессиональной психотерапии (в отличие от так называемых материнских дисциплин) принципиальное значение имеет адекватная и глубокая проработка первого матричного уровня — фундаментальных допущений — что, собственно, и является главным аргументом в пользу принадлежности психотерапии к авангардному фронту науки в принципе, а не только к общему фронту наук о психике. То есть даже и на этом, наиболее общем и универсальном уровне дисциплинарной матрицы идентифицируются специфические особенности психотерапии как самостоятельного научно-практи-

ческого направления (более подробно данный вопрос рассматривается в монографии «Интегративная психотерапия: философское и научное методологическое обоснование», А. Л. Катков, 2013).

Теоретический ареал общей теории профессиональной психотерапии представлен следующими блоками, распределенными на первых трех уровнях дисциплинарной матрицы: *идентифицированными эволюционными контекстами, демонстрирующими необходимость предельного «сжатия» и повышения эффективности процессов психологической, социальной и биологической адаптации → наиболее востребованным в связи с актуальными эволюционными контекстами феноменом профессиональной психотерапии — возможностью достижения стойких конструктивных изменений в ограниченные временные периоды (психопластичность) → концептом ассоциированной эпистемологической платформы как несущей структуры, обеспечивающей возможность имплементации профессиональной психотерапии в систему кодифицированных научных знаний → концептом объемной реальности, демонстрирующим неустранимость феномена психического из любых моделей реальности и аргументирующим динамику сверхбыстрых адаптивных изменений субъекта (психопластика) за счет особого взаимодействия дифференцируемых субстатусов объемной реальности → концептом качественных характеристик психического здоровья, являющихся универсальными мишенями психотерапевтического процесса → универсальной моделью адаптивно-креативного цикла, демонстрирующей алгоритмы конструктивного варианта прохождения данного цикла с помощью ресурсного потенциала профессиональной психотерапии → концептом психопластики, демонстрирующим специфическую активность дифференцированных инстанций психики в обеспечении возможности сверхбыстрых терапевтических изменений → моделью трехуровневой психотерапевтической коммуникации, в полной мере раскрывающей как универсальный, так и уникальный потенциал профессиональной психотерапии → системой макро- и метамишеней, макро- и метатехнологий, конкретизирующих механизмы трехуровневой психотерапевтической коммуникации и являющейся необходимой базой для понимания функционального смысла общетерапевтических факторов → системой параметров и индикаторов, оценивающих полноту и качество используемых макро- и метатехнологий, структурированных техник профессиональной психотерапии, а также скорость продвижения субъекта по этапам и фазам адаптивно-креативного цикла.*

При этом важно, что все поименованные концепты по структурированным блокам базисной НИП с возможностью исследования и пополнения доказательной базы по каждому поименованному концепту, и далее — по идентифицированным феноменологи-

ческим, концептуально-методологическим, параметрическим, технологическим рядам предметной сферы профессиональной психотерапии.

Функциональные концепты, инструменты и принципы организации в общей теории профессиональной психотерапии представлены на 4–6 уровнях дисциплинарной матрицы следующим образом: *системой универсальных и актуальных мишеней в психотерапии (выводимой из концепции качественных характеристик психического здоровья) → функциональным оформлением общей теории психотерапии и концепта психопластики с подробными характеристиками дифференцированных уровней психотерапевтической коммуникации и соответствующих технологических рядов, ориентированных на работу с универсальными и актуальными мишенями → разработанной универсальной (рутинной) технологией оценки эффективности психотерапевтического вмешательства → концептом управления качеством психотерапевтической деятельности → системой профессиональных стандартов и правил профессиональной психотерапевтической деятельности, разработанных в соответствии с доказательной практикой → теорией и практикой эффективного нормативного регулирования профессиональной психотерапевтической деятельности → дееспособными институтами, обеспечивающими достижение промежуточных и конечных целей, декларируемых в сфере профессиональной психотерапии. Соответственно, первые четыре концепта формируют уровень актуального профессионального поля (4-й уровень дисциплинарной матрицы); система профессиональных стандартов и правил формирует одноименный 5-й уровень; а заключительный концепт и система профессиональных институтов — 6-й уровень дисциплинарной матрицы профессиональной психотерапии — организационно-нормативного регулирования.*

В общем контексте всего сказанного профессиональная психотерапия определяется нами как *самостоятельная научно-практическая дисциплина, разрабатывающая и реализующая специфические методы взаимодействия психотерапевта с пациентом или группой, направленного на эффективное совладание с проблемной или кризисной ситуацией, мобилизацию ресурсов психики и всего организма на преодоление последствий влияния болезнетворных факторов, форсированное развитие эффективной самоорганизации, высоких уровней психологического здоровья — устойчивости к агрессивному влиянию среды.*

В то же время в фундаментальном смысле, согласно результатам наших исследований, психотерапия является *авангардным фронтом наук о психике, демонстрирующим беспрецедентные возможности разработки системно-информационного уровня объемной реальности, актуального для ареала науки в целом.*

И далее, с учетом сверхактуального запроса на повышение эффективности психотерапевтической прак-

тики, нами выведена следующая формула эффективной психотерапевтической коммуникации, вполне понятная и воспроизводимая в контексте вышеприведенных теоретических и функциональных построений: *актуализация (за счет используемых макро- и метатехнологических подходов) эволюционно заложенных механизмов скорости-гиперпластики адаптивных изменений + умножение (за счет множества используемых вариантов структурно-технологического оформления методов психотерапии) числа конструктивных альтернатив кризисного развития субъекта + форсированное достижение (за счет совокупности используемых технологических подходов) высоких уровней психологического здоровья, обеспечивающего эффективную самоорганизацию, устойчивость и безопасность человека в агрессивной среде.*

Критерии дееспособности предлагаемых инновационных подходов. В качестве основных индикаторов дееспособности заявляемых инновационных подходов к интеграции в сфере профессиональной психотерапии, с нашей точки зрения, целесообразно было использовать следующие бесспорные и принятые как в научном, так и в профессиональном психотерапевтическом сообществе идентификационные системы: 1) принцип соответствия критериям принадлежности профессиональной психотерапии к системе кодифицированных научных знаний; 2) критерии дееспособности общей теории психотерапии Д. Прохазки и Дж. Норкросса (2001).

В плане соответствия главного тезиса заявляемого нами интегративного подхода по первому индикатору в результате проведенного эпистемологического анализа было показано существенное продвижение по нижеследующим позициям:

— *проработанность предметной сферы* (за счет реализации комплексной исследовательской программы — первых разделов базисной НИП — предметная сфера профессиональной психотерапии в основном идентифицирована и проработана);

— *принципы верификации и симметрии* (найдено удовлетворительное объяснение фактам получения схожих результатов при использовании различных методов и разных результатов при использовании одного и того же метода в идентичных клиентских группах; идентифицирован основной «смушающий» универсальный компонент — механизм гиперпластики, обусловленный активностью макротехнологического и метатехнологического уровней психотерапевтической коммуникации; разработана методология оценки «весовых» соотношений универсальных и специфических вкладов в итоговую эффективность психотерапевтического процесса);

— *наличие проработанных принципов фальсификации* (в отношении рабочих гипотез общей теории психотерапии разработана методология установления истинности — фальсификации основных концептов, исследуемых в рамках базисной НИП);

— *наблюдаемость и измеряемость предметной сферы* (предметная сфера психотерапии разработана именно таким образом, что все ее основные ряды

переводятся в параметрический ряд с разработанной методологией наблюдения, измерения и интерпретации получаемых таким образом результатов);

— *принцип простоты, ясности* (общая теория психотерапии полностью проясняет главный и наиболее востребованный психотерапевтический эффект, и далее в своих концептуальных построениях отталкивается именно от этой вполне понятной и ясной позиции);

— *принцип системности* (все компоненты общей теории и выводимой отсюда психотерапевтической практики полностью согласованы и скреплены конструкцией дисциплинарной матрицы; разработан системообразующий стержень психотерапевтической теории; идентифицированы и проработаны все возможные векторы интеграции профессиональной психотерапии);

— *соответствие всем вышеназванным критериям* (следует констатировать практически полное соответствие всем вышеобозначенным кодифицированным критериям научного знания).

Таким образом, по всем вышеприведенным критериям психотерапия с полным правом может претендовать на статус самостоятельной научной дисциплины.

В плане соответствия разработанных интегративных подходов и общей теории психотерапии критериям Д. Прохазки и Дж. Норкрасса (2001) констатируется практически полная адекватность предложенной интеграционной модели следующим основным критериям: 1) ценностный и порой уникальный вклад основных систем психотерапии должен быть защищен; 2) фундаментальные переменные процесса и компонентов терапии должны быть четко идентифицированы; 3) должна быть обеспечена возможность измерения и валидации фундаментальных переменных; 4) рассматриваемая интегративная модель должна объяснять, как люди изменяются без терапии и при терапии, поскольку большинство людей даже с клиническим уровнем расстройств не обращаются за профессиональной помощью; 5) модель должна доказать свою состоятельность при генерализации ее с охватом широкого круга человеческих проблем, включая проблемы физического, психического и психологического здоровья; 6) интеграционная модель должна побуждать психотерапевтов становиться новаторами.

То есть в нашем случае общая теория психотерапии и все ее взаимосвязанные концепты не только превосходно демонстрируют возможность повышения эффективности буквально каждого психотерапевтического метода без «покушения» на его идентичность — что само по себе большое достижение — но также и «справляются» с наиболее сложными задачами, представленными в критерии Прохазки—Норкрасса. Так, адекватное обоснование по позиции (4) здесь оказалось возможным только лишь с выведением концепта универсального адаптивно-креативного цикла и демонстрации статистически значимых различий в темпах и качестве прохождения данного цикла в стандартных группах клиентов, получавших психотерапевтическую помощь и без таковой. Обоснование по позиции (5) было получено в результате масштабной

апробации экспериментальной методологии интегративной психотерапии в отношении клиентских групп с расстройством адаптации, сложными формами химической зависимости и тяжелыми, длительно текущими соматическими заболеваниями.

Далее было показано, что выстраивание мета-модели социальной психотерапии с эффективным взаимодействием собственно психотерапевтического и консультативного, аддиктологического и образовательного кластеров подразумевает также и трансферт определенных психотерапевтических технологий и метанавыков в систему профессиональной подготовки специалистов, действующих в сопредельных областях, и что привнесенные таким образом элементы психопластики существенно повышают эффективность стандартных технологий воспитания, образования, тренинговых и других помогающих и развивающих практик. Именно таким образом и может быть осуществлен доступ к действительно широкому кругу проблем современного человека (позиция 5) и охват квалифицированной профессиональной помощью более чем объемного сектора потенциальных и реальных клиентов, нуждающихся в такой помощи.

Характеристика универсальной программы подготовки психотерапевтов. На основании вышеприведенных концептов общей теории психотерапии нами были разработаны основные блоки универсальной программы подготовки специалистов-психотерапевтов с общим объемом 260 академических часов (120 часов теории + 140 часов практики с супервизией и психотехническим анализом).

Теоретический блок программы включал:

— проработку базисных концептов общей теории психотерапии: концепт качественных характеристик психического здоровья и обоснование универсальных мишеней психотерапевтического процесса; адаптивно-креативный цикл и универсальный алгоритм конструктивного варианта прохождения данного цикла с помощью ресурсного потенциала профессиональной психотерапии (20 часов);

— глубокую проработку основных функциональных концептов общей теории психотерапии (содержательные и функциональные характеристики феномена психопластичности; технологии форсированного развития и актуализации функционального потенциала феномена психопластичности; концепт трехуровневой психотерапевтической коммуникации; макротехнологическое, метатехнологическое и структурно-технологическое оформление психотерапевтического процесса; психотехнический анализ и комплексный анализ, определение эффективности психотерапевтического процесса) — 100 часов.

Практический блок включал: специальную программу формирования полноценного личностного статуса (ЛС) «Я — профессионал», детальную проработку в этой программе всех компонентов, имеющих особую значимость в структуре ЛС «Я — профессионал». Такая специальная программа предусматривает реализацию следующих технологических блоков:

— диагностический (проводится психологическая диагностика: уровней психологического здоровья; сте-

пени сформированности профессиональной идентичности; степени овладения навыками общей и профессиональной самоорганизации; наличия компонентов устойчивого ресурсного состояния и навыка вхождение в первичное ресурсное состояние; наличия признаков эмоционального выгорания) — 6 часов;

— практика «внутренних» и временных расстановок (проводятся «внутренние» расстановки: по основным моделям профессиональной идентичности; по основным субстатусам в модели Уолта Диснея и Эдварда Де Боно — при этом в обязательном порядке реализуется ролевое проигрывание проведения консультативных сессий при доминировании каждого из этих статусов; расстановки по всем нормативным личностным статусам, включая ЛС «Я — профессионал», при этом определяются правила экологического взаимодействия нормативных ЛС; временная расстановка проводится с выстраиванием профессионального и «эпохального» маршрутов, которые становятся несущими программами личностного и профессионального развития) — 60 часов;

— проработка проблемно-ориентированного подхода к экспресс-консультированию начинающих специалистов с признаками неадекватных реакций на профессиональные сложности (в данном случае с использованием модели Вацлавика—Фиша прорабатываются: особенности профессионального поведения специалиста в ходе проведения им психотерапевти-

ческой или консультативной сессии; отсроченные реакции на профессиональные сложности; возможные экологические маршруты профессионального и личностного роста, способствующие коррекции имеющихся рисков развития синдрома эмоционального выгорания) — 10 часов; проработка вариантов эффективной самопомощи (4 часа); проработка специальной модели проведения балинтовских групп (10 часов); прохождение личной терапии по специальному формуляру проблемных состояний (20 часов); проведение психотерапевтических сессий — учебных и с реальными клиентами — с сопутствующим психотехническим анализом и профессиональной супервизией (30 часов). В продолжении последних трех лет нами проводилась апробация всех основных компонентов универсальной программы подготовки специалистов-психотерапевтов. По имеющимся у нас на сегодняшний день отзывам можно констатировать существенный рост профессиональной эффективности в связи с прохождением основных блоков данной программы (данные были получены с использованием методологии психотехнического анализа).

Заключение. Таким образом, разработка инновационных интегративных подходов и общей теории психотерапии с одной стороны, и формирование универсальной программы подготовки специалистов-психотерапевтов — с другой, обеспечивают целостность и эффективность профессии.

Библиографический список

1. *Василюк Ф. Е.* От психологической практики к психотехнической теории // Московский психотер. журнал. 1992. № 1. С. 15–32.
2. *Катков А. Л.* Эпистемологический анализ психотерапевтической теории // Вопросы ментальной медицины и экологии. Москва Павлодар, 2011. Т. XVII, № 3. С. 33–34.
3. *Катков А. Л.* Интегративная психотерапия (философское и научное методологическое обоснование). Павлодар: ЭКО, 2013. 321 с.
4. *Катков А. Л.* Четвертая революция в психотерапии / Международное сообщество специалистов в сфере психического здоровья: психологов, психиатров, наркологов, психофармакологов, консультантов, психоаналитиков, психотерапевтов, педагогов, тренеров и социальных работников. 01.06.2017. 58 с.
5. *Юревич А. В.* Перспективы парадигмального синтеза // Вопросы психологии. 2008. № 1. С. 3–15.

КОНЦЕПТУАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНОГО ПРОБЛЕМНО-ДЕЯТЕЛЬНОСТНОГО ОБУЧЕНИЯ ПСИХОЛОГОВ-КОНСУЛЬТАНТОВ, ПСИХОЛОГОВ-ПСИХОТЕРАПЕВТОВ

Кузовкин В. В., к. псих. н., доцент,

Поваляева А. В., специалист в области психологического консультирования, магистрант кафедры психологического консультирования факультета психологии ГОУ ВО «Московский государственный областной университет», Москва, Российская Федерация

Аннотация

Представлены сущность и содержание авторской концептуальной модели профессионально-личностного проблемно-деятельностного обучения психологов-консультантов, психологов-психотерапевтов, особенности ее реализации в профессиональной подготовке разного уровня (бакалавриат, магистратура, аспирантура, до-

полнительное образование). Акцент также сделан на возможностях циклической модели обеспечения профессиональной эффективности психологов-консультантов, психологов-психотерапевтов в ходе непрерывного цикла их подготовки и переподготовки.

Ключевые слова

Концептуальная модель профессионально-личностного проблемно-деятельностного обучения психологов-консультантов, психологов-психотерапевтов; циклическая модель обеспечения профессиональной эффективности психологов-консультантов, психологов-психотерапевтов.

CONCEPTUAL MODEL OF PROFESSIONAL-PERSONAL PROBLEM AND ACTIVITY TRAINING OF CONSULTING PSYCHOLOGISTS AND PSYCHOLOGISTS-PSYCHOTHERAPISTS

Kuzovkin V. V., PhD (Psychology), Associate Professor,
Povalayeva A. V., Psychological Counseling Specialist, Master's Student,
Psychological Counseling Department, Faculty of Psychology,
Moscow Region State University,
Moscow, Russian Federation

Abstract

This research looks at the essence and the content of the authors' conceptual model of professional and personal problem and activity training of consulting psychologists and psychologists-psychotherapists. The study points out the features of its realization in professional training at different levels (bachelor, master or postgraduate degrees and further education). The emphasis is also placed on the opportunities of a cyclic model of ensuring professional efficiency of consulting psychologists and psychologists-psychotherapists throughout the continuous cycle of their professional development and retraining.

Key words

Conceptual model of professional-personal problem and activity training of consulting psychologists and psychologists-psychotherapists; cyclic model of ensuring professional efficiency of consulting psychologists and psychologists-psychotherapists.

Данное сообщение особо актуально в свете событий, происходящих в России: психологическая помощь пытается обрести законные основания, а следовательно, ей нужны высококвалифицированные, качественно подготовленные специалисты в области психического и психологического здоровья, личностного роста. Особенно актуальны размышления об образовании в рамках консультативной психологии и психотерапии в свете создания саморегулируемой организации Национальной ассоциации развития психотерапевтической и психологической науки и практики «Союз психотерапевтов и психологов» [7].

Цель сообщения — привлечь внимание всех заинтересованных лиц, занятых в реализации законодательных актов в области оказания психологической и психотерапевтической помощи, к такой проблеме, как качество подготовки психологов-консультантов, психологов-психотерапевтов, медицинских и клинических психологов, медицинских психотерапевтов и т. д.; обратить внимание на существующие модели такой подготовки как на способствующие повышению уровня эффективности деятельности вышеназванных специалистов.

Актуальной для консультативной психологии и психотерапии как научно-практических отраслей пси-

хологического знания [4] является проблема подготовки психологов-психотерапевтов, психологов-консультантов в рамках направления подготовки «Психология» и в системе дополнительного образования.

В целях улучшения профессиональной деятельности психологов-консультантов на кафедре психологического консультирования факультета психологии Московского государственного областного университета разработана *концептуальная модель профессионально-личностного проблемно-деятельностного обучения психологов-консультантов, психологов-психотерапевтов* (далее — концептуальная модель), которая может претендовать на обеспечение их эффективной подготовки, что предполагает достижение профессиональной, личностной и функциональной эффективности специалистов данного рода [5].

Логика построения учебного процесса, ориентированного на профессиональную подготовку психологов-консультантов и психологов-психотерапевтов на основе заявленной концептуальной модели, по сравнению с традиционной логикой совершенно иная: на смену предметному построению учебного процесса и каждого занятия (когда основная цель — усвоение со-

держания учебной дисциплины) приходит подход, в основу которого положена парадигма профессионально-личностного проблемно-деятельностного педагогического взаимодействия в ходе организации учебной активности обучающихся. Это означает, что обучающийся усваивает не абстрактное, теоретическое знание, а знание, ориентирующее будущего специалиста в изучаемых им явлениях профессиональной деятельности, находящее свое применение в практической деятельности психолога-консультанта.

Несколько перефразируя слова Ф. Е. Василюка из его докторской диссертации, можно сказать, что основная образовательная форма, посредством которой осуществляется обучение навыкам консультирования, — *психотерапевтическая мастерская*: обучающийся вовлекается в специально организованные ситуации, где он *проживает* различные аспекты терапевтического опыта, который затем необходимо отразить с помощью теоретических и методических средств того или иного направления психотерапии и консультирования. «Сам образовательный процесс, — по словам Ф. Е. Василюка, — служит психотехническим экспериментом, способным породить новое научное знание, новые методические приемы, а главное — личностный опыт профессионала» [1, с. 6].

Мы считаем, что система образования психологов-психотерапевтов, психологов-консультантов должна быть направлена на подготовку *не* узконаправленного специалиста, а гармонично развитого индивида, индивидуальности. Такой специалист должен обладать фундаментальными знаниями в области академической психологии с последующим освоением специальных дисциплин.

Такой специалист, несколько перефразируя слова Э. Ф. Зеера [2], должен быть способен адаптироваться к динамичности трудовой деятельности, легко переходить от одного вида труда к другому, обладать способностями, необходимыми для широкого круга профессий.

Например, подготовленные психолог-психотерапевт или психолог-консультант, чтобы быть успешными, должны заниматься не только практикой психотерапии и консультирования, но и быть готовыми к преподавательской деятельности, передавая знания, навыки и умения в области данной практики другим, а также к научно-исследовательской деятельности, изучая закономерности работы психики человека и возможности работы с ней с помощью психотерапии и консультирования.

К такой мысли нас подвигает, например, стандарт подготовки психолога. Так, магистр по направлению подготовки 37.04.01 «Психология» готовится к следующим видам профессиональной деятельности: научно-исследовательской; практической; проектно-инновационной; организационно-управленческой; педагогической [8].

Такой специалист всегда должен быть готовым занять еще и управленческие должности, например, директора психологического или научно-практического психологического центра, руководителя психологической службы организации, заведующего кафедрой, де-

кана, проректора и далее ректора вуза, в рамках которых осуществляется подготовка психологов-психотерапевтов, психологов-консультантов.

Хотелось бы отметить и то, что системообразующей единицей концептуальной модели является «целеполагание», которое предполагает разработку целей для реализации четырех функций образовательного процесса: учебной (образовательной); воспитательной; развивающей; психологической подготовки. При этом на всех уровнях обеспечения учебного процесса: начиная от целей основной образовательной программы, далее целей специализированной подготовки и, в конечном счете, конкретной дисциплины и конкретного проводимого преподавателем занятия. Процесс целеполагания на последнем не заканчивается, а на уровне преподавателя включает разработку содержания той или иной дисциплины, а также каждого занятия, способов и средств их реализации и выявления качества их усвоения.

Важно также отметить, что главной целью организации процесса обучения в рамках концептуальной модели является обеспечение единства образовательных, воспитательных, развивающих функций и функций психологической подготовки, которые, в свою очередь, реализуются в ходе каждого занятия.

Это единство обуславливается тремя факторами:

— целями (задачами) обучения, важнейшими из которых являются овладение системой научных знаний, практических умений и навыков, развитие мыслительных способностей, формирование научного мировоззрения и этической культуры, а также психологической готовности к решению профессиональных задач;

— характером учебного материала (средств воздействия), в котором в органическом единстве выступают его образовательные, развивающие и воспитательные стороны и психологическая подготовка к будущей профессиональной деятельности;

— характером способов реализации данного учебного материала в ходе учебного занятия.

Нельзя не отметить и то, что важнейшей составляющей концептуальной модели является направленность в подготовке психологов-психотерапевтов и психологов-консультантов на развитие профессионального мышления. Что оно включает?

1. Развитое категориальное мышление или развитый у психолога-психотерапевта и психолога-консультанта понятийно-категориальный аппарат для концептуализации воздействия, случая.

2. Развитое критериальное мышление, когда необходимо осуществить какое-то сравнение. Например, даже при оказании помощи обратившемуся за ней клиенту у психолога-психотерапевта и психолога-консультанта возникает необходимость сравнивать то, с чем пришел клиент, что с ним происходит в процессе воздействия, и то, с чем он уходит по завершении процесса психотерапии или консультирования.

3. Развитое процессуальное мышление, когда усваивается некая последовательность действий специалиста, результатом чего является сформированность в его сознании образа какого-то процесса (например, образ

процесса консультирования или психотерапии в целом или одной из его стадий) (см., например, [6]).

С точки зрения достижения перспективных целей в рамках профессиональной эффективности психологов-психотерапевтов и психологов-консультантов ключевыми являются разработка и внедрение в повседневную практику *циклической модели обеспечения профессиональной эффективности обучающихся специалистов*.

Необходимыми элементами этого непрерывного цикла служат:

1) реализация задач профессиональной деятельности психолога-психотерапевта, психолога-консультанта и учет всей совокупности как успешных ситуаций, так и срывов, ошибок и затруднений;

2) системно-ситуативный анализ профессиональной деятельности (ССАД) психолога-психотерапевта, психолога-консультанта, которому подвергаются прежде всего ситуации, связанные со срывами, ошибками и затруднениями. Основная задача — выявить систему их психологических детерминант и дифференцировать от других факторов непсихологического характера;

3) реализация системно-ситуативного подхода в профессиональной подготовке (ССПП) психологов-психотерапевтов, психологов-консультантов, основная цель которого состоит в том, чтобы развить именно те психологические компоненты их личности, кото-

рые явились психологическими детерминантами (качествами-детерминантами) срывов, ошибок и затруднений в уже совершившейся профессиональной деятельности, с тем, чтобы исключить их в дальнейшем.

Основными психологическими технологиями, реализующими задачи психологического обеспечения цикла непрерывной оценки и коррекции профессиональной деятельности, являются системно-ситуативный анализ деятельности и системно-ситуативный подход в профессиональной подготовке.

Циклическая модель обеспечения профессиональной эффективности психологов-психотерапевтов, психологов-консультантов требует более серьезных объяснений. Такая работа начата на кафедре психологического консультирования МГОУ, и сделан уже ряд наработок, ждущих своего представления в печатных изданиях. Однако уже сейчас можно обратиться к статье одного из авторов сообщения (В. В. Кузовкина) «Кейс-метод в сфере вузовского обучения психологов-консультантов» [3], где довольно-таки детально представлена технология ССАД применительно к подготовке психологов-консультантов. Требуется обоснование технологии ССПП психологов-психотерапевтов, психологов-консультантов. Хотя применимо к специалистам в системе Министерства внутренних дел [9] она уже разработана и требуется по аналогии применить ее к психологам-психотерапевтам и психологам-консультантам.

Библиографический список

1. *Василук Ф. Е.* Понимающая психотерапия как психотехническая система. Автореф. ... д-ра психол. наук. М.: МГППУ, 2007. 48 с.
2. *Зеер Э. Ф.* Психология профессий: учеб. пособие для студентов вузов. М.: Академический Проект; Екатеринбург: Деловая книга, 2003. 336 с.
3. *Кузовкин В. В.* Кейс-метод в сфере вузовского обучения психологов-консультантов // Журнал практического психолога. 2014. № 2. С. 164–182.
4. *Кузовкин В. В.* Консультативная психология как научно практическая отрасль психологического знания // Психотерапия. 2014. № 10 (142). С. 24–32.
5. *Кузовкин В. В.* Особенности и проблемы подготовки психологов-консультантов в статусе магистра психологии в государственном вузе в контексте современного гуманитарного знания: концептуальная модель / Профессиональная подготовка обучающихся в вузе в контексте современного гуманитарного знания (круглый стол) // Вестник Московского государственного областного университета (электронный журнал). 2016. № 4. URL: www.vestnik-mgou.ru (дата обращения: 27.02.2018).
6. *Кузовкин В. В.* Структурирование в клиентоцентрированной психотерапии как психотехнический навык // Вестник Московского государственного областного университета. Серия «Психологические науки». 2013. № 2. С. 80–88.
7. Устав Саморегулируемой организации Национальная ассоциация развития психотерапевтической и психологической науки и практики «Союз психотерапевтов и психологов». Москва, 2015 // Профессиональная психотерапевтическая газета. Октябрь 2016. № 10 (157). С. 4–10.
8. Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по направлению подготовки 37.04.01 «Психология» (уровень магистратуры) (утвержден приказом Министра образования и науки РФ от 23.09.2015. № 1043) [Электронный ресурс] // Информационно-правовой портал «Гарант». URL: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71118996/> (дата обращения: 27.02.2018).
9. *Федотов А. Ю.* Системно-ситуативный подход в профессиональной подготовке сотрудников ОВД // Психопедагогика в правоохранительных органах. 2015. № 1 (60). С. 3–7.

PSYCHIATRY AS INTEGRATION OF EPISTEMIC FRAMES AND DISCOURSES: A CHALLENGE FOR A COMMUNITY OF PRACTICE

Lolas F., MD, Full Professor at the University of Chile (Psychiatry and Physiology),
Director at the Interdisciplinary Center for Bioethics,
Secretary-General, World Association of Social Psychiatry,
Santiago, Chile

Abstract

This paper employs the notions of narratives in order to shed new light on how we perceive mental health. By investigating linguistic concepts, the author addresses the structural features of mental health and redefines the role of the psychiatrist.

Key words

Mental health narratives, psychiatrist, psychiatric act.

Mental health narratives. The value-laden term “health”, when preceded by the adjective “mental”, refers to normalcy in a statistical sense, to conformity to standards in morphological and functional terms and to individual satisfaction and appropriate interpersonal behaviors.

The last part of the definition incorporates the social dimension. The question has repeatedly been posed as to what extent overt or manifest behavior is the result or the consequence of bodily conditions and if the realm of the social can be entirely reduced to causations found in the brain and its interactions with organ systems. The unbalanced formulation of psychiatry as a biological discipline has shifted the attention of causation to workings of neural systems, which in turn can be traced back to genetic and biochemical determinants.

This explanatory strategy has not worked smoothly in all aspects of pathologies deemed mental. Diagnostic predictability and prognostic efficacy of “disease entities” are not always satisfactory in psychiatry. Pharmacological and physical interventions do not automatically yield desired results and the theory behind their modes of action does not always accurately explain effects. The “mysterious” leap from the mind to the body remains elusive, not the least because placebo and nocebo effects complicate the picture and the reproducibility of effects is always uncertain.

The final conclusion is that the “mind” - as traditionally conceived- is not necessarily in the head or in any other bodily system but is constructed in the web of relations between a living organism and the environment. The human species does not only live in the immediate world of the senses, an *Umwelt*, but also in a world constructed by language (*Welt* and *Lebenswelt*) All the workings of language, such as memory, imagination, self-representation and emotional communication constitute evolutionary advantages and pose special challenges when a definition of the quality of life, health, and human attributes is attempted.

The very idea of mental health runs the risk of being tautological if some special form of health is meant by the adjective mental. It was a real advance the sugges-

tion of a biopsychosocial model suggesting that health is a complex construct developed by different methodological approaches. In its final and practical application, however, it amounts to a simple addition of information from different sources and professional expertise, with the conclusion that in “real life” the biological foundations and the medical outlook prevail. Mental refers certainly to the social component of the biopsychosocial complex but in the simple form of another source of data. It refers to the social as a source of meaning and sense and as essential element in the construction of the self.

Considering mental health as a form of narrative may help. Narratives are organized structures of communication that deal with the temporal aspects of experience and organize occurrences in a form that conveys meaning to a reader or listener. Composed mainly of symbols and signs, to be effective all kinds of non-linguistic elements (such as appearance, behavior, pictorial productions, and others) are translated to words and utterances.

Different forms of narratives. The main contention of this paper is to propose a reflective and coherent use of the basic “linguisticity” of human life for the purpose of establishing a discipline of mental health. If the above considerations are accepted, then it follows that by definition all attributes of mental health are social in nature, for language is a social construction, not created by anyone but acquired in early stages of life.

The narrative structure of human life, and the narrative construction of health, can be approached from many perspectives. A narration is an organized set of oral or written manifestations which organize perceptual elements (signs and symbols) along the axis of time, with a “plot” that has a beginning, a course, and an ending. Besides any *locutionary* or descriptive value of organized language, a narration has also *ilocutionary* properties, which are intentions, and *perlocutionary* ones, equivalent to the effects that it wants to cause in the listener or the reader. Thus, no narration is neutral. Its words describe, intend and cause something in the human world.

The traditional field of clinical psychiatry has centered on the notion of the individual subject. Thus, the “patient” or the case is analyzed and “treated”, with

family and social relations considered as background or concomitant appearances with or without etiological valence in behavioral disorders. Some streams of thought have made these entities the main focus of attention without losing sight of the individual character of the participants. Even group approaches to diagnosis and therapy may distinguish work “in” the group and work “with” the group.

What these approaches have in common is that their narratives are *third person narratives*. The observer—or for that matter, the therapist—proposes a narration which then serves as an argument for the healing process.

Neuroscience and genomics are also narratives in *the third person*, with the difference that the rhetoric is one of detachment and objective description. Facts are identified, processes described, and when possible causal links are established by experiment, observation, or big data analyses.

If the aims of any narrative can be subsumed under the headings of *explaining*, *comprehending* and *interpreting*, then these forms of mental health narratives—the clinical and the scientific—are good examples of the explanatory value of scientific description. Its aim is advance in the establishment of reliable causations, in the reproducibility of findings permitting generalizations and in appropriate measures to solve the situations considered abnormal or unhealthy.

There is also a form of narrative in the *second person*. This is the one preferred by those who, besides explaining facts want to understand persons. It is one direction of the clinical work in psychiatry, especially in the phenomenological tradition, which, since Jaspers’ work distinguishes between a “*erklärende*” and a “*verstehende*” psychopathology.

Distinguishing between explaining and understanding, however, does not suffice for a comprehensive discipline of mental health. The kind of narrative useful for this purpose should also incorporate interpreting.

While many would consider understanding and interpreting to be the equal or at least equivalent terms, we believe that a distinction is useful.

It is one thing to understand something reconstructing the causal connections or the personal motives behind the actions. And it is something different to interpret it. Because, for interpreting something, the interpreter as a person must come forward with his/her personal horizon of prejudices and beliefs and fuse it with what is presented. The true hermeneutical work of the interpretive social sciences or *Geisteswissenschaften* involve the person of the researcher, the listener, or the reader, in a peculiar form of interaction in which what is offered is shared and fused with the beliefs and the ideas of the reader. This is what Gadamer calls “*Horizontverschmelzung*” and constitutes the core of the stage termed *Mimesis III* by Paul Ricoeur.

The narrative of this type is necessarily a *first person narrative*, even if it is not expressed in the present verbal tense or uses the personal pronoun “I”. It is a responsible, compromised, narration that has its own rhetorical truth value. Its effects are to modify the person of the

researcher in ways that amount to having experiences, that is accumulation of prudence and the knowledge on how to use knowledge (*phrónesis*).

This interpretation, closely linked to understanding, is akin to what Gadamer would call application. Not in the trivial sense of transforming theory into practice but in the more profound of incorporating what is learned or experienced to the real praxis of the person.

When a narrative on mental health is constructed in the first, third, or second person different discourses appear and each one possesses its own legitimation in terms of epistemic frames and ethical connotations.

For example, the third person narrative has as its main value the propriety of the description, the honesty of the data-gathering process, and the intention to produce truthful accounts. The second person narrative emphasizes empathy, reciprocity and human values. And the first person narrative, in a truly integration of frames in the praxis of the practitioner, clinician, or researcher, involves a consideration of the first two and the accumulation of experience.

Psychiatry as a community of practice. These three levels of the narrative enterprise permit a reinterpretation of the role of psychiatrists in discussions on mental health.

Despite the fact that different experts do participate in the narratives relevant to mental health, we contend that psychiatrists should be privileged and special. No other professional by training has acquaintance with basic biological information, with the subtleties of clinical reasoning and with the overall consideration of human life. Their competencies go beyond those of a medical professional, however, and in this sense we suggest that psychiatry is not a medical specialty but a specialized profession.

As a community of practices, psychiatry derives its legitimacy from different epistemic and ethical frames. The “psychiatric act” is complex, for it involves action at the level of the individual, the group and the community. The challenge ahead is to search for ways in which this fact is translated into forms of training and self-presentation of the profession in times of change.

While the medical profession may be said to share the same ethos of service, reciprocity and solidarity, psychiatry involves a deeper comprehension of the web of relations characteristic of the human condition. In no other profession is it so necessary to integrate the different narratives as in psychiatry, correctly practiced. In this sense, all psychiatry is social by its very nature, for no other professional medical practice needs an understanding of the context in which illness, sickness, and disease are expressed. The proper position of psychiatry is at the crossroads of different epistemic and ethical frames, as most professions are, but with the difference that its adequate praxis needs a true integration of discourses and narratives in a first person experience that goes beyond the medical expertise.

This may appear as an excessive burden on practitioners and an elitist definition of a profession, hardly found in real life. While conditions may differ from place to place, the notion of a community of practice based

on different (and sometimes contradictory) scientific discourses and epistemic/ethical frames is a proposal that may serve as ideal.

On the other hand, in a world characterized by gross inequities and lack of resources for treating the most basic ailments, this definition of a “first person profession” may appear as purely utopian or simply as a possibility of industrialized societies placing greater emphasis on the welfare of their members. It is true that in some countries there is more need to produce viable public

health policies and to train professionals more useful in conditions of scarcity.

We contend, however, that this analysis of an ideal professional shows a goal to work for and suggest a form of identity to those who belong to the profession that, properly developed, may help resolve the quandaries of identity and the threats to its identity and social usefulness. No other profession demands allegiance to a humanistic model coexisting with scientific explanation, human comprehension, and linguistic interpretation.

Bibliography

1. *Gadamer H-G.* Wahrheit und Methode. JCB Mohr (Paul Siebeck). Tübingen, 1975.
2. *Ricoeur P.* Temps et recit. Editions du Seuil. Paris, 1985.
3. *Lolas F.* Psychiatry: medical specialty or specialized profession? // *World Psychiatry.* 2010. V. 9. No. 1. P. 34–35.
4. *Lolas F.* L'éventail des pratiques en psychiatrie: intégration des processus complémentaires de narration // *L'Evolution Psychiatrique.* 2017. V. 82. No. 2. P. 18–23.

ЧЕТЫРЕХЧАСТНАЯ СИСТЕМА ОБРАЗОВАНИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ В ОБЛАСТИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Макаров В. В., д. м. н., профессор,
президент Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиги
и Национальной саморегулируемой организации ассоциации
«Союз психотерапевтов и психологов»,
вице-президент Всемирного совета по психотерапии,
заведующий кафедрой психотерапии и сексологии
ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия
непрерывного профессионального образования» Минздрава России,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

Учитывая большие психологические и эмоциональные нагрузки на специалистов в области психического здоровья, приводящие к синдрому выгорания, мы предлагаем четырехчастную систему подготовки специалистов помогающих профессий в области психического здоровья и психологического благополучия. Данная система состоит из теоретической подготовки, практики под супервизией, учебной личной терапии и учебной супервизии. Четырехчастная система используется во многих странах для подготовки специалистов в области психотерапии. Она доказала свою эффективность в том числе и в России.

Ключевые слова

Психическое здоровье, специалисты помогающих профессий, четырехчастная система образования, профессиональное выгорание, практика под супервизией.

FOUR-PART EDUCATION SYSTEM FOR MENTAL HEALTH PROFESSIONALS

Makarov V. V., MD, Professor,
President of the All-Russian Professional Psychotherapeutic League
and Self-Regulatory Organization National Association
“Union of Psychotherapists and Psychologists”,
Vice-President of the World Council for Psychotherapy,
Head of the Department of Psychotherapy and Sexology
of the Russian Medical Academy of Postgraduate Education,
Moscow, Russian Federation

Abstract

This paper proposes a four-part education system for training mental health workers. It considers heavy emotional strain experienced by these specialists which can cause professional burnout. This system teaches theory, supervised practice, personal therapy and supervision during training. It has been successfully implemented in many countries of the world, including Russia.

Key words

Mental health, caring professions, four-part education system, professional burnout, supervised practice.

Профессионалы в области психического здоровья и психологического благополучия относятся к помогающим профессиям. Это сложная, особая профессиональная деятельность, требующая настоящего призвания. Многие специалисты разочаровываются в своей трудовой деятельности, другие выгорают, третьи разрываются между выполнением своего профессионального долга и необходимостью, да и желанием достойной оплаты труда. Для успешной профессиональной деятельности важны три условия: профессиональный отбор, образование, создание условий для трудовой деятельности.

Специалисты в области психического здоровья и психологического благополучия в большей степени подвержены профессиональному выгоранию, чем представители других профессий.

По нашим данным, частота встречаемости степеней выгорания статистически значимо различается в зависимости от специальности. Среди профессионалов с низкой степенью выгорания (0) преобладают психотерапевты. Наиболее распространена средняя (1) степень выгорания (36,7%). Для данной степени наблюдается равномерное распределение по специальностям: 27,3% у психиатров, 29,9% у психотерапевтов, 19,5% у наркологов, 23,4% у психологов. Высокой степени выгорания (2) — более подвержены психиатры — 34,8% и психологи — 30,4%. В крайне высокой степени (3) преобладают психиатры — 33,3% и наркологи — 37,5%.

Для психотерапевтов характерно снижение частоты встречаемости в отношении к более тяжелым степеням выгорания; в низкой (0) степени — 47,4%, в средней (1) степени — 40,4%, в высокой (2) степени — 10,5%, а в крайне высокой (3) — 1,8. У остальных обследованных категорий профессионалов наблюдается тенденция к росту числа профессионалов с низкой степенью (0) с последующим падением к крайне высокой (3) степени выгорания.

Наибольший процент выгорания в крайне высокой степени (3) наблюдается среди наркологов — 22,5%, на втором месте — психиатры — 13,1%. Психологи тоже подвержены выгоранию в высокой и крайне высокой степени и занимают при этом третье место — 11,5%. Таким образом, к группе риска можно отнести психиатров и наркологов как наиболее подверженных процессу эмоционального выгорания [2, 3].

В связи с чем данные расстройства реже выявляются у психотерапевтов, чем у других специалистов в области психического здоровья и психологического благополучия? С нашей точки зрения, основные причины этого нужно искать как в подготовке профес-

сионалов, так и в сохранении и развитии их ментальной экологии.

В более ранних работах показано, что то, что описывается под названием «синдрома сгорания», содержит в себе два весьма отличных друг от друга явления. Поэтому помимо «синдрома сгорания» нами также выделяется и «синдром угасания» психотерапевта [1].

«Синдром сгорания» характеризуется эмоциональным, когнитивным и физическим истощением, вызванным длительной перегрузкой. Такой человек ощущает себя уставшим даже в утренние часы. Впрочем, ночной сон также зачастую расстроен. У человека с «синдромом сгорания» мало энергии, оптимизма и энтузиазма. Его состояние может быть квалифицировано как астеническое и астено-депрессивное.

К формированию синдрома предрасполагают и личностные особенности психотерапевта, и его профессиональная подготовленность, и организация труда. Из личностных особенностей прежде всего важно назвать интровертированность, повышенный уровень тревожности, эмпатичности, чувствительности, низкую готовность к постоянным изменениям окружающей среды. Из особенностей профессиональной подготовки важно отметить владение терапевтом техниками и приемами психотерапии, а также глубину проработки им собственных психологических проблем, готовность к постоянным и неожиданным переменам в состоянии пациентов, условиях работы.

К «синдрому сгорания» ведет гиперстимуляция в результате профессиональной перегрузки. Значимыми факторами являются индивидуальная и групповая работа со слабо мотивированными и немотивированными клиентами; низкие видимые результаты работы; низкая поддержка и высокий уровень критичности коллег и, конечно же, неразрешенные конфликты собственной личности. «Профессиональное сгорание» редко достигает своей наиболее выраженной степени, и у специалиста есть возможности восстановиться.

«Синдром профессионального угасания» характеризуется близкими к предыдущему синдрому расстройствами. Только они возникают в результате профессиональной гипостимуляции и в выраженных случаях могут квалифицироваться как астеническое или астено-апатическое состояние.

Симптомокомплекс развивается при длительной монотонной работе, когда смысл ее не определен или малопонятен специалисту, а также когда труд неадекватно низко оплачивается. Ожидания терапевта не оправдываются. Угасание — процесс медленный и достаточно обратимый. Стоит изменить условия профес-

сиональной деятельности, как угасание может пойти на убыль и даже совершенно купироваться. А вот стадия выгорания следует за угасанием, когда процесс профессиональной деформации приобретает мало обратимый характер, и восстановить хорошую профессиональную форму уже не удастся. Такому человеку правильное сменить профессию.

Профилактика развития указанных синдромов во многом схожа. Она состоит в принятии на себя ответственности за свою работу, свой профессиональный результат и в делегировании части ответственности клиентам и пациентам. В умении не спешить и дать себе время для достижений в жизни и работе. В реалистической оценке своих возможностей и в умении проигрывать без самоунижения и бичевания. Ведь профессиональные спады и даже тупики — это естественные этапы профессионального развития каждого настоящего специалиста.

И еще: специалисту важно быть в профессиональном сообществе. Регулярно получать поддержку от этого сообщества — в том числе в форме участия в балинговских, супервизорских группах, в личной терапии и обмене опытом, просто в клубном общении с людьми своей профессии. По нашим данным, для сохранения и развития ментальной экологии психотерапевта оптимальным является ежегодное участие в двух декадах повышения квалификации и обмена опытом.

Важно, чтобы учебная терапия предшествовала другим формам образования. Учебная терапия преследует ряд целей. Это познание границ собственной личности, своих возможностей. Понимание того, в связи с чем выбирается помогающая профессия. Формирование адекватного отношения к профессии. Понимание своих возможностей и миссии в профессии. Выявление, анализ и устранение личностных проблем, прежде всего — страха смерти. Часть личностных характеристик может способствовать будущей деятельности, другие важно адаптировать. Работа с самооценкой. С ее повышением и, главное, ее стабильностью, с удержанием самооценки на высоком уровне. Работа с настроением. Выработка умения выходить на нужный уровень настроения и поддерживать его в течение всего рабочего дня. Обучение поддержанию необходимого рабочего тонуса и быстрому восстановлению рабочего тонуса при его потере. Учебная терапия позволяет усвоить традиции профессии, самостоятельно создавать свою профессиональную реальность, а не ориентироваться полностью на внешнего спасителя. Конечно, все перечисленное ведет к повышению качества жизни. Во время учебной терапии соискатель реально видит и понимает, как работают в практике избираемой им специальности.

И еще одна очень важная роль личной учебной терапии — допуск к обучению в области избранной специальности. В помогающих профессиях профессиональный отбор представлен лишь частично. Абитуриенты медицинских вузов должны предоставить справку от врача-психиатра об отсутствии психических расстройств и об отсутствии постановки на учет в психиатрическом учреждении. Личная же терапия позволяет выявить не только психические расстрой-

ства, но также другие характеристики претендентов, затрудняющие или не позволяющие им эффективно работать в помогающих профессиях.

Личная учебная терапия, предшествующая образованию, позволяет осуществить и профессиональный отбор кандидатов в помогающие специальности. Заключение учебного терапевта о завершении личной учебной терапии, предшествующей образованию, является допуском к самому образованию. Минимальная продолжительность личной учебной терапии составляет 50 часов.

Понятно, что работа в области личной терапии не завершается на этапе, предшествующем обучению, а продолжается и в дальнейшем, во время обучения и на последипломном этапе.

В теоретической части обучения мы выделяем: общекультурный блок, обучение по профессии и обучение по специальности. В связи с тем что наши обучающиеся уже имеют высшее образование и мы занимаемся их дополнительным образованием в рамках непрерывного образования, мы больше сосредоточены на образовании по специальности. Здесь на первое место выступает теоретическая подготовка и, конечно, практические навыки в рамках избранной специальности. В нашу помогающую специальность — психотерапию — приходят специалисты с медицинским или психологическим образованием. Причем первые, исходя из программы базового образования, почти лишены каких-либо знаний и умений в области психотерапии, тогда как вторые такими знаниями и умениями располагают. Теоретическая часть обучения проводится в традиционном варианте: читаются лекции, проводятся семинары и практические занятия. Кроме того, проводится много тренингов и мастер классов. В теоретическом блоке при подготовке психотерапевтов обычно около 800 учебных часов.

Особое значение в нашем образовании придается практике под супервизией. Определенную роль здесь будет играть участие в волонтерской деятельности. Такое участие поможет обучающимся набрать часть часов практики. Важно, чтобы большая часть практики проводилась в условиях, приближенных к будущей производственной деятельности обучающегося. Практика проводится под руководством опытных профессионалов и дает возможность обучающимся увидеть и опробовать разные стили практической работы. Практика под супервизией — самый обширный раздел образования. Она продолжается около 2000 часов. Это и понятно — ведь мы готовим профессионалов-практиков.

И, конечно, супервизионный процесс на всех этапах профессиональной деятельности является значимым для каждого психолога-консультанта, психотерапевта, тренера и специалиста других помогающих профессий. Это четвертая составляющая образования. Важно, чтобы в супервизию будущий профессионал входил еще на этапе обучения. Целью супервизии является повышение качества психотерапии, консультирования, тренингового или обучающего, коммуникативного процесса. Супервизия также является инструментом профилактики профессионального выгорания, эффективная форма обмена опытом, роста и

поддержания профессионализма. Именно супервизионный процесс позволяет гармонично включать инновационные составляющие в повседневную практику профессионала.

Такова четырехчастная модель подготовки профессионалов в области психического здоровья и

психологического благополучия. Эта модель уже несколько десятилетий широко применяется в подготовке психотерапевтов. Уверен — она найдет свое применение в подготовке и других профессионалов в области психического здоровья и психологического благополучия, других помогающих профессиях.

Библиографический список

1. Макаров В. В. Психотерапия нового века. М.: Академический проект, 2001. 496 с.
2. Макаров В. В., Кухтенко Ю. А. Синдром эмоционального выгорания у врачей различных специальностей // Психическое здоровье. 2016. № 3 (118). С. 60–67.
3. Макаров В. В., Кухтенко Ю. А. Синдром эмоционального выгорания у психиатров-наркологов. Сравнительный анализ выгорания врачей-психиатров и психиатров-наркологов // Наркология. 2016. № 4 (172). С. 44–48.
4. Макарова Е. В. Регуляция психотерапии в странах Европы // Психотерапия. 2013. № 3 (123). С. 26.
5. Макарова Е. В. О новых реальностях развития психотерапии в России и Европе // Психотерапия. 2013. № 2 (122). С. 60.
6. Fiegl J. Empirische Untersuchung zum Direktstudium Psychotherapie, Psychotherapiewissenschaft in Forschung // Profession und Kultur. SFU Verlag, 2016.
7. Orlinsky D. E., Ronnestad M. H. How Psychotherapists Develop: A Study of Therapeutic Work and Professional Growth // Amer. Psychological Assn. 1st edition. October 1, 2004.

ДЕНЬГИ В ПРОФЕССИИ И ЖИЗНИ СПЕЦИАЛИСТОВ В ОБЛАСТИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ (ВВЕДЕНИЕ В ТРЕНИНГ)

Макаров В. В., д. м. н., профессор, **Лыч К. В.**,
Общероссийская профессиональная психотерапевтическая лига,
ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия
непрерывного профессионального образования» Минздрава России,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

Легендарный авторский тренинг проводится с 1990 года. Меняются запросы участников, меняется тренинг. Мы шли в нашу профессию вовсе не из-за денег. Мы настроены помогать людям. Деньги вновь приковывают наше внимание. Часто их совсем мало, а то, на что их можно обменять, дорожает на глазах. Деньги дешевеют, а для нас они становятся все дороже. Денег у нас все меньше. Тренинг дает понимание и навыки правильного отношения к деньгам, к тому, как их зарабатывать, тратить, сохранять и преумножать. Показывает различную роль денег в детском, юношеском, молодом, зрелом и старшем возрасте. Позволяет осознать, как построить всю свою жизнь, принадлежа к числу специалистов помогающих профессий. Как быть здоровым, успешным и счастливым в наше время бурных перемен!

Ключевые слова

Деньги, власть денег, отношение к деньгам, деньги в профессии, деньги в жизни.

THE ROLE OF MONEY IN LIFE AND WORK OF MENTAL HEALTH AND WELL-BEING SPECIALISTS. WORKSHOP INTRODUCTION

Makarov V. V., MD, Professor, **Lych K. V.**,
All-Russian Professional Psychotherapeutic League,
Russian Medical Academy of Postgraduate Education,
Moscow, Russian Federation

Abstract

This legendary author's workshop has been held since 1990. The workshop changes over the time considering the needs of the participants. It is common for people to select this profession in their desire to help people rather

than for their financial gain. But money is necessary in the real world. Money is often tight, and the things we can exchange for it are getting more and more expensive right in front of our eyes. Money loses value over time resulting in higher costs. This workshop tells about a proper attitude towards money and teaches skills necessary to make, spend, save and multiply it. The workshop explains different roles money plays in childhood, youth, adulthood and elderly age. It gives the participants the understanding of how to build up the entire life of a mental health professional and reveals how to be healthy, successful and happy in this time of turbulence and change.

Key words

Money, power of money, attitude towards money, money in profession, money in life.

У жителей нашей страны особое отношение к деньгам. В нашем народном фольклоре деньги попросту отсутствуют. Наша традиционная греко-ортодоксальная религия — православие — дает отповедь деньгам. Наше правительство официально заверяло нас, что деньги к 1980 году отомрут, поскольку в них отпадет надобность. И действительно, в последние десятилетия советской эпохи для приобретения товаров и услуг денег было вовсе не достаточно. Важнее денег были социальные связи, отношения, приближенность к власти. Все мы были очень бедными жителями очень богатой страны. Все резко изменилось с 1991 года, после падения коммунистического строя. Деньги стали самым важным фактором успеха. Казалось, что с помощью денег можно решить все вопросы, разрешить все проблемы. Это историческая и макросоциальная сторона отношения к деньгам.

Тем не менее мы, специалисты в области психического здоровья и психологического благополучия, все не думали о деньгах, выбирая и осваивая наши профессии. Думали о том, что будем хорошо работать, а благодарное государство будет обеспечивать нашу жизнь. Причем наши материальные запросы в то время отличались особой скромностью. И даже эти такие скромные запросы далеко не всем удавалось удовлетворять за счет зарплаты. Ведь она, зарплата, все больше отставала от уровня цен и инфляции и, в конце концов, не могла больше удовлетворять запросы чуть выше уровня бедности. В это же время в нашей среде появились те, кто стал зарабатывать в десятки и сотни раз больше всех остальных, живущих на зарплату. Сегодня, когда прошло уже тридцать лет, оказалось, что подавляющее большинство из них не выдержали испытания деньгами, ведь они совсем не были подготовлены не только к богатству, но даже к изобилию.

Три прошедших десятилетия мы активно двигались к тому, что деньги окружаются огромным количеством парадоксов, лжи, нелепостей и лицемерия. Жадность по отношению к деньгам считается греховной и отталкивающей, но богатство повсеместно вызывает уважение. Деньги являются прямым индикатором значимости человека. Те, кто стремится к ним, часто подвергаются разубеждению и запугиванию со стороны тех, кто их имеет. Вместе с тем деньги присутствуют во всех сферах нашей жизни. Только иногда они на сцене, а зачастую за кулисами наших планов и событий нашей жизни. Впрочем, в нашей стране отношение к деньгам особенное и достаточно своеобразное. Если в традиционно европейской модели отношения к деньгам приветствуются скромность и эко-

номия, а в традиционной североамериканской модели деньги рассматриваются в качестве главного измерения успеха и результата, то для нашего славянско-православного, советско-постсоветского менталитета традиционно негативное отношение к деньгам, отповедь деньгам, особенно подкрепленная и усиленная в советское время. И все же деньги — явление социальное, и их ценность имеет конвенциональную природу.

У жителей нашей страны небольшой исторический опыт взаимодействия с деньгами. Сегодня представлены два крайних варианта отношения: деньги решают все, деньги — это грязь и мерзость. Взрослые граждане нашей страны выросли в бедности. У нас практически нет взрослых поколений, выросших в богатстве. У действующих старших поколений часто много отрицательного в опыте взаимодействия с деньгами. Ведь деньги в нашей стране ненадежны. Их стоимость часто и непредсказуемо меняется. Более того, деньги в нашей стране могут быть опасны. Конечно, деньги — хороший инструмент управления людьми. И деньги часто становятся инструментом манипуляции. Еще действует социальный миф, сложившийся в девяностые годы: «Рискуйте, играйте, выигрывайте. Выиграть может каждый. А Вам обязательно повезет». Деньги могут обеспечить комфорт, а не свободу. Деньги ускоряют процессы — они катализатор. В играх с деньгами выигрывают профессионалы игр, профессионалы денег. Важно понимать роль человека по отношению к деньгам и в нашей рабочей занятости, и в личной жизни. Создает ли человек свою «подушку финансовой безопасности» — сумму, необходимую для поддержания жизни его самого и его семьи на привычном для них уровне в течение определенного времени для того, чтобы быть спокойным по отношению к деньгам. В личной, особенно в семейной жизни, именно деньги часто являются предметом конфликтов. Более того, вмешательство денег часто разрушает как любовь, так и дружбу. Обратим внимание на выраженные гендерные отличия владения деньгами. Деньги — эквивалент мужской доблести. Мужчинам деньги часто нужны для утверждения власти, подчеркивания собственной значимости, тогда как женщинам — для приобретения услуг и вещей, создания комфорта и уверенности в благополучии. Деньги требовательны и даже безжалостны к мужчинам. Мужчина, не зарабатывающий деньги, воспринимается как жалкий неудачник, тогда как женщина, ограниченная в средствах, часто воспринимается как дама, испытывающая временные финансовые трудности.

Если представители взрослых поколений были одинаково бедны в молодости, то в поколениях мо-

лодого возраста явно прослеживается значительное расслоение по отношению к деньгам. Наше общество расслоилось, и основной критерий расслоения — количество денег. Восходящие поколения, выросшие в богатых семьях, зачастую страдают «синдромом второго поколения». Деньги могут быть важным инструментом воспитания детей. Здесь мы понимаем, что эта часть воспитания осуществляется за пределами учебных заведений — всех учебных заведений, как общеобразовательных, так и специальных финансовых и экономических. А ведь курс «деньговедение» крайне необходим — деньги могут быть мощным мотивом и инструментом развития человека. Здесь важно понимать, что обладание «большими деньгами» не делает человека счастливым, ведь деньги могут приносить комфорт, а не обеспечивать счастье. Во взрослой жизни дети из обеспеченных семей зачастую не адаптированы. Им не нужно зарабатывать на кусок хлеба. Их сложнее мотивировать быть активными. Здесь важно создавать романтику денег, обсуждать этику взаимоотношений с участием денег и даже патологию денег. Понимать, что деньги везде — в начале, в середине и в завершении проектов и процессов. И еще, когда мы отдаем и принимаем деньги, мы зачастую передаем и принимаем многое другое: надежды, желания, устремления, избавление от боли, просьбу о любви и внимании, заботе. Принимаем обязательства, ответственность. Отдаем свою работу, свое время, свои способности, свою энергию, любовь, радость, свободу. Получается, это не просто бумажки или числа на наших счетах, деньги могут быть очень, очень символичны для нас.

Всем нам важно помнить, что **деньги — хорошие слуги и плохие хозяева**. Может быть комфортно и уютно до тех пор, пока они служат нам. И может быть совсем плохо, когда мы вынуждены служить им.

Наш групповой тренинг в начале назывался «Очарование денег», затем, после очередного кризиса, — «Месть денег и их очарование» и в последнее десятилетие: «Деньги в профессии и жизни». Тренинг проводился во многих регионах России, республиках бывшего Советского Союза, Австрии, Италии, Индии. Нам удалось создать рабочую классификацию отношения соотечественников к деньгам. Выявлено всего 12 вариантов этого отношения.

1. Транжиры. Легко и быстро тратят свои деньги, особенно не задумываясь даже о ближайшем будущем. Совершают множество необдуманных покупок, получая удовольствие от процесса покупок и быстро забывая о приобретении. Для них вещи и услуги стоят дороже денег. Обычно в их окружении есть люди, финансово обеспечивающие их жизнь, и, найдя такого человека, транжира с еще большим рвением тратит свои деньги.

2. Равнодушные. Эти люди не задумываются о деньгах, деньги — просто некая необходимость в их жизни. Равнодушные живут, как бы не замечая денег, легко и охотно перепоручают заботу о денежной стороне их жизни другим людям. Они были бы готовы и вовсе забыть о деньгах, если бы деньги постоянно не напоминали о себе.

3. Иждивенцы. Люди, с удовольствием перепоручающие заботу о наличии денег другим людям, чаще всего — членам семьи. Иждивенцы игнорируют свои способности самостоятельно зарабатывать деньги. Для сохранения своего статуса у них может быть множество аргументов и оправданий.

4. Накопители. Люди, которые накапливают деньги ради самого процесса накопления и приумножения их. Часто декларируя важные и даже благородные цели, они ограничивают себя в тратах, чтобы располагать определенной суммой денег. Люди этого типа по-разному мотивируют свое накопительство: кто-то копит «на черный день»; кто-то — «на старость»; кто-то — на другие важные и, с их точки зрения, даже благородные цели. Главное — они копят. Их не смущает инфляция, конфискационные реформы и другие проблемы с деньгами.

5. Скраги. Близкий к предыдущему тип. Они еще больше накапливают и сберегают, а главное, не готовы расстаться с деньгами. В противовес транжирам, для них деньги дороже вещей и всего другого. Для скрага имеет значение даже характер самих купюр: их достоинство, новизна и т. д.

6. Фанаты. Люди, считающие, что именно деньги и только деньги решают все. И все их проблемы и достижения связаны с деньгами. Они видят окружающий мир через призму денег. Все их мысли и, кажется даже, все их сознание наполнено деньгами.

7. Манипуляторы. Эти люди используют деньги для манипулирования другими людьми, ситуациями и всем другим, что поддается манипулированию с помощью денег. Они вовлекают людей в денежные отношения, где точно не прописаны правила взаиморасчетов. Изменяют эти правила или не соблюдают их.

8. Охотники за скидками. Эти люди озабочены постоянным получением скидок. На все, что они приобретают, какие услуги оплачивают, они стремятся получить скидки, и только в этом случае платят деньги. В конце концов, они столь вовлекаются в процесс получения скидок, что именно скидки доставляют им радость и удовольствие от траты денег. Скидки, а не товары и услуги становятся их главной целью.

9. Гедонисты. Это те, кто обменивает деньги на удовольствия, готов инвестировать в удовольствия и оценивает затраты по уровню полученных удовольствий.

10. Романтики. Люди, выделяющие романтическую составляющую в зарабатывании, преумножении и трате денег. Они считают, что именно деньги могут способствовать созданию условий для романтических отношений и в целом романтики в жизни.

11. Уравновешенные. Люди, осознающие важную роль денег в нашей жизни, и вместе с тем понимающие, что деньги — это одна из основных ценностей. Кроме них есть множество материальных, психологических, социальных и духовных ценностей. Это люди, стремящиеся зарабатывать нужную сумму денег — так, чтобы гармонично вписать деньги в свою жизнь, использующие деньги как инструмент достижения важных целей, инструмент воспитания детей, инструмент бизнеса. Осознающие, что деньги —

прекрасные слуги, и избегающие денежных ловушек, когда они, деньги, становятся хозяевами, а мы им служим.

12. Смешанный тип отношения к деньгам. Люди, несущие в себе части описанных типов. В течение жизни сочетание типов внутри них изменяется и может соответствовать или не соответствовать целям данного этапа жизни. Сочетание типов может находиться в гармонии или дисгармонии друг с другом.

Один из вариантов может полностью соответствовать человеку, тогда это — чистый вариант отношения. Иногда один основной вариант дополняется другим или другими. Когда их несколько, можно говорить о радикалах.

В качестве задач тренинга предлагаются гармонизация отношения к деньгам и максимальное соответствие целям и задачам человека на данном этапе жизни.

Тренинг проводится в групповом формате. Стимульным материалом в данном тренинге служат чаще всего деньги, иногда их символы. Тренинг проводится для специалистов помогающих профессий: врачей, психологов, социальных работников, а также для бизнесменов, организаторов, людей творческих профессий. Варианты тренинга: «Деньги в профессии и жизни», «Романтика и месть денег», «Деньги в помогающих профессиях», «Деньги в воспитании детей». Планируются специальные тренинги для детей и подростков.

Подводя итог, важно обратить внимание на то, что нашим народам, зачастую имеющим небольшой исторический опыт взаимоотношения с деньгами, особенно важно ускоренно приобрести и осознать его. А специалистам в области помогающих профессий, осознав свою миссию, — приобрести гармоничное отношение к деньгам.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЗИЦИИ НЕНАСИЛИЯ У СТУДЕНТОВ — БУДУЩИХ СПЕЦИАЛИСТОВ СФЕРЫ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ*

Маралов В. Г.¹, д. псих. н., профессор, **Ситаров В. А.²**, д. п. н., профессор,

¹ФГБОУ ВО «Череповецкий государственный университет»,

Череповец, Российская Федерация,

²АНО ВО «Московский гуманитарный университет»,

Москва, Российская Федерация

Аннотация

Статья посвящена актуальным проблемам формирования позиции ненасилия у студентов — будущих специалистов сферы психолого-педагогического сопровождения. На основе эмпирического исследования выявлена взаимосвязь позиций взаимодействия с социально-педагогическими стереотипами, раздражительностью и чувствительностью к людям. Обозначены основные проблемы формирования позиции ненасилия у студентов: создание условий для приобщения их к идеям ненасилия как ценности; разработка технологий формирования ненасильственного отношения к себе и к другим людям; обучение навыкам ненасильственного взаимодействия; развитие компетенций, связанных с умением формировать позицию ненасилия у обучающихся на разных возрастных этапах.

Ключевые слова

Позиция принуждения, позиция манипулирования, позиция ненасилия, позиция невмешательства, раздражительность к людям, социально-педагогические стереотипы, чувствительность к людям.

PROMOTING NON-VIOLENCE AS A VALUE AMONG PSYCHOLOGICAL AND PEDAGOGICAL STUDENTS

Maralov V. G.¹, Psy. D., Professor, **Sitarov V. A.²**, D. Ped., Professor,

¹Cherepovets State University,

Cherepovets, Russian Federation,

²Moscow University for the Humanities,

Moscow, Russian Federation

Abstract

The article is devoted to the contemporary issues of forming a non-violent position among students, i. e. future specialists in the field of psychological and pedagogical support. Based on the empirical study, the pa-

* Работа выполнена при поддержке гранта РФФИ № 18-013-00151.

per reveals how the position of social interaction relates to social and pedagogical stereotypes, irritability and sensitivity. The article indicates the main problems of the formation of the non-violent position among students: creating conditions for familiarizing students with the ideas of non-violence as a value; developing technologies for the formation of non-violent attitude to themselves and to other people; mastering skills of non-violent interaction; acquiring competencies related to the ability to form a non-violent position among students at different ages.

Key words

Coercion position, manipulation position, position of non-violence, position of non-interference, irritability toward people, socio-pedagogical stereotypes.

Актуальность проблемы формирования позиции ненасилия у студентов — будущих специалистов сферы психолого-педагогического сопровождения обусловлена запросами практики. К сожалению, необходимо констатировать, что в современных образовательных организациях мы нередко встречаемся не только с фактами принуждения, но и с проявлениями открытой агрессии, причем как со стороны обучающихся, так и со стороны педагогов, что отрицательно сказывается на психологическом здоровье всех участников образовательного процесса. Специалист сферы психолого-педагогического сопровождения в силу своих обязанностей должен создавать условия для безопасного развития личности, предупреждать и сглаживать конфликты, формировать у людей способность к ненасильственному взаимодействию. А для этого у него самого должна быть сформирована позиция ненасилия, которая является конкретным выражением принятия им идеи ненасилия как общечеловеческой ценности.

Цель настоящего исследования состояла в выявлении факторов, обуславливающих принятие студентами позиций, связанных с взаимодействием с другими людьми, и определение на этой основе основных направлений работы по формированию у них позиции ненасилия.

Методологические основы исследования. В роли методологической основы исследования выступила интеграция различных взглядов на проблему ненасильственного взаимодействия в различных религиозных, философско-этических, психологических и педагогических концепциях применительно к реалиям современной жизни. В результате интеграции этих взглядов нами было сформулировано определение ненасилия. *Ненасилие* — это этический принцип, в основе которого лежит признание ценности всего живого, человека и его жизни, отрицание принуждения как способа взаимодействия человека с миром, природой, другими людьми, как утверждение и усиление способности всего живого к позитивному самопроявлению [4]. Свою конкретизацию этот принцип нашел в следующих положениях:

— ненасилие — это способность человека выбирать из ряда альтернатив такие, которые несут в себе наименьший заряд принуждения;

— ненасилие есть особая сила, заключающаяся в уверенности, динамизме, способности к постоянному поиску решения, которое наносит минимальный ущерб другим;

— ненасилие — это способность к преодолению эгоцентризма, умение принимать других людей такими, какие они есть;

— ненасилие — это проявление независимости, автономности личности;

— ненасилие — это и сам процесс взаимодействия, выражающийся в умении совершать ненасильственные действия и оказывать ненасильственное сопротивление.

Теоретические основы исследования. Опираясь на приведенные методологические положения, мы выделили и охарактеризовали позиции взаимодействия: принуждения, манипулирования, ненасилия и невмешательства [5]. *Позиция принуждения* проявляется в том, что индивид в процессе взаимодействия с другими людьми не учитывает их интересы, предпочитает использовать прямые методы воздействия на личность: давление, требование, приказ, подчинение себе, угрозы, вплоть до проявлений агрессии в различных ее формах. *Позиция манипулирования* свидетельствует о предпочтении использования индивидом действий манипулятивного характера. К наиболее распространенным из них относятся: лесть, обман, подкуп, запугивание, намеки, опосредованное давление, ссылки на авторитеты и др. *Позиция ненасилия* ориентирована на максимальный учет не только своих интересов, но и интересов противоположной стороны, где приоритет отдается действиям, которые не наносят ей ущерба. К типичным ненасильственным действиям относятся сотрудничество, помощь, компромисс, прощение. *Позиция невмешательства* свидетельствует о том, что, включаясь во взаимодействие, личность не проявляет высокой активности, смиряется с обстоятельствами, принимает ситуацию как данность, не протестует против действий других, старается оказаться в стороне, избегает неприятностей и др.

Эмпирическое исследование позиций взаимодействия и факторов, их обуславливающих. С целью выявления позиций взаимодействия и факторов, обуславливающих их принятие, нами был разработан диагностический инструментарий: опросник на выявление позиций взаимодействия; опросник на выявление социально-педагогических стереотипов; опросник на выявление раздражительности к людям; опросник на выявление чувствительности к человеку. В общей сложности в исследовании приняло участие более 200 студентов Московского гуманитарного университета и Череповецкого государственного университета.

Исследование позиций взаимодействия. В ходе специального исследования были выделены типы студентов, различающиеся по структуре позиций взаимодействия. В «чистом виде» позиция принуждения доминирует у 10% студентов, позиция манипулирования — у 4%, позиция ненасилия — у 12%, позиция невмешательства — у 14%. В большинстве же случаев нами обнаружено сочетание позиций. Так, одновременно позиция принуждения и позиция манипулирования обнаружена у 8%, позиция ненасилия и позиция невмешательства — у 13%. Противоречивое сочетание позиций разной направленности обнаружено у 22% студентов. Слабая выраженность всех позиций выявлена у 17% студентов. Это исследование еще раз подтвердило актуальность осуществления специальной работы в вузе по формированию у будущих специалистов сферы сопровождения позиции ненасилия.

Влияние раздражительности к людям на принятие позиций взаимодействия. Выявлено, что оптимальным механизмом, обуславливающим принятие студентами той или иной позиции взаимодействия, является уровень раздражительности к людям. Под *раздражением* мы понимаем отрицательное эмоциональное состояние, возникающее в ответ на обнаружение несоответствия внешних стимулов, событий, ситуаций, поведения людей ожиданиям личности, проявляющееся либо в сдержанности, либо в аффективной реакции и агрессивных действиях. Если это состояние закрепляется и становится устойчивым, то оно перерастает в *раздражительность* как свойство личности, черту характера. Специальное исследование, проведенное нами, показало, что чем большее количество людей вызывает у студентов раздражение, тем в большей мере создаются предпосылки для принятия позиции принуждения или манипулирования. И наоборот, чем в меньшей степени раздражают люди, тем в большей степени создаются условия для принятия позиции ненасилия. Особую значимость при этом приобретает уровень раздражительности к трем категориям людей: необщительным, замкнутым, отчужденным; медлительным и интеллектуально заторможенным; а также к людям с высоким уровнем инициативности.

Влияние социально-педагогических стереотипов на принятие позиций взаимодействия. Под социальными стереотипами понимают обычно устойчивые, категоричные и крайне упрощенные представления, мнения или суждения о каком-либо явлении, человеке, группе, особенностях поведения. Поскольку мы исследовали студентов, будущая профессиональная сфера которых связана с образовательным процессом, акцент был сделан на изучение педагогических стереотипов. Педагогические стереотипы — это эмоционально окрашенные, устойчивые, схематизированные представления о педагогической деятельности, детях, родителях и педагогах. Проведенное нами исследование показало, что высокий уровень стереотипности чаще способствует принятию студентами позиции невмешательства. В то же время было обнаружено, что на принятие позиции принуждения и позиции манипулирования оказывает влияние стереотип, свя-

занный с возложением ответственности за воспитание детей на родителей, стереотип признания того факта, что современные студенты не отличаются особыми способностями; стереотип, оправдывающий необязательность преподавателя раскрываться перед студентами как личность. Отсутствие этих стереотипов обуславливает принятие личностью позиции ненасилия.

Влияние чувствительности к человеку на принятие позиций взаимодействия. Под чувствительностью к человеку мы понимаем способность личности выделять другого человека как значимого субъекта взаимодействия, делать его объектом своего внимания, не испытывая к нему антипатии или безразличия. В структуру сензитивности входят: интерес к человеку, эмпатия, понимание и помощь. Наше исследование показало, что чувствительность к людям может характеризовать студентов с разными позициями взаимодействия. Однако чаще она проявляется у испытуемых с доминирующей позицией ненасилия. Наиболее существенные различия обнаружены по компоненту «интерес к человеку».

Проблемы формирования позиции ненасилия у студентов. Проведенная нами серия исследований взаимосвязи позиций взаимодействия с различными личностными факторами не является исчерпывающей. Однако уже на этом этапе со всей определенностью можно сказать о важности и необходимости проведения специальной работы со студентами по формированию у них позиции ненасилия. Здесь можно выделить четыре группы проблем, связанные с формированием у студентов позиции ненасилия в условиях вузовской подготовки.

Первую группу проблем можно обозначить как необходимость *создания условий для овладения студентами идеями ненасилия как общечеловеческой ценности*. Их можно решить посредством внедрения в учебный процесс специальных курсов. Например, в Московском гуманитарном университете читается курс «Педагогика ненасилия», в Череповецком государственном университете введен курс «Психология ненасильственного взаимодействия». Опыт их внедрения в практику авторами настоящей статьи доказал их жизнеспособность и целесообразность.

Вторая группа проблем связана с разработкой *специальных технологий формирования ненасильственного отношения к себе и к другим людям*. Как показало наше исследование, обязательно нужно вводить практикумы по осознанию и преодолению своей раздражительности, эгоцентризма, социально-педагогических стереотипов, развитию чувствительности к людям. Все это будет способствовать развитию умения принимать себя и других людей, т. е. выработке терпимости [6].

Третья группа проблем касается разработки технологий *обучения ненасильственному взаимодействию*, включающему в себя ненасильственные действия как акцию (отказ от принуждения, сотрудничество, помощь) и ненасильственные действия как реакцию (терпение, компромисс, прощение). Эта задача может быть решена с помощью специального практикума (тренинга), в основе которого лежит

принцип моделирования жизненных ситуаций. Особое значение мы придаем обучению ненасильственным способам разрешения конфликтов, например, с использованием технологий, предложенных А. Минделлом [7].

Четвертая группа проблем обусловлена потребностью *подготовки студентов к работе по формированию позиции ненасилия на разных этапах возрастного развития*. К настоящему времени разработаны технологии работы с дошкольниками и младшими школьниками, в меньшей степени — с под-

ростками и старшими школьниками [1–3, 8]. С этими технологиями обязательно нужно знакомить студентов, развивать у них соответствующие компетенции.

В заключение необходимо отметить, что успешное решение означенных проблем будет во многом способствовать повышению профессиональных компетенций студентов, связанных с практической подготовкой их к решению задач психолого-педагогического сопровождения в образовательных организациях, а следовательно, и задач, связанных с формированием психологического здоровья личности.

Библиографический список

1. Икрянникова Т.Н. Формирование способности к ненасильственному взаимодействию у детей 5–7 лет: дисс. канд. пед. наук. Волгоград, 2005. 252 с.
2. Лебянкина Е.В. Педагогическое обеспечение воспитания позиции ненасилия у младших и школьников: дисс. ... канд. пед. наук. Казань, 2010. 243 с.
3. Маралов В.Г. Педагогика ненасилия в практике детского сада. М.: Сфера, 2009. 124 с.
4. Маралов В.Г., Ситаров В.А. Педагогика и психология ненасилия в образовании. М.: Юрайт, 2015. 424 с.
5. Маралов В.Г., Ситаров В.А. Характеристика позиций взаимодействия как форм выражения ценностей принуждения или ненасилия // Знание. Понимание. Умение. 2017. № 1. С. 131–146.
6. Маралов В.Г., Ситаров В.А. Психолого-педагогические условия формирования ненасильственного отношения к другим людям (на примере студенческой молодежи) // Знание. Понимание. Умение. 2016. № 2. С. 246–258.
7. Минделл А. Лидер как мастер единоборства. М.: Институт психологии РАН, 1993. 99 с.
8. Углицкая М.А. Как воспитать у школьников навыки ненасильственного общения // Народное образование. 2004. № 4. С. 170–177.

ЧЕГО НЕ ЗНАЕТ ПСИХИАТР И ЧЕМУ НАС УЧИТЬ?

Менделевич В. Д., д. м. н., профессор,
ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России,
Казань, Российская Федерация

Аннотация

В статье проанализированы ошибки, связанные с процессом образования в области психиатрии. Высказано утверждение о том, что в связи с этим психиатрия воспринимается обществом как сфера не вполне научной деятельности.

Ключевые слова

Психиатрия, обучение психиатрии, классификация психических и поведенческих расстройств, доказательная медицина.

WHAT PSYCHIATRISTS DON'T KNOW AND WHAT TO TEACH THEM

Mendelevich V. D., MD, Professor,
Kazan State Medical University,
Kazan, Russian Federation

Abstract

This paper analyzes common mistakes in psychiatric education recognizing that psychiatry is not always perceived as a science by general society.

Key words

Psychiatry, psychiatry training, classification of mental and behavioral disorders, evidence-based medicine.

Каждая профессия гордится приобретенным в процессе становления соответствующего направления науки багажом знаний, навыков и умений. При этом субъективная оценка границ своих компетенций и профессиональных достижений может не совпадать с внешней оценкой. Особенно ярко подобное несоответствие проявляется в отношении социально ориентированных наук, когда общественное мнение претендует на роль судьи и способно вносить серьезные коррективы в научно-практическую деятельность.

Известно, что психиатрия, несмотря на то что относится к числу медицинских наук, подвергается давлению со стороны государства и общества. Сферами приложения данного давления оказываются диагностический и терапевтический процессы. Нередко включение в классификации психических заболеваний (расстройств) или исключение из них той или иной патологии и девиаций обосновывается социальной значимостью обнаруживаемого феномена, стигматизирующим влиянием диагноза или иными внеучеными характеристиками. Отмечается и иная тенденция, когда психиатрия осуществляет экспансию в обыденную жизнь и «опсихиатривает» реальность [5–10]. В современной психиатрии ведутся острые дискуссии на тему обоснованности «медикализации жизни», приписывания девиаций поведения характеристик болезни (расстройства) [4, 12–13].

Другой проблемой взаимодействия психиатрии и общества является проблема обоснованности выбора терапевтических тактик. Непрофессионалы в отличие от психиатров нередко пристрастно относятся к практикам психиатрического лечения. Так, общество нередко негативно относится к применению психофармакотерапии — использованию антидепрессантов, транквилизаторов, антипсихотиков, а также шоковых методов лечения (например, электросудорожной терапии). Ссылки ученых на результаты исследований, проведенных в парадигме доказательной медицины, не оказывают должного влияния на общество по причине очевидного скепсиса.

Таким образом, учитывая вышперечисленное, следует признать, что настало время ревизии психиатрических знаний с освобождением от всего субъективного и с формированием новых образовательных программ как для специалистов, так и для общества.

Анализ сложившейся ситуации показывает, что традиционно психиатр игнорирует (не знает или не хочет знать) социально-юридические последствия психиатрического диагноза. Психиатр нередко занимает позицию прокурора, а не адвоката. В последнее время в российской психиатрической литературе активно дискутируется вопрос о целесообразности сохранения в психиатрических классификациях (МКБ, DSM) личностных, поведенческих и сексуальных расстройств, а также обоснованности их психофармакологической коррекции [7, 10]. Сторонники исключения перечисленных девиаций из классификаций апеллируют к тому, что при них не обнаруживается никаких специфических психопатологических симптомов, позволяющих относить их к кругу психопатологических, а постановка диагноза приводит к негативным

юридическим последствиям и стигматизации даже в случае, если такому пациенту не предписывается диспансерное наблюдение. При этом никаких «выгод» от постановки диагноза и признания больным такие пациенты не получают — им крайне редко предоставляется возможность получать больничные листы и выходить на инвалидность [6]. А ведь именно появлением доступа к медицинским услугам и гуманными соображениями обосновывают свою позицию противники исключения данных расстройств из классификаций. Следует согласиться с позицией Е. В. Снедкова [10] о том, что психологические конструкции не должны становиться психиатрическими диагнозами и что до настоящего времени нет доказательств обусловленности отклонений от норм общественной морали патологией мозга и психики.

Следует признать, что *психиатры до настоящего времени не знают, чем девиации поведения отличаются от поведенческих расстройств*. Критерии Ганнушкина, перекочевавшие в международные классификации, не могут сегодня признаваться научно обоснованными критериями, на основании которых обучаются начинающие специалисты. Нам — психиатрам — следует отказаться от гипердиагностической парадигмы и перестать транслировать ортодоксальную позицию о том, что неадекватность поведения может служить основанием для постановки психиатрического диагноза.

Еще одной темой, которую следует отнести к сфере того, «чего не знают психиатры» — это *тема дифференциации психопатологии и поведенческой патологии*. Психиатрический раздел международной классификации болезней (МКБ-10) называется «психические и поведенческие расстройства». Данное название указывает на равноположенность и дифференцированность перечисленных понятий. Однако до настоящего времени данный вопрос не изучен и не прояснен. Вследствие чего на практике возникают трагические юридические казусы, когда пациенты с поведенческой патологией фактически признаются «психически больными». Случай многолетней матери Юлии Савиновских, лишенной приемных детей из-за желания сменить пол, яркий тому пример [8]. И даже он вызвал в психиатрическом сообществе неоднозначные трактовки. Несмотря на то что транссексуализм не может относиться к числу психических расстройств (так написано в критериях его диагностики) и что в МКБ-11 предполагается изъятие нарушений сексуальной идентификации из психиатрического раздела, многие специалисты-психиатры не согласились с таким положением.

Немаловажным пробелом отечественной психиатрии следует также признать то, что *обучение специалистов строится на устаревших представлениях* о наличии эндогенных/экзогенных/психогенных психических расстройств психотического или непсихотического уровня, что не соответствует современным критериям диагностики по МКБ и DSM.

Как показывает анализ профессиональной компетентности российских психиатров, подавляющее большинство практикующих врачей не знакомы

с принципами и процедурами доказательной медицины. В своей каждодневной практике они не ориентируются на научные статьи, мета-анализы, кохрейновские обзоры и убеждены, что личный клинический опыт врача не менее ценен и объективен, чем научные исследования [1–3, 11]. Среди отечественных психи-

атров преобладает скептическое отношение к научным данным и убежденность в ангажированности практически всех проводимых исследований.

Причинами перечисленных проблем современной психиатрии следует признать ошибки, связанные с процессом образования в области психиатрии.

Библиографический список

1. Гофман А. Г. Проблемы наркологии. Рецензия на книгу В. Д. Менделевича и М. Л. Зобина «Аддиктивное влечение» // Наркология. 2013. № 1. С. 90–98.
2. Дискуссия по вопросам наркологии на сайте РОП. Сайт Российского общества психиатров. URL: <http://psychiatr.ru/news/29> (дата обращения: 12.02.2018).
3. Крылов В. И. Клиническая психопатология и доказательная медицина (проблема методологии диагноза) // Психиатрия и психофармакотерапия. 2011. № 4.
4. Менделевич В. Д. Классификация психических расстройств vs систематика поведенческих девиаций: медиализация как тренд // Обзор психиатрии и медицинской психологии. 2016. № 1. С. 10–16.
5. Менделевич В. Д. Казус художника-акциониста Петра Павленского: психопатология или современное искусство? // Неврологический вестник. 2016. № 1. С. 4–16.
6. Менделевич В. Д. Больничный по педофилии и инвалидность по наркомании // Неврологический вестник. 2017. № 3. С. 5–10.
7. Менделевич В. Д. Личностные расстройства (психопатии): сохранять ли в психиатрических классификациях и лечить ли антипсихотиками? // Психиатрия и психофармакотерапия. 2017. № 3. С. 57–60.
8. Менделевич В. Д. О многолетней матери Юлии Савиновских, лишённой приемных детей из-за желания сменить пол (трагические юридические последствия несовершенства психиатрических классификаций) // Неврологический вестник. 2018. № 1. С. 5–14.
9. Прохоров А. О., Валушнина М. Е., Габдреева В. Ш., Гарифуллина М. М., Менделевич В. Д. Психология состояния: учеб. пособие / под ред. А. О. Прохорова. М., 2011. 624 с.
10. Снедков Е. В. Личность в призме психиатрического менталитета (комментарий к статье В. Д. Менделевича). Ч. 1 // Неврологический вестник. 2016. № 4. С. 47–57.
11. Шмуклер А. Б. Доказательные исследования в психиатрии: анализ практической значимости // Психиатрия и психофармакотерапия. 2012. № 5.
12. Conrad P., Schneider J. W. Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness. Philadelphia: Temple University Press, 1992. P. 263–265.
13. Moynihan R., Smith R. Too Much Medicine? // British Medical Journal. 2002. V. 324. P. 859–860.

О НЕКОТОРЫХ МОДЕЛЯХ ОБУЧЕНИЯ МОЛОДЫХ ПСИХИАТРОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕЖДУНАРОДНОГО ОПЫТА

Морозов П. В.,

кафедра психиатрии Факультета усовершенствования врачей
ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет
имени Н. И. Пирогова»,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

В рамках образовательной программы ВПА (Всемирной Психиатрической Ассоциации) — WPA (World Psychiatric Association) в 2013 году была создана Восточноевропейская образовательная академия WPA-Servier (EEE WPA-Servier Academy). Было принято решение создать «банк» наших психиатрических журналов 10-й зоны WPA, чтобы улучшить обмен научной информацией. На основе рекомендаций национальных обществ были отобраны 20 молодых исследователей из разных стран (Россия, Беларусь, Украина, Грузия, Армения, Азербайджан, Казахстан). Все они одинаково свободно владеют русским и английским языками. В последующие годы члены этой группы молодых психиатров посещали крупные европейские конгрессы — ЕРА и ЕСНР и готовили обзоры наиболее интересных вопросов, обсуждавшиеся на конгрессах. Эти работы были приняты на регулярных встречах президентов национальных обществ — главных редакторов психиатрических журналов в Восточной Европе для будущих публикаций. Обзоры Академии WPA опубликованы в 13 различных журналах из 7 стран зоны WPA 10. Общее число публикаций — более 88 за 6 лет. На заключительном этапе обучения лучшие ученые уже начали выступать в качестве лекторов на различных международных конференциях и даже провели I Конгресс молодых психиатров стран Восточной Европы (Минск, 2018). Подобные съезды вскоре станут регулярными. Обсуждаются также и другие модели обучения.

Ключевые слова

Психиатрия, образование, новые модели обучения.

ON SOME MODELS OF TRAINING FOR YOUNG PSYCHIATRISTS WITH THE USE OF INTERNATIONAL EXPERIENCE

Morozov P. V., MD, Professor, Department of Psychiatry,
Pirogov Russian National Medical Research University,
Moscow, Russian Federation

Abstract

As part of the educational program of the WPA (World Psychiatric Association), an East European Educational WPA-Servier Academy (EEE WPA-Servier Academy) was established in 2013. It was decided to create a “bank” of our psychiatric journals of the WPA zone 10 in order to improve the exchange of scientific information. On the basis of the recommendations of the National Societies, 20 young researchers from different countries were selected (Russia, Belarus, Ukraine, Georgia, Armenia, Azerbaijan, and Kazakhstan). All of them were equally fluent in the Russian and English languages. Within the following years, members of this group of young psychiatrists attended major European congresses—EPA and ECNP and prepared reviews about the most interesting issues discussed at congresses. These reviews were presented at the regular meetings of the Presidents of the National Societies and passed on to chief editors of psychiatric journals of Eastern Europe for future publications. The works of WPA Academy were published in 13 different journals of 7 countries of the WPA Zone 10. In six years, there have been more than 88 publications in total. At the final stage of training, the best academics began to lecture at various international conferences and even held the First Congress of Young Psychiatrists in Eastern Europe (Minsk, 2018). These congresses will become regular. Other models of training are also discussed.

Key words

Psychiatry, education, new models of training.

Работа на посту представителя Всемирной Психиатрической Ассоциации (ВПА, WPA) по Восточной Европе, а также посла Европейской коллегии нейропсихофармакологии предоставила мне дополнительные возможности по использованию новых методов и моделей обучения молодых психиатров. Являясь председателем комиссии Российского общества психиатров (РОП) по работе с молодыми учеными и специалистами, я по возможности старался воспользоваться сложившейся ситуацией. О своем опыте работы по внедрению некоторых моделей обучения я и хотел бы рассказать коллегам.

Подготовка обзорных статей (проект Академии ВПА-Сервье). В рамках образовательной программы Всемирной Психиатрической Ассоциации в 2013 году была создана Восточноевропейская образовательная академия ВПА-Сервье (East European Educational WPA-Servier Academy). Предыстория ее создания такова. На второй встрече президентов национальных психиатрических обществ восточноевропейского региона ВПА в Харькове (Украина) осенью 2012 года было решено создать «банк» журналов нашей 10-й зоны ВПА с целью улучшения обмена научной информацией.

На основе рекомендаций национальных обществ были отобраны 12 молодых исследователей из разных стран (Россия, Беларусь, Украина, Грузия, Армения, Азербайджан, Казахстан) одинаково хорошо владеющими русским и английским языками. Критериями для отбора являлись: интерес к научным исследовани-

ям, практическая работа в психиатрии не менее 3 лет, равная и пропорциональная представленность стран региона в Академии.

В течение двух лет члены этой группы — молодые психиатры — посещали крупные европейские конгрессы (Европейской психиатрической ассоциации — EPA и Европейской коллегии нейропсихофармакологии — ECNP) и составляли обзоры по наиболее интересным проблемам, обсуждавшимся на конгрессах. Эти обзоры передавались на регулярных встречах президентов национальных обществ в «банк» главных редакторов психиатрических журналов Восточной Европы для последующих публикаций. Основными направлениями работы Академии являлись:

- посещение основных европейских психиатрических съездов (EPA и ECNP) два раза в год;
- выбор наиболее интересных и актуальных тем для научных обзоров;
- подготовка для дальнейшего редактирования работ кураторами;
- редактирование и доработка обзоров после замечаний кураторов;
- одновременное распределение оконченных докладов среди национальных обществ психиатров 10-й зоны ВПА (Восточная Европа);
- посещение ведущих психиатрических клиник (Мюнхен, Париж, Берлин, Барселона и т. д.), лекции руководителей клиник для членов Академии.

Принципы публикаций. Возможность публиковать те же обзоры в психиатрических журналах в

разных странах; подготовка «сборных команд» авторов, участвующих в программе (в том числе авторов из разных стран); подготовка отчетов-обзоров на русском языке, принятом в качестве языка общения психиатров 10-й зоны ВПА (Восточная Европа).

Первый подобный опыт был осуществлен на Конгрессе ЕРА в Ницце, 11 первых обзоров были переданы для публикации президентам обществ на 3-м совещании 6 июня 2013 года в Казахстане. Согласно договоренности, достигнутой на встрече президентов психиатрических обществ, был согласован примерный текст заметки, предвещающей возможные публикации работ членов «ВПА-Сервье Академии», которые подготовили для наших журналов серию обзорных материалов по различным проблемам психиатрии:

Данный обзор подготовлен по материалам Конгресса Европейской психиатрической ассоциации (апрель 2013 года, Ницца) участниками проекта «Восточноевропейская академия Всемирной Психиатрической Ассоциации и компании „Сервье“» специально для психиатрических журналов Зоны 10 ВПА (East European Educational WPA-Servier Academy – “EEE WPA-Servier Academy”).

С 2016 года начала работать новая группа молодых исследователей из разных стран (9 человек). Доклады продолжают публиковать, многие приняты в печать. Работы опубликованы в журнале им. П. Б. Ганнушкина (Россия), в «Украинском вестнике психоневрологии» (Украина), газете «Дневник психиатра», журнале «Психиатрия» (Россия), журнале «Архив психиатрии» (Украина), «Азербайджанском журнале психиатрии» (Азербайджан), в журнале «Психиатрия, психотерапия и медицинская психология» (Беларусь), в «Сибирском вестнике психиатрии и наркологии», «Уральском журнале психиатрии, наркологии и психотерапии» (Россия), «Трудном пациенте» (Россия) и в «Армянском психиатрическом журнале» (Армения). Сообщили о своих намерениях опубликовать наши статьи коллеги из Грузии. Число публикаций уже не поддается учету, но общее количество, похоже, перевалило за 88. И это менее чем за 6 лет, причем большинство публикаций — так называемые ваковские.

На заключительном этапе обучения лучшие «академики» уже начали выступать в качестве лекторов на различных симпозиумах, в том числе и за рубежом. В марте 2018 года в Минске состоялся I Конгресс молодых психиатров стран Восточной Европы, программу которого была составлена в основном из выступлений участников данного проекта по опубликованным материалам Академии. Решено проводить подобные конгрессы регулярно с интенсивностью 1 раз в два года.

Этот труд высоко оценили президенты Европейской ассоциации психиатров и Европейской коллегии нейропсихиатрической ассоциации, члены исполкома Всемирной Психиатрической Ассоциации и президенты психиатрических обществ, входящих в 10-ю зону ВПА.

Мы уверены, что регулярное распространение подобной научной информации среди психиатров стран бывшего Советского Союза послужит развитию образовательных программ на нашем континенте, повысит профессиональный уровень специалистов.

Выработка навыков подготовки презентаций научных докладов в условиях многоступенчатого научного конкурса Школы молодых психиатров. Данную модель мы позаимствовали (чуть видоизменив ее) в конкурсе, проводившемся в рамках Семинара ЕСНР в Суздале в 2013. На каждый конкурс школ молодых психиатров 2015 и 2017 гг. поступило более 120 работ причем на последний — 155 научных работ. 8 членов комиссии тщательно изучили все работы, оценив их дважды перекрестным «слепым» методом по пяти критериям (актуальность, методология, изложение, результаты, оформление), и на основании суммы баллов (от 1 до 5 по каждому критерию) определили 25 победителей (приз-грант на поездку в Суздаль).

Далее в самом Суздале группа по 8 человек на отдельном специальном семинаре каждый день представляла свои работы в 5-минутном докладе. Состав жюри каждый раз менялся. По итогам разбора и обсуждения двумя сопредседателями-менторами отбирались 2 лучшие работы для представления на пленарном заседании. И в последний день Школы в финале конкурса были представлены 6 лучших докладов, но уже в 10-минутном формате — так были определены 3 победителя конкурса, причем для максимальной объективности состав жюри вновь был изменен и расширен.

Отметим, что по результатам рецензирования, в процессе которого были выявлены некоторые проблемы с представлением материала, проводились специальные семинары на тему «Как готовить доклад, статью и презентацию».

Данная модель способствует выработке у молодых ученых навыков возможного улучшения представления собственных работ (стиль, свобода изложения, владение материалом, умение выделить главное, учесть замечания) в условиях многоступенчатого конкурса.

Дистанционное обучение психофармакологии («аспирантура» у профессора С. Сталя). Подобная модель используется в пассивной форме: т.е. мы не в силах влиять или сами применять ее, однако получение значительного гранта от спонсора позволило включить в Программу Neuroscience Education Institute (США) более 70 молодых психиатров, готовых получить звание Master Degree in Psychopharmacology (условно: магистр психофармакологии). Все обучение происходит через Интернет (онлайн), вначале проводится тестирование и далее в течение года необходимо выполнить 8 сложных заданий, пройдя которые, соискатель допускается к выпускному экзамену. Задания довольно сложные и, увы, отсев велик. Однако и привилегии выпускников достаточно высоки: бесплатное пользование научными библиотеками, редукция взносов на конгрессах по психофармакологии и др.

Библиографический список

1. *Morozov P.* WPA-Servier Academy-new model for young researchers // Proceedings of 6th International Congress on Psychopharmacology. Antalya, 2014. P. 56.
2. *Morozov P.* EEE WPA-Servier Academy-new educational model for young researchers // Proceedings of 16th WPA World Congress. Madrid, 2014. P. 573.
3. *Морозов П. В.* Тот, кто, обращаясь к старому, способен открывать новое, достоин быть учителем // Дневник психиатра. 2016. С. 1–6.
4. *Morozov P.* EEE WPA-Servier Academy—an important source for psychiatric journals of the WPA Zone // Proceedings of 10th WPA World Congress. Berlin, 2017.
5. *Morozov P.* Educational WPA Academy for young psychiatrists—a new model, WPA World Congress. Proceedings. Berlin, 2017.

ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ПОДГОТОВКИ КАДРОВ ВЫСШЕЙ КВАЛИФИКАЦИИ В ОБЛАСТИ ПСИХИАТРИИ В СВЕТЕ СОВРЕМЕННЫХ РЕФОРМ ОБРАЗОВАНИЯ В РФ

Панкова О. Ф.¹, к. м. н., профессор, **Данилова М. Ю.**², врач,
¹ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет
 имени Н. И. Пирогова»,
 Москва, Российская Федерация,
²ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков
 имени Г. Е. Сухаревой» Департамента здравоохранения города Москвы,
 Москва, Российская Федерация

Аннотация

Рассмотрены ключевые этапы и проблемы современной перестройки отечественной системы подготовки кадров высшей квалификации, постепенно приближающейся к международным образовательным стандартам. Решение существующих на данный момент задач в сфере профессионального образования видится в создании единой программы последипломного образования врачей-психиатров и увеличении сроков обучения. В процедуре предстоящей замены сертификации специалистов их аккредитацией обязательно участие профессионального сообщества.

Ключевые слова

Психиатрия, подготовка кадров, единая программа, роль профессионального сообщества.

HIGHLY-QUALIFIED SPECIALIST TRAINING IN PSYCHIATRY IN LIGHT OF CURRENT EDUCATION REFORMS IN RUSSIA: CHALLENGES AND OPPORTUNITIES

Pankova O. F.¹, PhD (Medicine), Professor,
Danilova M. Yu.², Physician,
¹Pirogov Russian National Research Medical University,
 Moscow, Russian Federation,
²Sukhareva Scientific and Practical Centre for Child and Adolescent Mental Health,
 Moscow, Russian Federation

Abstract

The article deals with the key stages and challenges of the current reorganization of the Russian high qualification specialist training which is step by step moving toward international educational standards. Existing problems in the area of professional education can be solved by creating integrated postgraduate psychiatric training program and extending the duration of training. The participation of the professional community in the upcoming change of certification with accreditation should be obligatory.

Key words

Psychiatry, specialist training, integrated program, professional community role.

В последнем постановлении Правительства РФ от 26.12.2017 № 1640 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации „Развитие здравоохранения“» в числе приоритетов выделено «обеспечение здравоохранения квалифицированными специалистами» («Новые кадры современного здравоохранения»). Достижение этой цели требует совершенствования подготовки кадров, включая врачей-психиатров. Актуальное состояние и ближайшие перспективы последипломного образования в области отечественной психиатрии активно обсуждались в печати, а также на съездах и конференциях [1–4].

После принятия Россией в 2003 г. основных принципов образования, содержащихся в Болонской декларации, провозгласившей создание единого европейского образовательного пространства, начался процесс сближения и гармонизации систем высшего профессионального образования. Анализ зарубежных публикаций, посвященных профессиональному образованию в области психиатрии [5–8] в европейских и североамериканских странах, свидетельствует о системной работе в этой области специалистов из разных стран.

В ЕС такая работа проводится под эгидой Совета по психиатрии Европейского Союза медицинских специалистов (European Board of Psychiatry — UEMS). Среди поставленных UEMS задач следует выделить создание унифицированных образовательных программ, соответствующих требованиям современной теоретической и практической психиатрии, совершенствование методологических подходов к обучению, и достаточную его продолжительность. Вопрос о длительности подготовки психиатров в нашей стране, как известно, пока остается открытым.

Необходимым условием эффективного профессионального образования в странах Европы и США является руководство со стороны национальных психиатрических сообществ. Российское общество психиатров (РОП) также в течение последних лет стремится принимать активное участие в руководстве профессиональной подготовкой врачей-психиатров. Актуальным вопросам организации вузовского и последипломного образования было посвящено заседание Президиума Правления РОП в июне 2011 г. в рамках научной конференции «Психиатрия: быть или не быть?». О необходимости разработки единой программы последипломного образования врачей-психиатров было заявлено в резолюции XVI Съезда психиатров России и Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы», проходивших в сентябре 2015 г. в Казани. Была создана постоянно действующая комиссия, состоящая из представителей ведущих учебных и научных учреждений, занимающихся поствузовской профессиональной подготовкой в области психиатрии, психотерапии и наркологии. Однако ее возможности до настоящего времени оказались ограниченными.

В настоящее время сохраняется «двойное подчинение» (Министерству здравоохранения и Министерству образования РФ) образовательных учреждений,

обеспечивающих последипломное медицинское образование. При этом образовательные стандарты, включая компетенции и профессиональные образовательные программы послевузовского обучения (ординатура и аспирантура), разработаны и утверждены Министерством образования. Конкретные разработчики остаются неизвестными. За Министерством здравоохранения РФ остались лишь номенклатура специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации (2009 г.) и Единый квалификационный справочник должностей работников в сфере здравоохранения (2010 г.). Федеральным законом «Об образовании в Российской Федерации» от 29.12.2012 № 273-ФЗ предусмотрена государственная аккредитация образовательных программ, осуществляемая аккредитационным органом системы образования, а «глобальным заказчиком» «сертифицированных» специалистов является система здравоохранения. Профессиональный стандарт «Специалист в области психиатрии (психиатрии-наркологии, психотерапии, сексологии, судебно-психиатрической экспертизы)», на который должны опираться образовательные стандарты и программы и в разработке которого принимала участие рабочая группа, состоящая из членов профильных комиссий при главных внештатных специалистах-психиатрах и членов Правления РОП, обсуждается с 2013 г. и до настоящего времени не принят. В связи с этим переносится и призванная заменить сертификацию аккредитация специалистов, утвержденная приказом Минздрава России от 02.06.2016 № 334н «Об утверждении положения об аккредитации специалистов».

Послевузовская подготовка специалистов в области психиатрии в настоящее время осуществляется на базе Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования (ФГОС) по специальности 31.08.20 «Психиатрия» (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденного приказом Минобрнауки России от 25.08.2014 № 1062. Структура и содержание программ, созданных на основе стандарта, приближаются к западным программам специального образования, за исключением сроков, что в результате исключает возможность реализовать эти программы на практике в наших условиях. Разделы и количество часов в программах строго регламентированы в соответствии с ФГОС.

В базовую часть программы подготовки ординаторов по специальности «Психиатрия», разработанной в РНИМУ им. Н. И. Пирогова в соответствии с требованиями стандарта, помимо основной профильной дисциплины «Психиатрия» вошли такие модули, как «Общественное здоровье и здравоохранение», «Медицина чрезвычайных ситуаций», «Патология», «Педагогика», являющиеся обязательными для всех клинических специальностей. В свою очередь, вариативная часть программы включает в качестве обязательных дисциплин онкологию и инфекционные болезни, в том числе туберкулез, в то время как из дисциплин, имеющих прямое отношение к специальности, в этот раздел включена только наркология. К дисци-

плинам по выбору относятся «Психиатрия детского и подросткового возраста» и «Психосоматические расстройства», а важнейшие дисциплины, в настоящее время относящиеся в отечественной психиатрии к субспециальностям — «Сексология и сексопатология», «Психотерапия», «Судебно-психиатрическая экспертиза» — включены в раздел факультативов. Таким образом, необходимые, на взгляд разработчиков программ, образовательные модули, на самом деле весьма далекие от потребностей подготовки в области психиатрии, занимают часы, выделенные на теоретическую подготовку ординаторов. При этом не нашлось места в программе для таких важнейших для подготовки будущих психиатров дисциплин, как «Общая психология» и «Неврология». Последней, в частности, отводится очень большая роль в западных стандартах обучения психиатров [7]. Знакомство с аннотациями программ подготовки в ординатуре в отдельных учебных и научных заведениях в нашей стране, выложенных на сайтах, обнаруживает большое разнообразие в программах, никак не согласующееся с требованиями к аккредитации программ. Все это свидетельствует о различных подходах к подготовке специалистов высшей квалификации по специальности «Психиатрия» и отражается на качестве и уровне профессионального образования, несмотря на то, что все обучаемые в итоге получают сертификат единого образца.

Важное место в обеспечении качества подготовки будущих психиатров (ординаторов) должна занимать их собственная оценка обучения, содержания программ, чему уделяется большое значение в зарубежных странах [5]. Европейской ассоциацией молодых специалистов в области психиатрии (ЕРА-ЕСРС) был разработан опросник по изучению качества обучения врачей-психиатров (Psychiatric Training Questionnaire, PTQ), затрагивающий три сферы:

1) удовлетворенность обучением и чувство уверенности в себе специалистов в таких областях, как клиническая психиатрия, фармакотерапия, психопатология, психотерапия, ургентная психиатрия, междисциплинарная консультационная психиатрия, геронтологическая психиатрия, расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ, детская и подростковая психиатрия, психиатрическая реабилитация и судебная психиатрия;

2) участие в исследовательской активности;

3) соответствие программ обучения европейским стандартам, таким как ведение дневника и участие в программах обмена обучающихся.

В исследовании приняли участие 132 начинающих психиатра из 29 европейских стран. Большая часть респондентов (86%) частично или полностью удовлетворены своим образованием. Наибольшую уверенность в себе молодые доктора испытывают в области клинической психиатрии, фармакотерапии и ургентной психиатрии. Наименьший уровень уверенно-

сти отмечается в таких областях, как психотерапия, судебная психиатрия, детская и подростковая психиатрия. 70% респондентов были вовлечены в научную деятельность. Использование дневника практики (рекомендовано по стандартам UEMS) до сих пор не является широко распространенным и упоминается только у 45% респондентов. 23% анкетированных за время своего обучения приняли участие в программах обмена, которые нашли крайне полезными для своего профессионального роста.

Среди областей, в которых молодые психиатры испытывают наибольшие трудности, названы детская и подростковая психиатрия и психотерапия. Как свидетельствуют результаты обучения психиатров в Европе [5], из 22 стран в 6 странах в процессе обучения нет дифференциации на психиатрию детей и подростков и взрослую психиатрию. В остальных 16 странах детская и подростковая психиатрия и взрослая психиатрия являются отдельными специальностями. Вопрос о необходимости выделения детской психиатрии в качестве самостоятельной специальности в системе подготовки кадров высшей квалификации в нашей стране обсуждается на протяжении всех последних лет [3].

В числе актуальных проблем следует отметить отбор будущих психиатров. В нашей стране в последние годы интерес студентов к психиатрии заметно вырос, однако не все желающие и достойные обучаться профессии психиатра могут попасть на бюджетную форму обучения. Это связано с принятым Минздравом России накануне приемной кампании Приказа № 212Н от 11.05.2017, в соответствии с которым вступительные испытания в ординатуру проводятся в форме тестирования с использованием общих тестовых заданий из единой базы оценочных средств, формируемой Министерством здравоохранения РФ. Много вопросов вызывают так называемые индивидуальные достижения, значительно различающиеся в разных учебных заведениях. При этом руководство психиатрических кафедр и преподаватели не имеют практически никаких возможностей участия в отборе обучающихся. В результате вместо активно интересующихся кружковцев в числе ординаторов оказались случайные люди, чьи способности овладеть нашей специальностью вызывают серьезные сомнения.

В заключение необходимо отметить, что все наиболее важные проблемы профессионального образования в области психиатрии многократно освещены как в непосредственных дискуссиях на пленумах и конференциях, так и в печати, предложены эффективные методы совершенствования подготовки врачей-психиатров, осталось только использовать все доступные средства для их воплощения в жизнь. В числе приоритетных задач в сфере профессионального образования на данном этапе следует рассматривать создание единой программы последиplomного образования врачей-психиатров и увеличении сроков обучения.

Библиографический список

1. Барденштейн Л. М., Кекелидзе З. И., Макушкин Е. В., Данилова С. В., Панченко Е. А., Бородин В. И. Современный образовательный процесс подготовки врача-психиатра // Российский психиатрический журнал. 2015. № 5. С. 4–11.
2. Макушкин Е. В., Данилова С. В., Панченко Е. А., Бородин В. И. Последипломное образование в психиатрии: актуальное состояние и ближайшие перспективы // Психиатрия. 2016. № 1. С. 5–11.
3. Макушкин Е. В., Данилова С. В., Бородин В. И. «Детская психиатрия» как необходимая самостоятельная специальность в системе подготовки кадров высшей квалификации // Российский психиатрический журнал. 2016. № 6. С. 4–10.
4. Незнанов Н. Г. Проблемы постдипломного образования в психиатрии // Психиатрия и психофармакотерапия им. П. Б. Ганнушкина. 2010. № 6. С. 4–8.
5. Giacco D., Fiorillo A., Calliess I. T. Psychiatric training in Europe: the opinions of early-career psychiatrists, *International Psychiatry* (November 2011). V. 8. No. 4. P. 102.
6. Oakley C., Malik A. Psychiatric training in Europe. *The Psychiatrist* (2010), 34, 447–450. DOI: 10.1192/pb.bp.109.026062.
7. Oakley C., Jenkinson J., Oyebode F. Psychiatric Training for the next generation // *The psychiatrist*. January 2013. DOI: 10.1192/pb.bp.112.040071.
8. Zisook S., Balon R., Björkstén K. S., Everall I., Dunn L., Ganadjian K., Jin H., Parikh S., Sciolla A., Sidhartha T., Yoo T. Psychiatry Residency Training Around The World // *Academic Psychiatry*. 2007. V. 31. P. 309–325.

TEACHING ADDICTION SPECIALISTS IN A MULTIDISCIPLINARY CONTEXT: THE FORDD SWISS MODEL OF CERTIFICATE OF ADVANCED STUDIES

Thorens G., MD,
Geneva University Hospital,
Geneve, Switzerland,

Tharin A., Maître d'Enseignement,
Haute École de Travail Social et de La Santé EESP Lausanne,
Lausanne, Switzerland

Abstract

FORDD is a Swiss organization providing a certificate of advanced studies for addiction specialists. This training program is inspired by the Swiss four pillars drug policy: prevention, therapy, harm reduction and law enforcement. A survey conducted among former students emphasized the importance of maintaining multidisciplinary training to prevent division between addiction specialists and increase knowledge sharing.

Key words

Addiction, addiction specialist, specialist training, multidisciplinary training.

Introduction. Addiction care is by definition a multidisciplinary concern, therefore training of addiction specialists is a trade-off between giving general notions to a broader audience or giving specific concepts to specialized professionals. Over the last 10 years FORDD a Swiss French organism, has regrouped 16 institutions specialized in Addiction (prevention organization, university hospitals, private institutions and residential and rehabilitations organizations) offering a certificate of advanced studies (CAS) open to all professionals involved in addiction care. The concept of this training program is to offer the possibility for students to have teachers coming from different backgrounds (medical, social, psychology and law) and acquiring a multidisciplinary vision of addiction care. The model is inspired by the Swiss politic of the Swiss four pillars drug policy: prevention, therapy, harm reduction and law enforcement. As all students work in the field of addiction with dif-

ferent roles and objectives (health care, social workers, prevention) one of the strengths of this training is to help participants to confront their point of view and ideally broaden their comprehension of addiction as a complex multidisciplinary discipline.

Method. In 2017, a survey was addressed to all former participants of the CAS (234 students) with 2 main topics: the professional added value of training and the motivation to engage in training. The purpose of this survey was to evaluate the satisfaction of students and how the FORDD CAS helps them to increase their knowledge in the field of addiction and how they could implement what they learned in their daily practice.

Results. 88 former students (35% participation rate) responded. Their motivation to engage in the training was mainly by word of mouth from former students, flyers and publicity played a minor role. The funding of formation was mainly supported by the employer.

The respondents valued the theoretical and clinical content, the multidisciplinary approach and the opportunity to confront their professional experiences to other theoretical and clinical perspectives, the acquisition of a reflective posture on professional practice and the adequacy of training to their expectations. They criticized the lack of opportunity to create new professional networks and the lack of direct impact of their newly acquired formation on their job position (implementing new concepts in their respective workplaces).

Conclusion. The multidisciplinary model of addiction teaching is well implanted in Switzerland and it is highly appreciated. A particular effort should be made on how to transform the multidisciplinary experience gained in formation to concrete new professional networks and how to translate the experience gained in tangible changes. It confirms the need to maintain this type of training in the actual context where budgets allocated to teaching decrease, the temptation to offer only short and focused programs on specific topics is a risk of losing sight of the global needs for future addiction specialists.

Bibliography

1. *Miller L. N., Mercer S. L.* Drugs of Abuse and Addiction: An integrated approach to teaching // *Currents in Pharmacy Teaching and Learning*. 2017. 9(3): 405–414.
2. *Savary J. F., Hallam C., Bewley-Taylor D.* “The Swiss four pillars policy: An Evolution From Local Experimentation to Federal Law” briefing paper eighteen. The Beckley foundation drug policy programme. 2009.

ИНКЛЮЗИВНОЕ ВЫСШЕЕ ОБРАЗОВАНИЕ: КЛЮЧЕВЫЕ ПРОБЛЕМЫ И ТРАЕКТОРИИ РАЗВИТИЯ

Федоров А. А., д. ф. н., профессор, **Каштанова С. Н.**, к. псих. н., доцент,
ФГБОУ ВО «Нижегородский государственный педагогический университет
имени Козьмы Минина»,
Нижний Новгород, Российская Федерация

Аннотация

Актуализирована проблема моделирования системы инклюзивного высшего образования в РФ. Дискуссионное поле обсуждаемых вопросов подкрепляется объективной статистикой и конкретными примерами, полученными в ходе мониторинга деятельности образовательных организаций высшего образования. Предпринята попытка построения основных траекторий развития высшего образования для лиц с ОВЗ и инвалидностью.

Ключевые слова

Инклюзивное высшее образование, лица с ограниченными возможностями здоровья и инвалидностью, безбарьерная дидактика, адаптированная образовательная программа, безбарьерная среда, ресурсные учебно-методические центры.

INCLUSIVE HIGHER EDUCATION: KEY ISSUES AND GUIDELINES FOR DEVELOPMENT

Fedorov A. A., D. (Philosophy), Professor,
Kashtanova S. N., PhD (Psychology), Associate Professor,
Kozma Minin Nizhny Novgorod State Pedagogical University,
Nizhny Novgorod, Russian Federation

Abstract

The article addresses the issue of modeling a system of inclusive higher education in Russia. The discussion of the issues is supported by objective statistics and specific examples obtained during monitoring of activities of higher education institutions. The study attempts to lay down the main guidelines for the development of higher education for persons with special needs and disabilities.

Key words

Inclusive higher education, disabled people, barrier-free didactics, adapted education program, barrier-free environment, resource learning methodological centers.

В настоящее время консолидация усилий научно-практического сообщества в вопросах построения гибкой системы доступного и качественного высшего образования для лиц с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) и инвалидностью рассматривается как надинституциональная проблема. Заинтересованность всех служб, ведомств системы образования, здравоохранения и социальной защиты РФ в моделировании инклюзивного пространства в современных вузах не вызывает сомнений, так как рассматривается в ряду важнейших приоритетов современной России.

Несмотря на то что высшее образование для лиц с ОВЗ и инвалидностью давно практикуется в нашей стране и в этой области уже есть серьезные научно-методические разработки, существующий опыт имеет локальную апробацию. Поэтому на государственном уровне предприняты усилия, направленные на систематизацию имеющегося российского и зарубежного опыта и разработку новых структурно-содержательных концептов инклюзивного высшего образования. В свете реформирования российской системы высшего образования особый смысл вкладывается в решение вопроса о предоставлении гарантий и равных прав на получение этого образования большому кругу лиц ОВЗ и инвалидностью. Одновременно с этим должна быть решена проблема дальнейшего трудоустройства и карьерного роста выпускников, что обозначает эту задачу как социально-ориентированную и злободневную в современных экономических условиях.

Традиционно в вузах обучаются разные категории лиц с ОВЗ и инвалидностью. Выявляемые у них функциональные ограничения и психофизические особенности необходимо учитывать при моделировании главных условий построения современного вуза, ориентированного на минимизацию имеющихся барьеров [6]. Это конструирование безбарьерной среды, реализация программ профориентации и трудоустройства лиц с ОВЗ и инвалидностью, адаптация образовательных программ, инструментально-техническое сопровождение образовательного процесса и др.

Построение гибкой системы инклюзивного высшего образования подразумевает проведение регулярных наблюдений для получения объективных данных об имеющихся условиях, ресурсах и проблемах. Мы рассматриваем мониторинг деятельности образовательных организаций высшего образования по обучению лиц с ОВЗ и инвалидностью в качестве основы построения системы инклюзивного высшего образования. В частности, мониторинговые данные позволяют оценивать деятельность вузов по предоставлению образовательных услуг лицам с ОВЗ и инвалидностью, определять перспективы и потенциалы развития системы инклюзивного высшего образования в РФ. Реальными продуктами мониторинга служат база данных в динамике, аналитические материалы и объективное понимание точек роста и развития системы инклюзивного высшего образования.

В 2016 году коллективом Мининского университета в рамках выполнения государственного контракта Министерства образования и науки РФ была разра-

ботана, апробирована и запущена в работу модель мониторинга деятельности образовательных организаций высшего образования. Главными ориентирами являлись качество и доступность высшего образования для разных категорий лиц с ОВЗ и инвалидностью. Механизм мониторинга был построен с учетом оценки условий, процессов и результатов инклюзивного высшего образования [3, 8].

Одновременно с мониторингом был разработан Портал инклюзивного образования, который получил статус государственной информационной системы [2]. Портал служит инструментом сбора и хранения информации о ресурсах системы инклюзивного высшего образования, информирования пользователей об услугах и возможностях конкретной образовательной организации и ресурсных учебно-методических центров высшего образования, и является средством профессиональной коммуникации и обмена опытом. Удобный интерфейс портала рассчитан на многочисленную группу пользователей:

- абитуриенты с ОВЗ и инвалидностью;
- обучающиеся с ОВЗ и инвалидностью;
- родители;
- научно-педагогические работники и сотрудники структурных подразделений вузов;
- работодатели;
- специалисты ресурсных учебно-методических центров высшего образования (РУМЦ);
- сотрудники различных министерств и ведомств и др.

Портал инклюзивного образования позволяет интегрировать различные ресурсы и управлять ими, и одновременно является информационной платформой мониторинга. По данным третьего среза мониторинговых данных, проведенного в октябре-ноябре 2017 года, была получена исчерпывающая информация, позволяющая констатировать имеющиеся проблемы в обеспечении качества и доступности высшего образования для лиц с ОВЗ и инвалидностью. Одновременно с этим возможно прогнозирование важнейших задач и шагов по развитию системы инклюзивного высшего образования как в отдельных вузах, так и в федеральных округах.

В мониторинге приняли участие 822 вуза РФ, из них:

- 381 — вузы Министерства образования и науки РФ;
- 208 — подчиняются федеральным органам исполнительной власти;
- 199 — негосударственные вузы;
- 33 — имеют статус регионального и муниципального подчинения;
- 1 — в подчинении русской Православной Церкви.

В настоящее время 560 вузов (68,3%) из числа принявших участие в исследовании обучают лиц с ОВЗ и инвалидностью. При этом общее число таких обучающихся составляет 18 888 человек (0,54% общего контингента).

По данным приемной кампании 2017 года, наибольший процент поступивших в вузы лиц с ОВЗ и

инвалидностью был зафиксирован на следующие специальности и направления подготовки:

- 31.05.01 «Лечебное дело» (600 чел.);
- 38.03.01 «Экономика» (453 чел.);
- 40.03.01 «Юриспруденция» (449 чел.);
- 44.03.05 «Педагогическое образование» (с двумя профилями подготовки) (407 чел.);
- 44.03.01 «Педагогическое образование» (288 чел.).

Практически весь перечень представленных специальностей и направлений востребован и среди обучающихся с ОВЗ и инвалидностью. К числу наиболее востребованных следует также отнести «Психолого-педагогическое образование» (44.03.02) и «Информационные системы и технологии» (09.03.02).

Безусловный интерес вызывает доля различных категорий обучающихся с ОВЗ и инвалидностью. Наибольший процент зафиксирован в группе лиц с соматическими заболеваниями (46,75%) и в группе, где диагноз не указан (30,03%). Наименьший процент — лица с психическими заболеваниями (0,63%). Создание безбарьерной среды, а также оборудованных аудиторий необходимо для обучающихся с нарушениями зрения (7,81%), нарушениями слуха (5,62%) и нарушениями функций опорно-двигательного аппарата (мобильные — 15,22% и на кресле-коляске — 1,99%).

Главные результаты для всех категорий лиц с ОВЗ и инвалидностью примерно одинаковы.

1. Безбарьерная среда создана для разных категорий в 5–10% вузов (для лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата — 10%, нарушениями слуха — 7%, нарушениями зрения — 5%).

2. Специально оборудованные аудитории для лиц с нарушениями слуха, зрения и опорно-двигательного аппарата имеют в среднем 44% вузов.

3. Мобильные адаптирующие устройства в своем арсенале имеют 23,6% вузов для лиц с нарушениями слуха, 32,6% — для лиц с нарушениями зрения.

4. Специализированное стационарное оборудование для лиц с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата представлено в 34,79% вузов.

5. Готовность вузов к размещению обучающихся в общежитиях имеет следующий вид: 10% — для лиц с нарушениями зрения, 15% — для лиц с нарушениями слуха и 22% — для лиц с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата.

6. Готовность библиотечного фонда имеет также низкие проценты значения (5–14%).

7. Зафиксирован низкий процент специально оборудованных санитарных помещений.

Таким образом, большой процент образовательных организаций высшего образования не имеют достаточного уровня безбарьерной среды, инструментально-технологической поддержки образовательного процесса и не готовы предоставить специально оборудованные места для проживания лицам с нарушениями зрения, слуха и опорно-двигательного аппарата. Для других категорий лиц с инвалидностью создание особых средовых условий не требуется.

Решение перечисленных выше проблем в первую очередь связано с планированием и реализацией ша-

гов, ориентированных на обеспечение архитектурной доступности зданий и аудиторий и их специальное оснащение. Немаловажным моментом является финансовое сопровождение этих позиций. Как показали данные последнего мониторинга, финансирование, предназначенное на развитие инклюзивного образования, вузы ориентировали на следующие статьи расходов:

- создание безбарьерной среды (69,12%);
- кадровое сопровождение (17,11%);
- технические средства обучения (15,26%).

К числу значимых и сложно преодолеваемых проблем относят недостаточное количество адаптированных образовательных программ (АОП) для различных категорий лиц с ОВЗ и инвалидностью [1]. Только 36% вузов осуществляют образовательную деятельность с применением АОП. На наличие в структуре АОП адаптационных модулей указали 33,82% образовательных организаций. При этом адаптированные онлайн-курсы используют 11,56% участников опроса.

Одним из ресурсов минимизации данной проблемы выступает необходимость научно-методической проработки вопросов безбарьерной дидактики и трансляции широкому кругу профессионального сообщества алгоритмов адаптации учебно-методических материалов и механизмов их реализации в системе высшего образования для различных категорий и нозологий с ОВЗ и инвалидностью [4, 5]. Созданная в нашей стране в 2017 году сеть ресурсных учебно-методических центров (РУМЦ) призвана закрыть дефициты в этих вопросах. В настоящее время РУМЦ провели серию региональных и всероссийских обучающих семинаров для преподавателей и специалистов вузов на закрепленных зональных территориях. Кроме того, были организованы профориентационные мероприятия для потенциальных абитуриентов из числа лиц с ОВЗ и инвалидностью, включая апробацию новых форм.

Среди перспективных направлений образовательной деятельности в системе инклюзивного высшего образования:

- разработка образовательных технологий для обучающихся с ОВЗ и инвалидностью;
- создание банка адаптированных учебно-методических комплексов для разных категорий обучающихся с ОВЗ и инвалидностью;
- разработка адаптированных онлайн-курсов;
- проведение курсов повышения квалификации для научно-педагогических работников и специалистов, участвующих в сопровождении учебно-методического процесса.

Весьма сложно выглядит ситуация с реализацией в вузах программ сопровождения лиц с ОВЗ и инвалидностью. Согласно данным опроса вузы, обучающие лиц с ОВЗ и инвалидностью, практикуют психолого-педагогическое сопровождение (42,57%), медицинское сопровождение (41,98%) и иные формы (16,21%). Практически половина обучающихся не охвачены ни одной формой сопровождения. Решение данной проблемы напрямую связано с кадровой политикой вузов в направлении развития инклюзивного высшего образования с учетом образо-

вательных потребностей лиц с ОВЗ и инвалидностью [7].

Результаты реализации инклюзивного высшего образования во многом определяются через показатели трудоустройства выпускников с ОВЗ и инвалидностью. По данным мониторинга только 16,92 вузов имеют программы постдипломного сопровождения этой выборки выпускников. В 2017 году количество выпускников с ОВЗ и инвалидностью составило 2587 человек (0,44% общего числа). Выпуск осуществили 46,72% вузов. Конструктивными решениями данной проблемы должны быть разработка программ трудо-

устройства и постдипломного сопровождения, а также проектирование и реализация программ лояльности (в разных системах и ведомствах, на федеральном и региональном уровнях) для вузов, успешно реализующих задачи трудоустройства и профессионального роста лиц с ОВЗ и инвалидностью.

Таким образом, в рамках данной статьи были проанализированы наиболее значимые проблемы, которые зарегистрированы по данным мониторинга деятельности образовательных организаций высшего образования, и обозначены векторы их решения как в ближайшей, так и в долгосрочной перспективе.

Библиографический список

1. Айсмонтас Б. Б., Панюкова С. В., Саитгалиева Г. Г. Учебно-методическое сопровождение обучения студентов с инвалидностью в вузе // Психологическая наука и образование. 2017. Т. 22. № 1. С. 60–70.
2. Карпушкина Н. В. Современные стратегии моделирования информационно-аналитического сопровождения инклюзивного высшего образования в России // Психологическая наука и образование. 2017. Т. 22. № 1. С. 161–168.
3. Каштанова С. Н., Кудрявцев В. А. О некоторых проблемах и тенденциях развития образовательных организаций высшего образования и региональных ресурсных центров высшего образования, обучающихся лиц с ОВЗ и инвалидностью по итогам мониторинга // Вестник Мининского университета. 2017. № 3 (20). С. 11.
4. Кудрявцев В. А., Каштанова С. Н. Терминологическое поле понятия «Безбарьерная дидактика» в системе инклюзивного высшего образования // Вестник Мининского университета. 2017. № 2 (19). С. 3.
5. Мартынова Е. А. К вопросу о разработке адаптированных образовательных программ высшего образования (бакалавриата и специалитета) для лиц с ОВЗ и инвалидов // European Social Science Journal = Европейский журнал социальных наук. 2015. № 9. С. 81–88.
6. Медведева Е. Ю., Ольхина Е. А. Дефектологические знания как основа построения системы инклюзивного высшего образования // Вестник Мининского университета. 2017. № 1 (18). С. 10.
7. Ольхина Е. А., Богородская О. В. Специфика образовательных потребностей лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата, обучающихся в вузе: Высшее образование для инвалидов: вызовы времени, перспективы решений // Сборник статей по материалам Всероссийской научно-практической конференции по обсуждению итогов мониторинга деятельности образовательных организаций высшего образования и региональных ресурсных центров высшего образования по обучению инвалидов. Мининский университет, 2017. С. 100–105.
8. Федоров А. А., Папуткова Г. А., Каштанова С. Н., Фильченкова И. Ф., Гришина А. В. Оценка доступности и качества высшего образования лиц с ограниченными возможностями здоровья и инвалидностью в Российской Федерации // Научное мнение. 2017. № 6. С. 78–86.

ОБРАЗОВАНИЕ СПЕЦИАЛИСТОВ В ОБЛАСТИ ПСИХОЛОГИИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

Филиппова Г. Г., д. псих. н., профессор,
ЧУ ДПО «Институт перинатальной и репродуктивной психологии»,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

Нарушения репродуктивного здоровья связаны с психологическими причинами и имеют негативные психологические последствия для человека. Для эффективной помощи пациентам психотерапевтам, психологам и врачам необходимы знания о влиянии психики на репродуктивную функцию. Особенно это актуально при использовании вспомогательных репродуктивных технологий. Предлагается система подготовки психологов, психотерапевтов и врачей в области психологии репродуктивного здоровья и лечения его нарушений.

Ключевые слова

Репродуктивная психология, репродуктивная медицина, психологическое сопровождение бесплодия, психологическое образование врачей.

EDUCATION OF SPECIALISTS IN PSYCHOLOGY OF REPRODUCTIVE HEALTH

Filippova G. G., Psy. D., Professor,
Institute of Perinatal and Reproductive Psychology,
Moscow, Russian Federation

Abstract

Reproductive health disorders are associated with psychological causes and have negative psychological consequences for the patients. For effective assistance, psychotherapists, psychologists and doctors need to understand the influence of the psyche on reproductive function. This is especially true when using assisted reproductive technologies. We offer a system for training psychologists, psychotherapists and doctors in the field of psychology of reproductive health and treating its disorders.

Key words

Reproductive psychology, reproductive medicine, psychological assistance for infertility, psychological education of doctors.

Нарушения репродуктивного здоровья в последние годы становятся все более распространенными, что привело к появлению целого направления в медицине — репродуктивной медицины. Использование вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) становится все более востребованным. В настоящее время в мире насчитывается более 6 000 000 детей, рожденных с помощью репродуктивных технологий, в России их более 150 000. Во всех странах множатся медицинские клиники ВРТ. В России в 2009 году их было 83, а в 2011 их уже 120, а в 2015 — 188.

В 2015 году в России в результате использования ВРТ родилось более 25 000 детей, из них 359 родов — по программам суррогатного материнства. Доля родов после ВРТ в 2015 году составила 1,3%, а доля рожденных детей — 1,5%. Таким образом, количество женщин и мужчин, имеющих нарушения репродуктивного здоровья и участвующих в программах ВРТ, постоянно растет. Естественно, возникли и прогрессивно расширяются связанные с этими обстоятельствами и методами лечения психологические проблемы. Эти проблемы в последнее десятилетие активно изучаются в психологии и психотерапии, что позволило выявить не только психологические последствия нарушений репродуктивного здоровья у женщин и мужчин, но и психологические причины возникновения этих нарушений, а также определить факторы самих ВРТ, негативно влияющих на эффективность лечения. В результате в последние годы в новой, но уже устоявшейся области психологии — перинатальной психологии — для изучения проблем, связанных с реализацией репродуктивной функции и нарушениями репродуктивного здоровья, выделилось новое направление — репродуктивная психология [7]. В репродуктивной психологии реализация репродуктивной функции рассматривается с позиций современного эволюционно-системного подхода, теории функциональных систем П. К. Анохина [1] и учения о доминанте А. А. Ухтомского [4].

Согласно учению А. А. Ухтомского, доминанта — как констелляция нервных центров — организует все «исполнительные органы», принадлежащие к различ-

ным анатомо-физиологическим системам, для решения задачи, выдвигаемой средой, в единую функциональную систему. Для осуществления репродуктивной задачи существует крупная функциональная система — репродуктивная сфера, объединяющая все подсистемы организма, необходимые для осуществления всех этапов репродуктивного цикла. Регулирует работу репродуктивной сферы репродуктивная доминанта, которая имеет различное строение у женщин и мужчин.

Реализация репродуктивной задачи в женском организме регулируется репродуктивной доминантой, включающей последовательность субдоминант: фолликулярную, половую, гестационную, родовую, лактационную и материнскую. Последняя обеспечивает влечение матери к ребенку и заботу о нем после родов и в дальнейшем после окончания лактации. Репродуктивная доминанта мужчины физиологически ограничивается половой доминантой, отцовская функция обеспечивается только психологическими механизмами (социальными установками и сформированной в онтогенезе мотивацией отцовства).

Особенностью репродуктивной сферы у человека является очень большой родительский вклад в воспитание потомства и одновременно возможность возвращаться к репродуктивному циклу через короткое время после его прерывания (восстановление репродуктивной функции женщины происходит в течение месяца, что обеспечивается месячным циклом овуляции). Последнее, в свою очередь, определило своеобразную и очень эффективную в прошлом эволюционную стратегию человека: защиту родительской особи от перерасхода ресурсов в неблагоприятных условиях и быстрый «запуск» репродуктивной функции при благоприятных внешних и внутренних обстоятельствах. Эта задача решается объединением репродуктивной системы и системы стрессреагирования через единый регуляторный центр — гипоталамо-гипофизную систему.

В отечественной физиологии и психофизиологии к концу XX века было подробно изучено негативное влияние стрессовой доминанты на репродуктивную доминанту [2, 3]. При возникновении стрессовых фак-

торов, превышающих ресурсы организма, происходит подавление репродуктивной доминанты и переключение деятельности организма на задачу самосохранения. Это реализуется в форме нарушения течения беременности, бесплодия, нарушения родовой деятельности, лактации и отношения матери к рожденному ребенку (в частности, в послеродовой депрессии). Однако недостаточно изученными оставались те внешние и внутренние психологические факторы, которые определяют переключение репродуктивной доминанты на доминанту самосохранения. Исследования конца XX и начала XXI века в отечественной перинатальной психологии и психологии родительства показали, что главным фактором нарушения репродуктивной функции у женщин и мужчин является внутренний конфликт между стремлением к рождению ребенка и психологической неготовностью к родительству [5]. Этот конфликт является выражением эволюционно обоснованного противоречия между видовыми и индивидуальными потребностями родительской особи, которое лежит в основе регуляции репродуктивной функции у млекопитающих и защищает взрослую особь от перерасхода ресурсов. Одновременно этот механизм выполняет функцию сепарации матери с детенышем. Проблема конфликта видовых и индивидуальных потребностей у приматов и у человека обсуждалась в начале XX века в работах В. А. Вагнера и И. П. Павлова, в наше время — в работах Г. Г. Филипповой [6–8].

В современном обществе этот конфликт приобрел новую форму, что связано с приоритетом индивидуально-личностных потребностей и обесцениванием родительской функции. Опасения за потерю личной свободы, возможности профессиональной и личностной самореализации, изменения образа жизни и даже изменение внешнего вида для современных женщин оказались главными психологическими факторами возникновения такого конфликта. Эти представления во многом связаны с семейной историей, негативными событиями своего перинатального периода, с нарушениями диадических отношений и искажением онтогенеза родительской сферы, причем как у женщин, так и у мужчин [5, 8]. Социальный запрос на рождение ребенка в сочетании с психологической неготовностью к родительству формирует внутренний конфликт и создает ситуацию острой напряженности, которую человек не может преодолеть конструктивно, что провоцирует появление соматизаций в форме нарушений репродуктивной функции. В дальнейшем сами эти нарушения обуславливают усиление напряженности и тревожности, появление выученной беспомощности после ряда неудачных попыток преодолеть бесплодие. Все это создает и поддерживает стрессовое состояние женщин и мужчин и существенно осложняет процесс лечения нарушений репродуктивного здоровья.

В дополнение к этому исследования последних лет показали, что усугубление негативного влияния психологических факторов на эффективность лечения нарушений репродуктивного здоровья возникает и в процессе использования современных медицинских репродуктивных технологий [7]. Выявлены основ-

ные психологические факторы, осложняющие процесс лечения и ухудшающие его эффективность: это представления пациентов о «неестественности» зачатия и рождения детей с помощью процедур ВРТ; религиозные и этические вопросы, связанные с использованием методов ВРТ и особенно донорством спермы и яйцеклеток; недостаток у пациентов личностного отношения к себе в процессе лечения; настороженное отношение к гормональному лечению; физическая отягощенность в процессе лечения для женщин и феномен «нарушения телесных границ»; осложнения супружеских отношений в связи с нарушением естественности и интимности сексуальных отношений и неравнозначностью нагрузки на женщин и мужчин; жесткие требования к режиму лечения и образу жизни и т. д.

Все это привело к необходимости дополнительного образования в области психологии репродуктивного здоровья и психологических аспектов ВРТ в трех направлениях: специальная подготовка психологов, работающих в области нарушений репродуктивного здоровья и использования вспомогательных репродуктивных технологий; психологическое образование врачей акушеров-гинекологов и репродуктологов; психологическое просвещение населения — женщин и мужчин, страдающих нарушениями репродуктивного здоровья и проходящих лечение в клиниках ВРТ.

Эти задачи решаются в образовательных и просветительских проектах, в реализации которых большую роль играет объединение психологов и психотерапевтов Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиги, в которой с 2004 года работает секция перинатальной психотерапии и репродуктивной психологии. В 2006 году было создано образовательное учреждение, которое в настоящее время называется ЧУ ДПО «Институт перинатальной и репродуктивной психологии» (ИПРП). За последнее десятилетие разработаны и проводятся образовательные программы повышения квалификации для психологов и врачей в области перинатальной и репродуктивной психологии, а также организуется просвещение и образование для населения по вопросам лечения нарушений репродуктивного здоровья и психологической помощи при использовании ВРТ.

Образовательные программы для психологов и психотерапевтов. Образовательные программы для психологов и психотерапевтов проводятся в форме повышения квалификации. Образование включает три основных ступени — базовый курс (90 часов), специализацию и дополнительные практические программы. Курс специализации имеет четыре направления:

1) «Перинатальная и репродуктивная психология» (270 часов) — подготовка специалистов для работы с нарушениями репродуктивного здоровья, в том числе при использовании ВРТ;

2) «Психологическое и методическое обеспечение ведения курсов для родителей» (210 часов) — подготовка специалистов, ведущих курсы по подготовке к родам и родительству и работающих в женских консультациях;

3) «Психологическое сопровождение в родах» (120 часов) — подготовка специалистов, готовящих женщину к родам и сопровождающих в родах и работающих в родильном доме;

4) «Развитие и воспитание детей младенческого, раннего и дошкольного возраста» (180 часов) — подготовка специалистов для консультированию родителей по вопросам раннего развития ребенка.

Дополнительные практические программы включают семинары по освоению практических методик работы. В 2018 году в ИПРП открыта программа переподготовки по клинической психологии, в которой усилены темы и дисциплины, необходимые для работы психологов и психотерапевтов в области перинатальной и репродуктивной психологии.

Образовательные программы для врачей. Для врачей в ИПРП есть несколько образовательных программ. Это программы повышения квалификации для акушеров-гинекологов и репродуктологов на 30 академических часов и короткие однодневные семинары-тренинги, специально разработанные для врачей клиник ВРТ. В эти программы входят три раздела:

1) общеобразовательная часть, посвященная психологии репродуктивной сферы и психологическим факторам нарушений репродуктивного здоровья у женщин и мужчин;

2) специальная часть, в которой разбираются психологические аспекты лечения и использования репродуктивных технологий;

3) тренинговая часть, в которую входит две темы: — взаимодействие врача с пациентами в процессе лечения и в кризисных ситуациях;

— тренинг эмоциональной регуляции и профилактика эмоционального выгорания для врачей.

Просвещение и образование для населения. Для пациентов клиник ВРТ разработана программа подготовки к процедуре ЭКО и психологического сопровождения лечения. Эта программа реализована в нескольких формах.

1. «Школа ЭКО» — программа семинаров и тренингов для пар, готовящихся к ЭКО и проходящих лечение в клиниках ВРТ.

2. Вебинары «Психологическое сопровождение ЭКО», реализованные при поддержке фармацевтических компаний: курс из 8 вебинаров, в которых освещаются вопросы принятия решения, подготовки и прохождения процедуры ЭКО и других программ ВРТ.

3. Открытые лекции для населения по вопросам репродуктивного здоровья.

Проведение этих программ в течение 10 лет показало высокую востребованность в образовании психологов, психотерапевтов и врачей в области репродуктивной и перинатальной психологии, а также в просветительской работе с населением. Дальнейшие задачи состоят в расширении образования и внедрения учебных курсов по перинатальной и репродуктивной психологии в общую подготовку психологов, психотерапевтов и врачей акушеров-гинекологов и репродуктологов.

Библиографический список

1. Анохин П. К. Узловые вопросы теории функциональных систем. М.: Наука, 1980. 197 с.
2. Биосоциальная природа материнства и раннего детства / под ред. А. С. Батуева. СПб.: Изд-во С.-Петерб. ун-та, 2007. 374 с.
3. Васильева В. В. Психофизиология женской репродукции. Батайск: Батайское книжное изд-во, 2005. 208 с.
4. Ухтомский А. А. Доминанта. М.—Л.: Наука, 1966. 273 с.
5. Филиппова Г. Г. Нарушение репродуктивной функции и их связь с нарушениями в формировании материнской сферы. Журнал практического психолога. 2003. № 4—5. С. 83—108.
6. Филиппова Г. Г. Репродуктивная психология в России: современные проблемы и тенденции развития // Психотерапия. 2015. № 4 (148). С. 65—70.
7. Филиппова Г. Г. Репродуктивная психология: психологическая помощь бесплодным парам при использовании вспомогательных репродуктивных технологий // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: электрон. науч. журн. 2014. № 3 (5). URL: <http://medpsy.ru/climr> (дата обращения: 31.07.2014).
8. Филиппова Г. Г. Самореализация и родительство: конфликт мотиваций в современном обществе // Психотерапия. № 10 (166). 2016. С. 16—22.

ОБЪЕКТИВИЗАЦИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ПСИХООБРАЗОВАНИЯ С ПОМОЩЬЮ РУССКОЯЗЫЧНОЙ ВЕРСИИ ОПРОСНИКА «УРОВЕНЬ АКТИВНОСТИ ПАЦИЕНТА» В АДАПТАЦИИ Я. В. МАЛЫГИНА И Б. Д. ЦЫГАНКОВА

Цыганков Б. Д., д. м. н., профессор, член-корреспондент Российской академии наук, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии, ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова» Минздрава России,

Малыгин Я. В., д. м. н., профессор кафедры социальной работы психолого-социального факультета, ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Российская Федерация

Аннотация

Психообразование влияет на клинические, психологические характеристики и стратегии совладания с заболеванием. Психообразование можно рассматривать с позиций концепции повышения активности пациента в отношении своего здоровья. Ключевой фактор повышения качества медицинской помощи — переход от патерналистской модели к модели, ориентированной на пациента и управляемой пациентом. Для измерения уровня активности пациента в отношении здоровья был разработан опросник Patient Activation Measure, основанный на оценке пациентом его знаний о болезни, опыте решения сложных ситуаций, связанных с болезнью, и уверенности в возможностях решения проблем со здоровьем в будущем. **Цель** исследования — адаптировать и валидизировать русскоязычную версию опросника «Уровень активности пациента». **Результаты.** Русскоязычная версия опросника характеризуется хорошей внутренней согласованностью, конкурентной валидностью, надежностью и чувствительностью к изменениям. По этим показателям русскоязычная версия опросника сопоставима с оригинальной англоязычной версией, испытанной на пациентах, страдающих различными соматическими расстройствами, и на пациентах, страдающих психическими расстройствами.

Ключевые слова

Уровень активности пациента, психообразование, валидность.

EVALUATING RESULTS OF PSYCHOEDUCATION PROGRAMS WITH THE RUSSIAN VERSION OF “PATIENT ACTIVATION MEASURE” QUESTIONNAIRE ADAPTED BY Y. V. MALYGIN AND B. D. TSYGANKOV

Tsygankov B. D., MD, Professor,
Corresponding Member of the Russian Academy of Sciences,
Head of Department of Psychiatry, Addictology and Psychotherapy,
Evdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry,

Malygin Y. V., MD, Doctor Habilitatus, Professor,
Faculty of Psychology and Social Work,
Pirogov Russian National Research Medical University,
Moscow, Russian Federation

Abstract

Psychoeducation programs for patients affect their clinical and psychological condition as well as coping strategies. Psychoeducation can be analyzed through the concept of patient activity towards their health. Patient-centered and patient-driven model of healthcare is a key factor of increasing the quality of medical help. The Patient Activation Measure (PAM) questionnaire was designed to evaluate the skills and knowledge of patients for managing their health. It includes evaluation of patient medical literacy, experience in solving health problems, and readiness to solve these problems in the future. The aim of the study is to validate the Russian translation of the PAM questionnaire. As a result, the Russian version of the PAM is characterized with good internal consistency,

concurrent validity, test-retest reliability and sensitivity to changes. These indices are consistent with the same indices of the original version of the PAM.

Key words

Patient activation measure, psychoeducation, validity.

Введение. У пациентов с депрессией психообразовательные программы позволяют улучшить знания о заболевании, его медикаментозном и психотерапевтическом лечении, что приводит к улучшению совладания с симптомами депрессии, а также к уменьшению частоты повторных госпитализаций и рецидивов заболевания, уменьшению степени выраженности депрессии, улучшению качества жизни, субъективному улучшению функционирования, улучшению самопомощи [2–4, 10, 12, 13].

Активные действия пациента, направленные на улучшение здоровья, как фактор выздоровления. Психообразование можно рассматривать с позиций концепции повышения активности пациента в отношении своего здоровья.

Одним из важнейших факторов, способствующих повышению качества оказания психиатрической и психологической помощи, является отказ от патерналистской модели и переход к пациент-ориентированной и управляемой пациентом модели оказания помощи [9].

Активная позиция в отношении лечения и собственного здоровья свойственна пациентам, придерживающимся здорового образа жизни, для которых также характерно тщательное выполнение назначенных профилактических и лечебных мероприятий [5, 7, 8].

Концепция активности пациента, разработанная J. Hibbard в 2004 году, включает понимание пациентом важности собственной роли в лечении и поддержании здоровья, уровень знаний пациента о лечении и сохранении здоровья и опыт участия в лечебном процессе и взаимодействия с врачом. В рамках разработанной концепции J. Hibbard [6] был создан 22-пунктный опросник «Уровень активности пациента» (Patient Activation Measure), а в 2005 г. была разработана его короткая 13-пунктная версия [7].

Оба варианта опросника продемонстрировали высокую конкурентную валидность. Так, среди респондентов, ведущих здоровый образ жизни, отмечались наиболее высокие баллы. Высокий балл демонстрировали пациенты с отдельными заболеваниями, соблюдающие рекомендации по образу жизни: регулярно выполняющие упражнения при ревматоидном артрите ($p < 0,01$); соблюдающие низкокалорийную диету при повышенном уровне холестерина ($p < 0,01$). Высокие баллы получали пациенты, которые искали информацию о враче перед обращением к нему на прием ($p < 0,01$), уточнявшие непонятную информацию у врача в процессе беседы ($p < 0,01$) [6, 7].

При обследовании больных с психическими расстройствами обнаруживается статистически значимая положительная корреляция балла по шкале PAM-13 с результатами по шкале настроенности пациента на выздоровление ($r = 0,63$), уровнем приверженности

лекарственной терапии и взаимодействию с врачом ($r = 0,24$), количеством баллов по подшкале физического и психического компонента шкалы оценки качества жизни SF-12. Кроме того, обнаруживалась отрицательная корреляция со степенью выраженности симптомов психического заболевания ($r = -0,34$) [5]. В исследовании M. P. Salyers и соавт. [11] проводилась оценка взаимосвязи поведения пациентов с шизофренией в отношении здоровья и показателей по шкале PAM-13. Авторами была выявлена прямая корреляция ($r = 0,46$, $p < 0,01$) с показателями по шкале PAM-13 и с показателями шкалы совладания с болезнью и выздоровлением.

Цель исследования — адаптировать и валидизировать опросник Patient Activation Measure («Уровень активности пациента») у стационарных пациентов с депрессивными и невротическими расстройствами.

Материал и методы исследования. Доля мужчин в выборке составила 1/3. Средний возраст пациентов был равен $3,5 \pm 13,5$ года. Большую часть выборки составили пациенты с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами (75%), преимущественно представленными смешанным тревожным и депрессивным расстройством (44,8%) и паническим расстройством (10,5%). Среди невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств также была высока доля ипохондрического расстройства (17,5%). Аффективными расстройствами страдали 25% пациентов.

Полуструктурированное интервью позволило собрать анамнестические, социально-демографические, клинико-психопатологические данные. Также в рамках полуструктурированного интервью изучалась социальная адаптация пациентов.

Применялся психометрический метод, в рамках которого были использованы: шкала тревоги Гамильтона (14 пунктов), шкала депрессии Гамильтона (17 пунктов), опросник качества жизни SF-36.

Результаты исследования. Адаптация и валидизация опросника была проведена нами на основании лицензии на применение опросника для решения исследовательских задач № 013112, выданной правообладателем — корпорацией Insignia — Ярославу Владимировичу Малыгину.

Адаптация опросника «Уровень активности пациента». Адаптация опросника выполнялась на основании международных рекомендаций, включая:

- 1) перевод опросника с английского языка на русский с учетом культуральных особенностей;
- 2) обсуждение экспертной группой;
- 3) обратный перевод независимым переводчиком;
- 4) согласование обратного перевода с автором опросника Judith Hibbard;

Таблица 1. Связь показателей по шкале «Уровень активности пациентов» с поведением в отношении здоровья и медицинской грамотностью

Активные действия, направленные на излечение	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
<i>Догоспитальный этап</i>				
Поиск информации о заболевании				
Не проводил (<i>n</i> = 231)	37,1	3,89	398	0,049
Проводил (<i>n</i> = 169)	38,1	—	—	—
Самостоятельное применение приемов психотерапии				
Не применял (<i>n</i> = 340)	37,3	3,88	398	0,049
Применял (<i>n</i> = 60)	38,7	—	—	—
<i>Госпитальный этап</i>				
Активность в выяснении диагноза у врача				
Не был осведомлен о диагнозе (<i>n</i> = 196)	37,1	7,29	268	0,007
Осведомлен о диагнозе (<i>n</i> = 74)	39,0	—	—	—
<i>Медицинская грамотность</i>				
Понимание причины своего заболевания				
Не знает (<i>n</i> = 45)	36,8	3,03	370	0,029
Правильно называет второстепенный фактор (<i>n</i> = 72)	36,8	—	—	—
Верно называет один из ведущих факторов (<i>n</i> = 239)	37,2	—	—	—
Верно называет ключевой фактор или сочетание ведущих факторов (<i>n</i> = 44)	39,0	—	—	—

M — средний показатель по шкале РАМ-13; *F* — показатель критерия Фишера, *df* — число степеней свободы.

Таблица 2. Связь показателей по шкале «Уровень активности пациентов» с показателями качества жизни

Подшкалы шкалы качества жизни SF-36	<i>r</i>	<i>p</i>
<i>Физический компонент здоровья</i>		
Подшкала физического функционирования	0,16	0,002
Подшкала ролевого функционирования	0,15	0,002
Подшкала боли	0,02	0,767
Подшкала общего здоровья	0,07	0,195
<i>Психический компонент здоровья</i>		
Подшкала жизнеспособности	0,22	0,001
Подшкала социального функционирования	0,12	0,018
Подшкала эмоционального функционирования	0,18	0,001
Подшкала психологического функционирования	0,24	0,001

Таблица 3. Динамика показателей по шкале «Уровень активности пациентов» в группах в ходе лечения

Время измерения показателя	Проходили программу (<i>n</i> = 93), абс. (%)	Не проходили программу (<i>n</i> = 215), абс. (%)	Проходили vs не проходили программу группа (критерий Манна–Уитни)
В начале лечения	34,8 ± 3,2	35 ± 2,9	<i>p</i> = 0,59
В конце лечения	38,7 ± 3,2	36,9 ± 4,3	<i>p</i> = 0,0003
В начале vs в конце лечения (критерий Уилкоксона)	<i>p</i> = 0,0001	<i>p</i> = 0,0001	—

5) предварительное тестирование и оценка на верное понимание утверждений респондентами;

6) создание финальной версии опросника.

Текст опросника доступен в статье Я. В. Малыгина и Б. Д. Цыганкова [1].

Валидизация опросника «Уровень активности пациента». Валидизация опросника проводилась путем изучения его внутренней согласованности, конкурентной валидности, надежности и чувствительности к изменениям.

Оценка внутренней согласованности опросника. Измерение внутренней согласованности проводилось с помощью Rasch-анализа. Показатель внутрен-

ней согласованности русскоязычной версии опросника составил 0,69, что чуть ниже показателя внутренней согласованности англоязычной версии опросника у пациентов с соматическими заболеваниями (0,82) и внутренней согласованности англоязычной версии опросника у пациентов с психическими расстройствами (0,84).

Оценка конкурентной валидности опросника. Оценка конкурентной валидности проводилась с помощью измерения связи между показателями по шкале «Уровень активности пациента» и релевантными показателями (табл. 1).

Пациенты с более высокими баллами по шкале «Уровень активности пациента» проявляли боль-

шую поведенческую активность как на догоспитальном этапе (в отношении поиска информации о болезни, $p = 0,049$; самостоятельного применения психотерапевтических приемов, $p = 0,049$ — это указывает на обладание соответствующими навыками и на готовность самостоятельно бороться с заболеванием), так и на госпитальном этапе (активность во взаимодействии с врачом, $p = 0,007$). Кроме того, пациенты с более высокими показателями по шкале «Уровень активности пациента» более компетентны в причинах своего заболевания ($p = 0,029$).

Также была изучена связь между показателями по подшкалам опросника качества жизни SF-36 и показателями по шкале «Уровень активности пациента». Этот анализ проводился на основании гипотезы, что пациенты с более активным поведением в отношении здоровья в результате своих активных действий характеризуются лучшими показателями здоровья и связанного со здоровьем качеством жизни (табл. 2).

Наибольшая связь демонстрировалась для подшкал, отражающих психический компонент здоровья — прежде всего для подшкалы психологического функционирования ($r = 0,24$), которая отражает психологический комфорт, что связано со спецификой изученной группы пациентов; для подшкалы жизнеспособности ($r = 0,22$), которая отражает ощущение пациентом наличия сил и энергии; для подшкалы эмоционального функционирования ($r = 0,18$), отражающей влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование и в меньшей степени для подшкалы социального функционирования ($r = 0,12$), отражающей уровень ограничения социальной активности под влиянием физического или эмоционального состояния. Все перечисленные связи были статистически значимы ($p < 0,018$).

Оценка надежности опросника. Изучение надежности опросника проводилось с помощью метода тест-ретест. Измерялась корреляция между показателями по шкале «Уровень активности пациента» на момент госпитализации в медицинскую организацию и через 2 дня после тестирования. Коэффициент корреляции между двумя измерениями $r = 0,89$. Эти дан-

ные указывают на высокую надежность русскоязычной версии опросника.

Оценка чувствительности опросника к изменениям в ходе психообразовательной программы. На основе концепции активности пациентов нами была разработана психообразовательная программа, направленная на улучшение совладания с болезнью в период после выписки. У пациентов, участвовавших в психообразовательной программе, отмечался более выраженный рост показателей по шкале «Уровень активности пациентов» ($p = 0,0003$, критерий Манна—Уитни). Таким образом, результатом действий, направленных на стимуляцию активного поведения пациентов, является выраженное изменение показателей по шкале «Уровень активности пациентов» (табл. 3).

Повышение активности в группе, прошедшей психообразовательную программу, сопровождалось клиническими эффектами и изменением стратегий совладания с болезнью. Пациенты, прошедшие программу, по сравнению с пациентами группы, не прошедшей программу, чаще применяли адаптивные стратегии совладания с болезнью (обращение к врачу, самостоятельное применение психотерапевтических приемов), чаще обращались к психологу и реже занимались самомедикацией.

Заключение. Таким образом, был адаптирован на русский язык 13-пунктный опросник «Уровень активности пациента». Русскоязычная версия опросника характеризуется хорошей внутренней согласованностью (по результатам Rasch-анализа), конкурентной валидностью (показатели опросника демонстрируют связь с поведением пациентов в отношении здоровья в догоспитальный и госпитальный период, медицинской грамотностью пациентов), надежностью (по результатам метода тест-ретест) и чувствительностью к изменениям (в результате прохождения психообразовательной программы). По этим показателям русскоязычная версия опросника сопоставима с оригинальной англоязычной версией, испытанной на пациентах, страдающих различными соматическими расстройствами, и на пациентах, страдающих психическими расстройствами.

Библиографический список

1. Малыгин Я. В., Цыганков Б. Д. Адаптация опросника «Уровень активности пациента» // Психическое здоровье. 2015. № 1. С. 3–6.
2. Colom F. Keeping therapies simple: Psychoeducation in the prevention of relapse in affective disorders // British Journal of Psychiatry. 2011. No. 198 (5). P. 338–340.
3. Corrigan P. W. Recovery from schizophrenia and the role of evidence-based psychosocial interventions // Expert Review of Neurotherapeutics. 2003. No. 6 (7). P. 993–1004.
4. Dwrick C., Dunn G., Ayuso-Mateos J. L. Problem solving treatment and group psychoeducation for depression: Multicentre randomised controlled trial. Outcomes of Depression International Network (ODIN) Group // British Medical Journal. 2000. No. 321 (7274). P. 1450–1454.
5. Green C. A., Perrin N. A., Polen M. R. et al. Development of the Patient Activation Measure for Mental Health // Adm. Policy Ment. Health. 2010. V. 37. No. 4. P. 327–333.
6. Hibbard J. H., Stockard J., Mahoney E. R., Tusler M. Development of the Patient Activation Measure (PAM): conceptualizing and measuring activation in patients and consumers // Health Serv. Res. 2004. V. 39. No. 4. P. 1005–1026.
7. Hibbard J. H., Mahoney R., Stockard J., Tusler M. Development and testing of a short form of the patient activation measure // Health Services Research. 2005. V. 40. No. 6. P. 1918–1930.
8. Hibbard J. H., Mahoney E. R., Stock R., Tusler M. Do increases in patient activation result in improved self-management behaviors? // Health Services Research. 2007. V. 42. No. 4. P. 1443–1463.

9. Institute of Medicine, Committee on Crossing the Quality Chasm: Adaptation to Mental Health and Addictive Disorders & Board on Health Care Services. Improving the quality of health care for mental and substance-use conditions. Washington: The National Academies Press, 2006. 504 p.
10. Murray-Swank A. B., Dixon L. Family psychoeducation as an evidence-based practice // CNS Spectrums. 2004. No. 9 (12). P. 905–912.
11. Salyers M. P., Matthias M. S., Spann C. L. et al. The role of patient activation in psychiatric visits // Psychiatr. Serv. 2009. No. 11 (60). P. 1535–1539.
12. Seedat S., Haskis A., Stein D. Benefits of consumer psychoeducation: A pilot program in South Africa // International Journal of Psychiatry in Medicine. 2008. No. 38 (1). P. 31–42.
13. Swan J., Sorrell E., MacVicar B. et al. Coping with depression: An open study of the efficacy of a group psychoeducational intervention in chronic, treatment-refractory depression // Journal of Affective Disorders. 2003. No. 82 (1). P. 125–129.

СОПРЯЖЕННОСТЬ СОВРЕМЕННОЙ ПСИХОЛОГИИ ЗДОРОВЬЯ И УЧЕНИЯ О СТРАСТЯХ

Чухрова М. Г., д. м. н., профессор,
ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный педагогический университет»,
Новосибирск, Российская Федерация

Аннотация

Представлен анализ семи смертных грехов в трактовке христианской морали и с позиций психофизиологии. Показано, что смертные грехи в основе своей имеют серьезный психофизиологический базис, который, по сути, и делает их смертельно опасными не только для души, но и для тела.

Ключевые слова

Смертные грехи, христианская мораль, гигиена души и тела.

MODERN PSYCHOLOGY OF HEALTH AND THE TEACHING ON THE PASSIONS

Chukhrova M. G., MD, Professor,
Novosibirsk State Pedagogical University,
Novosibirsk, Russian Federation

Abstract

The article presents an analysis of the seven deadly sins in the interpretation of Christian morality and from the standpoint of psychophysiology. It is shown that mortal sins have a serious psychophysiological basis, which makes them deadly not only for the soul, but also for the body.

Key words

Mortal sins, Christian morality, hygiene of the soul and body.

Многие выдающиеся мыслители и ученые отмечали тесную взаимосвязь и взаимовлияние души и тела, личности и организма, психического и физического здоровья. Еще древнегреческий философ Сократ отмечал, что нельзя врачевать тело, не врачуя души. Римский врач Гален придавал решающее значение психогигиене — медицине предвидения и предотвращения болезней. Уже в самом названии его труда «Гигиена страстей и нравственные заболевания» содер­жится указание на природу душевных недугов.

Врач по образованию, выдающийся проповедник XX века митрополит Антоний Сурожский писал: «Душа человека, дух человека и плоть составляют одно таинственное целое. Дух и душа влияют на тело; тело

является проводником очень многого, что доходит до души человека». Как врач он говорил также о «сложности тела и души страдающего человека» [1]. Наша отечественная клиническая медицина всегда отличалась целостным подходом к больному. Еще в XIX веке выдающийся русский терапевт С. П. Боткин говорил об «эмоциональных болезнях», а известный кардиолог Д. Д. Плетнев, занимавшийся психосоматическими проблемами, считал «грудную жабу» — (в настоящее время — ишемическая болезнь сердца) — в своей основе психическим переживанием. Он полагал, что «больным является весь человек» и что душевное и телесное здоровье не могут быть отделены одно от другого: «Нет соматических болезней без вытекающих

из них психических отклонений, как нет и психических заболеваний, изолированных от соматических симптомов».

Учение о смертных грехах, или страстях, в библейском традиционном определении следствием своим имеют гибель души. В православной традиции телесная смерть за смертный грех не предусмотрена, однако при анализе психофизиологических аспектов смертных грехов мы увидим, что каждый грех из условно обозначенных групп так или иначе ведет, провоцирует или приближает болезни, страдания и физическую смерть.

Грех в православной традиции — это нарушение очень тонких и строгих законов духовной природы, однако физический вред греха зачастую не меньше, и он приводит к хроническим болезням, сокращению продолжительности жизни и преждевременной смерти.

В основе страстей, или грехов, лежат естественные человеческие потребности: потребность в пище, в продолжении рода и доминировании. Фрустрирование этих потребностей переносится тяжело, однако порождает стремление к их достижению. А вот преувеличение, превозношение, перерождение нормальных потребностей — это смертный грех, т. е. грех, который приводит к смерти тела. Про дух я пока не говорю.

Бережливость может переродиться в сребролюбие. Мы скорбим о потере близких людей, но это не должно перерастать в отчаяние.

Еще Святой Иоанн Кассиан Римлянин говорил, что страсти подразделяются на *душевные*, т. е. исходящие из душевных склонностей, например: гнев, уныние, гордость и т. д. Они питают душу. И *телесные*: они в теле зарождаются и тело питают. Но так как человек душевно-телесен, то страсти разрушают как душу, так и тело.

Согласно социологическому опросу, «популярность» смертных грехов выглядит следующим образом (в порядке убывания): **гнев, гордыня, зависть, чревоугодие, сладострастие, леность и алчность.**

Итак, **гнев**. Рассмотрим, что происходит с организмом, когда человек в гневе. Физиологические составляющие включают повышенный выброс определенных гормонов стресса и нейромедиаторов: норадреналина, дофамина, активацию эмоциогенных зон мозга со снижением активности лобных долей, повышение артериального давления, учащение сердцебиения, учащение дыхания, изменения мышечного тонуса. Эти физиологические проявления у не слишком молодого человека могут вызвать весьма плачевные последствия — инфаркт миокарда, инсульт, гипертонический криз. Состояние гнева за счет уменьшения активности лобных долей мозга и снижения критики к своему состоянию может привести к неоправданным противоправным поступкам, что сами по себе пагубно скажутся на дальнейшей жизни. Гнев может быть праведным (например, к врагам веры и Отечества), но может привести к убийству.

Гордыня — чаще всего это потеря контроля за собственной жизнью, что приводит к травматизму, суициду, к пренебрежению социальными требованиями, вниманием к физическому комфорту, если это ка-

сается человека, занятого карьерными достижениями, что приведет закономерно к хроническим болезням и преждевременной смерти. Целеустремленность, упорство не должны приводить к гордости. Гордыня зачастую мешает проявить сочувствие, сопереживание, милосердие и вредит таким образом социальной группе.

Зависть — нарушение нейромедиаторного баланса, преобладание адреналина и гормонов стресса, разъедающие душу мысли, которые могут сподвигнуть на противоправные поступки с вытекающими последствиями. Длительные негативные переживания приводят к разбалансировке функционирования внутренних органов, чаще всего к желудочно-кишечным расстройствам — это язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, колиты, синдром раздраженного кишечника, т. е. к хроническим психосоматическим болезням, потере контроля над собственной жизнью, в конечном счете — к преждевременной смерти.

Чревоугодие — этот грех очевиден. Уже в нашей стране, согласно статистике, до 65% людей определенных возрастных категорий страдают избыточным весом. Ожирению сопутствуют сахарный диабет второго типа, атеросклероз, гипертоническая болезнь со всеми вытекающими последствиями (инфаркт, инсульт), болезни крупных суставов. Можно продолжить этот список. Это все последствия чревоугодия. Больше половины населения развитых стран страдают от этой страсти, являясь рабами своего желудка, при том что около 30% населения Земли голодают или недоедают.

Сладострастие. Так называемая сексуальная революция, которая на Западе привела к потере сексуальной ориентации целых популяций молодых людей, и эта революция продолжается, навязывается нашей стране. Более 40 заболеваний передаются половым путем, раннее начало половой жизни приводит к импотенции и бесплодию, а беспорядочные половые связи не формируют личность, способную построить семью как ячейку общества, необходимое для плодотворной жизни образование — статистика говорит сама за себя. Более половины семей разводятся, почти половина браков бесплодны, дети несчастны, дезориентированы. Этот смертный грех не нуждается в психофизиологическом обосновании, вред его очевиден как для отдельной личности, так и для общества в целом.

Леность — слабость воли, нежелание утруждать себя. Леность — мать всех пороков и большинства других смертных грехов. Леность с точки зрения психофизиологии — стремление сохранить комфортное состояние любой ценой, малая физическая активность, ничегонеделание, потребление больших количеств пищи, если она есть. Малая физическая активность приводит к недостатку гедонистических стимулов, потребности в их получении через еду (повышение уровня глюкозы), через стимуляцию эндорфинового обмена с помощью алкоголя и наркотиков — все это предвестники еще более страшных пороков, хронических болезней и преждевременной смерти.

Алчность — сребролюбие, стяжательство. Тоже не нуждается в обосновании. Алчный человек забыва-

ет обо всем и всех, кроме своей страсти. Как сказал Билл Гейтс, богатейший человек в мире: «Когда у тебя нет денег, ты думаешь о деньгах. Когда у тебя есть деньги, ты уже думаешь только о деньгах». Современные «новые русские» — это в основном люди, условно «состоявшиеся» в новых экономических условиях, имеющие возможность пользоваться всеми благами нового времени. Однако они живут в страхе потерять свои деньги, за ними и их близкими охотятся, они не принадлежат сами себе и, как период счастья, вспоминают голодные студенческие годы. Все это не прибавляет здоровья. Можно, вероятно, бесконечно пересаживать себе новое сердце, но счастья это вряд ли прибавит. Психоэмоциональное напряжение, постоянный психический стресс, груз темных дел, которые как раз и обеспечили большие деньги, — все это вызывает нервно-психическую патологию и риск преждевременной смерти.

Уныние — это состояние часто попадает в поле зрения психологов и психотерапевтов и трактуется как депрессия, генерализованные тревожные расстройства, различные фобические расстройства, в том числе и социальные фобии, психосоматозы. Общие проблемы — социальная фрустрация, связанная с необходимостью «выживания» в новых социально-экономических условиях. Если учесть, что большая часть

населения вследствие негативно-настороженного отношения к психиатрии и психотерапии остается без профессиональной помощи, можно с уверенностью полагать, что рекуррентным депрессивным реакциям, т. е. греху «уныния», подвержена практически половина населения страны. По данным Всемирной Организации Здравоохранения, к 2020 году клинические депрессии выйдут на первое место среди заболеваний, опередив сердечно-сосудистую патологию и онкологию.

Такова психофизиологическая трактовка семи смертных грехов. Потеря людьми духовно-нравственных ориентиров, способности разграничения добра и зла, массовое социально-экономическое неблагополучие порождают дезинтеграцию личности, приводят к психологической и физиологической дезадаптации, а массовая атеизация общества лишает людей мощного ресурса — религии, которая дает ориентиры в жизни и указывает пути духовного и физического благополучия. Естественно, какая-то часть населения остается устойчивой и хорошо адаптированной к меняющемуся миру в силу своих личностных особенностей и благоприятных средовых социально-экономических условий. Но большинству населения все-таки не хватает тех стереотипов, установок и ценностей, которые дала Церковь.

Библиографический список

1. Основы православной антропологии: Хрестоматия / сост. и общ. ред. Вадим Леонов, прот. М.: Издательство Московской Патриархии Русской Православной Церкви, 2016. 688 с.

ВРАЧИ-ПСИХИАТРЫ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ: УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ПОСЛЕДИПЛОМНЫМ ОБРАЗОВАНИЕМ И ТРУДОМ

Шилова О. В., к. м. н., доцент,
УО «Гомельский государственный медицинский университет»,
Гомель, Республика Беларусь

Аннотация

Проведено анкетирование 235 врачей-психиатров Республики Беларусь по вопросам удовлетворенности организацией последипломного обучения и работы в целом. Только треть врачей удовлетворены полностью. Обнаружена положительная связь между количеством способов получения знаний и удовлетворенностью последипломным образованием. Удовлетворенность работой в целом связана с удовлетворенностью заработной платой.

Ключевые слова

Психиатр, удовлетворенность, последипломное образование, труд.

PSYCHIATRISTS OF THE REPUBLIC OF BELARUS: A CASE STUDY OF THE SATISFACTION WITH POSTGRADUATE EDUCATION AND WORK

Shylova O. V., PhD (Medicine), Associate Professor,
Gomel State Medical University,
Gomel, Republic of Belarus

Abstract

This paper presents the results of the survey conducted among 235 psychiatrists of the Republic of Belarus on the issues of satisfaction with the organization of postgraduate education and work in general. Only a third of doctors are fully satisfied. The study reveals a positive relationship between the number of ways of obtaining knowledge and satisfaction with postgraduate education. Satisfaction with work in general is related to salary satisfaction.

Key words

Psychiatrist, satisfaction, postgraduate education, work.

Введение. Наличие достаточного образования, компетенций и опыта персонала имеет неосцимимое важное значение для эффективности деятельности любой организации и службы в целом. В сфере здравоохранения повышение уровня профессионального образования медицинского персонала является одним из определяющих факторов, влияющих на качество медицинской помощи в целом [3].

В Республике Беларусь управление кадровым потенциалом является многофункциональным организационно-управленческим комплексом, цель которого — обеспечение учреждений здравоохранения квалифицированными и работоспособными сотрудниками для решения задачи сохранения здоровья населения [2]. Врачами психиатрами-наркологами становятся выпускники четырех медицинских университетов страны. Наибольшее количество специалистов выпускает медико-психологический факультет Гродненского государственного медицинского университета. Переподготовку и плановое повышение квалификации не реже одного раза в 5 лет осуществляют кафедра психиатрии и наркологии и кафедра психотерапии ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования» (БелМАПО), а с 2017 года — и факультеты повышения квалификации медицинских университетов. С этой же целью регулярно организуются научно-практические конференции и семинары республиканского и областного уровня. С 2017 года в обязанности профильных кафедр медицинских университетов входит организация постоянно действующих обучающих семинаров для врачей-психиатров, работающих вне специализированных учреждений, врачей терапевтического профиля и среднего медицинского персонала по вопросам улучшения оказания медицинской помощи пациентам с психическими расстройствами.

В мире уровень обеспеченности специалистами-психиатрами отличается значительно: от 0,05 на 10 тыс. населения в Лаосе и Вьетнаме, 0,7 в Ираке, до 7,8 на 10 тыс. населения в Италии, 18,8 на 10 тыс. населения в Нидерландах [5].

Согласно данным некоторых международных исследований, причинами недостаточной популярности специальности среди студентов медицинских вузов и коллег считаются сложность и социальная стигматизация [5]. Профессиональная деятельность врача-психиатра является эмоционально и психологически сложным видом деятельности. Болезненность и смертность психиатров значительно выше в целом по сравнению с другими врачами не только по уровню стресса и депрессий, но и по заболеваемости сердечно-сосудистой патологией, онкологическим заболеваниям и количеству травм [1, 5]. В ряде исследований отмечается наличие определенных личностных особенностей и психологических травм в анамнезе у тех, кто выбирает психиатрию [5]. Большое значение имеет также пренебрежительное отношение врачей к своему психологическому здоровью, в том числе недооценка проблем, закрытость и недоверие [5].

В системе психического здоровья Министерства здравоохранения Республики Беларусь по состоянию на 1 января 2015 г. работало 992 психиатра-нарколога, или 1,047 на 10 тыс. населения. Всего в системе Министерства здравоохранения введено 1410 штатных должностей, из них 1348,75 занято (1,42 на 10 тыс. населения). В амбулаторных условиях психиатрическую и наркологическую помощь оказывали 638 психиатров-наркологов (907,5 штатных должностей, из них 860 занято) [4]. По состоянию на 1 июля 2016 г. обеспеченность занятыми должностями врачей-психиатров снизилась до 0,77, а средний показатель обеспеченности физическими лицами — до 0,60 на 10 тыс. населения. Общая потребность во врачах-психиатрах по стране составляла 120 врачей, в семи районах отсутствовали врачи-специалисты психиатрической службы.

Обеспечение кадрами специализированных медицинских учреждений квалифицированными врачами психиатрами-наркологами в стране недостаточное [2]. Снижение приверженности учреждению и специальности является негативной тенденцией и требует при-

нения организационно-управленческих мер. В последние годы состояние службы психического здоровья и его кадрового потенциала привлекает особое внимание Министерства здравоохранения Республики Беларусь [2, 3].

Цель. Изучение удовлетворенности последипломным образованием и трудом в целом у врачей-психиатров Республики Беларусь.

Материалы и методы. Была разработана анкета для социологического опроса врачей психиатров-наркологов с целью оценки удовлетворенности различными аспектами своей профессиональной деятельности. В настоящей статье рассмотрены лишь некоторые из них. Было проанкетировано 235 психиатров-наркологов, работающих в специализированных психиатрических учреждениях всех регионов Республики Беларусь. Некоторые врачи активно отказывались от заполнения анкет, несмотря на анонимность исследования, что может свидетельствовать о личностных и/или профессиональных чертах. Тем не менее количество собранных анкет достаточное с точки зрения социологии и статистики и позволяет анализировать врачей-психиатров-наркологов как когорту.

Среди опрошенных был 71 мужчина (30%), 164 женщины (70%). Из них 99 врачей (42,1%) работали в специализированных стационарах, 107 (45,5%) — в диспансерных отделениях, 29 врачей (12,3%) — в психиатрических кабинетах лечебно-профилактических учреждений. В сельской местности работали 17,4%, в городах — 33,6%, в областных центрах — 36,2%, в учреждениях республиканского уровня — 12,8% врачей. Врачами-ординаторами работали 155 человек (66%), заведующими отделением — 28,5% (67 чел.), административные должности занимали 5,5% опрошенных (13 человек).

Возраст врачей от 25 до 76 лет. Средний возраст $49,9 \pm 11,8$ лет, медиана 39 [31; 50] лет. Врачей без квалификационной категории среди них было 53 (22,6%), со второй — 60 человек (25,5%), с первой категорией 111 (47,2%). Высшую квалификационную категорию имели лишь 11 (4,7%) опрошенных. Врачебный стаж до 5 лет имели 62 врачей (26,6%), от 6 до 15 лет — 88 врачей (38,4%), от 15 до 25 лет стажа имели 36 человек (15,8%), стаж остальных 47 врачей (20,6%) был более 25 лет. Работали на момент опроса на одну ставку 74 врача (31,5%), на 1,25 ставки — 69 (30%) врачей, на полторы ставки — 75 (32%) врача. Более чем на полторы ставки работали 12 (5%) врачей и пятеро работали менее чем на ставку.

До 5 лет работали в данном учреждении 31,5% врачей, от 6 до 10 лет — 19,1%, от 11 до 20 лет — 24,7%, свыше 20 лет — 24,7% врачей. При этом около половины врачей (48%) не меняли место работы, остальным приходилось менять его по причинам, связанным со сменой специальности (35,2%), переездом в другой город (26,2%), после отработки по распределению (34,4%) и 4,1% — в связи с поисками лучших условий труда. Количество смен мест работы составило $1,42 \pm 0,72$ (до 5 раз).

Среди опрошенных врачей 35,5% были выпускниками медико-психологического факультета УО «Грод-

ненский государственный медицинский университет» (в том числе 4,7% прошли дополнительно клиническую ординатуру). Стали психиатрами-наркологами после прохождения переподготовки (переквалификации на кафедре психиатрии БелМАПО) 21,4% врачей, 6,4% прошли клиническую ординатуру по психиатрии при различных вузах Республики Беларусь после окончания лечебных факультетов. Профессиональный путь оставшихся 36% врачей включал только интернатуру/стажировку по специальности после университета.

Подавляющее большинство врачей ответили положительно на вопрос о стремлении к повышению своей профессиональной квалификации (98,3%). При этом полностью удовлетворены доступными им способами повышения квалификации 32,5% врачей, отчасти — 56%. Еще 9,4% считают, что повышение квалификации организовано формально, 4% не удовлетворены совсем.

Только 5,5% (13 врачей) для повышения профессионального мастерства используют только курсы БелМАПО. Менее половины врачей (41,5%) используют для повышения квалификации, в дополнение к курсам на кафедре психиатрии БелМАПО, все возможности: чтение научной литературы, посещение научно-практических конференций, участие в клинических разборах, посещение профессиональных интернет-сайтов. Еще 2,6% участвуют кроме этого в платных тренингах по различным направлениям психотерапии. Около 18% (42 врача) используют все возможности, кроме интернет-порталов. Дополняют курсы чтением специальной литературы 25% врачей. Оставшиеся сочетают курсы с посещением научно-практических конференций. Обнаружена связь между качественными показателями удовлетворенности способами повышения квалификации и используемыми возможностями ($\chi^2 = 31, p < 0,05$): среди врачей, использующих много способов для повышения квалификации, было меньше неудовлетворенных их организацией или считающих, что оно организовано формально.

На открытый вопрос «Что в последний месяц Вы читали по специальности?» дали ответ 135 врачей, треть из них отметили международный научно-практический журнал «Психиатрия, психотерапия и клиническая психология», издаваемый в стране, 17% — несколько источников, около 10% описали книги журналы числом более трех. Треть врачей отметили какой-либо из учебников, который они периодически читают.

На вопрос «Видите ли Вы для себя возможность карьерного роста в своей профессии?» положительно ответили 96 врачей (41%), отрицательно — 33%, «не задумывался об этом» — 26% (61 врач). Существует достоверная связь отношения к карьерным перспективам с возрастом ($\chi^2 = 44,9, p < 0,000$): оптимистичным он является у врачей до 44 лет, в старших возрастных категориях — пессимистичным.

Каждый третий из опрошенных врачей (34,2%) не был удовлетворен контактами и сотрудничеством с другими специализированными психиатрическими учреждениями Республики Беларусь, считая, что вза-

имодействие редкое и слабо организованное. Около половины (47,4%, 111 человек) удовлетворены частично, только 12% удовлетворены полностью, 15 человек затруднились с ответом.

При оценке удовлетворенности своей работой в целом ответ «полностью удовлетворен» отметили 17% врачей, среди них несколько больше врачей стационаров (22% против 16% амбулаторных служб). Большинство врачей (69,7%) «удовлетворены отчасти» (среди них было больше врачей диспансерных отделений), 4% не удовлетворены совсем без разницы в условиях работы. Обнаружена достоверная связь удовлетворенности работой и заработной платой ($\chi^2 = 28, p < 0,001$).

Выводы. Врачи-психиатры в подавляющем большинстве стремятся к повышению квалификации, при этом лишь треть полностью удовлетворена ее организацией, около 15% не удовлетворены совсем или считают ее формальной. При этом 41,5% врачей используют для повышения квалификации, кроме официально организованных курсов, большое количество доступных им способов, включающих чтение литературы, посещение конференций, тренингов и интернет-порталов. Среди них неудовлетворенных достоверно меньше. Удовлетворенность работой в целом не связана с удовлетворенностью последипломным образованием, но связана с удовлетворенностью заработной платой.

Библиографический список

1. Давыдова И. А., Игумнов С. А. Удовлетворенность медицинских работников своим трудом: обзор литературы // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. 2011. № 2 (04). С. 112–119.
2. Постановление Коллегии министерства здравоохранения Республики Беларусь «О состоянии психиатрической помощи населению Республики Беларусь» № 19.2 от 24.08.2016.
3. Приказ МЗ РБ № 976 от 17.10.2016. «Об утверждении и выполнении Плана мероприятий по реализации Концепции развития психиатрической помощи в Республике Беларусь на 2016–2020 годы».
4. Психиатрическая помощь населению Республики Беларусь 2014: информ.-стат. сб. / Министерство здравоохранения Республики Беларусь, ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья»; сост.: А. И. Старцев [и др.]. Минск: Профессиональные издания, 2015. 122 с.
5. Sartorius N., Gaebel W., Cleveland H.-R. et al. WPA guidance on how to combat stigmatization of psychiatry and psychiatrists // World Psychiatry 9:3. October 2010. P. 131–144.

ОБРАЗОВАНИЕ В СТРУКТУРЕ ЕДИНОГО ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА

EDUCATION IN THE STRUCTURE OF A SINGLE TREATMENT AND REHABILITATION PROCESS

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ ПСОРИАЗА

Авдулова Т. П., доцент, к. псих. н.,
ФГОУ ВО «Московский педагогический государственный университет»,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

Приведены результаты сравнительного анализа различий в уровне алекситимии, различных проявлений агрессивности и тревожности, акцентуированности личности и фиксации конкретных видов психологических защит у людей, больных псориазом, и у представителей соматически здоровой выборки.

Ключевые слова

Психосоматические нарушения, псориаз, алекситимия, агрессивность, тревожность, акцентуации характера.

PSYCHOSOMATIC COMPONENTS OF PSORIASIS

Avdulova T. P., PhD (Psychology), Associate Professor,
Moscow State Pedagogical University,
Moscow, Russian Federation

Abstract

This study provides an analysis of psychosomatic factors in patients with psoriasis compared with healthy individuals. The analysis explores the level of alexithymia, aggression and anxiety implications, accentuated personality and psychological protection.

Key words

Psychosomatic disturbances, psoriasis, alexithymia, aggression, anxiety, accentuation of personality traits.

Проведенное нами совместно с И. В. Зайченко исследование психосоматических предпосылок псориаза как заболевания, в значительной степени психогенного по своей природе, строилось в направлении сравнительного изучения особенностей личности больных псориазом и контрольной группы людей, не страдающих данным заболеванием и уравненных по возрастному и половому признаку. В качестве ведущих особенностей личности, определяющих психосоматический фактор псориаза, нами были выделены следующие качества: алекситимия, агрессивность, определенные типы акцентуаций, выраженность отдельных механизмов защит и нарушение психологических границ личности.

В эмпирическом исследовании принимало участие две группы испытуемых: группа больных псориазом 21 чел. в возрасте от 25 до 55 лет (средний возраст 35,5 лет), из них 14 женщин, 7 мужчин. Группа соматически здоровых испытуемых: 21 чел. в возрасте от 23 до 60 лет (средний возраст 38,1 лет), из них 5 мужчин и 16 женщин. В исследовании применялись следующие методики: Торонтская алекситимическая шкала (TAS); методика исследования агрессивности личности А. Басса — А. Дарки; опросник К. Леонарда — Н. Шмишека на определение акцентуированного выражения черт человека; опросник Плутчика—Келлермана—Конте для диагностики различных механизмов психологической защиты; опросник суверенности

психологического пространства личности С. К. Нартовой-Бочавер.

Гипотеза исследования 1: существуют различия в особенностях личности между здоровыми людьми и больными псориазом. Эти различия проявляются в таких показателях, как алекситимия, агрессивность, выраженность механизмов психологической защиты и выраженность акцентуаций личности.

Гипотеза исследования 2: существуют различия в суверенности психологического пространства личности между здоровыми испытуемыми и испытуемыми, больными псориазом.

Из полученных результатов исследования видно, что среди больных псориазом более высокий процент алекситимичных. Объединив собственно алекситимию и пограничные показатели, мы увидим, что 62% больных хроническим дерматитом нашей выборки имеют серьезные нарушения в эмоциональной сфере, находятся не в контакте с собственными чувствами, тогда как аналогичный совокупный показатель в выборке здоровых составляет только 14%. Различия нашли статистическое подтверждение.

По средним показателям у группы испытуемых, страдающих псориазом, более высокие баллы по всем шкалам агрессивности, кроме шкалы «Физическая агрессия» (отличие от здоровой группы составляет 0,24 ед.). Показатели по общей шкале враждебности у больных псориазом выше, чем у здоровых, на 2,33 ед. и составляют 9,85 ед. при норме 8 ± 2 ед. Общая шкала мотивационной агрессии у больных составила 14,38 ед., что больше, чем у здоровых, на 0,86 ед. Показатель находится в пределах статистической нормы. Показатели по общей шкале агрессивности у выборки больных выше, чем у здоровых, на 0,28 ед., и составляют 13,28 ед., что также находится в пределах статистической нормы. Различия нашли статистическое подтверждение.

Анализ характерологических особенностей личности испытуемых, страдающих псориазом, показал следующие значения. Гипертимность у здоровых людей незначительно выше, чем у больных, — в среднем на 0,14 ед. В свою очередь, дистимность у больных выше в среднем на 0,58 ед. по сравнению со здоровой группой. Циклотимия у группы больных с хроническим дерматозом ниже, чем у здоровых, на 0,13 ед. Неуровновешенность и демонстративность у больных и здоровых находится практически на одном уровне, разница незначительная с перевесом в сторону здоровой группы респондентов.

Отдельного внимания заслуживает акцентуация характера по типу застревания. У больных псориазом средний балл по данному показателю составил —15,61 ед., что говорит о яркой выраженности данной акцентуации. У группы здоровых данный показатель значимо ниже, чем у группы больных псориазом. Число испытуемых с выраженной акцентуацией характера по типу застревания у группы больных составляет 38% общего числа по группе, в группе здоровых превышения данного показателя не наблюдается вовсе.

Педантичность также выше у группы больных в среднем на 3,24 ед., чем у группы респондентов без

соматических заболеваний. Показатель находится в пределах статистической нормы. Значимо выше тревожность у группы больных хроническим дерматозом. Разница данного показателя с группой здоровых составила в среднем 4,57 ед. Данная акцентуация выходит за границы статистической нормы.

Экзальтированность и эмотивность у группы больных псориазом ниже, чем у группы здоровых, в среднем на 0,38 и 0,29 ед. соответственно.

Таким образом, в группе больных отмечается явное повышение показателей по таким профилям личности, как тревожный, педантичный и застревающий, что предположительно связано с особенностями переживания болезни. Различия нашли статистическое подтверждение.

Исследование механизмов психологической защиты показало фиксацию больных псориазом на защите по типу отрицания (в группе больных дерматозом показатель значительно выше, чем в группе здоровых людей), который по группе больных выходит за рамки границы нормы. Число респондентов с повышенным механизмом данной психологической защиты в группе больных дерматозом составляет 57% общего числа группы, в группе здоровых — 14% общего числа группы.

Остальные различия по показателям между двумя группами незначительны: у группы больных выше средний балл по механизму защиты «Подавление» в среднем на 0,34 ед., по «Интеллектуализации» в среднем на 0,24 ед., по «Замещению» — в среднем на 0,19 ед. и «Реактивному образованию» — в среднем на 0,14 ед. Средние баллы по механизмам «Регрессии» и «Проекции» больше у здоровых, чем у больных, в среднем на 0,14 и 0,19 ед. Тем не менее можно отметить некоторое повышение показателей в группе больных по шкале подавления. Различия нашли статистическое подтверждение.

Общий уровень психологической суверенности у больных псориазом незначительно, но ниже, чем у здоровой группы, в том числе по суверенности тела в среднем на 0,42 ед., по суверенности вещей — в среднем на 0,09 ед., по суверенности ценностей — в среднем на 0,47 ед. В группе здоровых испытуемых ниже показатели по шкале суверенности территории — в среднем на 0,10 ед., по шкале суверенности ценностей — в среднем на 0,29 ед. Различия не нашли в дальнейшем статистического подтверждения.

Выводы по эмпирическому исследованию.

1. Первая гипотеза исследования в целом подтвердилась. Обнаружены значимые различия в эмпирических подгруппах между больными и здоровыми испытуемыми по следующим показателям:

— выраженность механизма психологической защиты по типу отрицания: U -критерий Манна—Уитни 75,000 при $p \leq 0,001$ (у испытуемых, страдающих псориазом);

— выраженность акцентуации характера по типу застревания: U -критерий Манна—Уитни 48,000 при $p \leq 0,001$ (у испытуемых, страдающих псориазом);

— распространенность акцентуации характера по типу педантичности: *U*-критерий Манна—Уитни 107,500 при $p \leq 0,001$ (у испытуемых, страдающих псориазом);

— выраженность тревожности: *U*-критерий Манна—Уитни 79,000 при $p \leq 0,001$ (у испытуемых, страдающих псориазом);

— выраженность вида агрессивности по типу подозрительности: *U*-критерий Манна—Уитни 63,500 при $p \leq 0,001$ (у испытуемых, страдающих псориазом);

— выраженность общей враждебности: *U*-критерий Манна—Уитни 93,000 при $p \leq 0,001$ (у испытуемых, страдающих псориазом);

— выраженность алекситимии: *U*-критерий Манна—Уитни 56,000 при $p \leq 0,001$ (у испытуемых, страдающих псориазом).

Результаты по шкале «Общая враждебность» выше у группы больных псориазом в связи с повышенной подозрительностью, а также в связи с хоть и не значимо, но более высоким уровнем по сравнению со здоровой группой, чувством вины.

2. Вторая гипотеза исследования не подтвердилась. По методике «Суверенность психологического пространства» нарушение психологических границ выявлено как у группы здоровых, так и у группы больных псориазом. Значимых различий между подгруппами испытуемых не обнаружено.

3. Выявлены значимые положительные корреляции в структуре акцентуаций и агрессивности между:

— акцентуацией по типу педантичности и агрессивностью по типу тревожности (при $p \leq 0,001$);

— алекситимией и акцентуацией по типу застревания (при $p \leq 0,01$);

— акцентуацией по типу застревания и агрессивностью по типу тревожности и по типу педантичности (при $p \leq 0,05$);

— акцентуацией по типу застревания и механизмом психологической защиты по типу отрицания (при $p \leq 0,05$);

— суверенностью психологического пространства личности и тревожностью (при $p \leq 0,05$);

— алекситимией и механизмом психологической защиты по типу отрицания (при $p \leq 0,01$).

HOW TO APPROACH THE SUBJECT OF DEATH IN MENTAL HEALTH EDUCATION

Aknin N., President of European Confederation of Psychoanalytic Psychotherapies
(ECP—French Branch),
Rector and teacher of SFU-Paris
(French branch of Sigmund Freud University Vienna),
Paris, France

Abstract

This paper dwells on the issue of death and coping mechanisms for dealing with it. The author discusses the recommendations for talking with children about the nature of death and offers her comments on the subject.

Key words

Death, Freud, human psyche.

Sigmund Freud defines Death as the major fear of the human psyche. Of course, the repression of such anxiety is often the source of physical and psychic disorders especially psychosomatic symptoms. This paper will present different hypotheses and options for people who are uncomfortable talking on the subject of death (to children and students in the framework of Education in Psychotherapy).

Some questions that may arise in this field: Is Death really the end? If so, how to overcome the anxiety of finitude? Is Death and Life a seamless continuum? If so, how does one explain this? Has any scientific proof been presented concerning this subject?

Jean Pierre Muiyard, one of our neurophysiologist professors at SFU Paris states: “Nobody wants to die, we only wish to generate more life”. Is Death a way to do so, meaning a way to be more alive? Other queries:

Do we undergo Death or do we choose Death? Hopefully these questions will allow us to envisage together a different education concerning this topic.

Kyle D. Pruett, a member of the Goddard School Educational Advisory Board and clinical professor of child psychiatry at Yale School of Medicine, recommends seven ways to talk to our children about death. Let me present here this list and offer list and my comments and suggestions:

1. Be prepared: “Reflect on your own questions about death with a trusted friend or partner so when you speak with your child you are clear about what you want to say.

If there is religious or spiritual component to our understanding of death that we want to convey to our child, be plain and clear about our beliefs?”

I add: we, as adults and parents, need to mention how we are dealing with our own death.

2. Be truthful: “Even little avoidances you may want to make the subject of death less frightening, can cause more uneasiness than relief”.

I add: “At least 80% of communication is non verbal and its coherent to consider this impact on our way to communicate”.

3. Be accurate: Euphemisms as our “going away” or “passing” may be confusing to children. Accurate terminology is “efficient”. Personally, I think the word death has to be vocalized and as the same time de dramatize, so, that it may find a serene place in the life process.

4. Be sensitive to your child’s development stage: “Given how death is often depicted on the screen, young children may have a hard time taking death seriously. They tend to see it as short-lived and reversible, as with a video-game character that comes back to life, or because they have seen movie characters who seem unfazed by the death of a parent. Older children may be beginning to understand that death is complex. Nevertheless, it is still hard for them to understand that death may affect someone with whom they are close, or that it’s permanent. That’s okay.”

For me, accepting a certain amount of resistances concerning death is really helpful and it would allow us to progress further in the process of affective maturity. Let’s say: what resists persists.

5. Be clear: When you talk with your children about death, keep it simple, short and scientific. Because the young mind thinks in concrete terms, it is best to talk about death as a change in function. For example, say, “Since that spider died, he can’t walk anymore,” or, if there is an illness in the family, “When Grandma dies, she will stop breathing, her eyes won’t see anymore, she won’t talk, and she won’t feel anything, either.” I think that it’s not a destiny to repeat illness in the family! We could allow them to be the generation who could stop repetition and we can die without sickness at all.

6. Be reassuring: “When discussing death, young children may ask a parent, ‘Will you die?’ When children ask this question, they are usually too young to comprehend that death is permanent. Consequently, try to get to why the child is asking this question—it is usually about reassurance. Ask your child, ‘Are you worried that I won’t be able to take care of you?’ If that is his concern, you can reassure him by saying, ‘I probably won’t die for a very, very long time, so I’ll be here as long as you need me.’ An older child might need even more reassurance and can be told, ‘If I did die, there are lots of people who would take care of you, like Aunt Dot and Uncle Tom, or Grandpa and Grandma.’ My opinion is that we could say: as parent I choose to die when I will be very old! If by accident my wish is not granted I am sure you will be able to find your own security inside yourself and reach your autonomy with the help of people around you.”

7. Wait: “After you talk with your child about death, she or he may walk away and go back to playing. Let the child be. Your child will come back to you, and that is a good time to check in with her about what she understood and ask her if she has any other questions.” I’m convinced that assuring a child that we are available

for any future discussion when they feel the need relieves much anxiety.

An anecdote: Our four-year-old grandson was quite traumatized by the death of his cat.

He cried a lot and his parents welcomed his tears and showed much compassion. However, they felt they needed to do more comfort him with this despair and grieving. So they came up with the idea of lighting a candle and letting Simon communicate his feelings using the flame as a symbol of the cat. This experience helped Simon to overcome the anxiety of separation! Beside death, could we say that separation is one of the main problem in our psyche?

Even Sigmund Freud spoke about the desire to return into womb of our mothers!

Doesn’t the problem of the psyche go beyond that of the Oedipus theory but is more precisely linked to a nostalgia of unity? Through different points of view, we could observe that the question of the quality of links and the research of unity between human beings before and after life are omnipresent.

The different theories of attachment—Spitz, John Bowlby—experiences from Mary Ainsworth (the strange situation), separation-individuation (Margaret Mahler well known Pediatrician—the anxiety of separation, and how to accompany people in the grieving process, are drawn from the psychological framework of child development). Isn’t it accurate to think that the more we talk about death, the more we will be able to help people reduce anxiety concerning separation? In the same time it’s not a way to escape to talk clearly about death. Both subjects are complementary in my point of view.

About Quantum physics: “There is a quantum code for all things, living and dead, then there is an existence after death (speaking in purely physical terms). Dr. Hans-Peter Dürr, former head of the Max Planck Institute for Physics in Munich, states that, just as a particle ‘writes’ all of its information on its wave function, the brain is the tangible ‘floppy disk’ on which we save our data, and this data is then ‘uploaded’ into the spiritual quantum field. Continuing with this analogy, when we die the body, or the physical disk, is gone, but our consciousness, or the data on the computer, lives on. This discovery changes drastically our point of view regarding death and the way we express about it: If we are a consciousness who lives on, could we say that death concern only our body and not for who we are?”

So with this hypothesis, the question could be: can life and death be considered as a continuum and also an opportunity for our consciousness (meaning us) to go through appearances for defining ourselves as universal and human being?

Leonardo de Vinci said, “While I thought that I was learning how to live, I have been learning how to die.”

Concerning life after death, we have different testimonies from people who had near death experiences, we can hear the same stories:

“I was an atom full of consciousness, unique in its color, and sound in an ocean of peace, harmony.

I felt all atoms of the universe unified by an incredible and lovely intelligence.

Plus no one asked me to return to my body, I was the only one who could choose.”

It's interesting to make a link with the words of Edgar Mitchell, one of the first Astronaut moonwalker:

“We are one” and also: “When I went to the moon I was a pragmatic test pilot. But when I say the planet Earth floating in the vastness of space the presence of divinity became almost palpable and I knew that life in the universe was not just an accident.”

And “I experienced an ecstasy of Unity. I not only saw the connectedness, I felt it and experienced it sen-

tiently. The restraints and boundaries of flesh and one fell away.”

In France, philosophy is now very popular.

Many establishments are open to allow children and adults to ask existential questions. These establishments permit all of us to think by ourselves. Isn't it a way to express our own intuition?

To conclude, as human beings, the topic of “Death and Life” is still an intriguing mystery and remains to be one of the main exciting unfinished subjects that we will continue to explore.

Bibliography

1. Freud S. Totem and Tabou (chapter 3 and 4).
2. Bowlby J. Maternal Care and Mental Health.
3. A secure base: parent child // Attachment and Healthy development.
4. Freud S., Spitz R. Developmental psychology. 22 (346–359).
5. Ainsworth M. Patterns of attachment of the strange situation.
6. Pruett K. 7 steps to talk to young children about death // Washington post.
7. Dürr H.-P. Scientific review papers.
8. Da Vinci L. Notebooks (p. 260).
9. Mitchell E. Quotes.
10. Mahler M. The psychological birth of human infant.

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ В КОНТЕКСТЕ СОВРЕМЕННЫХ КОНЦЕПЦИЙ СОЗНАНИЯ

Акопов Г. В., д. псих. н., профессор,
ФГБОУ ВО «Самарский государственный социально-педагогический университет»,

Носачев Г. Н., д. м. н., профессор,
Специализированный консультативно-диагностический центр клиник
ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет»,
Самара, Российская Федерация

Аннотация

Статья посвящена современному состоянию психологии сознания и возможности использования ее успехов в клинических нейронауках (неврологии, психиатрии). Подчеркнуто несоответствие семиотики синдромов патологии сознания, что затрудняет диагностику и реабилитацию пациентов. Обсуждены возможности дальнейшего использования критериев диагностики расстройств сознания К. Ясперса. Отдельное внимание уделено исчезновению из клинической практики понятия «легкое оглушение» (обнубиляция).

Ключевые слова

Психология и психопатология сознания, обнубиляция, критерии К. Ясперса.

MENTAL HEALTH IN THE CONTEXT OF MODERN CONCEPTS OF CONSCIOUSNESS

Akopov G. V., Psy. D., Professor,
Samara State University of Social Sciences and Education,

Nosachev G. N., MD, Professor,
Specialized Consultative Diagnostic Clinic Center, Samara State Medical University,
Samara, Russian Federation

Abstract

The article is devoted to the current state of psychology of consciousness and the opportunities for using its achievements in clinical neuroscience. The paper highlights the inadequacy of the semiotics of consciousness pathology syndromes which complicates the diagnosis and rehabilitation of patients, especially in neurology. Additionally, the author discusses the possibility of the further use of the diagnostic criteria of consciousness disorders of K. Jaspers. Special attention is paid to the disappearance of the concept of "slight stun" (obnubilation) from clinical practice.

Key words

Psychology and psychopathology of consciousness in neurology and psychiatry, obnubilation, K. Jaspers criteria.

Проблема сознания в современной науке и возможные приложения тех или иных решений все чаще претендуют на центральное положение в спектре других проблем.

Глобальная информатизация современной жизни с растущими возможностями социальной манипуляции, всесторонняя роботизация и трансгуманизация с надеждой порождения неуязвимого человека, новые возможности генетического вмешательства в жизненные процессы и другие последствия современной глобализации все сильнее опережают фантастику как работу исключительно воображения [2].

На первый план выдвигается инновационное, проектное сознание с установками практической одномоментной реализации. Необходимость серьезного прогнозирования не только позитивных, но и возможных негативных последствий отходит на второй план. Такое прогнозное сознание, если говорить о последствиях для здоровья человека, уже сегодня может «питаться» новой фактологией нарушений и расстройств сознания, все сильнее вытесняющих традиционные психические нарушения.

Во всех этих случаях весьма сложно говорить о нарушениях психики, психопатологии или патопсихологии, это прежде всего нарушение индивидуального, реже группового сознания.

Обращаясь к психиатрической квалификации нарушений сознания, находим очень узкий спектр соответствующих параметрических описаний, а также сильно устаревшую трактовку сознания (в частности, в толковых словарях психиатрических терминов) [7, 8].

С конца XX века проблема сознания стимулировала значительный всплеск исследовательских программ и определила новое направление комплексных изысканий, обозначаемое сегодня как наука сознания. Сформировались различные центры исследований сознания, в частности, в Туссоне (США), Ассоциация научных исследований сознания (ASSC). Различные концепции сознания предложены и обсуждаются зарубежными учеными (B. Baars, D. Chalmers, A. Cleere-mans, D. Dannett, F. Dretske, W. Lycan, C. McGinn, T. Metzinger, D. Papineau, D. Rosenthal, W. Seager, J. Searle, J. Shear, R. VanGulick, M. Velmans). Ряд новых концептуальных проектов в психологии сознания выдвинут российскими учеными (А. Ю. Агафонов, Г. В. Акопов, В. М. Аллахвердов, А. В. Карпов, В. Ф. Петренко).

Несмотря на столь значительный прогресс в разработке проблемы сознания, как ни парадоксально, отсутствуют какие-либо известные релевантные проекции предлагаемых концепций в сферу психиатрии, в частности, в соответствующую разработку проблематики нарушений и патологии сознания.

Вместе с тем следует признать, что в каждом из психологических проектов, определяющих сущность, виды, типы и закономерности сознания, его структуру, функции неизбежно-явно, имплицитно содержится потенциал приложений к конкретным сферам жизнедеятельности человека и различных социальных групп. Наиболее критичной верификацией для проектов рассматриваемого направления является граничная проверка. «Сознание и его границы» — так называлась работа В. М. Бехтерева [5], изданная в Казани в 1888 году. Различные вариации сформулированных В. М. Бехтеревым характеристик нормативности сознания используются в психологии, отчасти в психиатрии, и сегодня. Что же нового вносят или могут внести в практическое решение вопросов психического, психологического здоровья и, в частности, в отношении сознания человека, современные концепции сознания? Если обратиться к смысловой концепции сознания А. Ю. Агафонова [1], то нарушения сознания будут следовать из нарушений смыслопорождения, динамики смыслов, их воплощения в конкретных жизненных ситуациях, что включает также пространственно-временную и личностную осмысленность жизнедеятельности человека, традиционно используемые в качестве одного из критериев нормативности сознания.

В двухфакторной модели сознания (Акопов Г. В., 2007, 2010, 2016) коммуникативная и творческая активность человека совокупно определяют тот или иной уровень сознания как в индивидуальном, так и в социальном, профессиональном и других измерениях [2, 3].

В концепции В. М. Аллахвердова [4] комплементарная взаимосвязь сознания и бессознательного позволяет элиминировать так называемые парадоксы сознания и принять совокупность законов, предложенных автором для объяснения явлений сознания и применения в разнообразной жизнедеятельности человека. Нормативность сознания в этом случае можно понимать как соответствие психических явлений определенного уровня установленным законам.

Метасистемная концепция сознания А. В. Карпова [9] позволяет более определенно устанавливать

взаимосвязь и специфику явлений сознания как высших уровней психики в широком спектре психических явлений, что, возможно, создаст основу для разработки общей критериальной методологии нормативности сознания, сопряженной с системами патопсихологии и психопатологии человека.

Психосоматическая концепция сознания В. Ф. Петренко — первая в списке современных теоретически оформленных, экспериментально и эмпирически (прикладные исследования) апробированных в различных контекстах социальной жизни [16, 17]. Можно предположить, что психосоматические пространства лиц с нарушенным и нормативным сознанием будут различаться по тем или иным признакам. Рассмотрим параметрическую конкретизацию исследуемой задачи на примере двухфакторной модели сознания. Согласно концепции, все многообразие явлений сознания определяется непосредственно и социокультурно опосредованными факторами контакта и свободы, причем каждый из факторов «обеспечивает» (само)актуализацию, (само)реализацию, (само)идентификацию и т. д. как во внутреннем (само-...), так и во внешнем по отношению к индивиду планах, называемых также реальностью (внутренний мир — внешний мир).

Параметрическое описание фактора контакта помимо собственно явлений контакта, хорошо известных в психотерапии, включает также такие уровневые параметры общения, как и информационная коммуникация (безличное сообщение), смысловая коммуникация (личностно значимая информация) и метакоммуникация, т. е. рефлексия в общении. Нарушения в каждом из перечисленных структурно-уровневых компонентов «номиналируют» соответствующий тип абнормативности сознания.

Параметризация фактора свободы определяет степень отчетливости трех составляющих жизнедеятельности: выбор (предпочтения той или иной направленности) — творчество как способ преодолеть шаблоны и традиционные установки в конструировании, реконструировании и обновлении психической реальности (представлений, образов, переживаний), связанной с внешним и внутренним миром личности. Таким образом, сочетание особенностей или крайних проявлений в структурных составляющих коммуникативной и инстаурационной сферы может привести к тем или иным нарушениям сознания.

Таким образом, можно предположить, что различные концепции сознания в определенной степени отображают качественно различную специфику структурной и функциональной организации сознания и, соответственно, в прикладном плане могут использоваться также для объяснения и планирования тех или иных терапевтических мер.

В связи с такой поликонцептуальностью описаний сознания [17] предстоит определенная совместная работа психологов, психотерапевтов и психиатров по обновлению параметров, содержательно характеризующих нарушения сознания. Возможно, необходим очередной переход к понятию «расстройства сознания», что обусловлено существенной и многосторон-

ней дифференциацией личностных проявлений в современном человеке. Намечившаяся интеграция описательных и объяснительных «линий» многообразных самоосуществлений личности, на наш взгляд, непосредственно связана с явлениями сознания.

Между тем в медицине расстройства сознания представляют огромную опасность для жизни человека (экстренная, неотложная медицина). В отечественных нейронауках XXI в. существенно изменилось отношение к патологии сознания, что сказывается на семиотике патологии сознания. До настоящего времени в неврологии и психиатрии практически отсутствует единая классификация синдромов патологии сознания, что создает диагностические, лечебно-реабилитационные и прогностические трудности. Единственное классификационное согласие — в выделении количественных и качественных расстройств сознания, далее имеет место расхождение как в отношении синдромов, так и в их содержании.

Посмотрим, что сказано о расстройстве сознания в двухтомном руководстве для врачей «Болезни нервной системы» под редакцией Н. Н. Яхно, Д. Р. Штильмана [6]. В главе 2 «Основные синдромы поражения нервной системы» расстройство сознания представлено синдромами: спутанность сознания, делирий, сопор, кома. Приведем краткое описание спутанности сознания: «Термин недостаточно точный, но обычно подразумевает невозможность думать с достаточной быстротой и ясностью. Пациенты с выраженной спутанностью способны выполнять лишь самые простые команды...» [6, с. 216]. В главе 10 «Травматическое поражение нервной системы» приводит классификация расстройства сознания (по Коновалову А. И. с соавт., 1984), где нет спутанности, а есть оглушение умеренное и глубокое, но исчезло легкое оглушение.

В национальном руководстве «Неврология» [11] в главе 25 автор указывает, что «определения этих понятий у разных авторов могут не вполне совпадать» [6, с. 522] и тут же вводит «оригинальное» понятие: «Затемнение сознания — при незначительном снижении уровня бодрствования снижается и искажается восприятие и оценка окружающего. Возможны возбуждение, бред, галлюцинации, различные аффекты...» [11, с. 522]. Термин «обнубиляция» (легкое оглушение) в настоящее время полностью исчез из соматической и неврологической литературы (сохраняется лишь в психиатрии). Между тем на поздних стадиях цереброваскулярной патологии, особенно в геронтологии, обнубиляция встречается достаточно часто, но редко диагностируется и оценивается при проведении терапии и решении вопросов социальной адаптации, а соответственно, и при реализации гражданских прав пациентов.

И. В. Колыхалов в «Руководстве по гериатрической психиатрии» [10] в главе, посвященной психозам позднего возраста, не описывает спутанность и не упоминает оглушение. А в «новом» для психиатрии термине «спутанность» совмещает легкое оглушение и делирий, которые сменяют друг друга.

Какова логика изложения и практического применения синдромов расстройств сознания, трудно по-

нять. Ясно одно: и с теоретической, и с практической стороны медицины нечеткость и путаница терминов ухудшают как диагностику, так и выбор тактики лечения в экстренной и неотложной медицине.

На наш взгляд, в диагностике количественной и качественной патологии сознания (синдромов) могут помочь характерные общие признаки (условно обозначенные нами как симптомы), разработанные и описанные на основе целостности психической деятельности Карлом Ясперсом (1911) [18], хотя и получившие дальнейшее развитие в психологии, но в клинической медицине практически забытые. Тема сознания оставалась главной на всех этапах творческой деятельности К. Ясперса, он одним из первых отметил парадоксальность самоочевидности и одновременно загадочности сознания [18 с. 129]. Дialeктизм не отвергался К. Ясперсом и, видимо, определял некоторые основания для раскрытия тайны сознания. Характерно следующее высказывание: «Для объяснения психической жизни мы должны работать с механизмами, внешними по отношению к сознанию...» [18, с. 35]. Возможно, что одним из таких механизмов, по К. Ясперсу, является сопротивление, с которым человек сталкивается в окружающем мире, сопротивление, которое предоставляет человеку «широкое поле реального, простирающееся от конкретности осязаемых предметов до восприятия значений в вещах, поведении и реакциях людей». Отсюда, по К. Ясперсу, приходит осознание реальности. Более того, «реально то, что оказывает нам сопротивление...» [18, с. 130]. Другим заслуживающим статуса механизма явлением, на наш взгляд [12–15], можно назвать рассматриваемое К. Ясперсом явление дифференциации психического опыта, переживаний. По мнению К. Ясперса, «рост дифференциации приводит к большей ясности и осознанности», более того, «анализ высокодифференцированной психической жизни позволяет осветить более низкие уровни развития...» [18, с. 39–40]. И хотя за прошедший век были предприняты неоднократные попытки найти другие критерии, включая современные скрининговые клинико-психологические тесты (например, шкала Глазго, где отсутствует обнуляция), по существу, они повторяют критерии К. Ясперса. В качестве примера приведен подход В. П. Зинченко (1991): 1) отчетливо осознаваемый образ; 2) поле ясного внимания; 3) содержание кратковременной памяти; 4) очевидный результат мыслительного акта; 5) осознание собственного Я [13].

Описание феноменов сознания, по К. Ясперсу, может опираться на следующую дифференциацию «совокупности отношений»:

- переживание времени и пространства;
- осознание собственной телесности и окружающей действительности;
- множество вариаций соотношения чувств и влечений [18, с. 91].

К. Ясперс выделяет мышление и волю среди других феноменов психической жизни по признаку непосредственности-опосредованности переживания. Эти феномены, как считает К. Ясперс, обусловлены более первичным и фундаментальным феноменом рефлексии («обращение переживания вспять, на себя и на свое содержание»), без которого аналитическое мышление и целенаправленная воля невозможны [18, с. 91]. Как отмечает К. Ясперс, «вместе с рефлексией начинается опосредующее вмешательство в любое непосредственное переживание», т. е. «новое измерение переживания» [18, с. 170]. Переживание, по-видимому, служит критерием психического, или сознания в широком значении. К. Ясперс дифференцирует события, в действительности пережитые личностью, но оставшиеся незамеченными, и события, происшедшие за пределами сознания, и значит, не пережитые (события соматической сферы). «Первые могут быть замечены при определенных условиях и, таким образом, доказывают свою реальность. Вторые же никогда не могут быть замечены по определению» [18, с. 35].

С учетом изложенного выше мы убеждены, что признание существования клиники легкого глушения (обнуляции) с различными вариантами течения (кратковременного, ундулирующего или затяжного), его клинического значения для лечебно-реабилитационных мероприятий, позволяет сохранить личностный, социальный и гражданско-правовой статус пациента и одновременно свидетельствует о высокой компетентности и ответственности врача перед пациентом и гражданским обществом.

Современные клинические нейронауки имеют междисциплинарный характер. Но если неврология остается биологической наукой, предметом которой является морфологическая патология головного мозга, а методом — клинико-неврологический и которая использует психодиагностику только эпизодически, то психиатрия — хотя и медицинская, но в первую очередь аксиологическая наука, предметом которой является патология психической деятельности, метод исследования — клинико-психопатологический с привлечением патопсихологии. Именно поэтому дальнейшее междисциплинарное развитие клинической психопатологии и диагностики расстройств сознания будут опираться на клиническую психиатрию и психологию.

Библиографический список

1. Агафонов А. Ю. Основы смысловой теории сознания. СПб., 2003.
2. Акопов Г. В. Глобализация как фактор трансформации сознания // Вызовы эпохи в аспекте психологической и психотерапевтической науки и практики: Матер. V Междунар. ежегод. науч.-практ. конф. 15–16 апреля 2011 г. / под ред. С. В. Петрушина. Казань: Изд-во «Отечество», 2011. С. 14–17.
3. Акопов Г. В. Психология сознания. Вопросы методологии, теории и прикладных исследований. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2010.
4. Аллахвердов В. М. Сознание как парадокс. СПб., 2000.

5. Бехтерев В. М. Сознание и его границы. Казань, 1888.
6. Болезни нервной системы: руководство для врачей. В 2 т. / под ред. Н. Н. Яхно. М.: Медицина, 2005. 744 с.
7. Блейхер В. М., Крук И. В. Толковый словарь психиатрических терминов / под ред. С. Н. Бокова. Воронеж, 1995.
8. Жмуров В. А. Большой толковый словарь терминов психиатрии. Элиста, 2010.
9. Карпов А. В. Психология сознания. Метасистемный подход. М., 2011.
10. Колыхалов И. В. Психозы позднего возраста // Руководство по гериатрической психиатрии / под ред. С. И. Гавриловой. М.: Пульс, 2011. С. 145–194.
11. Неврология: национальное руководство / Под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, В. И. Скворцова, А. Б. Гехта. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 1040 с.
12. Носачев Г. Н., Носачев И. Г., Бурдаков В. В., Романов Д. В., Дубицкая Е. А. Органические психические расстройства (психоорганический синдром). Самара, 2008. 290 с.
13. Носачев Г. Н., Носачев И. Г., Дубицкая Е. А. Есть ли необходимость замены «обнубления» на синдром «спутанности сознания» // Клинические и фундаментальные аспекты геронтологии. Региональная науч.-практ. конф., посвященная 70-летию Великой Победы. Самара, 2015. С. 256–261.
14. Носачев Г. Н., Носачев И. Г., Дубицкая Е. А. Отрицание легких расстройств сознания (обнубления, астеническая спутанность) в неврологии: клиника, компетентность, ответственность // Матер. Всероссийского конгресса с международным участием «Современные концепции реабилитации в психоневрологии: отрицание отрицания». 9–11 июня 2016 г. Санкт-Петербург. С. 125–128.
15. Носачев Г. Н., Баранов В. С., Носачев И. Г. и др. Патология сознания. Диагностика и оказание неотложной помощи: учеб.-метод. пособие для врачей догоспитального этапа и студентов старших курсов. Самара: ГП «Перспектива», СамГМУ, 2002. 76 с.
16. Петренко В. Ф. Психосемантика сознания. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1988.
17. Петренко В. Ф. Многомерное сознание: психосемантическая парадигма. М.: Новый хронограф, 2010.
18. Ясперс К. Общая психопатология. М., 1997. 1056 с.

COST-EFFICACY STUDY IN PATIENTS WITH PSYCHOTIC DISORDER TREATED WITH AN ATYPICAL DEPOT ANTIPSYCHOTIC

Álvarez A.^{1, 2}, Andrés P.^{2, 3}, Zambrana A.^{2, 3}, Sánchez L.^{2, 3},
De La Mata R.^{2, 3}, Calama J.^{2, 3}, Matias J.^{2, 3},

¹Clinical and Research Psychiatry of the Corporació Sanitaria Parc Taulí,

²Biomedical Research Institute of Salamanca (IBSAL),

³Clinical and Research Psychiatry of the Salamanca Clinical Hospital,
Spain

Abstract

Schizophrenia is a chronic disease with severe and multiple symptoms. Accounting for direct and indirect costs, it presents a substantial burden to the social and healthcare systems. Most of these expenses stem from medication nonadherence, which involves a great risk of relapse and hospitalization (in our country it amounts to 35.8% of total costs). Many patients treated with oral antipsychotics are readmitted during next year after discharge [1]. This issue could be improved by using a long-deposit-injectable atypical antipsychotic. Our goal is to check if long-injectable atypical antipsychotics reduce the rate of readmissions in our medium [2, 3].

Key words

Schizophrenia, readmission, atypical antipsychotics.

Methods. Descriptive analysis of a two-year (2015 and 2016), prospective naturalistic study, at the Psychiatry Inpatient Unit (University Hospital of Salamanca), we checked for the type of 2nd generation depot antipsychotic treatments prescribed (according to clinical practice), diagnosis and hospital readmissions after being discharged, with a follow up till August 2017.

Results. We got a sample of 113 patients, 68 (60.17%), males and 45 (39.82%) females. 68 (60.17%) were treated with paliperidone palmitate and 45 (39.82%) with aripiprazole once a month. The minimum age is 21 years, and the maximum age is 82 years.

Among the 113 patients included who were discharged from the hospital after being treated with a depot atypical antipsychotic: 67 (59.29%), patients having Schizophrenia; 9 (7.96%) Delirious Disorder; 9 (7.96%) Bipolar Disorder, 13 (11.5%) Schizoaffective Disorder; 8 (7.07%) Intellectual disability and 7 (6.19%) Psychosis related with toxics.

A group of 68 were treated with Palmitate Paliperidone, 56 (82.35%) did not readmitted until nowadays, 12 (17.64%) of them were readmitted during the following years, due to lack of adherence in 6 (8.82%) cases and due to family problems in the others cases (8.82%).

The other 45 were treated with aripiprazole once a month. 30 (66.66%) 15 did not readmitted until now-days (33.33%) were readmitted: 9 (20%), after quitting treatment, 1 (2.22%) due to family problems, 2 (4.44%) because of inefficiency, 2 (4.44%) due to behavioral disturbances and 1 (2.22%) due to toxic consumption.

Out of the 68 patients with Palmitate Paliperidone, 10 (14.70%) patients were on monotherapy with this treatment; out of the remaining 58 (28.29.%) with concomitant treatment, 28 of them (41.17%) received another antipsychotic, mainly risperidone.

On the other hand, out of the 45 treated with aripiprazole once a month, 4 (8.88%), were in monotherapy with aripiprazole one-monthly, and out of the 41 (91.11%) with concomitant oral treatment, 13 (28.88%) of them received just oral aripiprazole. The remaining 28 patients

in the sample (62.22%) received another concomitant oral antipsychotic other than aripiprazole, mainly risperidone.

Conclusions. Long-injectable depot atypical antipsychotics are an optimum and cost-effective treatment option, once it is proven proved to decrease the number of hospital readmission rates, improving the economic, social and health-care cost of this pathologies.

Palmitate Paliperidone has been shown to have a lower index of readmissions than monthly ability, in addition to presenting less need for concomitant antipsychotic therapy.

In spite of this, we must continue to consider other strategies, such as the use of quarterly treatments designed to facilitate adherence and reduce the costs and consequences of treatment abandonment.

Bibliography

1. *Juan Oliva-Moreno et al.* The cost of schizophrenia in Spain // *Eur. J. Health Econ.* 2006. V. 7. No. 3. P. 179–184.
2. *Sapin C., Hartry A., Kamat S. A., Beillat M., Baker R. A., Eramo A.* Pharmacoeconomic comparison of aripiprazole once-monthly and paliperidone palmitate from a head-to-head clinical trial in schizophrenia: a US analysis // *Drugs in context.* 2016. V. 5. 212301.
3. *Jiang Y., Ni W.* Estimating the impact of adherence to and persistence with atypical antipsychotic therapy on health care costs and risk of hospitalization // *Pharmacotherapy.* 2015 V. 35. No. 9. P. 813–822.

ПСИХООБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СТРУКТУРЕ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ С РЕЛИГИОЗНЫМ МИРОВОЗЗРЕНИЕМ

Бабурин А. Н.^{1, 2}, Казьмина О. Ю.¹, к. п. н., Магай А. И.^{1, 2}, Казьмина Е. А.¹,

¹ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»,

²Межрегиональное общественное движение в поддержку семейных клубов трезвости, Москва, Российская Федерация

Аннотация

Реабилитация людей с психическими расстройствами является важной государственной задачей. Действенную помощь в ее реализации оказывают социально-ориентированные некоммерческие организации. Высокий профессиональный уровень волонтеров — сотрудников таких организаций является результатом подготовки на базе научно-обоснованных программ реабилитации. Важное место в этом процессе занимают психообразовательные технологии, ориентированные на людей с религиозным мировоззрением.

Ключевые слова

Психообразование, реабилитация, религиозное мировоззрение, коморбидная психическая патология, холистический подход.

PSYCHOEDUCATIONAL STRATEGIES: A CASE STUDY OF REHABILITATION ACTIVITIES OF MENTALLY ILL PATIENTS WITH RELIGIOUS BELIEFS

Baburin A. N.^{1, 2}, Kazmina O. Yu.¹, PhD (Pedagogy), Magay A. I.^{1, 2}, Kazmina E. A.¹,

¹Mental Health Research Center,

²Inter-Regional Social Movement in Support of Family Clubs of Sobriety,
Moscow, Russian Federation

Abstract

Rehabilitation of people with mental disorders is an important task of the state. Considerable assistance in accomplishing it comes from socially-oriented non-profit organizations. High professional level of volunteer employees of these organizations is the result of scientifically-based rehabilitation training programs. The important place in this process is taken by the psychoeducational techniques focused on people with religious beliefs.

Key words

Psychoeducation, rehabilitation, religious belief, comorbid mental pathology, ecological approach.

В последние годы в современной психиатрии наблюдается интенсивное развитие подходов, связанных с психообразованием. Исследователи как в России, так и за рубежом отмечают предпочтительность раннего включения этого вида вмешательства в комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий уже на этапе становления терапевтической ремиссии, а также необходимость раннего предоставления психообразовательных программ родственникам пациентов. Являясь особым видом психотерапии, психообразовательные занятия способствуют созданию преемственности в структуре единого лечебно-реабилитационного процесса, оказывают положительное влияние на характер психологической и социальной адаптации больных, положительно влияют на соблюдение ими режима поддерживающей терапии и способствуют уменьшению числа регоспитализаций [5].

В современных политических и экономических условиях жизни в России велика роль социально-ориентированных некоммерческих организаций (СоНКО), которые берут на себя стратегически значимые государственные задачи оказания помощи психически больным людям. В такой организации, как правило, основная деятельность по предоставлению помощи выполняется командой волонтеров, которая состоит из профессионалов (врачей, психологов, психотерапевтов, социальных работников), а также специально подготовленных добровольцев. Для предоставления волонтерами психообразовательных услуг надлежащего качества необходима их подготовка на базе научно-выверенной профессиональной программы.

Примером эффективной реализации подобных проектов является опыт работы региональной благотворительной общественной организации «Семья и психическое здоровье», которая была организована сотрудниками ФГБНУ НЦПЗ в 2002 году. Успешная работа организации отмечена наградами региональных и всероссийских конкурсов [7]. Другим успешным примером сотрудничества институциональной и альтернативной форм помощи психически больным на

базе ФГБНУ НЦПЗ является работа Межрегионального общественного движения в поддержку семейных клубов трезвости (МОД СКТ) [1].

На протяжении более чем десятилетий на базе отдела по изучению особых форм психической патологии ФГБНУ НЦПЗ оказывается помощь психически больным с религиозным мировоззрением. Значительный опыт накоплен в конфессионально-ориентированной реабилитации психически больных в религиозной общине [3]. В 2017 году авторским коллективом отделения была разработана технология конфессионально-ориентированной реабилитации больных эндогенными психическими заболеваниями с коморбидной патологией [2]. Помощь в рамках технологии рассматривается с позиций современных принципов психосоциальной реабилитации и духовно-ориентированного подхода в реабилитации больных на базе религиозных копинг-стратегий. Религиозность оценивается как духовный копинг-ресурс, привлечение которого способствует формированию и закреплению адекватного копинг-поведения, базирующегося на традиционных духовно-нравственных ценностях [6]. Важное место в рамках технологии уделяется психообразовательным мероприятиям. Теоретической предпосылкой технологии является гипотеза о влиянии различных факторов в этиопатогенезе эндогенных заболеваний, а также появление отдельных данных об ограниченных возможностях медикаментозного лечения [8].

Последние научные исследования указывают на большую эффективность реабилитации в случае опоры на холистический подход, одной из составных частей которого является использование духовного ресурса. Внутренняя наполненность конфессионально-ориентированных программ реабилитации позволяет решать задачи ценностно-смысловой переориентации, наполнения жизненного процесса новыми смыслами, способствует актуализации религиозно-нравственного потенциала, имеющего важное значение в личностном развитии. В реабилитации должны использоваться комплексные меры, дифференцированные на раз-

ных уровнях воздействия — индивидуальном, семейном, институциональном или общественном, отдельное место в этой череде занимает также конфессиональный уровень.

Развитие холистического подхода в рамках системы оказания психиатрической помощи способствует увеличению количества служб, альтернативных больничным [4], а также повышению психиатрической грамотности пациентов, членов их семей, населения в целом за счет использования психообразовательных мероприятий [9]. Достаточно новым, но хорошо зарекомендовавшим себя явлением в практической деятельности является участие в этом движении конфессиональных организаций. Психообразование с целью подготовки специалистов и волонтеров из числа священников, а также лиц духовного звания позволяет творчески осмыслить подобную деятельность и предложить инновационные технологии в данной сфере.

Указанные выше теоретические предпосылки представляют собой устойчивый базис для успешного развития в России социально-ориентированных служб, оказывающих внебольнично помощь пациентам с психической патологией, многие из которых представлены НКО, действующими совместно с конфессиональными организациями и научными учреждениями психиатрического профиля. Использование внебюджетных ресурсов помощи позволяет реализовывать новые подходы в обеспечении реабилитационного процесса на базе религиозных приходов Русской Православной Церкви у пациентов, получивших медикаментозную помощь на базе психиатрических клиник и диспансеров.

Опыт работы альтернативной программы амбулаторной конфессионально-ориентированной реабилитации психически больных с коморбидной наркологической патологией, реализуемый в МОД СКТ, имеет принципиальные особенности. МОД СКТ имеет разветвленную сеть реабилитационных групп, представленных семейными клубами трезвости, которые объединены единообразной методологией и преемственностью форм работы. Благодаря такому сочетанию на практике реализуются основные ключевые стратегии холистического (экологического) подхода в реабилитации:

1) семейный подход в рамках пациент-центрированной стратегии, осуществляемый в работе терапевтического сообщества, помогает в восстановлении у пациентов нарушенных в результате болезни психолого-социальных и когнитивных навыков. Сотрудничество с сообществом специалистов медицинского профиля обеспечивает контроль за состоянием и коррекцию медикаментозного лечения больных;

2) в условиях приходской церковной общины успешно осуществляется стратегия по развитию внешних ресурсов, что является следствием активной социальной поддержки, комплекса духовно-просветительских и нравственно-развивающих мероприятий, осуществления кризисных форм помощи.

Сбалансированное сочетание обеих стратегий у лиц, страдающих хроническими психическими заболеваниями с коморбидной патологией, эффективно спо-

собствует решению задач профилактики и реабилитации.

Психообразовательное направление в деятельности МОД СКТ реализуется на базе действующей на протяжении учебного года школы для волонтеров, где осуществляется подготовка специалистов-добровольцев в области помощи пациентам с коморбидной патологией. Прошедшие специальную подготовку волонтеры осуществляют практическую работу в семейных клубах трезвости, задачей которых является помощь больному и членам его семьи в решении возникших проблем.

Психообразовательная работа в школе состоит в предоставлении знаний, формировании навыков и умений, которые помогают в осуществлении своевременной помощи психически больным. Значительное место в образовательной деятельности занимает обучение навыкам трезвого образа жизни. Получение сочетанных знаний в области психиатрии и наркологии, понимание принципов профилактики и реабилитации у пациентов с коморбидной патологией, привлечение опыта технологий, основанных на конфессионально-ориентированных подходах помощи, обеспечивают возможность подготовки специалистов-волонтеров с мультидисциплинарным взглядом на проблему.

Основными задачами психообразовательной работы в школе волонтеров являются:

— развитие соответствующих профессиональных и конфессионально-ориентированных компетенций;

— знакомство с узловыми направлениями современной реабилитации психических и наркологических больных в условиях в условиях церковно-приходской среды;

— формирование базовых навыков групповой семейной работы у пациентов с коморбидной психической патологией.

Педагогические технологии, реализуемые в школе, направлены на развитие способности понимания тесной зависимости и взаимообусловленности личных и общественных проблем. В работе школы гармонично сочетается первичное ознакомление слушателей с проблематикой коморбидной патологии и концептуальными основами реабилитационной работы. В дальнейшем происходит погружение в профессиональные тонкости работы с клубом как специфическим терапевтическим сообществом.

Преподаватели школы в процессе обучения сочетают доходчивое изложение теоретического материала и демонстрацию приемов и способов, например, мотивационного консультирования или диагностики, проводят тренинги социальных навыков или вариантов ведения диалога. Академический подход в школе предполагает сообщение знаний по следующим направлениям: медицинская психиатрия и наркология, психология семьи и навыки саморегуляции, педагогика здорового образа жизни и педагогика досуга, антропология, этика и аксиология. В работе школы применяются инновационные и технологичные способы обучения (диалоговые беседы, тренинговые семинары, видеофиксация занятия с последующей обратной связью во время занятия, дистанци-

онное изучение материала посредством просмотра видеозаписей).

«Немедицинский» компонент проводимых образовательных мероприятий состоит из двух уровней: первый — обучение профилактическим подходам в условиях функционирования семейной системы, где есть проблемы с психической жизнью ее членов; второй — обучение навыкам проблемно-разрешающего поведения для оздоровления существующих проблем в семье. Духовный компонент образовательной программы помогает в формировании волонтерской позиции, основанной на сострадании, милосердии и брато-

любии. Одним из результатов школьного образования является смещение ценностей человека в сторону служения ближнему в ходе формирования христианского сознания, «самопреобразования» человека.

Таким образом, можно констатировать факт, что школа отвечает своим существованием на два запроса современности: и запрос социума на осуществление психообразовательных мероприятий в структуре деятельности организаций сектора социально-ориентированных НКО, и одновременно — запрос личности нашего взрослого современника на развитие через профессиональное совершенствование.

Библиографический список

1. Бабурин А. Н., Гусев Г. В., Соборникова Е. А., Горячева А. А. Семейные клубы трезвости как метод реабилитации в системе наркологической помощи: учеб.-метод. пособие. М.: ГБОУ ДПО РМАПО, 2016. 112 с.
2. Бабурин А. Н., Магай А. И., Казьмина Е. А., Гедевани Е. В., Болтрукевич М. Д. Технология конфессионально-ориентированной реабилитации больных эндогенными психическими заболеваниями с алкогольной зависимостью // Матер. I Московской междунар. конф. «Религиозность и клиническая психиатрия». М., 2017. С. 96–100.
3. Борисова О. А., Гусев В. В., Дробашенко Т. Г., Пятницкая Л. Н., Слоневский Ю. А., Комисарова С. А. Опыт конфессионально-ориентированной реабилитационной работы с психическими больными, основанной на анализе их религиозного мировоззрения // Консультативная психология и психотерапия. 2010. № 3. С. 176–187.
4. Гурович И. Я., Шмуkler А. Б., Сторожакова Я. А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. М.: ИД Медпрактика-М, 2004. 491 с.
5. Еричев А. Н. Роль психообразовательных программ в системе реабилитации больных шизофренией: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. СПб. 2005. С. 109.
6. Копейко Г. И., Борисова О. А., Казьмина О. Ю. Религиозные копинг-стратегии в реабилитации психически больных // Доклад на конференции с международным участием «Проблемы психосоциальной реабилитации психически больных с религиозным мировоззрением», Москва, 29 марта 2016 г. // Психиатрия. 2016. № 2 (70). С. 40–49.
7. Организационные и методические аспекты проекта «Пациент и его семья: от психиатрического просвещения к социальной интеграции». Пособие для профессионалов, работающих в сфере психического здоровья / под ред. проф. В. С. Ястребова. М.: МАКС Пресс, 2008.
8. Ястребов В. С., Митихин В. Г., Солохина Т. А., Михайлова И. И. Системно-ориентированная модель психосоциальной реабилитации // Журнал неврологии и психиатрии имени С. С. Корсакова. 2008. № 6. С. 4–10.
9. Hudolin V. Alkoholološki priručnik. Zagreb: Medicinska naklada, 1991. 289 p.

ИНТЕГРАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ПЕРВИЧНОЕ ЗВЕНО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (ОБЗОР ДАННЫХ)

Бачило Е. В., к. м. н., ассистент кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии,
ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет имени В. И. Разумовского» Минздрава России,
Саратов, Российская Федерация

Аннотация

В первичном звене здравоохранения наблюдается большое количество пациентов, имеющих те или иные психические нарушения. В настоящей работе приведены данные относительно интеграции служб психического здоровья в первичную медико-санитарную сеть в разных странах мира. В частности, отмечены основные достижения и проблемы в вопросах интеграции психиатрической помощи, являющиеся во многом общими для разных стран.

Ключевые слова

Психическое расстройство, интеграция, первичная медицинская сеть, обучение.

INTEGRATING MENTAL HEALTH SERVICE INTO THE PRIMARY HEALTH CARE: DATA OVERVIEW

Bachilo E. V., PhD (Medicine), Assistant of the Department of Psychiatry, Narcology, Psychotherapy and Clinical Psychology, Saratov State Medical University named after V. I. Razumovsky, Saratov, Russian Federation

Abstract

Within primary health care, there is a significant number of patients with mental disorders. This article introduces the data on the integration of mental health services into the primary health care network in different countries around the world. Major achievements and issues of integration, which are common for many countries, are discussed.

Key words

Mental disorder, integration, primary health care, training.

Согласно Европейскому плану действий по охране психического здоровья, необходимо обеспечить доступ лиц с проблемами психического здоровья к высококачественной первичной медико-санитарной помощи. Отмечается, что во многих областях европейского региона врачи общей практики и ряд других специалистов первичной медико-санитарной сети являются первыми источниками оказания помощи при наиболее распространенных проблемах психического здоровья [4]. Вместе с тем многие психические расстройства остаются не выявленными, а в случае выявления не всегда подбираются адекватные методы лечения. В связи с этим предлагается целый ряд действий по улучшению существующей ситуации. Интеграция психиатрии с соматической медициной в последнее десятилетие — один из шагов реформирования психиатрической службы [6].

Существует относительно большое количество работ отечественных и зарубежных авторов, посвященных анализу совместной работы врачей первичного звена и службы психического здоровья, а также вопросам изучения и распространения лучших практик такого взаимодействия. Большинство из них отмечают положительные результаты совместной работы врачей первичной медико-санитарной сети и психиатров (психотерапевтов). Модели совместного лечения эффективны в достижении клинически значимых улучшений, а также полезны в целом для общественного здравоохранения. Так, систематический обзор и метаанализ рандомизированных клинических исследований, проведенный Van der Feltz-Cornelis C. M. et al. (2010), показал, что психиатрическое консультирование в условиях первичной медико-санитарной сети эффективно у пациентов с соматоформными и депрессивными расстройствами, что особенно явно проявляется в сокращении использования медицинских услуг и, как следствие, в снижении затрат [22]. Отмечается необходимость обучения врачей первичного звена диагностике и терапевтическим подходам пограничных психических расстройств [13]. Pincush A. et al. (2003) отмечают, что у врачей первичного звена нет мотивации тратить время и усилия на координацию и

общение со специалистами службы охраны психического здоровья [19].

Ниже описаны особенности практики интеграции службы психического здоровья в соматические учреждения и, в частности, первичную сеть, в разных странах мира.

В Германии отмечают положительный опыт организации психиатрических отделений в соматических больницах, что способствует интеграции психиатрии в общую медицину и приближению ее к сообществу [11]. В исследовании Fritzsche K. et al. (2002) отмечено, что до 70% пациентов с депрессией наблюдаются у врачей общей практики. В Германии была предпринята одна из успешных попыток оказания психолого-психиатрической помощи в первичном звене здравоохранения. Программа нацелена на предоставление в первую очередь психосоциальной первичной помощи, реализуется она врачами общей практики, которые успешно прошли интенсивный курс подготовки в течение 80 часов. Данный вид помощи нацелен на раннее выявление лиц с психическими расстройствами, а также с различными психологическими трудностями. Отдельное внимание уделяется лицам с сочетанными соматическими заболеваниями. Также в задачи этой программы входит оказание психотерапевтической помощи, ограничивающейся медико-психологическим консультированием и обучением различным техникам релаксации. Кроме того, программа способствует обнаружению пациентов, требующих специализированной психиатрической помощи [14].

Исследователи из Швейцарии показали, что врачи первичного звена чаще всего относят вопросы психического здоровья исключительно к области компетенции психиатров. Вместе с тем совместный прием пациентов врачами первичного звена и психиатрами позволил изменить мнение специалистов и сформировать положительное отношение к интегрированным подходам. Так, совместные консультации представляют собой полезную стратегию для обучения врачей первичной медико-санитарной помощи в решении проблем психического здоровья. Интегрированное управление проблемами соматического и психи-

ческого здоровья может привести к лучшему пониманию проблем пациента и улучшению терапевтических отношений [20].

Положительный опыт в подготовке и обучении врачей общей практики вопросам психического здоровья отмечают в Швеции. Это позволило заметно снизить число госпитализаций и самоубийств среди обслуживаемого населения. Вместе с тем через 3 года указанные выше показатели вернулись к прежним значениям, что, по-видимому, свидетельствует о необходимости непрерывной подготовки врачей, а также организации контроля и оказания соответствующей помощи и поддержки [9].

Государственная психиатрическая помощь в Нидерландах имеет два уровня. На первом находятся семейные врачи, а также социальные работники и медицинские сестры. Они осуществляют помощь лицам с легкими психическими расстройствами и различными социальными проблемами. Второй уровень включает психиатров (в психиатрических стационарах или амбулаторной службе), клинических психологов, нейропсихологов и обеспечивает ведение более тяжелых форм психических расстройств [1]. Голландские исследователи отмечают модель совместного лечения пациентов с депрессией в первичной сети как перспективную и способствующую усилению первичного звена [23].

В Латвии специалисты отмечают, что, хотя направления в службы психического здоровья происходят достаточно часто, только треть врачей общей практики взаимодействует с сотрудниками психиатрических учреждений на регулярной основе. Кроме того, лишь часть врачей общемедицинской сети прошли современные тренинги по психическому здоровью. Отмечается также, что без прочных связей между амбулаторными службами сообщества и первичной помощью трудно лечить наиболее распространенные психические расстройства, например, аффективного спектра. Пациенты с аффективными и соматоформными расстройствами часто лечатся у не-психиатров, что избавляет их от психиатрической регистрации, но не гарантирует качество психиатрической помощи [10].

В Азербайджане интеграция психиатрической помощи в систему первичного здравоохранения — одно из пяти ключевых направлений в развитии службы психического здоровья. Врачи первичного звена получили право лечить определенные формы психических расстройств, список которых утвержден кабинетом министров страны, эти формы психических расстройств разрешено лечить в учреждениях по оказанию первой медицинской помощи. Были организованы специальные тренинги для обучения врачей первичного звена, а также включены в разрабатываемые протоколы разделы по диагностике и лечению психических расстройств в первичной сети [8].

В Армении отмечают сложности в процессе интеграции психиатрической помощи в общемедицинскую сеть. К основным преградам относят кадровые (недостаточная укомплектованность и узкий диапазон подготовки кадров), территориальное расположение психиатрических больниц (удаленное от сосредото-

чения других медицинских учреждений) и недостаточное финансирование [7].

Специалисты из США отмечают важность интеграции психиатрической помощи в общесоматическую сеть, где в первичной сети происходит лечение легких расстройств, а более тяжелые случаи передаются в специализированные учреждения [15]. Отмечается, что оказание психиатрической помощи в первичном звене улучшается, что связано, в том числе, с более глубокими знаниями врачей общей практики психических расстройств и разработкой инструментов для проведения сканирования при первичной помощи [21]. В исследованиях Hunkeler E. M. et al. (2006), проводившихся в США, показано, как совместная помощь врачей первичного звена и психиатров становится более привлекательной для пожилых пациентов с депрессией, обеспечивает эффективность помощи и выгодна в долгосрочной перспективе. Отмечается редукция депрессивной симптоматики, улучшается физическое функционирование и качество жизни [16]. В статье И. Я. Гуровича, Я. А. Сторожаковой, Б. Б. Фурсова (2012) при анализе публикаций, посвященных интеграции психиатрической помощи в общемедицинскую сеть, имеется вывод о том, что в США существует излишняя фрагментарность и сложность системы психиатрической помощи, и это является причиной того, что американцы не получают необходимого лечения [3]. В ряде публикаций говорится о сложностях в вопросах интеграции в соматическую сеть, в частности, врачи общей практики становятся «фильтром» на пути движения пациентов, и предполагается, что часть пациентов недополучают помощь в связи с этим [3, 5, 6].

Во многих арабских странах запущены образовательные программы по психическому здоровью для врачей общей практики, не психиатров и других медицинских работников на уровне первичной медико-санитарной помощи [2]. Так, в Саудовской Аравии активно предпринимаются попытки по улучшению подготовленности врачей первичной сети к диагностике и лечению психических расстройств, а также психологов и социальных работников к распознаванию психических расстройств [17]. Вместе с тем исследователи отмечают, что несмотря на имеющиеся успехи в обучении врачей первичной сети выявлению психических расстройств, показатели выявления остаются низкими, по некоторым данным психические расстройства остаются не распознанными у более половины пациентов [12, 17]. Большинство стран арабского региона положительно оценили интеграцию служб психического здоровья в первичную медицинскую сеть, однако реализация этого процесса продолжает испытывать трудности. Согласно мнению исследователя, в целом инфраструктура и предоставление услуг в области охраны психического здоровья в большинстве стран недостаточно развиты с учетом возрастающих потребностей [18].

Таким образом, интеграция психиатрической помощи в первичное звено имеет целый ряд преимуществ как для пациентов, так и для здравоохранения в целом. Вместе с тем имеется ряд трудностей: низкая осведомленность врачей-соматологов о психических

расстройствах, недостаточный уровень коммуникации между службами, отнесение врачами первичного звена вопросов психического здоровья исключительно к компетенции психиатров, низкий охват обучения участковых терапевтов и врачей общей практики, необходимость постоянного непрерывного обучения вопросам выявления и лечения психических расстройств, низкая мотивация врачей первичной ме-

дицинской сети, отсутствие крупных клинико-экономических исследований, подтверждающих экономическую целесообразность интеграции, недостаточное финансирование. Преодоление указанных преград поможет улучшить качество жизни пациентов, получающих помощь в территориальных поликлиниках, а также оптимизировать экономические аспекты общественного здравоохранения.

Библиографический список

1. *Вайнгарден-Кремерс П. Ван., Горюнов С. В.* Некоторые аспекты организации психиатрической помощи в Нидерландах // Журнал неврологии и психиатрии имени С. С. Корсакова. 2012. № 12. С. 69–75.
2. Всемирная Организация Здравоохранения. Психическое здоровье в регионе Восточного Средиземноморья. Достижение неохваченных. Каир: Региональное бюро ВОЗ по Восточному Средиземноморью, 2006.
3. *Гурович И. Я., Сторожакова Я. А., Фурсов Б. Б.* Международный опыт реформы психиатрической помощи и дальнейшее развитие психиатрической службы в России // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. № 1. С. 5–19.
4. Европейский план действий по охране психического здоровья. Проблемы и пути их решения // Социальная и клиническая психиатрия. 2005. № 3. С. 94–102.
5. *Казаковцев Б. А.* Современные тенденции в организации психиатрической помощи // Российский психиатрический журнал. 2001. № 1. С. 57–61.
6. *Лиманкин О. В.* Система психиатрической помощи Санкт-Петербурга и направления ее совершенствования (клинико-статистические, клинико-эпидемиологические и организационные аспекты): дисс. ... д-ра мед. наук. СПб., 2016. 466 с.
7. *Мелик-Пашаян А. Э., Азнаурян С. А.* Основные направления развития психиатрической помощи в Республике Армения // Психиатрия и психофармакотерапия имени П. Б. Ганнушкина. 2013. № 4. С. 83–86.
8. *Расулов А. Р.* Развитие системы охраны психического здоровья в Азербайджане // Казанский медицинский журнал. 2017. № 4. С. 656–661.
9. *Цыганок Л. С.* Реформирование психиатрической службы. Опыт США И Европы // Независимый психиатрический журнал. 2007. № 3. С. 64–74.
10. *Ранканс Э., Бугинс Я., Таубе М.* Новые задачи и новые возможности службы психического здоровья в Латвии // Независимый психиатрический журнал. 2006. № 4. URL: <http://www.npar.ru/journal/2006/4/lv.htm> (дата обращения: 14.02.2018).
11. *Bauer M.* Die Psychiatrische Abteilung am Allgemeinkrankenhaus—Möglichkeiten und Grenzen // Der Nevenarzt. 1996. № 67 (1). S. 139.
12. *Becker S. M.* Detection of Somatization and Depression in Primary Care in Saudi Arabia // Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 2004. V. 39. P. 962–966.
13. *Bower P., Gilbody S., Richards D., Fletcher J., Sutton A.* Collaborative care for depression in primary care. Making sense of a complex intervention: systematic review and meta-regression // Br. J. Psychiatry. 2006. No. 189. P. 484–493.
14. *Fritzsche K., Armbruster U., Hartmann A., Wirsching M.* Psychosocial primary care—what patients expect from their General Practitioners A cross-sectional trial // BMC Psychiatry. 2002. P. 2–5.
15. *Jones D.* The TAPS Project II: The selection of patients for reprovision // Br. J. Psychiatry. 1993. V. 162. P. 36–39.
16. *Hunkeler E. M., Katon W., Tang L., Williams J. W., Jr, Kroenke K., Lin E. H., Harpole L. H., Areal P., Levine S., Grypma L. M., Hargreaves W. A., Unützer J.* Long term outcomes from the IMPACT randomised trial for depressed elderly patients in primary care // BMJ. 2006. No. 332 (7536). P. 259–263.
17. *Koenig H., Al Zaben F., Sehlo M., Khalifa D., Al Ahwal M., Qureshi N., Al-Habeeb A.* Mental Health Care in Saudi Arabia: Past, Present and Future // Open Journal of Psychiatry. 2014. No. 4. P. 113–130.
18. *Okasha A., Karam E., Okasha T.* Mental health services in the Arab world // World Psychiatry. 2012. V. 11 (1). P. 52–54.
19. *Pincush A., Hough L., Houtsinger J. K., Rollman B. L., Frank R. G.* Emerging models of depression care: multi-level ('6 P') strategies // International Journal of Methods in Psychiatric Research. 2003. V. 12. No. 1. P. 54–63.
20. *Saillant S., Hudelson P., Dominicé Dao M., Junod Perron N.* The primary care physician/psychiatrist joint consultation: A paradigm shift in caring for patients with mental health problems? // Patient Educ Couns. 2016. V. 99 (2). P. 279–283.
21. *Spitzer R., Kroenke K., Williams J.* Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ Primary Care Study // JAMA. 1999. V. 282. P. 1737–1744.
22. *Van der Feltz-Cornelis C. M., Van Os T. W., Van Marwijk H. W., Leentjens A. F.* Effect of psychiatric consultation models in primary care. A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials // J. Psychosom. Res. 2010. No. 68 (6). P. 521–533;
23. *Vlasveld M. C., Van Marwijk H. W., Van der Feltz-Cornelis C. M.* Combatting depression using the collaborative care model // Ned Tijdschr Geneesk. 2010. No. 154 (8). P. A1486.

ТЕРАПИЯ ТЕАТРОМ В СТРУКТУРЕ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА К ЛЕЧЕНИЮ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ

Белых Т. В.¹, д. псих. н., доцент, заведующий кафедрой консультативной психологии,
Антонова А. А.², к. м. н., ассистент кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии
и клинической психологии,

Ботвиненко Е. В.¹, бакалавр, **Буданова А. Т.**¹, бакалавр,
¹ФГБОУ ВО «Саратовский национальный исследовательский государственный
университет имени Н. Г. Чернышевского»,

²ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет имени
В. И. Разумовского» Минздрава России,
Саратов, Российская Федерация

Аннотация

Представлены результаты исследования свойств субъекта межличностных взаимодействий у пациентов с диагнозом «шизофрения» посредством выявления динамики когнитивных, эмоциональных и поведенческих компонентов взаимоотношений. Исследование выполнено с применением батареи тестовых методик и системы трекинга глаз (Eye Tracker SMI). Описаны особенности проведения терапии театром больных шизофренией на различных этапах воздействия.

Ключевые слова

Терапия театром, шизофрения, реабилитация, социальная перцепция.

THEATER THERAPY AS A PART OF AN INTEGRATED APPROACH TO TREATMENT AND REHABILITATION OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

Belykh T. V.¹, Psy. D., Associate Professor, Head of the Department
of Consultative Psychology,

Antonova A. A.², PhD (Psychiatry), Assistant of the Department of Psychiatry, Narcology,
Psychotherapy and Clinical Psychology,

Botvinenko E. V.¹, Bachelor, **Budanova A. T.**¹, Bachelor,

¹Saratov State Medical University named after V. I. Razumovsky,

²Saratov State University,
Saratov, Russian Federation

Abstract

The article presents the results of studying the properties of the subject of interpersonal interactions in patients diagnosed with schizophrenia, by identifying the dynamics of cognitive, emotional and behavioral components of the relationship. The study was performed using a battery of test techniques and an Eye Tracker SMI. The features of the therapy for patients with schizophrenia at different stages of exposure are described.

Key words

Theater therapy, schizophrenia, rehabilitation, social perception.

Актуальность исследования. Применения психофармакологических препаратов недостаточно для социальной адаптации [2, с. 98]. Терапия театром при работе с больными шизофренией опирается на биопсихосоциальную модель психических заболеваний. В ее основе лежит положение о том, что именно взаимодействие нейробиологических и социально-психологических факторов приводит к психопатологическим проявлениям шизофрении [1, с. 6]. Мысли о повышении эффективности лечения шизофренических

пациентов путем включения их в психосоциальную терапию активно развивались с середины прошлого века. Театральная терапия является относительно молодым направлением реабилитации. Ввиду этого необходимо определить возможности театр-терапии в комплексном лечении и реабилитации больных шизофренией.

Цель исследования — изучение влияния терапии театром больных шизофренией как способа коррекции свойств субъекта межличностных взаимодействий.

Методы исследования. 1. Методика исследования волевого самоконтроля (ВСК).

2. Методика диагностики коммуникативной социальной компетентности (КСК).

3. Тест межличностных отношений Т.Лири.

4. Eye-tracking.

Результаты исследования и их обсуждение.

Настоящее исследование проводилось на базе 20, 21 психиатрических отделений ГУЗ «СГКБ № 2 им. В.И.Разумовского» г. Саратова. В ходе работы театральной студии были поставлены спектакли с двумя терапевтическими группами. До и после терапии пациенты заполняли тестовые методики, а также участвовали в эксперименте с использованием айтрекера. На данный момент была проведена работа с двумя терапевтическими группами по 1,5–2 месяца с каждой. На психодиагностическом этапе были обследованы 8 пациентов экспериментальной группы и 20 пациентов группы сравнения, получающих только медикаментозное лечение. Выборка при исследовании с помощью айтрекера: 4 пациента экспериментальной группы и 10 студентов контрольной группы, которые участвовали в проведении спектаклей.

По методике ВСК у пациентов экспериментальной группы не было выявлено динамики. Мы объясняем это меньшей сохранностью у пациентов волевых качеств. Однако вопросы методики в большинстве своем не связаны с процессом межличностного взаимодействия. Показатели методики коммуникативной социальной компетентности по шкале «С» возросли, свидетельствуя о повышении уровня эмоциональной устойчивости. Значения фактора «Н» несколько снизились, подтверждая склонность пациентов контролировать свое поведение, учитывать имеющиеся общественные правила при взаимодействии с партнерами по общению.

Дальнейший анализ результатов методики КСК подтвердил положительный терапевтический эффект. Если до терапии у пациентов экспериментальной группы показатели шкалы «Д» были на низком уровне, что свидетельствует о преобладании молчаливости и серьезности, то после терапии значения возросли, войдя в диапазон среднего уровня выраженности, что указывает на тенденцию к жизнерадостности и беспечности. Это подкрепляется и данными фактора «А», свидетельствующими об уменьшении замкнутости, ориентации на общение с другими людьми. Для группы сравнения характерны более низкие значения по факторам «Н» и «М», т. е. пациенты более склонны к импульсивному поведению, а также к следованию за общественным мнением. Несколько выше стали баллы шкалы «А», указывая на открытость и общительность, однако значительной динамики по этому показателю выявлено не было.

По тесту Т.Лири выявлен положительный сдвиг октанта «Эгоистичный» и «Агрессивный». Если до терапии у пациентов экспериментальной группы баллы были в пределах умеренных значений, то после терапии несколько снизились. Показатели, характеризующие образ «Я-идеальное», имеют более высокие значения у пациентов экспериментальной группы

как до терапии, так и после, чем показатели, характеризующие образ «Я-реальное». Однако в силу того, что значения остались в пределах адаптивного поведения, это свидетельствует не о резких проявлениях эгоистичности и агрессивности, а скорее о желании скорректировать свое поведение до более настойчивого и упорного. Тенденция же к снижению значений актуальна и для образа «Я-идеальное».

Октант «Авторитарный» не претерпел никаких изменений при анализе «идеального образа Я». Значения «образа реального Я» несколько понизились и находятся в рамках адаптивных значений, что указывает на наличие упорности и некоторой настойчивости, но без претензий на какие-либо жесткие лидерские позиции. Это подтверждают и показатели октантов «Зависимый» и «Подчиняемый», так как значения этих шкал понизились.

Показатели октанта «Подозрительный» свидетельствуют о том, что по окончании терапии пациенты стали проявлять критичность к каким-либо социальным явлениям более адекватно, не испытывая при этом трудностей в межличностных отношениях из-за неуверенности в себе, нездоровой подозрительности или боязни плохого отношения. Сравнение данных восприятия образов «Я-реальное» и «Я-идеальное» указывает на желание снизить показатель «подозрительности». При этом «образ реального Я» после терапии близок к «образу идеального Я» до терапии.

Необычная динамика наблюдается по шкале «Дружелюбный». До терапии пациенты были ориентированы на принятие и одобрение до степени «быть хорошим для всех» без какого-либо учета ситуации, то в идеальном образе преобладают тенденции снижения показателей. Такой акцент на дружелюбии вполне мог возникнуть в связи с нашей попыткой вовлечь больных в творческую деятельность, так как пациенты длительное время пребывают в стационаре. После терапии баллы по данной шкале снизились, что свидетельствует уже о некой сознательной конформности, адекватности в стремлении помочь без излишнего привлечения внимания к себе.

С октантом «Альтруистический» аналогичная ситуация: если ранее проявлялась тенденция к навязыванию своей помощи и взятию на себя лишней ответственности, то по итогу терапии пациенты за счет более адекватной и реалистичной оценки своих возможностей (о чем свидетельствуют показатели предыдущих шкал теста Лири и в целом методика КСК) стали проявлять свою ответственность в той мере, которая от них требовалась.

Возвращаясь к группе сравнения, необходимо отметить, что для них более выраженными оказались следующие октанты: «Авторитарный», «Агрессивный», которые имеют высокие значения, и «Зависимый» — баллы этого октанта остались в пределах адаптивных значений.

Специфика нашей работы подразумевает не только количественный анализ данных выборки, но и качественный подход к описанию результатов, для того чтобы отразить влияние терапии театром на конкретных пациентов. Так, у двух пациентов изменения по

шкале «А» методики КСК имели противоположное направление в сравнении с общей тенденцией группы. Динамика фактора «А» в данном случае говорит о равновесии между дихотомиями «общительный» и «замкнутый». Пациенты проявляли навязчивость в общении. На первых репетициях они зачастую не давали никому сказать слова, постоянно неконструктивно перебивая или громко разговаривая ради привлечения внимания. Создавалось впечатление, что они хотят заполнить собой все пространство. С ходом терапии подобные проявления стали купироваться. Пациенты уже могли, не перебивая, выслушивать других, и в целом коммуникация с ними стала более эффективной, так как сократились случаи «пустой болтливости». Примечательным является факт того, что у одного из вышеупомянутых пациентов значение по шкале «Самоконтроль» возросло. Такая закономерность имеет прямую связь с описанием динамики фактора «А», так как пациенту Р. необходимо прилагать большие усилия для контроля поведения, чтобы совладать с излишней общительностью и не выходить за рамки общепринятых норм.

Стоит отметить, что вышеупомянутая шкала отличается большим количеством высоких значений после терапии — у пяти пациентов из восьми. Занимательно, что вновь у двух, но уже других пациентов выявлена противоположная тенденция. Для них было характерна чрезмерная зажатость, серьезность и скудное проявление эмоций. На начальном этапе терапии возникли трудности во взаимодействии с другими участниками. По окончании терапии пациенты несколько раскрепостились, была видна включенность в процесс, эмоциональный отклик на происходящее.

Проведенный с помощью айтрекера эксперимент представлял собой поочередное предъявление фотографий испытуемым в течение 30 с. Эксперимент направлен на изучение особенностей социальной перцепции больных шизофренией и выявление динамики восприятия ими партнеров по общению после проведения терапии. Данный элемент исследования позволяет отразить когнитивный компонент межличностного взаимодействия.

Порядок предъявления фотографий:

- 1) фотография незнакомого человека;
- 2) собственная фотография испытуемого;
- 3) фотографии участников спектакля.

Айтрекер фиксировал различные показатели саккад, фиксаций и морганий при просмотре каждой новой фотографии. Измерения осуществлялись до начала участия пациентов и студентов в подготовке спектакля, а затем и после его проведения.

До терапии данные айтрекера у пациентов указывают на множественные, малые по длительности фиксации с большим разбросом их продолжительности. При этом продолжительность фиксаций в экспериментальной группе почти в 4 раза меньше, чем в контрольной. Это может быть показателем хаотичного просмотра лиц людей, с которыми пациенты не имеют контакта и, соответственно, не акцентируют свое внимание на восприятии их изображений. Однако, учитывая особенности нарушений социальной перцепции

больных шизофренией, полученные результаты могут говорить о том, что до терапии пациенты фиксировали взгляд на нескольких случайных участках лица более длительное время, а затем продолжали быстрый обзор лица.

Показатели саккад у пациентов экспериментальной группы по скорости и количеству в 2 раза превышали значения контрольной группы, что говорит о быстром осмотре лиц без возникновения особого интереса к ним.

В экспериментальной группе в 2 раза меньше среднее время ожидания саккад, чем у контрольной, т. е. очень мало времени отводится на корректировку движения глаза между фиксациями, что тоже может указывать на хаотичный просмотр изображений.

После терапии фиксаций стало меньше, их продолжительность возросла, а дисперсия схожа с данными контрольной группы. Стоит отметить, что количество саккад также несколько уменьшилось. При этом возросли среднее время ожидания и скорость саккад, т. е. испытуемые дольше корректируют движение взгляда перед следующей фиксацией, а после этого саккада происходит более стремительно, а сама фиксация является уже более информативной.

При просмотре фотографии незнакомого человека характерным отличием является увеличение пути сканирования. При просмотре своей фотографии и фотографий участников данный показатель уменьшился, что свидетельствует о меньшей длительности движения зрака и о меньшей стремительности при просмотре лица. Данные, полученные при просмотре фотографии незнакомого человека, указывают на то, что для пациентов незнакомый человек так и остался незнакомцем, с которым не происходило взаимодействий и не установилась связь. В связи с этим испытуемым нужно дольше рассматривать предъявляемое изображение.

Выводы.

1. Отсутствие выраженной динамики по методике волевого самоконтроля у больных шизофренией объясняется снижением волевой саморегуляции и целенаправленного поведения. На начальном этапе работы необходимо направлять и активизировать активность пациентов, уместны разминочные упражнения, нацеленные на развитие актерского мастерства, дикции, памяти, воображения. Это помогает пациентам включиться во взаимодействие и быстрее адаптироваться к работе в группе.

2. Результаты методик ВСК, КСК и теста межличностных отношений Т. Лири согласуются с данными айтрекера. Пациенты, которые участвовали в работе театральной студии, по методике коммуникативной социальной компетентности показали положительную динамику в шкалах «Д» и «А», что свидетельствует об открытости в общении, раскрепощенности и общем позитивном настрое. Участники становились более общительными, инициативными и эмоциональными, что находило проявление в расстановке интонационных акцентов в речи и в более богатом проявлении жестикуляции, мимики, а также в большей включенности в процесс деятельности. Склонность

к конформности и ведомости выявлялась у пациентов, получавших исключительно медикаментозной лечение.

3. Данные айтрекера косвенно свидетельствуют об установлении ментальной связи между участниками группы: исследовательская деятельность с помощью взгляда стала более структурированной, а фиксации

более информативными. Также можно говорить о возросшем уровне интереса не только к участникам группы, но и к себе, о чем свидетельствуют данные айтрекинга — уменьшение саккад. После терапии пациенты лучше стали ориентироваться при просмотре своей фотографии, им нужно меньше фиксироваться на отдельных участках лица и меньше исследовать его.

Библиографический список

1. Коцюбинский А., Гусева О. Интегративная модель психотерапии эндогенных психических расстройств. Руководство для врачей. СПб.: СпецЛит. 2013. С. 288.
2. Холмогорова А. Б. Биопсихосоциальная модель как методологическая основа изучения психических расстройств // Социальная и клиническая психиатрия. 2002. № 3. С. 97–104.

СТИГМАТИЗАЦИЯ И ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ: РАЗМЫШЛЕНИЯ С ПОЗИЦИИ ПСИХОЛОГИИ ЗДОРОВЬЯ

Бовина И. Б., доцент, д. псих. н., **Дворянчиков Н. В.** доцент, к. псих. н.,
Якушенко А. В., аспирантка,
ФБГОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет»,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

Проанализированы проблемы стигматизации психически больных людей, рассмотрены различные объяснительные модели стигмы. Предложены возможные пути преодоления стигматизации, отмечены трудности в разработке программ по дестигматизации.

Ключевые слова

Стигма, дестигматизация, психически больные люди.

STIGMATIZATION AND MENTAL HEALTH: A PERSPECTIVE OF HEALTH PSYCHOLOGY

Bovina I. B., PhD (Psychiatry), Associate Professor,
Dvoryanchikov N. V., PhD (Psychiatry), Associate Professor,
Yakushenko A. V., PhD student (Psychiatry),
Moscow State University of Psychology and Education,
Moscow, Russian Federation

Abstract

This paper concentrates on the issues of stigmatization of mentally ill people and describes different models of stigma. Furthermore, the authors address the strategies for fighting against the stigma and discusses the issues arising during the development of anti-stigma programs.

Key words

Stigma, destigmatization, mentally ill people.

На протяжении истории человечества люди, страдающие психическими расстройствами, тем или иным способом были исключены из жизни в обществе на различных уровнях [6]. Как отмечает Н. Моран [11], изменения в сложившейся ситуации наблюдаются в западно-европейских странах в 70–90 годы XX ве-

ка, что обусловлено деинституализацией, разработкой нового подхода к лечению больных, когда происходит переход от содержания больных в психиатрических учреждениях к их интеграции в общество. Суть нового подхода такова: 1) снижение числа пребываний в клинике и уменьшение продолжительности госпита-

лизации; 2) осуществление помощи больным междисциплинарными командами в амбулаторных условиях; 3) индивидуализированность и гибкость оказываемой помощи; 4) интеграция медицинской и социальной помощи; 5) опора на ближайшее социальное окружение — друзей и родных — при оказании помощи [11].

Отечественная система лечения не переживала подобных трансформаций, однако важность социальных факторов в связи с лечением и ресоциализацией психически больных людей принимается во внимание.

Проблема, без разрешения которой на пути даже новой системы лечения будут возникать препятствия, — это стигматизация психически больных людей [10].

Под *стигмой* И. Гофман предлагает понимать знак или отметину, вырезанную или выжженную на теле человека, характеризующую его как «дефектного» в моральном плане (телесная отметина указывает на то, что человек — раб или преступник) [7]. И. Гофман различает типы стигмы: 1) стигма, связанная с *физическим дефектом*; 2) стигма, связанная с *дефектом индивидуального характера* (дефекты возникают в результате психического заболевания, алкоголизма, тюремного заключения, употребления наркотиков); 3) *родовая стигма* (дефект определяется принадлежностью индивида к определенной расе, национальности или религии, это распространяется на всех членов каждой из этих категорий) [7].

Стигма обесценивает социальную идентичность индивидов в глазах окружающих, сопровождается негативными стереотипами, предубеждениями и дискриминацией (что накладывает отпечаток на повседневной жизни, не говоря о трудностях в трудоустройстве, снятии жилья и пр. [3]). Стигма оказывает негативное воздействие на здоровье носителей стигмы, в частности, автостигматизация препятствует обращению за медицинской помощью [3, 9].

За пять с лишним десятилетий, прошедших с момента выхода в свет работы И. Гофмана [7], в социально-психологической и социологической литературе появилось значительное количество концептуальных и эмпирических работ, в фокусе внимания которых оказывалась стигма. Среди концептуальных моделей обращают на себя преимущественное внимание две: предложенная Б. Линком с Дж. Феланом [9], а также предложенная Дж. Приор с Г. Ридером [1].

Первая модель предлагает рассматривать стигму как взаимодействие ряда процессов: «приклеивание ярлыков», стереотипизация, разделение на «мы» и «они», потеря статуса теми, кто подвергается стигматизации, а также дискриминация. В модели утверждается, что для того, чтобы стигматизация произошла, необходимо использование власти [10]. Авторы конкретизируют каждый из компонентов следующим образом: существует целый ряд признаков, по которым люди отличаются друг от друга, однако одни признаки игнорируются, другие (будь то цвет кожи, уровень интеллекта, сексуальные предпочтения, психическое здоровье и пр.) оказываются «выпуклыми», именно по этим признакам люди категоризируются и получают соответствующий «ярлык».

Второй процесс происходит тогда, когда отличия индивидов, получив свой ярлык, связываются с соответствующим стереотипом. В исследовании Б. Линка с коллегами было показано, что если персонаж истории позиционировался как «бывший психически больной человек», то он оценивался как более опасный по сравнению с персонажем, про которого в точно такой же истории говорилось, что он у него было соматическое заболевание в прошлом. Первый персонаж отвергался испытуемыми по сравнению со вторым [10]. Значительное количество исследований, реализованных в рамках психологии социального познания, позволяет говорить о том, что категории и стереотипы актуализируются автоматически, чем и объясняется сложность в преодолении стигматизации.

Третий процесс происходит тогда, когда происходит разделение на «мы» и «они» (*те*, которые получили свой «ярлык» и в отношении которых актуализировался стереотип с негативными характеристиками). Носители «ярлыка» фундаментальным образом отличаются от *нас*. В крайних случаях стигматизируемые индивиды лишаются своей человеческой природы, что допускает возможность крайних (по своей жестокости) действий.

Возможность проведения разграничения между «нами» и «ними» зачастую происходит из природы самих «ярлыков». Мы чаще употребляем такие формы, как «шизофреник» или «эпилептик», чем формы «болен шизофренией» или «болен эпилепсией». В случае других заболеваний — будь то грипп, рак, сердечно-сосудистые заболевания — предпочтение отдается второй форме.

Четвертый процесс происходит тогда, когда носители «ярлыков» теряют социальный статус и подвергаются дискриминации. Потеря социального статуса затрагивает профессиональную сферу, доступ к образованию и к медицинскому обслуживанию, психологическое благополучие в целом [10]. Таким образом, стигма — это не просто *отметина*, предлагается говорить о ряде взаимосвязанных процессов.

В противоположность этой модели, Дж. Приор и Г. Ридер [2] предложили концептуальную модель, в которой рассматриваются четыре взаимосвязанных проявления стигмы: публичная стигма, автостигма, стигма через ассоциацию и структурная стигма. Под *публичной стигмой* подразумевается весь комплекс социальных и психологических реакций в отношении индивида, который воспринимается как обладающий стигматизирующим условием. *Автостигма* подразумевает комплекс социальных и психологических последствий, связанных с обладанием стигмой. Этот тип стигмы объединяет предчувствие индивида относительно того, что он является объектом стигматизации, а также негативные убеждения и чувства, обусловленные стигматизирующим условием [1]. *Стигма через ассоциацию* объединяет, с одной стороны, социальные и психологические реакции на людей, ассоциирующихся со стигматизируемым индивидом (семья, друзья, люди, ухаживающие за больными, волонтеры, работающие с больными и пр.), а с другой — реакции людей, которых ассоциируют со стигматизиру-

емым индивидом. Как отмечает А. Бос с коллегами, эксплицитные аттитюды в случае этой стигмы касаются значимых, отношений со стигматизируемым (например, семья), имплицитные — как значимых, так и произвольных отношений (например, пребывание рядом с человеком, имеющим стигматизирующее условие) [1].

Структурная стигма — это «легитимизация и сохранение стигматизирующего статуса социальными институтами и идеологическими системами» [1, р. 2]. Публичная стигма лежит в основе всех остальных типов стигмы.

Каждая из этих концептуальных схем стигмы обладает значительным потенциалом для того, чтобы стать теоретической основой для разработки концептуальной модели для дестигматизации. Наряду с этим заметим, что эти объяснительные схемы апеллируют к когнитивным процессам (автоматическим и контролируемым) как к основным механизмам стигматизации. И тут стоит обратиться к одной из первых попыток борьбы со стигматизацией, реализованной в 1951 году, когда в небольшом канадском городе исследователи — чета Куммингов — решили провести кампанию по борьбе со стигматизацией психически больных людей (в ней использовались информационные брошюры, радиопередачи, образовательные программы). Авторы программы исходили из трех главных принципов: 1) поведение имеет причину, оно может быть понято и изменено; 2) между нормой и отклонением от нормы существует континуум; 3) ряд нормы поведения шире, чем это принято считать. Программа, проводимая в течение шести месяцев, не увенчалась успехом, у людей не улучшились аттитюды в отношении психически больных людей. Знания о психически больных людях базировались на обыденных знаниях о больных (об историях жизни больных), и респонденты не желали менять это знание [12]. В этой связи обыденные знания о психической болезни должны быть приняты во внимание при разработке программ по дестигматизации.

Дестигматизация. Борьба со стигматизацией оказывается одной из главных задач общественного здоровья, ибо стигматизация и дискриминация больных негативно влияют на качество их жизни; способствуют их изоляции и социальному исключению; создают серьезные препятствия самому лечению, а также воздействию соответствующих профилактических программ [2, 8].

Снижению стигмы, безусловно, способствует принятие мер на уровне политики в области общественного здоровья. В случае психически больных людей существуют меры, разрабатываемые на уровне ВОЗ. На уровне Европейского Союза борьба со стигматизацией и социальным исключением людей, страдающих психическими заболеваниями, является одним из пяти приоритетных направлений [5]. Информационные кампании, проводимые в рамках борьбы со стигматизацией, на международном и национальном уровнях в различных странах среди прочих целевых групп имела и самих журналистов, дабы изменить способ освещения психических болезней и самих больных [8]. Ин-

формация, нацеленная на дестигматизацию людей с психическими заболеваниями, транслировалась с помощью плакатов, брошюр, сайтов Интернета и пр.

Однако эффективность кампаний оказывается под вопросом. Например, измерения, проведенные в Великобритании, за пять лет до воздействия информационной кампании *Changing Mind* и через пять лет после нее показали, что изменения в аттитюдах по отношению к людям с психическими расстройствами едва ли заметны. В отношении больных шизофренией идею об их опасности разделяли 71% опрошенных респондентов до кампании и 66% — после; идею об их непредсказуемости — 77 и 73% — соответственно, идею о сложности коммуникации с ними разделяли 58 и 52% — соответственно [8].

Анализируя способы снижения стигмы, П. Корриган и К. Козылюк [4] предлагают различать три основных способа: протест, просвещение и межличностный контакт.

В *первом случае* речь идет о публичных выступлениях или акциях против несправедливости различных форм стигмы, а также против соответствующих аттитюдов и поведения. Опасность этой меры заключается в том, что можно, например, таким образом добиться отмены какого-либо фильма, в котором определенная категория людей подвергается стигматизации, но аттитюды и поведение в отношении самой категории людей, подвергающихся стигматизации, едва ли изменятся. Кроме того, П. Корриган и К. Козылюк указывают на действие эффекта психологической реактивности — люди отвечают на сообщение, заложенное в протесте, по принципу: «не говорите мне то, что я должен думать!» [4].

Во *втором случае* речь идет о просветительской мере, направленной на то, чтобы заменить стереотипы знанием фактов. Хотя эпидемиологические данные свидетельствуют о том, что психически больные люди более склонны к насилию, чем люди без этих заболеваний, тем не менее разница не столь велика, как она представляется на уровне обыденного знания.

Наконец, *третий случай* снижения стигмы — межличностные контакты с психически больным человеком. Этот способ, опирающийся не только теоретические положения, высказанные в работах Г. Олпорта и Т. Петтигрю, но и на эмпирические факты, является наиболее эффективным по сравнению с протестом и просвещением [4]. Непосредственный контакт с представителем стигматизируемой группы способствует изменению аттитюдов и поведения в отношении самой стигматизируемой группы.

Очевидно, что дестигматизация больных представляет собой длительный и сложный процесс, предполагающий использование различных средств. Кампании по снижению стигматизации зачастую нуждаются в соответствующей теоретической основе [1], в противном случае они оказываются дорогостоящими и неэффективными мерами [8]. Ключевым является определение тех конструктов, которые должны измениться, выбор соответствующей психологической модели, ибо, как мы продемонстрировали выше, стигма может быть проинтерпретирована различным образом, соот-

ответственно, в каждом случае требуется понимание того, по каким механизмам будет происходить снижение стигмы, насколько длителен этот процесс и устойчивы ли его результаты.

Библиографический список

1. Bos A.E.R., Pryor J.B., Reeder G., Stutterheim S.E. Stigma: advances in theory and research // *Basic and Applied Social Psychology*, 2013. V. 35. P. 1–9.
2. Boysen G., Ebersole A., Casner R., Coston N. Gendered mental disorders: masculine and feminine stereotypes about mental disorders and their relation to stigma // *The Journal of Social Psychology*, 2014. P. 546–565.
3. Corrigan P.W., Al-Khouja M.A. Three agendas for changing the public stigma of mental illness // *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2018. V. 41. P. 1–7
4. Corrigan P.W., Kosyluk K.A. Erasing the stigma: where science meets advocacy // *Basic and applied social psychology*, 2013. V. 35. P. 131–140.
5. European pact for mental health and well-being // EU High-level Conference. Together for Mental Health and Wellbeing. Brussels, June 12–13, 2008.
6. Foucault M. *Madness and civilisation*. L.: Routledge Classics, 1995.
7. Goffman I. *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. N. Y.: Simon and Shuster, 1963.
8. Lamboy B., Saias T. Réduire la stigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiques par une campagne de communication ? Une synthèse de la littérature // *Annales Medico-psychologiques*, 2013. V. 171. No. 2. P. 77–82.
9. Link B., Phelan J. Conceptualizing stigma // *Annual Review of Sociology*, 2001. V. 27. P. 363–385.
10. Major B., O'Brien L.T. The social psychology of stigma // *Annual Review of Psychology*, 2005. V. 56. P. 393–442.
11. Morant N. Social representations and professional knowledge: the representations of mental illness among mental health practitioners // *British Journal of Social Psychology*, 2006. V. 45. P. 817–838.
12. Smith M. Anti-stigma campaigns: time to change // *The British Journal of Psychiatry*, 2013, V. 202. P. 49–50.

REHABILITATION VERSUS RECOVERY*

Javed M. A., M. B. B. S; M. C. P. S; Psy. D. (Lond.), Board Cert. Psych. (U. K.),
M. Phil. (Edin.), F. R. C. Psy. (UK), Consultant Psychiatrist,
The Medical Centre, Manor Court Avenue,
Nuneaton, UK,

Afzal M., Psy. D., MRCPsych, Registrar,
St. Cadocs Hospital,
Caerleon, UK

Abstract

The last few decades have seen a tremendous increase in the efforts aiming at improving current psychiatric services and incorporating a number of new innovations and initiatives in different areas of mental health. Rehabilitation Psychiatry like many other specialties is also emerging as an important sub specialty in almost all countries. However, it is still a neglected specialty within the context of mental health services.

Recovery has emerged as a new model in the practice of psychosocial rehabilitation and is currently advocated as a concept, as a model and as a preferred way of empowering patients. However, recovery is viewed differently by patients, their families and even by different professionals involved in mental health care. This paper describes different concepts about recovery and rehabilitation and argues for formulating ideas for incorporating various aspects of the recovery process in establishing future rehabilitation services.

Key words

Rehabilitation, recovery, services in mental health.

Introduction. Psychosocial Rehabilitation covers an important dimension of treatment in Psychiatry. The concept about rehabilitation is not new and has been present from the time people started talking about 'humane treatment for the mentally ill' [6]. Services started during the 19th and early 20th century and have continued to witness changes, especially for the inmates of asylums and the larger mental health hospitals leading to improvements in their medical and social care in many areas of day to day functioning. Most of the larger mental health hospitals have always offered some rehabilitation programs in the form of keeping residents occupied and engaged in outdoor activities. However, the latter half of 20th century witnessed a visible change looking at

* Reproduced from *The Arab Journal of Psychiatry*. 2016. V. 27. No. 1.

specific needs of the patients for exploring a number of options for better adjustment and resettlement of patients in the community [15].

Most of the basic principles of rehabilitation have emerged from the concepts of intellectual difficulties—a term generally used to describe the impact and consequences of psychopathology and the chronic and enduring nature of mental illnesses on functioning of individuals. It is interesting to note that with the changes in use of these terms, the conceptual boundaries and remit of rehabilitation also changed [2, 5]. As asylums and mental health hospitals were generally providing rehabilitation services to keep the patients in the hospitals and aiming at improving their engagement, the latter half of 20th century observed a dramatic change in the general concept and practice of rehabilitation. While identifying the psychosocial needs of the mentally ill, individual based programs were started and more importantly the term psychosocial rehabilitation gained more recognition and acknowledgement in clinical psychiatry [4]. The start of Community Psychiatry also helped in formulating policies for encouraging and making patient's stay in the community, not only comfortable for their physical and mental health needs, but also for adjustment, resettlement and achieving a better quality of life [19].

Rehabilitation in psychiatry is generally defined as the application of measures aimed at reducing the impact of disabling and handicapping mental health conditions and enabling disabled people to achieve social integration [28]. This definition clearly determines the underlying process through which a person should adopt or acquire the skills that are needed to overcome the disabilities for social integration [23].

The term rehabilitation also includes different dimensions to describe continuing processes where the outcome is supposed to help patients in managing their day-to-day affairs in a more operative way. With the passage of time the concept of rehabilitation did include areas like meaningful occupation, appropriate housing, stability in relationship and settling back and coping to the normal stream of life. This obviously imparted a lot of responsibilities on the patient and emphasized the importance of the role of "individuals" in the processes of rehabilitation [1].

Current Perspectives. In the last few decades, recovery has emerged as a new vision as many services are adapting this term as a guiding principle in the field of rehabilitation [13]. By contrast to rehabilitation, recovery may not mean bringing full restoration of normality to the patient's functioning but the goal is to achieve a state of handling of the problems at a more personal level. The concept of recovery is based on the principles of ensuring that patients or the service user becomes more independent in formulating plans for their treatment and should also take a responsible and important role in getting these plans implemented [8]. This concept has gained more popularity while assuming that people with severe mental illnesses may not get complete cure but can function in a more meaningful way in their day to day functioning. Recovery is therefore used in a more general way as an approach, a model, a paradigm, a

philosophy or a vision. Anthony's definition [3] that is widely accepted states that the people with the mental illness can recover even when the illness is not cured and the process of recovery can proceed in the presence of continuing symptoms and disabilities. Recovery therefore involves a personal process of changing one's attitude, feelings, goals and skills and is a way of living a satisfactory and contributing life even with limitations caused by the illness [16].

Recovery. As the term recovery is being used in a broad way, different meanings are given to the recovery process and patients, families, carers and professionals are all describing this term the way they understand and they plan to practice this concept. Based on the current popularity of this term and understanding and implementing different recovery programs, it has become even more important to have some consensus about the way this concept is formulated and practiced [17].

Many definitions of recovery are available in the literature [12]. It is commonly described as a journey through which a person aims to live a satisfying, hopeful and contributing life even with limitations caused by the illness. It generally speaks about healing and maintaining the dignity while looking at opportunities and efforts to overcome discrimination and devaluation [22]. Recovery has certainly introduced an optimistic vision into the field of mental health. It seems a user driven movement and pursuing what the patients and users feel in terms of overcoming their mental health problems, the concept of recovery is an addition to the understanding of feelings of our patients, as well as, a way forward in bringing them on board. Recovery as described earlier is also defined as a deeply personal unique process of changing ones values, feelings, skills and roles and is a way of living a satisfying and contributing life even with limitations caused by the illnesses. Recovery from the patient's perspective involves the development of new meaning to their lives and supports for a process that aims at positive adaptation to their illness and disability. The key elements of the definition of recovery including individual's efforts to overcome the impact of mental illness and improving their self-esteem have been supported and emphasized by many advocates of the concept of recovery [21].

While looking at the positive dimensions of recovery one has to be optimistic and realistic about the hopes and the expectations of our patients who are asking for recovery constructs [18,19]. We still do not have enough data on rates of recovery as defined by the patients and the service users. Similarly differences in the concept and the practice of recovery oriented services make it difficult for the professionals and the researchers to test different hypothesis linked to the recovery models. There needs to be some objective measures to find the effectiveness of recovery model and studies are required to look at the factors that contribute to different aspects of recovery especially determining the course of the illness, levels of community functioning and future relapses or need for other interventions. There has been one another aspect of recovery that requires some careful scrutiny. If the patients and the service users are given full control of their

life that may lead to some unwanted consequences. This should not be taken in any biased way but will the attribution of responsibility for the illnesses to the patients be enough to hold individuals responsible for the way they cope or act when they are not well. This may equally increase the blame and stigma that is generally linked to the mental illnesses. There is also a need to differentiate between clinical recovery and personal recovery which may have different meanings, consequences and impacts [7].

There is still no consensus whether rehabilitation should be renamed as recovery or recovery needs to be kept as one of the major aspects of rehabilitation. The term rehabilitation has been familiar and in use for a number of years. Its application across different fields, including severe mental illness, drug abuse, neurological disorders and many other mental health problems is well documented [10]. With the current developments in mental health unfortunately rehabilitation appears to have been lost in many mental health services. Similarly the new trends in the management of mentally ill in the community are putting different dimensions of care and most of the rehabilitation services have changed their remit and are now considering new ways and means for social inclusion, working to reduce the impact of stigma and to promote re-settlement and recovery for their patients [29].

Future directions. Looking at the future of rehabilitation and recovery it looks that the conceptual changes will have a great impact on our practices [18]. The key issues in contemporary mental health services are how to put the experiences of the patients into the practice and if this is to be achieved then professionals need to improve the way they are going to have a dialogue with the other stake holders in this equation [14]. Leaving the distinctions between rehabilitation and recovery on one side, the way forward is to generate some discussions about incorporating the good ideas from both of these concepts into a joint effort that ultimately looks at improving our patient's life and making them independent and more self-governing. It is true that historically most of the rehabilitation practices were started in hospital based settings and the medical model supporting psychiatric rehabilitation was constructed on looking at the psychopathology, recognizing the diagnostic boundaries, treatment outcomes and imparting more responsibility to the professionals for making decisions about their patients. Recovery model on the other hand argues about patients experiences and gives a central position to the person and asking about patient's personal meanings of the illness and more importantly to their disability. The emphasis is towards self-management and self-control with personal responsibility and is not a prescription from doctors but the responsibility of the patient to change his/or her life and having confidence to give up being ill and getting recovered [24].

It is true that the recovery principles cannot explain all the dimensions of rehabilitation and similarly rehabilitation in contemporary use can simply ignore principles

of recovery. It will thus be unfair to replace the word, rehabilitation, with recovery or vice versa. There is however a need for some mutual understanding about the shared vision of recovery in the overall practice of and rehabilitation and making more concrete suggestions about delivering and achieving recovery at different levels of the illnesses and during the process of rehabilitation [9]. It would be worthwhile to consider all these processes as a part of a continuum and not as opposing constructs. Likewise an increased interest in getting families and carers involved in the treatment and management strategies would certainly be a way forward and will value their strengths in the care of mentally ill [26]. Professionals, patients and the carers should thus be considered equal partners although involvement of carers is still not practiced in many parts of the world. There is no doubt that in the developed countries, involvement of families and carers is becoming an integral component of treatment processes but in low income countries where families play an important role in the care of mentally ill, there is still a long way to get this accepted in a more formal way. There is strong evidence that if patients and carers are involved in the treatment processes and if there is a joint decision, it will certainly make the prognosis of mental illnesses more favorable and promising. Looking at the core concept of recovery this involvement becomes even more meaningful as the distribution of responsibilities in making any treatment plan effective do increase the value of the joint working.

Summary. In summary there is a way forward for incorporating rehabilitation and recovery in the long term services and for the future programs for chronic mentally ill [11]. It is hoped that with strong emphasis on the concepts of psychosocial rehabilitation along with general principles of recovery, our practices would go a long way in understanding the principles and practice of rehabilitation psychiatry in the coming years. To achieve this it would be appropriate for fostering a partnership between clinicians, researchers, professionals and carers and efforts should be aimed to provide evidence based information on different models through the growth of networking among people involved in this field.

There is also a need for having programs of recovery and rehabilitation agreed and acknowledged at an international level with a strong support from professional organizations. It is worth noting that World Association of Psychosocial Rehabilitation (WAPR), an International organization working in the field of psychosocial rehabilitation, is promoting the concept of rehabilitation, recovery and empowerment of patients over the last many decades [27]. WAPR has got representatives of patients, carers and families on their executive board who take full responsibility in making decisions in formulating the policies of this International organization. With the changing trends in mental health it becomes imperative that all other organizations should also take a proactive role in promoting this initiative and help and assist in gaining further successes in the processes of rehabilitation and recovery.

Bibliography

1. *Amering M., Schmolke M.* Recovery in mental health: reshaping scientific and clinical responsibilities. Chichester: Wiley—Blackwell, 2009.
2. *Anthony W.A.* A recovery oriented service system: setting some system level standards // *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2000. V. 24. P. 159–168.
3. *Anthony W.A.* Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s // *Psychosoc. Rehabil. J.* 1993. V. 16. P. 11–23.
4. *Anthony W.A.* The principles of psychiatric rehabilitation. Baltimore: University Park Press. 1979.
5. *Anthony W.A., Cohen M., Farkas M., Gagne C.* Psychiatric Rehabilitation. 2nd edition. Boston: Boston University Center for Psychiatric Rehabilitation. 2002.
6. *Anthony W.A., Liberman R.P.* The practice of psychiatric rehabilitation: historical, conceptual & research base // *Schizophrenia Bulletin*. 1986. V. 12. P. 542–549.
7. *Bellack A.S., Drapalski A.* Issues and developments on the consumer recovery construct // *World Psychiatry*. 2012. V. 11, P. 156–160.
8. *Davidson L., Lawless M.S., Leary F.* Concepts of recovery: competing or complementary. *Current Opinion in Psychiatry*. 2006. V. 19, suppl. 6. P. 619–624.
9. *Davidson L., O'Connell M., Tondora J., Styron T., Kangas K.* The top ten concerns about recovery encountered in mental health system transformation // *Psychiatr. Serv.* 2006. V. 57. No. 5. P. 640–645.
10. *Deegan G.* Discovering recovery // *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2003. V. 26, suppl. 4. P. 368–376.
11. *Farkas M.* The vision of recovery today: What it is and what it means for services // *World Psychiatry*. 2007. V. 6. No. 2. P. 1–7.
12. Guiding Statement on Recovery. National Institute for Mental Health in England, London.
13. *Holloway F.* Is there a science of recovery and does it matter? Invited commentary on... Recovery and the medical model // *Advances in Psychiatric Treatment*. 2008. V. 14. P. 245–247.
14. *Holloway F., Carson J., Davis S.* Rehabilitation in the United Kingdom: Research, Policy, and Practice // *Can. J. Psychiatry*. 2002. V. 47. P. 628–634.
15. *Killaspy H., Harden C., Holloway F., King M.* What do mental health rehabilitation services do and what are, they for? A national survey in England // *Journal of Mental Health*. 2005. V. 14, P. 157–165.
16. *Leamy M., Bird V., Le Boutillier C.* et al. A conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *Br J Psychiatry* 2011. V. 199. P. 445–452.
17. *Liberman R.P.* Recovery from disability: manual of psychiatric rehabilitation. Washington: American Psychiatric Publishing Inc., 2008.
18. *Oyebode F.* Invited commentary on: The rediscovery of recovery // *Advances in Psychiatric Treatment*. 2004. V. 10, P. 48–49.
19. *Ridgway P., Zippel A.M.* The paradigm shift in residential services: from linear continuum to supported housing approaches // *Psychosoc. Rehabil. J.* 1990. V. 13. P. 11–32.
20. *Rose D.* Collaborative research between users and professionals: peaks and pitfalls // *Psychiatr. Bull.* 2003. V. 27. P. 404–406.
21. *Rosslor W.* Psychiatric rehabilitation today: an overview // *World Psychiatry*. 2006. V. 5. No. 3. P. 151–157.
22. Royal College of Psychiatrists Rehabilitation & Recovery Now: Council report CR 121. London: Royal College of Psychiatrists, London, 2004.
23. Royal College of Psychiatrists. Psychiatric rehabilitation. Revised. London: Gaskell, 1996
24. *Slade M.* Personal recovery and mental illness: a guide for mental health professionals. Cambridge: Cambridge University Press, 2009.
25. *Thornicroft G., Tansella M.* Growing recognition of the importance of service user involvement in mental health service planning and evaluation // *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*. 2005. V. 14. No. 1. P. 1–3.
26. *Wallcraft J., Amering M., Freidin J., Javed A.* et al. Partnerships for better mental health worldwide: WPA recommendations on best practices in working with service users and family carers // *World Psychiatry*. 2011. V. 10. P. 229–236.
27. World Association for Psychosocial Rehabilitation website. URL: <http://www.wapr.org> (accessed 01.07.2018).
28. World Health Organisation, International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps: a Manual of classification relating to the Consequences of Disease. Geneva: WHO, 1980.
29. *Wykes T., Holloway F.* Community rehabilitation: past failures and future prospects // *International Review of Psychiatry*. 2000. V. 12. P. 197–205.

TRAINING FOR HOPE: REDEFINING GRADUATE CLINICAL COUNSELING TRAINING BY INCORPORATING THE BIO-PSYCHO-SOCIAL MODEL AND THE RECOVERY CONCEPT IN THE CURRICULUM

Venter H.J., PhD, Professor, Venter C., PhD (SW), LCSW, Adjunct Faculty, National University, San Diego, California, USA

Abstract

Growing dissatisfaction with the outcome of clinical and counseling training programs in the United States shows that the prevailing model does not fully educate and prepare clinical and counseling graduates for contemporary marketplace needs. The recovery concept has emerged as a central organizing principle for mental health services. Yet, it receives little support among the academic community. The article reviews some of the schools in the United States (US) who have endorsed and incorporated the psycho-bio-social model and recovery concept in their curricula.

Key words

Clinical and counseling training, Boulder model, recovery concept, bio-psycho-social approach, hope.

Historical roots of clinical and counseling training in the US. Training of clinical and counseling mental health therapists in the US has traditionally been based on the scientist-practitioner or practitioner-scholar model—also called the Boulder Model, a training model for clinical and counseling graduate programs that aspires to train applied psychologists with a foundation of research and scientific practice [9, 13]. It was initially developed to guide clinical psychology graduate programs accredited by the American Psychological Association (APA), and was accepted at the Boulder Conference in 1949 [5, 6]. While the model encourages the integration of science and clinical practice knowledge, it also attempts to foster a career-long process of psychological investigation, assessment, and intervention [7, 12]. The Boulder Model is still by far the most widely used approach in clinical and counseling psychology graduate programs in the US today [6].

“Proof is in the pudding”—Is mental health training and delivery in the US effective? In light of the challenges of modern-day mental health, there is growing concern, and even dissatisfaction, with the outcome of clinical and counseling training programs in the US. Some researchers and clinicians strongly feel that the prevailing scientist-practitioner Boulder Model does not fully educate and prepare clinical and counseling graduates for contemporary marketplace needs [14]. Criticism also includes that the model lacks validity and that it does not actually help graduate students become better practitioners since the skills needed for practice in clinical psychology versus those needed for research are not compatible [1].

Increasingly, practitioners, agencies, and consumers opine that the historical emphasis in clinical and counseling psychology has been on “mental illness” rather than on “mental health,” with the result that mental health practitioners focus on people’s weaknesses and pathologies resulting in ineffective and less than useful services [17]. There is a gap between training, research

and real-world practice with interventions mostly developed in highly controlled circumstances with limited applicability in the real work of counseling due to its distinct focus on the weakness or disorder of the person rather than on their strengths [14]. The notion exists that “the mental health field has theoretically been plagued with a public perception that many treatment approaches involved unproven techniques and psychological nonsense” [17 (p. 5)]. The problem stems from the fact that clinical and counseling psychology has been grounded in an educational model aimed at delivering services to the single client and focused on problem-focused mental-illness care.

With some exceptions, present psychology curricula do not educate would-be therapists to meet the needs of the 21st century. In recent years it has become increasingly evident that there was a need to move beyond limiting constructs and approaches and to instead provide collaborative, non-hierarchical approaches, which include all role players collaboratively [14]. In addition, the call went out to focus on the positive aspects of humans: on resilience and strengths and prevention of mental illness [14].

“Training for hope”—Incorporating the concept of recovery in formal clinical and counseling training. Over the course of the past 20 years, the concept of recovery has emerged as a central organizing principle for mental health services [2, 11]. Various described as a movement, a model, and an ideology, recovery emphasizes the legitimacy of lived experience among men and women receiving psychiatric services, shared decision-making with their providers, and hope for the possibility of a full and meaningful life, even in the context of persistent disability [10].

The Recovery Model has its roots in the consumer/survivor movement that started in the 1970s, driven by men and women who received psychiatric services [4, 10]. However, many concepts are borrowed from rehabilitation and community support system mod-

els [4]. In fact, building upon a community support system, a recovery-oriented mental health system may attempt to provide multifaceted mental health services and support to severely mentally ill persons in the community, which has been shown to reduce the use of psychiatric hospitalization [4]. Anthony, one of the early proponents of this model and a mental health consumer himself, stated that recovery involves the development of new meaning and purpose in one's life as one grows beyond the catastrophic effects of mental illness [4].

The concept of recovery with its unique approach to mental health gained further momentum and federal legitimization in the US with the endorsement from two major policy reports: the US Surgeon's General's Report on Mental Health and Illness in 1999; and the President's New Freedom Commission on Mental Health four years later, which not only identified recovery as the main goal towards which mental health providers ought to be working, but also introduced the notion that "transformation" in mental health was necessary along the lines of recovery [8]. It implied that a fundamental paradigm shift in mindset and in practice was necessary to implement the principles of recovery in mental health service [8, 10]. Even though a recovery-based approach to some degree represents a departure from a traditional biomedical perspective based on expert diagnosis and symptom control, organized psychiatry and psychology over the last years began to recognize the importance of recovery principles and the need to include it in formal training [10].

In 2005 the American Psychiatric Association (APA) approved a position statement "endorses and strongly affirm[s] the application of the concept of recovery to the comprehensive care of chronically and persistently mentally ill adults" [10]. The American Psychological Association now also endorses the model and even developed an online recovery curriculum based on the "novel" idea that individuals with serious mental illness can and do recover and live productive and meaningful lives in the community [3]. The Substance Abuse and Mental Health Services Administration of the US also states that recovery is a journey of healing and transformation enabling a person with a mental health problem to live a meaningful life in a community of his or her choice while striving to achieve his or her full potential [15]. They later added that it is a process of change through which individuals improve their health and wellness, live a self-directed life, and strive to reach their full potential [16].

Even though it has become a powerful force in mental health service delivery all over the world, the concept of recovery has received little support of prominence among the academic community [8]. Research indicates that little is still known about how clinical, counseling, and psychiatric trainees are learning about recovery. It remains largely an unanswered question of how effective training institutions are in preparing future clinical and counseling therapists in the recovery-orientated approach [10]. Recent research, for instance, indicates that very little is still known about how psychiatric trainees

are learning about recovery, and what they think recovery-oriented care involves [10].

Promising examples in the US Schools actively incorporating the recovery model include:

The University of Illinois in Chicago where recovery principles are included in a general reform of the curricula for medical students and residents; Columbia University in New York where educators are using lectures to draw out the connections between recovery principles and core competencies in systems-based practice; at Yale's psychiatric training program where principles of recovery-oriented care are incorporated into several elements of the curriculum, and residents receive an introduction to recovery principles including bio-psycho-social formulation and are further exposed to the principles at the Program for Recovery and Community Health [10].

In California, clinical and counseling programs accredited by the Board of Behavioral Science (BBS), the state licensing authority overseeing several categories of mental health therapists, have a unique opportunity to implement the recovery model. The BBS adopted the recovery model as vital in formal training. According to the BBS [2], the focus of recovery-orientated healthcare is resilience, including the personal and community qualities that enable persons to cope with adversity, trauma, tragedy, threats, and other stresses with a distinct move away from the medical model of treatment. According to the BBS [2], students should be prepared to: no longer view mental illness as a life sentence; to regard the therapist as a partner in care, not as the one directing it; to help consumers of mental health services develop meaningful roles in their communities, not necessarily a long-term relationship with the therapist; to enable consumers to take an active role and responsibility in the treatment process; to focus on in-vivo treatment as the ideal; and to regard the role of support systems in attaining and maintaining recovery as vital including the community, family, and peers [2, 11 (Part I)].

The Master of Arts in Counseling Psychology (MAC) degree at National University (NU) in California where one of the authors of this article is a Regional Program Director, trains marriage and family therapists and is designed for students who are committed to the practice of individual, couples, family, adolescent, and child psychotherapy. The degree meets the academic requirements necessary to sit for the Marriage and Family Therapist (MFT) License mandated by the Board of Behavioral Science (BBS) in the state of California. The program fully adopted the bio-psycho-social and recovery model as proposed by the BBS as a base of instruction in the curriculum to prepare students for their role as future therapists. Over a two-year period, students are prepared to integrate the use of consumer-provider partnerships and community-based resources into case management plans and mental health service delivery. During the second year of training students are placed at organizations and institutions, such as community-based mental health providers, where they deliver mental health services to consumers under supervision of a licensed mental health professional. During

this practical phase of training the principles of recovery and bio-psycho-social model are ingrained. Students in the MAC program at NU are trained to understand that recovery in mental health: (1) emerges from hope; (2) is person-driven, with an emphasis on self-direction and self-determination; (3) occurs via many pathways; (4) is holistic, incorporating an individual's mind, body, spirit, and community; (5) can be supported by peers and allies; (6) can be nurtured through relationships and social networks; (7) is necessarily informed by a person's specific cultural background and beliefs; (8) can be facilitated by recognizing and addressing trauma; (9) emphasizes strengths and responsibilities at the level of the individual, the family, and the community; and (10) is based on respect for men and women affected by mental health problems.

Conclusion. Even though it is in its early phase of implementation, early assessments of and feedback on the new recovery-orientated curriculum are promising. Students report that they are more prepared to function in the community of mental health service and their new perspective of the autonomy and the rights of individuals with mental health illness enables them to function more effectively. The recovery model itself appears conceptually closer to a common factors model than to an empirically validated treatment model that can employ specific empirically validated treatments. More research is necessary to determine the effectiveness of the model, as well as the effectiveness of curriculums integrally including the recovery concepts in training, although early results show promise.

Bibliography

1. *Albee G.W.* The Boulder model's fatal flaw // *American Psychologist*. 2000. V. 55. No. 2. P. 247–248. DOI: 10.1037/0003-066X.55.2.247. PMID 10717973.
2. American Association for Marriage and Family Therapy, California Division. 2nd ed. *The transforming system: a practical handbook for understanding the changes in California community mental health*. Santa Barbara, CA. 2015.
3. *American Psychological Association & Jansen M.A.* Reframing psychology for the emerging health care environment: recovery curriculum for people with serious mental illnesses and behavioral health disorders. Washington, DC: American Psychological Association. 2014.
4. *Anthony W.A.* The principle of personhood: The field's transcendent principle // *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2004. V. 27. No. 3. P. 205.
5. American Association. *Getting in*. Washington: American Psychological Association. 2007. ISBN 1-59147-799-999.
6. *Baker D.B., Benjamin Jr., Ludy T.* The affirmation of the scientist-practitioner: a look back at boulder // *American Psychologist*. 2000. V. 55. No. 2. P. 241–247. DOI: 10.1037/0003-066X.55.2.241. PMID 10717972.
7. *Belar C.D., Perry N.W.* The national conference on scientist-practitioner education and training for the professional practice of psychology // *American Psychologist*. 1992. V. 47. No. 1. P. 71–75.
8. *Buckley P., Bahmiller D., Kenna A., Shevitz S., Powell I., Fricks L.* Resident education and perceptions of recovery in serious mental illness: observations and commentary // *Academic Psychiatry*. 2007. V. 31. No. 6. P. 435–438.
9. *Frank G.* The Boulder model: history, rationale, and critique. *Professional Psychology: Research and Practice*, 1984. V. 15. No. 3. P. 417–435. DOI: 10.1037/0735-7028.15.3.417.
10. *Gambino M., Pavlo A., Ross D.A.* Recovery in mind: perspectives from postgraduate psychiatric trainees // *Acad Psychiatry*. 2016. V. 40. P. 481–488.
11. *Gehart D.R.* The mental health recovery movement and family Therapy, Parts I, II // *Journal of Marital and Family Therapy*. 2012. No. 38. P. 3.
12. *Jones J., Mehr S.* Foundations and assumptions of the scientist-practitioner model // *American Behavioral Scientist*. 2007. V. 50. No. 6. P. 766–771.
13. *McHolland J.D.* National council of schools of professional psychology core curriculum conference resolutions / *The core curriculum in professional psychology* / R. L. Peterson et al. (Eds.). p. 155–166. Washington, DC: American Psychological Association. 1992.
14. *Snyder C.R., Elliot T.R.* Twenty-first century graduate education in clinical psychology: a four level matrix model // *Journal of Clinical Psychology*. 2005. V. 61. No. 9. P. 1033–1033.
15. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). *Consensus Statement on Mental Health Recovery*. Rockville, MD: Author. 2006.
16. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). *SAMHSA's Working Definition of Recovery—10 Guiding Principles of Recovery*. Rockville, MD: Author. 2012.
17. *Weist M.D., Christodulu K.V.* Expanded school mental health programs: advancing reform and closing the gap between research and practice // *The Journal of School Health*. 2000. No. 70. P. 5.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЕРЕЖИВАНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКИХ СОБЫТИЙ В ПЕРИОД РАННЕЙ ВЗРОСЛОСТИ*

Казымова Н. Н., Никитина Д. А.,
ФГБУ «Институт психологии» Российской академии наук,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

Исследование направлено на выявление различий в особенностях психической травматизации при разном травматическом опыте. Выделены наиболее частые ситуации, приводящие к развитию посттравматического стресса: смерть члена семьи или близкого друга, опасные для жизни заболевания или травмы, дорожно-транспортные происшествия. Показаны половые различия в интенсивности посттравматического стресса и психопатологических симптомов в зависимости от пережитого опыта у респондентов раннего взрослого возраста.

Ключевые слова

Травматический опыт, посттравматический стресс, психопатологическая симптоматика.

PSYCHOLOGICAL FEATURES OF EXPERIENCING TRAUMATIC EVENTS DURING EARLY ADULTHOOD

Kazymova N. N., Nikitina D. A.,
Institute of Psychology, Russian Academy of Sciences,
Moscow, Russian Federation

Abstract

The study aims to identify differences in the features of mental trauma in different traumatic experiences. The most frequent situations leading to the development of post-traumatic stress are identified: death of a family member or a close friend, life-threatening diseases or injuries and road traffic accidents. Gender differences in the intensity of post-traumatic stress and psychopathological symptoms depending on the experience of young adult respondents are shown.

Key words

Traumatic experience, post-traumatic stress, psychopathological symptoms.

Введение. Изучение последствий психической травматизации является чрезвычайно важной и актуальной задачей в русле исследований психологического здоровья человека. Воздействие на человека стрессоров высокой интенсивности может оказывать травмирующий эффект, имеющий долгосрочные последствия в виде различных психопатологических нарушений, одним из которых является посттравматический стресс (ПТС). Наличие в истории жизни человека травматического события высокой интенсивности рассматривается в качестве обязательного критерия для диагностики посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) в DSM-V. Травматическое событие, согласно этому критерию, «связано со смертью или угрозой смерти, серьезным повреждением или сексуальным насилием» [1, с. 25], при этом негативные психологические последствия могут развиваться как в случае, когда событие произошло лично с человеком, так и в тех случаях, когда он стал свидетелем или узнал, что это произошло с членом семьи или близким другом.

Интенсивность переживания посттравматического стресса зависит от многих факторов, к числу которых можно отнести возраст, пол, личностные особенности, давность и характер травмы и др. Попытка учета этих факторов, а также дифференцированная оценка психологических последствий влияния на человека травматических событий, реализованная в данном исследовании, обладает практической значимостью для подготовки рекомендаций по поддержанию и восстановлению психологического здоровья при воздействии травматических стрессоров.

В предыдущих исследованиях Лаборатории психологии развития субъекта в нормальных и посттравматических состояниях ИП РАН была изучена психическая травматизация в среднем и пожилом возрасте. Показано, что с возрастом уровень посттравматического стресса увеличивается, что, по-видимому, связано с ослаблением функционирования защитных механизмов и стратегий копинга [2].

Целью данного исследования явилось изучение травматического опыта и определение психологиче-

* Работа выполнена при поддержке гранта РФФИ № 17-29-02155.

ских последствий его переживания людьми в период ранней взрослости.

Для достижения данной цели были поставлены следующие задачи:

1) выявить общую картину травматических событий (стрессоров высокой интенсивности) на выборке людей периода ранней взрослости;

2) показать психотравмирующий характер отдельных стрессоров, оценив уровень посттравматического стресса и психопатологическую симптоматику с учетом половозрастных особенностей респондентов.

Общий объем анализируемой выборки составил 267 человек в возрасте от 20 до 35 лет (165 женщин и 102 мужчины). Респондентами стали жители трех городов РФ: Москва, Астрахань, Чита.

В исследовании был использован Опросник посттравматического стресса PCL-5 (Posttraumatic Stress Disorder Checklist) [1], позволяющий выделить наиболее тяжелое в жизни респондента событие и оценить интенсивность негативных психологических последствий его переживания. Итоговый показатель определяет интенсивность посттравматического стресса и образуется из суммы баллов по четырем шкалам опросника, отражающих четыре диагностических критерия ПТСР в DSM-V: кластер *B* — симптомы навязчивого повторения, *C* — симптомы избегания, *D* — негативные изменения в эмоционально-когнитивной сфере, *E* — симптомы возбудимости. Часть респондентов заполнила PCL-5, содержащий в качестве включенного компонента опросник жизненных ситуаций ЛЕС-5 (Life Experience Checklist), в котором представлен перечень различных ситуаций, потенциально являющихся стрессорами высокой интенсивности.

Сопутствующая посттравматическому стрессу негативная психопатологическая симптоматика была изучена с помощью опросника SCL-90-R (Symptoms Checklist-90-Revised) [3], оценивающего актуальное состояние респондентов по следующим симптоматическим шкалам: соматизация, обсессивно-компульсивные расстройства, межличностная сензитивность, депрессия, тревожность, враждебность, фобическая тревожность, паранойяльные симптомы, психотизм.

Используемые методики были переведены на русский язык и апробированы сотрудниками Лаборатории психологии развития субъекта в нормальных и посттравматических состояниях ИП РАН.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью компьютерной программы Statistica 8.0 и включала в себя расчет коэффициентов корреляции r_s Спирмена, анализ групповых различий с применением критериев *U* Манна—Уитни и *H* Краскала—Уоллеса.

Результаты исследования. В исследовании было зафиксировано большое количество разнообразных ситуаций, которые представляют уникальный жизненный опыт респондентов. Данные ситуации указывались респондентами как самые тяжелые события в их жизни, произошедшие с ними лично или с их родными и близкими, а также как события, свидетелями которых они стали. Для дальнейшего анализа данных была проведена классификация ситуаций, основой которой стал список стрессовых ситуаций, содер-

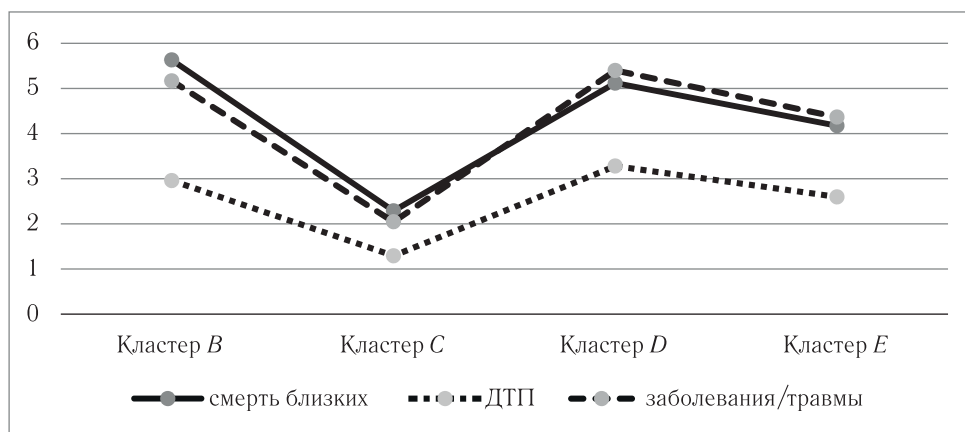
жащийся в ЛЕС-5. Было выделено несколько групп таких событий: стихийные бедствия, пожар или взрыв, транспортные аварии, чрезвычайные происшествия на работе, дома или во время досуга; воздействие токсичных веществ; нападение с оружием; сексуальное насилие; какой-либо другой нежелательный или неприятный сексуальный опыт; нахождение в зоне боевых действий; опасные для жизни заболевания или травмы; тяжелые душевные или физические страдания; внезапная насильственная смерть; естественная смерть; смерть в результате несчастного случая; также дополнительно были выделены группы: любое другое стрессовое событие (экзамены, игры, и т. п.); разрыв отношений с партнером; эмоциональное унижение и пренебрежение.

Анализ полученных данных показал, что в группе ранней взрослости некоторые группы травматических событий имеют наиболее распространенный характер по сравнению с другими событиями. В числе таких событий были выделены ситуации, связанные со смертью близкого человека (31% опрошенных указали это событие как наиболее тяжелое); дорожно-транспортные происшествия (15%); ситуации опасных заболеваний или травм (9%). Для сравнения, на остальные группы событий приходится не более 5% частоты встречаемости.

Поскольку выделенные события являются наиболее часто указываемыми и универсальными как для мужчин, так и для женщин, они были отобраны для дальнейшего анализа. Сравнение этих наиболее частых событий по степени переживания травматического опыта было осуществлено с помощью критерия *H* Краскала—Уоллеса. Полученный результат свидетельствует о том, что все три события различаются по интенсивности вызванного ими посттравматического стресса в целом ($H = 10,3$; $p = 0,0057$) и по всем группам симптомов ПТС (кластер *B*: $H = 13,3$; $p = 0,0013$; кластер *C*: $H = 6,74$; $p = 0,03$; кластер *D*: $H = 6,37$; $p = 0,0414$; кластер *E*: $H = 6,312$; $p = 0,0426$).

Попарное сравнение этих ситуаций с помощью критерия *U* Манна—Уитни показало, что ситуации потери близких людей и переживания по поводу перенесенных опасных для жизни заболеваний или травм схожи между собой по интенсивности всех испытываемых симптомов ($p > 0,05$). Представленный на рисунке график средних значений по отдельным симптоматическим кластерам методики PCL-5 наглядно демонстрирует различия в интенсивности посттравматических стрессовых реакций. Видно, что травматический опыт переживания ДТП по сравнению с опытом утраты или болезни в меньшей степени интенсивен по всем признакам ПТС ($p < 0,05$).

Каждое из этих событий было изучено более подробно на предмет половых различий в их переживании. Наиболее часто упоминаемым тяжелым жизненным событием является ситуация утраты близкого человека. Данное событие указали 52 женщины и 31 мужчина. При этом интенсивность посттравматических стрессовых у них оказалась примерно на одном уровне ($p > 0,05$). Однако установлено, что при пере-



Средние значения показателей кластеров симптомов ПТС (по методике PCL-5)

живании смерти близких женщины и мужчины различаются по интенсивности испытываемых ими симптомов. Женщины отмечают более сильные симптомы соматизации ($U = 437$; $p = 0,0005$), интерперсональной чувствительности ($U = 432,5$; $p = 0,0004$), депрессии ($U = 392,5$; $p = 0,0001$), тревожности ($U = 371,5$; $p = 0,00004$), враждебности ($U = 458$; $p = 0,001$), фобической тревожности ($U = 473,5$; $p = 0,001$), паранойяльности ($U = 384$; $p = 0,000073$), психотизма ($U = 443,5$; $p = 0,000655$). Мужчины же отличаются более выраженными симптомами обсессивно-компульсивного расстройства ($U = 314$; $p = 0,000004$). Кроме того, анализ связи давности события и интенсивности его переживания в настоящем времени показал, что у мужчин с течением времени не ослабевает острота реакций на это событие. У женщин же, наоборот, обнаружена обратная корреляционная взаимосвязь давности события и общего показателя посттравматического стресса ($r_s = -0,296$; $p = 0,033$), достигаемая в основном за счет снижения интенсивности навязчивых воспоминаний (кластер В: $r_s = -0,37$; $p = 0,0067$) и симптомов избегания (кластер С: $r_s = -0,288$; $p = 0,038$).

В ситуациях, связанных с ДТП, также не было обнаружено различий в уровне посттравматического стресса у мужчин ($n = 20$) и женщин ($n = 21$). Однако отдельные показатели сопутствующей психопатологической симптоматики выше у мужчин: симптомы обсессивно-компульсивного расстройства ($U = 104,5$; $p = 0,006$), депрессии ($U = 119,5$; $p = 0,002$), паранойяльности ($U = 73,5$; $p = 0,0003$) и психотизма ($U = 122$; $p = 0,02$). Для ситуаций, связанных с ДТП не обнаружено взаимосвязи между давностью этого события и актуальными показателями психотравматизации ни для мужчин, ни для женщин. Другими словами, стрессовые реакции, вызванные переживанием этого события, не проходят бесследно и остаются актуальными даже спустя большой промежуток времени.

Анализ половых различий в переживании опасных для жизни заболеваний или травм также показал, что этот вид стрессора одинаково травматичен как для мужчин ($n = 7$), так и для женщин ($n = 19$). Однако сравнение в этих группах психопатологической симптоматики показало, что женщины, перенесшие в

прошлом тяжелые заболевания, отмечают более выраженные симптомы обсессивно-компульсивности ($U = 24,5$; $p = 0,01$), а также враждебности ($U = 29,5$; $p = 0,03$). Параметр давности заболеваний не сопряжен с показателями травматизации и психопатологической симптоматики ни в группе женщин, ни в группе мужчин. Однако в группе мужчин была обнаружена значимая положительная корреляционная взаимосвязь давности события и шкалы ADD методики SCL-90-r ($r_s = 0,80$; $p = 0,03$). Данная шкала включает в себя дополнительные вопросы о симптомах, не вошедших в другие симптоматические шкалы, но тем не менее имеющие клиническое значение. Небольшое количество данных не позволяет однозначно интерпретировать эту взаимосвязь, однако теоретически можно предполагать, что перенесенные мужчинами в прошлом тяжелые заболевания или травмы, излеченные с медицинской точки зрения, накладывают свой отпечаток на последующую жизнь.

Таким образом, на примере трех наиболее частых травматических событий показано, что последствия травмы могут быть ощутимы даже спустя большой промежуток времени, однако психологическая картина этих последствий различна в зависимости от типа события. Кроме того, при одинаковом уровне посттравматического стресса коррелирующие с ним психопатологические симптомы могут различаться по своей интенсивности у мужчин и женщин. Показательным примером в нашем исследовании явилось тяжелое переживание по поводу утраты близкого человека. Несмотря на то что, в отличие от мужчин, у женщин интенсивность посттравматического стресса снижается с течением времени, однако большинство сопряженных с ним психопатологических симптомов переживается более остро, чем мужчинами. Время в этом случае может ослабить воспоминания, но травма остается, проявляясь иначе в соматических симптомах, межличностной чувствительности, тревожности, депрессии и др.

В перспективе исследования входит уточнение фактора давности травматического события и его отличительных характеристик, а также более подробное изучение психологических особенностей участников исследования.

Библиографический список

1. Тарабрина Н. В., Харламенкова Н. Е., Падун М. А., Хажуев И. С., Казымова Н. Н., Быховец Ю. В., Дан М. В. Интенсивный стресс в контексте психологической безопасности / под общ. ред. Н. Е. Харламенковой. М.: Институт психологии РАН, 2017.
2. Тарабрина Н. В., Харламенкова Н. Е., Быховец Ю. В., Мустафина Л. Ш., Ворона О. А., Казымова Н. Н., Дымова Е. Н., Шаталова Н. Е. Посттравматический стресс и картина травматических событий в разные периоды взрослости // Психологический журнал. 2016. Т. 37, № 6. С. 94–108.
3. Тарабрина Н. В., Агарков В. А., Быховец Ю. В., Калмыкова Е. С., Макаrchук А. В., Падун М. А., Удачина Е. Г., Химчан З. Г., Шаталова Н. Е., Щепина А. И. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. Ч. 1. Теория и методы. М.: Когито-центр, 2007.

НАРУШЕНИЯ МЕТАКОГНИЦИЙ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

Карякина М. В.,

Московский НИИ психиатрии — филиал ФГБУ «Научно-медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского» Минздрава России, Москва, Российская Федерация

Аннотация

При шизофрении выявляются нарушения понимания психических процессов, как своих, так и других людей. Эти нарушения могут быть связаны с худшим социальным восстановлением после заболевания, более выраженными негативными и симптомами дезорганизации, худшим психологическим ответом на лечение, снижением осознания болезни.

Ключевые слова

Шизофрения, метакогниции.

METACOGNITIVE IMPAIRMENTS IN SCHIZOPHRENIA

Karyakina M. V.,

Moscow Research Institute of Psychiatry — branch of V. Serbsky Federal Medical Research Center of Psychiatry and Narcology, Moscow, Russian Federation

Abstract

Patients with schizophrenia may have an impaired understanding of mental activity in themselves and other people. These deficits can be linked to worse recovery after psychosis, more severe negative symptoms, worse compliance and reduced awareness of the illness.

Key words

Schizophrenia, metacognitions.

В возникновении шизофрении существенную роль играют как биологические, так и психологические и социальные факторы. Генетическая уязвимость в совокупности с неблагоприятными факторами окружающей среды может негативно влиять на развитие мозга, что, в свою очередь, создает предпосылки для возникновения психопатологической симптоматики и когнитивного дефицита [6, 10, 12, 33], ограничивающих возможность человека вернуться к привычной жизни в сообществе [5, 16]. В последнее время особое внимание уделяется тому, что человек не только пассивно переживает свою болезнь, но тому, что его личное отношение к заболеванию может играть существенную роль в выздоровлении [20].

Концепт метакогниций впервые был использован в педагогической литературе для обозначения способности думать о процессах своего мышления во время обучения [8]. В настоящее время в исследованиях психических нарушений под этим термином объединено множество различных процессов. С одной стороны, к метакогнитивным функциям относят отдельные психические процессы, как, например, распознавание ошибок суждения или формирование представлений о психическом состоянии другого человека, что сближает концепт метакогниций с социальными когнициями, в частности, с «теорией психического» или способностью формировать образ другого (theory of mind) [3]. С другой стороны, метакогниции рассматриваются не

как изолированные психические действия, а как процесс формирования целостных репрезентаций себя и других [31]. Была сделана попытка объединить оба этих подхода. Метакогнитивные процессы могут рассматриваться как континуум, на одном полюсе которого присутствуют отдельные психические акты, касающиеся восприятия конкретных событий и верности суждений. Затем следуют более общие процессы, связанные не столько с конкретным опытом, сколько с представлениями о себе и других. И, наконец, наиболее комплексный уровень охватывает целостные представления о себе и других в широком контексте жизни [23]. На этом уровне речь идет не о правильности или ошибочности того или иного суждения, а о том, как эти суждения соотносятся с общей ситуацией жизни человека, его личностью, социальным окружением и др.

Ряд исследований, проведенных с опорой на представление о метакогнициях как континууме, подтверждает, что при шизофрении страдают как отдельные метакогнитивные функции [1, 2, 9, 13, 14], так и более сложные процессы [17]. Пациенты с шизофренией демонстрируют худшие результаты не только по сравнению со здоровыми испытуемыми, но также по сравнению с пациентами, имеющими тяжелые непсихотические заболевания, частности, ВИЧ, зависимость от психоактивных веществ (ПАВ) [24] или биполярное расстройство [32]. Есть данные, что эти нарушения сохраняются даже через полгода после приступа психоза [11, 16, 18]. Сравнение пациентов с первым психотическим эпизодом и пациентами с длительным сроком заболевания, а также лиц, страдающих зависимостью от ПАВ без психотических эпизодов, показало, что метакогнитивные способности снижены в обеих группах, переживших психозы, по сравнению с группой зависимых [34].

С уровнем метакогнитивного функционирования может быть связано эмоциональное уплощение (*emotional withdrawal*) [16, 30]. При более высоких показателях метакогнитивных функций у пациентов также наблюдаются низкие баллы по шкалам негативных симптомов и симптомов дезорганизации [11, 16, 28, 30]. Есть данные, что уровень метакогнитивного функционирования может предсказывать уровень негативной симптоматики через 6 и 12 месяцев после приступа [27].

Выявляются корреляции между метакогнитивными и нейрокогнитивными функциями. Например, у пациентов с шизофренией вне обострения при лучших показателях метакогнитивного функционирования наблюдаются лучшие результаты в тестах на вербальную и зрительную память, скорость обработки информации, исполнительную функцию [16, 26]. При этом разные метакогнитивные процессы могут быть по-разному

связаны с этими нарушениями. Так, в одном из исследований [26] было показано, что с нарушениями исполнительной функции в большей степени связаны представления пациентов о себе.

Исследования также показывают, что метакогнитивные процессы могут быть связаны с успешным возвращением к жизни в сообществе. Так, пациенты с более высоким уровнем метакогнитивных способностей на протяжении полугода наблюдений показали лучшие результаты при оценке их трудовой занятости [16] и качества жизни [22]. Снижение отдельных метакогнитивных функций связано со стремлением избегать браться за сложные повседневные дела и со снижением активности в целом [21]. Выявляются также корреляции уровня метакогнитивного функционирования с оценками по шкалам восстановления после психоза (*recovery*) [15] и со способностью распознавать и отказываться от стигматизирующих убеждений [29].

Метакогнитивные способности могут влиять терапию: пациенты с более высоким уровнем метакогнитивного функционирования формируют более надежный терапевтический альянс при прохождении когнитивно-бихевиоральной терапии [7]. Есть также исследования, показавшие, что уровень метакогнитивного функционирования влияет на уровень осознания болезни [16, 30].

В целом результаты исследований показывают, что нарушения метакогниций при шизофрении выявляются как на ранних, так и на отдаленных этапах заболевания и не могут быть сведены к психопатологической симптоматике или нейрокогнитивным нарушениям. Низкий уровень способности формировать целостные представления о себе и других связан с худшим социальным восстановлением после заболевания, более выраженными негативными симптомами и симптомами дезорганизации, с худшим психологическим ответом на лечение, снижением осознания болезни, тогда как высокий уровень метакогнитивных способностей может способствовать лучшему терапевтическому альянсу, снижению влияния стигматизации. Стоит обратить внимание на то, что, количество исследований, посвященных метакогнитивному функционированию при шизофрении, еще невелико, очень мало обсуждается этиология этих нарушений, присутствуют ли они до начала заболевания и у здоровых родственников, какие биологические, психологические и социальные факторы влияют на формирование метакогнитивных функций.

Таким образом, дальнейшее изучение метакогнитивных функций имеет значение как для теоретической концептуализации шизофрении, так и для практики, поскольку новые методы вмешательства, направленных на метакогниции, могут улучшить прогноз восстановления после приступа.

Библиографический список

1. Bacon E., Danion J. M., Kauffmann-Muller F., Bruant A. Consciousness in schizophrenia: A metacognitive approach to semantic memory // *Conscious Cogn.* 2001. No. 10. P. 473–484.
2. Bacon E., Izaute M. Metacognition in schizophrenia: processes underlying patients' reflections on their own episodic memory // *Biol. Psychiatry.* 2009. No. 66. P. 1031–1037.

3. Bennett H., Wells A. Metacognition, memory disorganization and rumination in posttraumatic stress symptoms // *J. Anxiety Disord.* 2010. No. 24. P. 318–325.
4. Bo S., Abu-Akel A., Kongerslev M., Haahr U. H., Bateman A. Mentalizing mediates the relationship between psychopathy and type of aggression in schizophrenia // *J. Nerv. Ment. Dis.* 2014. No. 202. P. 55–63.
5. Bowie C. R., Leung W. W., Reichenberg A., McClure M. M., Patterson T. L., Heaton R. K., Harvey P. D. Predicting schizophrenia patients' real-world behavior with specific neuropsychological and functional capacity measures // *Biol. Psychiatry.* 2008. No. 1. P. 505–511.
6. Braff D. L., Freedman R., Schork N. J., Gottesman I. I. Deconstructing schizophrenia: an overview of the use of endophenotypes in order to understand a complex disorder // *Schizophr. Bull.* 2007. No. 33. P. 21–32.
7. Davis L. W., Eicher A. C., Lysaker P. H. Metacognition as a predictor of therapeutic alliance over 26 weeks of psychotherapy in schizophrenia // *Schizophr. Res.* 2011. V. 129 (1). P. 85–90.
8. Flavell J. H. Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry // *Am. Psychol.* 1979. No. 34. P. 906–911.
9. Fournier P., de Vignemont F., Franck N., Slachevsky A., Dubois B., Jeannerod M. Perception of self-generated action in schizophrenia // *Cogn. Neuropsychiatry.* 2002. No. 7. P. 139–156.
10. Green M. J., Cairns M. J., Wu J., Dragovic M., Jablensky A., Tooney P. A., Scott R. J., Carr V. J. Genome-wide supported variant MIR137 and severe negative symptoms predict membership of an impaired cognitive subtype of schizophrenia // *Mol. Psychiatry.* 2013. No. 18. P. 774–780.
11. Hamm J. A., Renard S. B., Fogley R. L., Leonhardt B. L., Dimaggio G., Buck K. D., Lysaker P. H. Metacognition and social cognition in schizophrenia: Stability and relationship to concurrent and prospective symptom assessments // *J. Clin. Psychol.* 2012. No. 68. P. 1303–1312.
12. Hori H., Yamamoto N., Fujii T. et al. Effects of the CACNA1C risk allele on neurocognition in patients with schizophrenia and health individuals // *Sci. Rep.* 2012. No. 2.
13. Koren D., Seidman L. J., Goldsmith M., Harvey P. D. Real-world cognitive—and metacognitive—dysfunction in schizophrenia: a new approach for measuring (and remediating) more “right stuff” // *Schizophr. Bull.* 2006. No. 32. P. 310–326.
14. Koren D., Seidman L. J., Poyurovsky M. et al. The neuropsychological basis of insight in first-episode schizophrenia: A pilot metacognitive study // *Schizophr. Res.* 2004. No. 70. P. 195–202.
15. Kukla M., Lysaker P. H., Salyers M. P. Do persons with schizophrenia who have better metacognitive capacity also have a stronger subjective experience of recovery? // *Psychiatr. Res.* 2013. No. 209. P. 381–385.
16. Lysaker P. H., Carcione A., Dimaggio G., Johannesen J. K., Nicolò G., Procacci M., Semerari A. Metacognition amidst narratives of self and illness in schizophrenia: Associations with insight, neurocognition, symptom and function // *Acta Psychiatr. Scand.* 2005. No. 112. P. 64–71.
17. Lysaker P. H., Clements C. A., Plascak-Hallberg C. D., Knipscheer S. J., Wright D. E. Insight and personal narratives of illness in schizophrenia // *Psychiatry.* 2002. No. 6. P. 197–206.
18. Lysaker P. H., Dimaggio G., Buck K. D., Carcione A., Nicolò G. Metacognition within narratives of schizophrenia: Associations with multiple domains of neurocognition // *Schizophr. Res.* 2007. No. 93. P. 278–287.
19. Lysaker P. H., Dimaggio G., Carcione A., Procacci M., Buck K. D., Davis L. W., Nicolò G. Metacognition and schizophrenia: The capacity for self-reflectivity as a predictor for prospective assessments of work performance over six months // *Schizophr. Res.* 2010. No. 122. P. 124–130.
20. Lysaker P. H., Glynn S. M., Wilkness S. M., Silverstein S. M. Psychotherapy and recovery from schizophrenia: A review of potential application and need for future study // *Psychol. Serv.* 2010. No. 7. P. 75–91.
21. Lysaker P. H., McCormick B. P., Sneathen G., Buck K., Hamm J., Grant M., Nicolò G., Dimaggio G. Metacognition and social function in schizophrenia: Associations of mastery with functional skills competence // *Schizophr. Res.* 2011. No. 131. P. 214–218.
22. Lysaker P. H., Shea A. M., Buck K. D., Dimaggio G., Nicolò G., Procacci M., Salvatore G., Rand K. L. Metacognition as a mediator of the effects of impairments in neurocognition on social function in schizophrenia spectrum disorders // *Acta Psychiatr. Scand.* 2010. No. 122. P. 405–413.
23. Lysaker P. H., Vohs J. L., Ballard R., Fogley R., Salvatore G., Popolo R., Dimaggio G. Metacognition, self reflection and recovery in schizophrenia: Review of the literature // *Future Neurology.* 2013. No. 8. P. 103–115.
24. Lysaker P. H., Vohs J., Hamm J. A., Kukla M., Minor K. S., de Jong S., van Donkersgoed R., Pijnenborg M. H., Kent J. S., Matthews S. C., Ringer J. M., Leonhardt B. L., Francis M. M., Buck K. D., Dimaggio G. Deficits in metacognitive capacity distinguish patients with schizophrenia from those with prolonged medical adversity // *J. Psychiatr. Res.* 2014. No. 55. P. 126–132.
25. Lysaker P. H., Vohs J., Ohayon I. H., Kukla M., Wierwille J., Dimaggio G. Depression and insight in schizophrenia: Comparisons of levels of deficits in social cognition and metacognition and internalized stigma across three profiles // *Schizophr. Res.* 2013. No. 148. P. 18–23.
26. Lysaker P. H., Warman D. M., Dimaggio G., Procacci M., LaRocco V., Clark L. K., Dike C., Nicolò G. Metacognition in prolonged schizophrenia: Associations with multiple assessments of executive function // *J. Nerv. Ment. Dis.* 2008. No. 19. P. 384–389.
27. McLeod H. J., Gumley A. I., MacBeth A., Schwannauer M., Lysaker P. H. Metacognitive functioning predicts positive and negative symptoms over 12 months in first episode psychosis // *J. Psychiatr. Res.* 2014. No. 54. P. 109–115.
28. Minor K. S., Lysaker P. H. Necessary, but not sufficient: Links between neurocognition, social cognition, and metacognition in schizophrenia are moderated by disorganized symptoms // *Schizophr. Res.* 2014. No. 159. P. 198–204.

29. Nabors L. M., Yanos P. T., Roe D., Hasson-Ohayon I., Leonhardt B. L., Buck K. D., Lysaker P. H. Stereotype endorsement, metacognitive capacity, and self-esteem as predictors of stigma resistance in persons with schizophrenia // Compr. Psychiatry. 2014. No. 55. P. 792–798.
30. Nicolò G., Dimaggio G., Popolo R., Carcione A., Procacci M., Hamm J., Buck K. D., Pompili E., Buccione I., La-grotteria B., Lysaker P. H. Associations of metacognition with symptoms, insight, and neurocognition in clinically stable outpatients with schizophrenia // J. Nerv. Ment. Dis. 2012. No. 200. P. 644–647.
31. Semerari A., Carcione A., Dimaggio G. et al. How to evaluate metacognitive function in psychotherapy? The metacognition assessment scale and its applications // Clin. Psychol. Psychother. 2003. No. 10. P. 238–261.
32. Tas C., Brown E. C., Aydemir O., Brüne M., Lysaker P. H. Metacognition in psychosis: Comparison of schizophrenia with bipolar disorder // Psychiatr. Res. 2014. No. 219. P. 464–469.
33. van Os J., Kenis G., Rutten B. P. The environment and schizophrenia // Nature. 2010. No. 468. P. 203–212.
34. Vohs J. L., Lysaker P. H. Metacognitive mastery and intrinsic motivation in schizophrenia // J. Nerv. Ment. Dis. 2014. No. 202. P. 74–77.

КЛИНИЧЕСКИЕ И ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ «СЕМЕЙНОЙ» ДЕПРЕССИИ

Касьянов Е. Д.¹, врач-ординатор отделения эндокринологической психиатрии,
Мазо Г. Э.¹, д. м. н., главный научный сотрудник, руководитель отделения
эндокринологической психиатрии,

Кибитов А. О.^{1, 2}, д. м. н., руководитель лаборатории молекулярной генетики,
ведущий научный сотрудник отделения эндокринологической психиатрии,

¹ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии
имени В. М. Бехтерева» Минздрава России,
Санкт-Петербург, Российская Федерация,

²ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии
имени В. П. Сербского» Минздрава России,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

Манифест депрессии в детском или подростковом возрасте, развитие различных тревожных расстройств еще до первого депрессивного эпизода, более тяжелое течение и худший прогноз считаются одними из главных клинических признаков униполярной депрессии у пациентов с семейной отягощенностью по данному расстройству. Цель настоящего обзора — анализ современных клинических и фундаментальных исследований «семейной» депрессии для изучения влияния генетических факторов на семейную агрегацию аффективных расстройств. Нейровизуализационные, биохимические и генетические исследования демонстрируют схожие изменения функционирования нейроэндокринной системы как у пациентов, так и у здоровых членов семей с повышенным риском развития униполярной депрессии, что позволяет предположить наличие эндофенотипов данного расстройства.

Ключевые слова

Депрессия, семейные исследования, семейная отягощенность, наследственность, генетика, эндофенотипы.

CLINICAL AND BASIC STUDIES OF FAMILY DEPRESSION

Kasyanov E. D.¹, Resident of Department of Endocrinological Psychiatry,

Mazo G. E.¹, MD, PhD, Chief Researcher of Department of Endocrinological Psychiatry,

Kibitov A. O.^{1, 2}, MD, Head of the Laboratory of Molecular Genetics,
Leading Researcher of Department of Endocrinological Psychiatry,

¹St. Petersburg Bekhterev Psychoneurological Research Institute
of the Ministry of Healthcare,
Saint Petersburg, Russian Federation,

²V. Serbsky Federal Medical Research Center of Psychiatry and Narcology
of the Ministry of Healthcare,
Moscow, Russian Federation

Abstract

The manifestation of depression in childhood or adolescence, the development of various anxiety disorders before the first depressive episode, a more severe course and a worse prognosis are some of the main clinical signs of unipolar depression in patients with family history of the disorder. The purpose of this review is to analyze current clinical and basic studies of family depression, as well as to study the influence of genetic factors on family aggregation of affective disorders. Neuroimaging, biochemical and genetic studies demonstrate similar changes in the functioning of the neuroendocrine system both in patients and in healthy family members with an increased risk of unipolar depression, which suggests the presence of endophenotypes of depression.

Key words

Depression, family studies, family history, heredity, genetics, endophenotypes.

Клинический фенотип депрессивных состояний является крайне гетерогенным. Ранее многократно предпринимались попытки выделения различных подтипов депрессии на основе специфичности клинической картины [2], вариантов течения [4] и ответа на терапевтическое лечение [1, 18]. Такой подход породил много различных гипотез, но даже при выделении определенных клинических синдромов или биологических маркеров их генетическая валидность оставалась низкой в связи со сложностью патофизиологических механизмов, лежащих в основе формирования клинической картины униполярной депрессии, и неустойчивостью в течение заболевания.

Главная проблема научных исследований по изучению депрессивных состояний — большая гетерогенность популяции пациентов с униполярной депрессией. Однако в результате проведения в конце XX века широкомасштабных эпидемиологических исследований по изучению распространенности психических расстройств и рисков их развития среди населения было обнаружено, что у индивидуумов с семейной отягощенностью, составляющих группу риска, вероятность развития депрессивных состояний увеличивается более чем в 2 раза. Это дало возможность предположить, что такая семейная агрегация депрессии подразумевает наличие специфических генетических или эпигенетических факторов, определяющих как риски развития депрессии, так и ее фенотипические проявления [9]. Кроме того, наследственная отягощенность является простым и хорошо выявляемым в клинической практике признаком существенного генетического влияния.

Так, результаты мета-анализа высококачественных семейных и близнецовых исследований показали, что наследуемость депрессии находится в диапазоне от 31 до 42% [20]. В другом крупномасштабном близнецовом исследовании наследуемость депрессии составила 38% [12]. Также интересно то, что в двух крупных исследованиях по изучению влияния пола на развитие аффективных расстройств наследуемость депрессии была значительно выше у женщин, чем у мужчин: 40% против 30 и 42% против 29 [11, 9]. Вероятно, при сходном уровне генетического риска биологический пол увеличивает вероятность манифеста депрессии, выступая тем самым в роли триггера. Более того, половая принадлежность сама по себе является безусловной генетической детерминантой уровня константы, что может способствовать повышенному мультифакториальному риску формирования депрессии у женщин.

Генетические исследования семей с повышенным риском развития депрессии. В рамках семейного дизайна генетических исследований депрессии, который должен увеличивать шансы выявления генетических маркеров униполярной депрессии, не удалось подтвердить роль функционального полиморфизма 5-HTTLPR в гене трансмембранного переносчика серотонина [21]. Данный полиморфизм активно изучается в рамках генетических исследований депрессии и эффективности психофармакотерапии, однако все больше научных данных подтверждают то, что этот полиморфизм имеет отношение к индивидуальной вариабельности на уровне реакции на стресс, но не к патогенезу униполярной депрессии [10].

Показана связь более высокого уровня депрессивных симптомов в подростковом возрасте с историей униполярной депрессии у матери при наличии А-аллеля полиморфизма rs53576 окситоцинового рецептора [22]. Также имеются данные, что полиморфизм rs33990840 гена рецептора аргенина-вазопрессина 1В, участвующего в функционировании гипоталамо-гипофизарно надпочечниковой оси (ГН-оси), связан с тревожной и депрессией у лиц с попытками суицида и семейной отягощенностью по депрессии [3].

Некоторое количество данных получено в рамках близнецовых исследований. Так, в одном близнецовом исследовании представлены доказательства влияния функционального полиморфизма Val66Met нейротрофического фактора мозга (англ. BDNF, brain-derived neurotrophic factor) и сопутствующих стрессорных событий на развитие депрессии [6]. При изучении уровня метилирования ДНК периферической крови в геномных локусах у монозиготных близнецов было выявлено, что гипометилирование интрона гена DEPDC7, важного регулятора каскадов передачи сигнала и нейропластичности, связано с различиями в выраженности депрессивной симптоматики в парах монозиготных близнецов [7]. Изменение уровня метилирования в промоторной области гена трансмембранного переносчика серотонина связано с выраженностью депрессивных симптомов у монозиготных близнецов. При этом данная взаимосвязь не зависела от генетических факторов и внешней среды, а генотип по полиморфизму 5-HTTLPR также не модулировал эту ассоциацию [27].

Полученные данные о генотипе лиц с униполярной депрессией согласуются с довольно недифференцированным фенотипом, возникающим как окончательный общий результат гетерогенных патофизиологических

процессов, лежащих в основе данного расстройства. При этом имеются основания предполагать, что дальнейшее изучение «семейных» форм депрессии будет способствовать гомогенизации выборки и выделению биологических механизмов, которые можно рассматривать как базовые или приоритетные.

Биологические исследования семей с повышенным риском развития депрессии. Для членов семей с повышенным риском развития униполярной депрессии, включая здоровых лиц без истории аффективных расстройств, по данным магнитно-резонансной томографии (МРТ), характерно двустороннее уменьшение белого вещества в лобных и теменных долях. Это свидетельствует о том, что гипоплазия белого вещества в этих регионах может быть кандидатным эндотипом униполярной депрессии [21]. Данные результаты, по мнению авторов, подтверждают модель патогенеза, при которой гипоплазия в нейронных сетях, обеспечивающих внимание и эмоциональную обработку, предрасполагает к депрессии [8]. В другом нейровизуализационном исследовании было обнаружено, что для лиц из группы высокого семейного риска развития депрессии характерно снижение толщины правой парагиппокампальной и веретенообразной извилин коры головного мозга [17], что также может являться элементом эндотипа «наследственной» формы депрессии.

У взрослых лиц с депрессией и у здоровых детей родителей с депрессией с помощью ЭЭГ обнаружена патологическая альфа-асимметрия с относительно меньшей активностью теменно-височной области правого полушария. Такая альфа-асимметрия у потомства с высоким риском развития депрессии без истории данного заболевания, по мнению авторов, также является эндотипическим маркером семейных форм депрессии [5].

Важным кандидатом в эндотипы считается патологическое функционирование гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси (ГН-оси). У здоровых индивидуумов из семей с высоким риском развития депрессии результаты комбинированного DEX/CRH теста (Dexamethasone-suppression/Corticotropin-releasing hormone-stimulation test) оказались в промежутке между результатами пациентов с униполярной депрессией и контрольной группой. По мнению авторов, тонкие изменения ГН-оси являются генетически контролируемым признаком, который с возрастом повышает риск развития депрессии или других опосредованных стрессом заболеваний. В совокупности эти наблюдения поддерживают концепцию того, что дисрегуляция ГН-оси является важным фактором риска развития депрессии [16].

Клинические исследования семей с повышенным риском развития депрессии. Клинические исследования семей с повышенным риском развития униполярной депрессии также приводят данные о семейной агрегации аффективных расстройств. В исследовании 62 семей, которое длилось более 30 лет, было обнаружено, что биологические дети родителей с наличием депрессии имели двукратное увеличение риска возникновения данного расстройства, зависимости от

психоактивных веществ (ПАВ) и суицидальных мыслей по сравнению с детьми, родители которых не страдали депрессивным расстройством [23]. Более того, наиболее высокому риску развития депрессии подвержены потомки двух поколений, ранее страдавших от депрессии [21].

Предпринимались попытки описания особенностей клинического течения депрессивных состояний у пациентов, имеющих семейную отягощенность в отношении депрессии. Так, ранний дебют депрессии (в детском и подростковом возрасте) чаще регистрировался у пациентов, члены семей которых имели историю данного заболевания [25]. Около 60% внуков из депрессивных семей, которым на момент исследования было около 12 лет, имели симптоматику тревожных расстройств, что, по мнению авторов, могло являться ранним проявлением психопатологии детей из семей с отягощенным анамнезом по депрессии. «Внесемейные» формы депрессии (т. е. депрессия наблюдалась только у родителей, а дедушки/бабушки здоровы) имели более низкую распространенность, а также более поздний возраст манифестации. Также было выявлено, что для пациентов с семейной отягощенностью в отношении депрессии характерно более тяжелое течение заболевания и более высокая частота рецидивов [13, 15].

Более того, наличие родителей с депрессией может способствовать более раннему возрасту манифестации депрессии в следующем поколении, в то же время у потомства с «внесемейными» формами депрессии наблюдается более поздний возраст начала заболевания [24]. Стоит также отметить, что повышенная распространенность тревожных расстройств, предшествующих первому депрессивному эпизоду, среди внуков из семей с повышенным риском развития депрессии наблюдалась также у их родителей, когда они были того же возраста. Факт того, что тревожные расстройства выступают в роли предшественника последующей депрессии, позволяет предположить, что тревога может рассматриваться как ассоциированное с возрастом проявление единого основного патогенетического процесса [19] и являться фактором риска развития депрессии в дальнейшем [14].

Обсуждение. Очевидно, что у пациентов с семейной отягощенностью по униполярной депрессии имеется ряд отличительных особенностей, таких как развитие различных тревожных расстройств еще до первого депрессивного эпизода [19], более ранний манифест [21], более высокий риск развития не только самой депрессии, но также суицидальных действий и зависимости от ПАВ, что уже говорит о более тяжелом течении данного расстройства и худшем прогнозе [23]. Кроме того, нейровизуализационные и биохимические исследования продемонстрировали наличие определенных изменений работы головного мозга и эндокринного фона даже у здоровых членов семей с отягощенным анамнезом по униполярной депрессии, что позволяет предположить наличие эндотипов данного расстройства [5, 16].

Все эти данные позволяют рассматривать семейную отягощенность как клиническое проявление пред-

расположенности и генетического влияния на риск развития униполярной депрессии. Более того, историю депрессии у родственников пациента следует рассматривать как дополнительные критерии диагностики.

Также немаловажно понять, какое влияние оказывают факторы окружающей среды на членов семей с высоким риском развития депрессивных состояний. Это необходимо для определения причинно-следственных связей в развитии униполярной депрессии, где с одной стороны нежелательные жизненные события, которые способствуют «индукции» депрессии, а с другой — гены, определяющие риск ее возникновения. Стоит понимать, что не все случаи патологий, развивающихся в семьях, являются наследственными, так как болезнь может быть обусловлена влиянием на членов семей одинакового вредного фактора (например, чрезмерного стресса или экологически неблагоприятной обстановки и др.). В то же время спорадические случаи, когда патология присутствует только у одного члена семьи, не исключают наследственного характера болезни [26]. В рамках биопсихосоциальной модели, личностный и социальный домены служат «триггерами» и «модификаторами» исходного, данного при зачатии уровня генетического риска. Выяснение вклада каждого из этих факторов будет опреде-

лять направление разработок как профилактических, так и терапевтических мероприятий при униполярной депрессии.

Заключение. На данный момент существует не так много клинических и фундаментальных исследований униполярной депрессии с семейным дизайном. При этом изучение пациентов с наследственной отягощенностью является перспективным направлением в психиатрии. Накопленные данные уже сейчас позволяют сделать первые выводы о семейном характере депрессии и генетическом риске ее развития. Однако вопрос о соотношении влияния окружающей среды и генома на риск развития униполярной депрессии все еще остается открытым и требует дальнейших исследований, рабочий дизайн которых предполагает изучение членов семей в нескольких поколениях, имеющих (или не имеющих) историю униполярной депрессии с использованием как клинического, так и генетического подходов. Идентификация рисков развития униполярной депрессии даст возможность прогнозировать развитие психического расстройства у восприимчивых людей, что, в свою очередь, может привести к раннему лечению и профилактике, а также к возможности прогнозировать реакцию на конкретные виды лечения.

Библиографический список

1. Мазо Г. Э., Кибитов А. О., Рукавишников Г. В., Ганзенко М. А., Грицевская Е. М., Фадеев Д. В., Палкин Ю. Р., Лиманкин О. В., Незнанов Н. Г. Терапевтическая резистентность при депрессии как объект междисциплинарного биомедицинского исследования // Социальная и клиническая психиатрия. 2017. Т. 27, № 4. С. 70–81.
2. Незнанов Н. Г., Мазо Г. Э., Кибитов А. О., Горобец Л. Н. Атипичная депрессия: от фенотипа к эндофенотипу // Социальная и клиническая психиатрия. 2016. Т. 26, № 3. С. 5–16.
3. Ben-Efraim Y. J., Wasserman D., Wasserman J., Sokolowski M. Family-based study of AVPR1B association and interaction with stressful life events on depression and anxiety in suicide attempts // Neuropsychopharmacology. Jul. 2013. V. 38. No. 8. P. 1504–1511. DOI: 10.1038/npp.2013.49.
4. Boyce P., Parker G. Seasonal affective disorder in the southern hemisphere // Am. J. Psychiatry. V. 145. P. 96–99.
5. Bruder G. E., Tenke C. E., Warner V., Weissman M. M. Grandchildren at high and low risk for depression differ in EEG measures of regional brain asymmetry // Biol. Psychiatry. 2007. V. 62. No. 11. P. 1317–1323.
6. Chen J., Li X., McGue M. The interacting effect of the BDNF Val66Met polymorphism and stressful life events on adolescent depression is not an artifact of gene-environment correlation: evidence from a longitudinal twin study // J. Child Psychol. Psychiatry. 2013. V. 54. No. 10. P. 1066–1073. DOI: 10.1111/jcpp.12099.
7. Córdova-Palomera A., Fatjó-Vilas M. et al. Further evidence of DEPDC7 DNA hypomethylation in depression: A study in adult twins // Eur. Psychiatry. Sep. 2015. V. 30. No. 6. P. 715–718. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2015.04.001.
8. Dubin M. J., Weissman M. M. Identification of a circuit-based endophenotype for familial depression // Psychiatry Res. 2012. V. 31. No. 201 (3). P. 175–181. DOI: 10.1016/j.psychresns.2011.11.007.
9. Gershon E. S. et al. A family study of schizoaffective, bipolar I, bipolar II, unipolar, and normal control probands // Arch. Gen. Psychiat. 1982. V. 39. P. 1157–1167.
10. Karg K., Burmeister M., Shedden K., Sen S. The serotonin transporter promoter variant (5-HTTLPR), stress, and depression meta-analysis revisited: evidence of genetic moderation // Arch. Gen. Psychiatry. 2011. V. 68. No. 5. P. 444–454.
11. Kendler K. S., Gardner C. O., Neale M. C., Prescott C. A. Genetic risk factors for major depression in men and women: similar or different heritabilities and same or partly distinct genes? // Psychol. Med. 2001. V. 31. P. 605–616.
12. Kendler K. S., Gatz M., Gardner C. O., Pedersen N. L. A Swedish national twin study of lifetime major depression // Am. J. Psychiatry. 2006. V. 163. P. 109–114.
13. Kendler K. S., Neale M. C., Kessler R. C., Heath A. C., Eaves L. J. The clinical characteristics of major depression as indices of the familial risk to illness // Br. J. Psychiatry. 1994. V. 165. P. 66–72.
14. Kovacs M., Gatsonis C., Paulauskas S. L., Richards C. Depressive disorders in childhood. IV. A longitudinal study of comorbidity with and risk for anxiety disorders // Arch. Gen. Psychiat. 1989. V. 46. P. 776–782.
15. Lieb R., Isensee B., Höfler M., Pfister H., Wittchen H. U. Parental major depression and the risk of depression and other mental disorders in offspring: a prospective-longitudinal community study // Arch. Gen. Psychiatry. 2002. V. 59. P. 365–374.
16. Modell S. et al. Hormonal response pattern in the combined DEX–CRH test is stable over time in subjects at high familial risk for affective disorders // Neuropsychopharmacology. 1998. V. 18. P. 253–262.

17. *Papmeyer M., Giles S. et al.* Cortical Thickness in Individuals at High Familial Risk of Mood Disorders as They Develop Major Depressive Disorder // *Biol. Psychiatry*. Jul 1, 2015. V. 78 (1). P. 58–66. DOI: 10.1016/j.biopsych.2014.10.018.
18. *Paykel E. S., Rowan P. R., Parker R. R., Bhat A. V.* Response to phenelzine and amitriptyline in subtypes of outpatient depression // *Arch. Gen. Psychiatry*. 1982. V. 39. P. 1041–1049.
19. *Rice F., Sellers R. et al.* Antecedents of New-Onset Major Depressive Disorder in Children and Adolescents at High Familial Risk // *JAMA Psychiatry*. 2016. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2016.3140.
20. *Sullivan P. F., Neale M. C., Kendler K. S.* Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis // *Am. J. Psychiatry*. 2000. V. 157. P. 1552–1562.
21. *Talati A., Weissman M. M., Hamilton S. P.* Using the high-risk family design to identify biomarkers for major depression // *Philos. Trans. R. Soc. Lond. B. Biol. Sci.* 2013. V. 25. No. 368 (1615). P. 20120–20129.
22. *Thompson S. M., Hammen C., Starr L. R.* Oxytocin receptor gene polymorphism (rs53576) moderates the intergenerational transmission of depression // *Psychoneuroendocrinology*. 2014. V. 43. P. 11–19. DOI: 10.1016/j.psychoneu.2014.01.012.
23. *Weissman M. M., Berry O. O., Warner V., Gamberoff M. J., Skipper J., Talati A., Pilowsky D. J., Wickramaratne P.* A 30-Year Study of 3 Generations at High Risk and Low Risk for Depression // *JAMA Psychiatry*. 2016. V. 1. No. 73 (9). P. 970–977.
24. *Weissman M. M., Wickramaratne P., Nomura Y., Warner V., Verdelli H., Pilowsky D. J., Grillon C., Bruder G.* Families at high and low risk for depression: a 3-generation study // *Arch. Gen. Psychiatry*. 2005. V. 62. No. 1. P. 29–36.
25. *Weissman M. M., Wickramaratne P., Merikangas K. R., Leckman J. F., Prusoff B. A., Caruso K. A., Kidd K. K., Gammon G. D.* Onset of major depression in early adulthood. Increased familial loading and specificity // *Arch. Gen. Psychiatr.* 1984. V. 41. P. 1136–1143.
26. *Zhao L. P., Hsu L., Davidov O., Potter J.* Population-based family study designs: an interdisciplinary research framework for genetic epidemiology // *Genet. Epidemiol.* 1997. V. 14. No. 4. P. 365–388.
27. *Zhao J., Goldberg J. et al.* Association Between Promoter Methylation of Serotonin Transporter Gene and Depressive Symptoms: A Monozygotic Twin Study // *Psychosom. Med.* 2013. V. 75. No. 6. DOI: 10.1097/PSY.0b013e3182924cf4.

РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ И МОТИВАЦИОННОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ЛИЦ С НАРКОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Клименко Т. В., д. м. н., профессор, директор,

Игонин А. Л., д. м. н., профессор, главный научный сотрудник,

Национальный научный центр наркологии — филиал ФГБУ «Национальный медицинский
исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского» Минздрава
России,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

Показана возможность привлечения работников первичного звена здравоохранения к профилактике алкоголизма и других наркологических заболеваний. Описаны основные методы скрининговой диагностики проблемного потребления психоактивных веществ и рисков развития наркологических заболеваний врачами-интернистами, рассмотрены цели, формы и методические приемы и методы мотивационного консультирования данной категории пациентов. При описании этих методик учтены современные деонтологические и гуманитарные принципы работы с наркологическими больными.

Ключевые слова

Психоактивное вещество, наркологическое расстройство, пагубное потребление алкоголя, первичное звено здравоохранения, врачи интернисты, профилактика, мотивационное консультирование пациентов.

EARLY DETECTION OF ADDICTIONS AND MOTIVATIONAL COUNSELING FOR PERSONS WITH SUBSTANCE DEPENDENCE DISORDERS IN PRIMARY HEALTH CARE

Klimenko T. V., MD, Professor, Director,
Igonin A. L., MD, Professor, Chief Researcher,
National Scientific Research Center on Addictions — Branch of V. Serbsky Federal Medical
Research Center of Psychiatry and Narcology
of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation,
Moscow, Russian Federation

Abstract

The article reviews the possibility of engaging primary health care workers to prevention care of alcoholism and substance dependence disorders. In addition, it describes the basics of early detection of such disorders and provides information related to methodological practices used in motivational counseling of narcological patients. Description of these methods takes into account modern deontological ethics and humanitarian principles of working with addicted individuals.

Key words

Psychoactive substance, substance dependence disorders, harmful use of alcohol, the primary health care, internist, prophylaxis, motivational counseling of patients.

На фоне фиксируемой положительной динамики большинства показателей зарегистрированной заболеваемости наркологическими расстройствами в Российской Федерации сохраняется достаточно высокий процент пациентов общесоматических медицинских организаций, у которых выявляются различные наркологические расстройства. Большинство этих лиц не осознают наличия у них проблем, связанных с употреблением психоактивных веществ (ПАВ), и никогда не обращаются за специализированной наркологической помощью. В связи с этим все более актуальной становится проблема выявления данного контингента лиц в общесоматической клинике и проведение с ними мотивационного консультирования, направленного на формирование у них установки на обращение за специализированной наркологической помощью. Это обеспечивается современным российским законодательством и действующими нормативными правовыми документами, которыми устанавливается приоритет медицинской профилактики в деятельности всех уровней системы оказания медицинской помощи, в том числе в рамках первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) [10, 11].

Минздравом России поставлена задача привлечь к мероприятиям по медицинской профилактике наркологических расстройств наряду с сотрудниками медицинских наркологических организаций медицинских работников, занятых в других областях здравоохранения. Особенно важно задействовать врачей и фельдшеров ПМСП: врачей общей практики (участковых терапевтов), ведущих широкий амбулаторный прием населения, врачей узких специальностей, врачей-педиатров, врачей и фельдшеров скорой помощи, врачей кабинетов/отделений медицинской профилактики и центров здоровья. При наличии в медицинской организации медицинских психологов, специалистов по социальной работе и социальных работников они так-

же могут привлекаться к выявлению и мотивационному консультированию лиц с немедицинским потреблением ПАВ, в том числе специалисты мотивационного кабинета психолога. ПМСП является первым рубежом оказания медицинской помощи населению и местом для максимально раннего выявления лиц с наркологическими расстройствами или риском их развития. Одновременно специалисты ПМСП могут консультировать пациентов с проблемным поведением по укреплению и сохранению здоровья и предлагать им индивидуальные рекомендации по преодолению проблем, связанных с употреблением ПАВ.

В связи с этим в РФ начинается системная работа по обучению врачей-интернистов ПМСП навыкам выявления данного контингента лиц среди пациентов ПМСП и мотивирования их по показаниям за обращением за медицинской наркологической помощью.

Данная форма профилактической работы в первичном звене здравоохранения предусматривает два вида последовательных и связанных друг с другом мероприятий: 1) ранняя диагностика проблем, связанных с употреблением ПАВ; 2) мотивирование выявленных пациентов с проблемным потреблением ПАВ на уменьшение или даже прекращение употребления ПАВ. В случае необходимости лица с серьезными проблемами, связанными со злоупотреблением ПАВ, направляются в специализированные наркологические организации. Данный алгоритм организации системы медицинской профилактики наркологических расстройств в первичном звене здравоохранения позволяет задействовать всех специалистов ПМСП в мероприятиях по раннему выявлению и предупреждению или минимизации рисков развития медицинских и социальных последствий злоупотребления ПАВ, а также увеличить доступность специализированной наркологической помощи.

Выявление лиц с наркологическими расстройствами в первичном звене здравоохранения. В соответствии с действующими нормативными правовыми документами Минздрава России [7], диагностика наркологических заболеваний находится в компетенции исключительно врачей психиатров-наркологов. В связи с этим в задачи врачей интернистов входит выявление лиц с проблемным употреблением ПАВ без их дальнейшей диагностической квалификации, а также их мотивационное консультирование, ориентирующее выявленных лиц на обращение за специализированной наркологической помощью.

Метод активного выявления лиц с какой-либо патологией или факторами риска ее развития, основанный на применении специальных диагностических исследований, включая тестирование, в процессе массового обследования населения или его отдельных контингентов, означает как скрининг (англ. *screening* — просеивание). Скрининг обычно осуществляют с целью ранней диагностики заболевания или предрасположенности к нему, что необходимо для оказания своевременной лечебно-профилактической помощи.

Скрининг лиц с наркологическими расстройствами среди пациентов первичного звена здравоохранения проводится социологическим методом с использованием различных анкет и опросников, которые заполняются пациентами. Эффективный скрининг и применяемая для этого анкета или опросник должны отвечать следующим требованиям: 1) простота понимания для анкетлируемого лица; 2) небольшое число вопросов; 3) информативность вопросов, обеспечивающая выявление проблемного поведения вследствие употребления ПАВ; 4) стандартизация анкет и опросников, что позволяет получить стандартизованные данные о частоте положительных и отрицательных ответов, даваемых анкетлируемыми, и с высокой степенью вероятности предположить наличие у анкетлируемого расстройств наркологического спектра.

В целях скрининга предлагается несколько вариантов скрининговых (тестовых) анкет.

Чаще всего используется опросник CAGE, который состоит из четырех «закрытых» вопросов, первые буквы английских ключевых слов которых составили название теста (Cut, Annoyed, Guilty, Eye-opener). Он был разработан в 1970-х годах для оперативного блиц-скрининга первичных признаков связанного с употреблением алкоголя проблемного поведения [2, 6, 8, 13, 15], о чем свидетельствуют два положительных ответа из четырех возможных. Как инструмент скрининга тест обладает чувствительностью 85–94% и точностью 79–88%, в связи с чем он рекомендован Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ) для использования в общемедицинской практике, а с 2013 года в РФ включен в анкету первого этапа диспансеризации [1].

Несколько реже используется *тест по выявлению приносящего вред потребления алкоголя* AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test), который был разработан в 1989 году рабочей группой ВОЗ для раннего выявления лиц группы риска и лиц, злоупотребляющих алкоголем, а также для идентифи-

кации поведенческих проблем на фоне употребления спиртных напитков в разных этнических, возрастных и гендерных группах. Тест содержит серию из 10 вопросов: 3 вопроса по потреблению алкоголя, 4 вопроса по алкогольной зависимости и 3 вопроса по проблемам, связанным с употреблением алкоголя. Преимуществом теста является его международная стандартизация, краткость, быстрота и гибкость использования, а также его соответствие определениям алкогольной зависимости и вредного потребления алкоголя по МКБ-10 [16, 19, 20].

Все остальные тесты используются существенно реже и обычно как дополнение к тестам CAGE и AUDIT.

Мичиганский скрининг-тест MAST (Michigan Alcoholism Screening Test) предназначен для оценки социальных, профессиональных и семейных проблем, появляющихся в результате злоупотребления алкоголем. Его чувствительность тестирования (процент выявляемых лиц с алкогольными расстройствами из имеющихся в обследуемом населении) по данным разработчиков достигает 98% [14, 21, 23].

Британский стандартизированный тест PAT помимо выявления поведенческих проблем, связанных с бытовым пьянством, позволяет оперативно оценить основные причины обращения этих лиц за медицинской наркологической помощью. Также используются анкеты, специально разработанные для подростков (POSIT—Problem Oriented Screening Instrument) или для женщин (TWEAK). Для самодиагностики алкоголизма предлагается анкета SAAS (Selfadministered Alcoholism Screening Test).

Помимо социологического метода для выявления наркологических проблем могут использоваться клинические маркеры хронической интоксикации ПАВ: гиперемия лица с расширением кожных капилляров, увеличение печени, тремор пальцев рук и кончика языка, телеангиоэктазии, полинейропатия, венозное полнокровие конъюнктивы глаз, мышечная атрофия, контрактура Дюпюитрена, дефицит массы тела, транзиторная артериальная гипертензия, гипергидроз, жировая дистрофия органов, обложенный язык, увеличение околушных желез, увеличение среднего корпускулярного объема эритроцитов. Выявление у обследуемого трех и более из вышеуказанных признаков свидетельствует о высокой вероятности наличия у него наркологических проблем.

В специализированной наркологической практике наряду с клинической диагностикой используют лабораторный метод скрининга, основанный на выявлении ПАВ и их метаболитов в биологическом материале пациентов (моча, кровь) и определении карбонат-дефицитарного трансферина (CDT), некоторых ферментов в крови (таких как гамма-глутамил-транспептидаза (ГГТ), аланинаминотрансфераза (АЛТ), аспаратаминотрансфераза (АСТ)), активность которых может сильно изменяться при систематическом злоупотреблении ПАВ. Однако в рамках скрининга в первичном звене здравоохранения это не используется.

Скрининговые исследования в первичном звене здравоохранения направлены не только на выявление

ние у пациентов наркологических расстройств и рисков их развития, но и на установление степени риска их развития для выявления лиц, которым необходимо краткое терапевтическое вмешательство, его объемы и формы. Наиболее информативным в этом смысле является опросник AUDIT.

Краткое мотивационное консультирование лиц с наркологическими расстройствами. Мотивационное консультирование представляет собой форму психотерапевтической работы, ориентированную на формирование у человека желания какого-либо изменения в своей жизни, а в аспекте профилактики наркологических расстройств — изменить форму употребления ПАВ на более безопасную или даже отказаться от их употребления [3].

Мотивационное консультирование (интервенция) в первичном звене здравоохранения включено в работу врача-интерниста и является лишь небольшой и не самой главной частью его терапевтической работы. В связи с этим врачи-интернисты не имеют возможности проводить мотивационное консультирование по поводу проблемного потребления ПАВ в его классическом варианте, и более целесообразно в данной ситуации применять краткую терапевтическую интервенцию, ориентированную на формирование у пациента понимания факта пагубного потребления ПАВ, выявление и оценки связанных с этим негативных медицинских и социальных последствий, и что особенно важно, — дать пациенту терапевтический совет. Этот вид мотивационного консультирования ограничивается в зависимости от выявленного уровня риска наркологического расстройства либо предоставлением простого совета сократить потребление ПАВ, либо направлением для проведения более углубленной психотерапии и медикаментозного лечения к врачу психиатру-наркологу. Оптимальным считается помимо терапевтической интервенции выдать пациенту информационные буклеты.

Зарубежные специалисты полагают, что терапевтический совет врача-интерниста для лиц с пагубным потреблением алкоголя заключается в установлении индивидуальной безопасной для пациента дозы и кратности употребления алкоголя. При этом стандартная доза для стран Северной Америки содержит 12 г чистого алкоголя, а для стран Европы — 10 г, что составляет примерно 30–35 г водки. В отечественной специальной литературе также много раз рассматривались и предлагались безопасные для употребления дозы алкоголя. При этом считалось, что опасное потребление алкоголя определяется по размеру (объему) его дозы, которая с большой степенью вероятности вызывает ущерб (медицинские или социальные последствия).

Однако последние годы все чаще утверждается, что нет безопасных доз алкоголя, в связи с чем терапевтические интервенции должны быть направлены на сокращение употребления алкоголя или даже на полный отказ от него. При этом важно, чтобы были разъяснены возможные типы ущерба от потребления алкоголя, наиболее актуальными среди которых являются повышенное артериальное давление, головные боли; поражения печени; психические расстройства и

проблемы со сном, сексуальные нарушения, излишний вес, ухудшение качества выполняемой работы, травмы, аварии и финансовые проблемы.

При проведении мотивационного консультирования рекомендуется организовывать беседу с пациентом на партнерских и/или дружеских отношениях, не допуская снисходительно-поучительного тона, избегая открытого преодоления сопротивления и прямых убеждений как способа изменения поведения пациента. Прежде чем давать наставления и советы пациенту, необходимо установить с ним неформальный контакт. Для смягчения возможной негативной реакции пациентов на попытку обсудить неприятную для них тему рекомендует даже понятие «консультирование» заменить термином «интервьюирование» [22]. От врача требуется проявлять во время общения с интервьюируемым не просто доброжелательность и готовность к общению, а эмпатию (от греч. *empathia* — сопереживание): глубокую заинтересованность в обсуждаемых проблемах, понимание интересов и пожеланий пациента, живую эмоциональную реакцию на его высказывания и, при необходимости, выражение сочувствия к нему. Директивный стиль, морализаторство, жесткие попытки навязать свое мнение должны быть исключены. Даже если речь идет о явных проступках больного, не следует демонстрировать негативное отношение к ним. Необходимо построить диалог таким образом, чтобы пациент сам дал правильную оценку своим действиям. Оптимальным является недирективный подход, ориентированный на поиск альтернативных способов нейтрализации проблемного поведения и связанных/провоцирующих его проблемных стрессовых воздействий, а также на оказание поддержки пациенту в трудной для него ситуации принятия решения. Эффективным способом такой поддержки считается позитивная информация, а также обсуждение в недирективной форме актуальной проблемы и возможных способов ее преодоления.

Мотивация у пациента обычно бывает тесно связана с целеполаганием [5]. В случае если речь идет об отказе от употребления ПАВ, должны существовать цели, ради которых пациент идет на такой шаг. Ими могут быть: урегулирование отношений в семье, устранение проблем в учебе или на производстве, улучшение своего физического состояния, реализация интересов и увлечений, укрепление своего материального положения и другие позитивные изменения в жизни. Желательно, чтобы пациент сам признал, что наркологические проблемы мешают ему в достижении всех этих целей, и согласился с необходимостью прекратить употребление алкоголя или ПАВ.

При достижении позитивного эффекта от психотерапии могут быть выделены стадии процесса изменений психологического состояния и поведения пациента [5]. Но, естественно, наблюдать этот процесс можно только при многократном консультировании больного. На первой стадии *осознания* пациент начинает задумываться над информацией, полученной, в частности, от врача, и начинает допускать возможность изменения своего поведения. При этом специалисты допускают, что на этом этапе возможно

лишь уменьшение употребления ПАВ или «легких» наркотиков. Например, пациент, злоупотребляющий алкоголем, может постепенно уменьшить число выпиваемых рюмок спиртного напитка, а больной наркотической зависимостью — реже курить марихуану. Желательно, чтобы окружающие поддержали его в этом начинании. На второй стадии *действия* пациент уже реально воздерживается от приема алкоголя или других ПАВ. Здесь ему приходится бороться с теми «автоматизированными» привычками, которые предшествовали или сопутствовали употреблению ПАВ. Могут возникнуть проблемы, связанные с необходимостью изменить отношения с бывшими партнерами по употреблению алкоголя или других ПАВ. Иногда после отказа от их приема остается пустота, которую необходимо заполнить какой-либо конструктивной деятельностью.

На стадии *завершения действия* воздержание от ПАВ фиксируется как стойкая форма поведения пациента. Однако если ранее у больного имела место выраженная форма зависимости от алкоголя или других ПАВ, возможность *рецидива* исключать никогда нельзя. Его могут провоцировать какие-либо экстраординарные обстоятельства психологического или социального характера. Но при этом специалисты советуют окружающим, особенно значимым для пациента, не драматизировать этот факт. Лучше занять позицию, которую можно характеризовать следующим образом, — оступиться может каждый.

При работе с лицами, злоупотребляющими алкоголем или другими ПАВ, добиться быстрого и кардинального изменения в результате однократной беседы или короткого мотивировочного цикла часто не удается. Патологическое влечение к ПАВ имеет не только поверхностные причины, но и корни, глубоко проросшие в личности пациента. Неслучайно ряд авторов описывают как минимум два типа субличностей: «Я-алкогольное» и «Я-нормативное» [2, 9]. Стойкая трансформация первого типа субличности во вторую — это длительный процесс, требующий больших усилий со стороны больного, его окружения и врача психиатра-нарколога (психотерапевта).

Тем не менее короткие мотивационные циклы, проводимые на начальном этапе лечения, позволяют хотя бы частично преодолеть негативное отношение пациента к отказу от приема алкоголя или других ПАВ, а также создать предпосылки для проведения в будущем полноценной терапии уже в рамках специализированной наркологической помощи. Учитывая большие потоки соматических больных, которым оказывается первичная помощь, эффект от участия врачей в профилактике злоупотребления алкоголем и другими ПАВ может быть очень значительным. Если же речь идет о том этапе, когда зависимость от ПАВ еще не сформировалась, мотивационное консультирование, проведенное врачом общей практики, может оказаться достаточным для прекращения (резкого уменьшения) их приема.

Классическая стратегия психотерапевтического мотивационного консультирования включает набор из нескольких тем (блоков) определенной тематики, каж-

дая из которых прорабатывает с пациентом и позволяет ему как минимум задуматься и как максимум преодолеть одну из традиционных мотиваций употребления алкоголя [4]: 1) влияние употребления алкоголя на здоровье и социальное функционирование и культуральная мотивация его употребления; 2) успешные коммуникации без употребления алкоголя и субмиссивная мотивация; 3) преодоление стрессов без употребления алкоголя и атарактическая мотивация; 4) основные признаки наркологических расстройств и аддиктивная мотивация; 5) способы преодоления пагубного употребления алкоголя и алкогольной зависимости. Данные блоки прорабатываются с пациентом последовательно, поскольку осознание пациентом своего проблемного поведения в рамках каждой последовательно анализируемой ситуации требуется от него все большей степени готовности к изменению своего поведения и своей жизни. При этом объем прорабатываемых с пациентом мотивационных блоков определяется по результатам проведенного скрининга, который выявил либо отсутствие, либо наличие у пациента наркологического расстройства и его уровень (эпизодическое употребление алкоголя, систематическое употребление, пагубное употребление, синдром зависимости). Первые тематические блоки (1–2) являются относительно универсальными и требуют проработки с пациентами без выявленного проблемного употребления алкоголя и наркологических расстройств, а блоки 3–5 прорабатываются с пациентами, у которых выявлены наркологические расстройства различного уровня и которые готовы принять решение к изменению своего поведения.

Хорошие результаты дает регулярное ведение дневника потребления, что помогает пациенту корректно оценить объемы потребления алкоголя, в том числе на протяжении времени, и контролировать его динамику.

Предлагаемая стратегия мотивационного консультирования помогает пациенту осознать или даже принять существующие у него проблемы вследствие употребления алкоголя, преодолеть двойственное (позитивное и негативное) отношение к его употреблению, расширить осознание противоречий между его реальными жизненными потребностями и пагубным употреблением алкоголя. При этом не только осознание данных противоречий, но и их максимально возможное усиление или даже гиперболизирование являются важными психотерапевтическими механизмами формирования у проблемного пациента своего проблемного алкогольного поведения.

Многочисленные исследования показали, что почти до 20% пациентов, которые потребляют алкоголь во вредных дозах, после проведенного с ними краткого информационного консультирования сокращают или даже прекращают употребление алкоголя. Это определяет высокую целесообразность внедрения кратких терапевтических вмешательств в практику врача первичного звена здравоохранения, поскольку по совокупности серьезно сокращает затраты здравоохранения и является важным фактором улучшения состояния здоровья населения.

Библиографический список

1. *Бойцов С. А., Ипатов П. В., Калинина А. М.* и др. Организация проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения. Методические рекомендации по практической реализации приказа Минздрава России № 36ан «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения» от 03.02.15. М., 2015.
2. *Валентик Ю. В.* Система мотивированной терапии и реабилитации больных алкоголизмом «путь к здоровью» // Вопросы наркологии. 1996. № 1. С. 58–59.
3. *Вышинский К. В.* Скрининг и краткое профилактическое консультирование в отношении употребления алкоголя: перспективы реализации в учреждениях медико-санитарной помощи // Вопросы наркологии. 2017. № 6. С. 43–44.
4. *Завьялов В. Ю.* Методы выявления и коррекции мотивов потребления алкоголя при алкоголизме: метод. рекомендации / под ред. Ц. П. Короленко. Новосибирск, 1990, 18 с.
5. *Ости Л.* План пошаговой психосоциальной терапии наркозависимых клиентов: руководство по мотивационному консультированию. 1998. С. 54–79.
6. *Морозова О. А.* Сравнительный анализ зарубежных и отечественных подходов к профилактике пьянства и алкоголизма у военнослужащих // Клиническая психология: Итоги. Проблемы. Перспективы. Сб. матер. Всеросс. науч.-практ. конф. (24–25 ноября 2011 г.) СПб.: «АЙСИНГ», 2011. С. 35–47.
7. Приказ Минздрава России от 30.12.2015 № 1034н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю „психиатрия-наркология“ и Порядка диспансерного наблюдения за лицами с психическими расстройствами и (или) расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ».
8. *Радюкин Е. Е., Морозова О. А.* Психологическая профилактика алкогольной аддикции военнослужащих. СПб.: ВИ-ТИ, 2010. 116 с.
9. *Соборникова Е. А., Булатников А. Н., Савченко Л. М., Соболев Е. С., Новиков Е. М.* Формирование личностной саморегуляции у лиц с аддиктивными расстройствами: учеб. пособие. М.: ГБОУ ДПО РМАПО, 2014. 74 с.
10. Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2012 № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения».
11. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
12. *Aertgeerts B., Buntinx F., Bande-Knops J., Vandermeulen C., Roelants M., Ansoms S., Fevery J.* The Value of CAGE, CUGE, and AUDIT in Screening for Alcohol Abuse and Dependence Among College Freshmen // Alcohol Clinical and Experimental Research. 2000. V. 4. P. 53–57.
13. *Bobrova N., West R., Malyutina D.* Gender Differences in Drinking Practices in Middle Aged and Older Russians // Alcohol and Alcoholism. 2010. V. 45. P. 573–580.
14. *Buddy T.* Michigan Alcohol Screening Test // About. Com. Retrieved 20 September 2011.
15. *Conigliaro J., Kraemer K., McNeil M.* Screening and identification of older adults with alcohol problems in primary care // J. Geriatr. Psychiatry Neurol. 2000. V. 13. P. 106–114.
16. *Daepfen J. B., Yersin B., Landry U., Pecoud A., Decrey H.* Reliability and Validity of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) Imbedded Within a General Health Risk Screening Questionnaire: Results of a Survey in 332 Primary Care Patients // Alcohol, Clinical and Experimental Research, 2000. V. 24. P. 659–665.
17. *Bush B., Shaw S., Cleary P.* et al. Screening for alcohol abuse using the CAGE questionnaire // Amer. J. Med. 1987. V. 82. P. 231–235.
18. *Ewing J. A.* Detecting Alcoholism: The CAGE Questionnaire // Journal of the American Medical Association. 1984. V. 252. P. 1905–1907.
19. *Gache P., Michaud P., Landry U., Accietto C., Arfaoui S., Wenger O.* et al. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a screening tool for excessive drinking in primary care: Reliability and validity of a French version // Alcoholism: Clinical and Experimental Research. 2005. V. 29 (11). P. 2001–2007.
20. *Fleming M. F., Barry K. L., MacDonald R.* The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in a College Sample // International Journal of Addictions, 1991. V. 26. P. 1173–1185.
21. *Luttrell S., Watkin V., Livingston G., Walker Z., D'ath P.; Patel P., Katona C.* Screening for Alcohol Misuse in Older People // International Journal of Geriatric Psychiatry. 1997. V. 12 (12). P. 1151–1154.
22. *Rollnick S., Miller W. R.* What is motivational interviewing? // Behav. Cogn. Psychother. V. 1995. 23. P. 325–334.
23. *Shields A. L., Howell R. T., Potter J., Weiss R. D.* The Michigan Alcoholism Screening Test and Its Shortened Form: A Meta-Analytical Inquiry Into Score Reliability // Substance Use and Misuse. 2007. V. 42 (11). P. 1783–1800. DOI: 10.1080/10826080701212295.

ДИАГНОСТИКА ВЕСТИБУЛЯРНОЙ ДИСФУНКЦИИ С ПОМОЩЬЮ ТЕХНОЛОГИИ ВИРТУАЛЬНОЙ РЕАЛЬНОСТИ И РЕГИСТРАЦИИ ДВИЖЕНИЙ ГЛАЗ*

Ковалёв А. И., к. псих. н., **Климова О. А.**, аспирант,
ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М. В. Ломоносова»,
факультет психологии,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

Целью исследования стало изучение вклада оптокинетического нистагма в обеспечение работы вестибулярной функции. В эксперименте приняли участие: 30 фигуристов, 30 футболистов, 30 спортсменов, занимающихся ушу, 20 человек, не имеющих спортивного опыта. Стимуляция представляла собой виртуальную среду, состоящую из 256 синих вращающихся шаров. Обнаружено, что у фигуристов оптокинетический нистагм стабильнее, чем в других группах испытуемых, что обеспечивает устойчивость их вестибулярной функции.

Ключевые слова

Виртуальная реальность, вестибулярная функция, оптокинетический нистагм.

DIAGNOSTICS OF VESTIBULAR DYSFUNCTION USING VIRTUAL REALITY AND EYE TRACKING

Kovalev A. I., PhD (Psychiatry),
Klimova O. A., PhD Student,
Faculty of Psychology, Lomonosov Moscow State University,
Moscow, Russian Federation

Abstract

The aim of this study is to investigate the role of optokinetic nystagmus in vestibular function. 30 figure skaters, 30 soccer players, 30 wu-shu fighters and 20 non-trained persons took part in the experiment. They were stimulated by the virtual environment consisting of 256 rotating blue balls. The optokinetic nystagmus of figure skaters was found to be more stable in comparison to the other groups. Therefore, the resistance of their vestibular function is higher.

Key words

Virtual reality, vestibular function, optokinetic nystagmus.

Функциональные системы, связанные с взаимодействием различных систем мозга, часто требуют разработки специфических методик исследования. Примером служит система определения положения и ориентации тела в пространстве, именуемая также вестибулярной функцией. Работы данной системы обеспечивают адекватное восприятие человеком положения своего тела в пространстве. В свою очередь, основными механизмами вестибулярной функции являются механизм интеграции сенсорной информации от различных органов чувств и двигательные компенсаторные механизмы, в частности, глазодвигательные [1].

Возникновение нарушений в работе вестибулярной функции описывается моделью сенсорного конфликта [4]. Согласно этой модели, у человека в процессе

жизнедеятельности складываются паттерны сенсорной информации, соответствующие тому или иному положению тела в пространстве. В том случае, когда какой-либо из сенсорных каналов начинает поставлять информацию, отличную от сложившихся паттернов, возникает сенсорный конфликт.

Модель сенсорного конфликта предполагает взаимодействие различных систем мозга, однако объективная фиксация такого взаимодействия крайне сложна. Комплексные исследования зон мозга, включенных в процессы формирования вестибулярной функции, были проведены А.Кляйншмидтом и его коллегами [5]. Была выявлена активация пост-центральной извилины (GP) и нижне-задней височной доли (IPTL), т. е. тех зон мозга, которые отвечают за движение тела в пространстве. Более значимым

* Работа выполнена при поддержке гранта РФФИ № 17-29-02169.

результатом явилось выявление активации многих других во время появления нарушений в работе вестибулярной функции: покрывки (PO), теменной доли (PL), прецентральной извилины (GPC), а также верхней височной извилины (STG). Учитывая большую площадь зоны активации, авторы предположили, что в именно этих областях реализуется вестибулярная функция в целом, как интегратор сигналов от разных видов модальностей.

Особым объективным показателем при оценки устойчивости вестибулярной функции могут служить показатели движений глаз, в частности форма траектории движения взгляда. Ряд глазодвигательных механизмов — вестибуло-окулярный рефлекс и оптокинетический нистагм — используется в качестве компенсаторного механизма с целью стабилизации сетчаточного изображения при перемещении тела в пространстве или при наблюдении движущейся стимуляции [2]. В данном исследовании была поставлена цель изучить вклад оптокинетического нистагма в обеспечении устойчивости работы вестибулярной функции в условиях сенсорного конфликта.

Была выдвинута гипотеза о том, что различные градации ширины угла обзора, в котором испытуемый наблюдает движущуюся стимуляцию, приведут к различной степени нарушений вестибулярной функции, что отразится в особенностях реализации оптокинетического нистагма.

Испытуемыми стали 30 фигуристов (18 женщин и 12 мужчин в возрасте от 15 до 24 лет); 30 футболистов (30 мужчин в возрасте от 15 до 20 лет, 7 участников с разрядом «Мастер спорта» и 23 — «Кандидат в мастера спорта»); 30 ушуистов (19 мужчин и 11 женщин в возрасте от 16 до 21 года, 20 имели разряд «Мастер спорта» и 10 — «Кандидат в мастера спорта»). В качестве контрольной группы выступили 20 студентов различных факультетов МГУ им. М. В. Ломоносова (9 мужчин и 11 женщин), не занимающихся профессионально какими-либо видами спорта. Все испытуемые имели нормальное или скорректированное зрение, а также не имели органических заболеваний вестибулярного аппарата и травм головного мозга.

Для предъявления стимуляции использовалась установка виртуальной реальности CAVE-system (CAVE active virtual environment). Установка состояла из четырех больших плоских квадратных экранов, соединенных в куб. За кубом располагались четыре проектора, каждый из которых проецировал изображение на соответствующий экран. Проекторы поочередно проецировали картинки для левого и правого глаза. Система работала под управлением пяти компьютеров: четырех компьютеров, рассчитывающих изображения для каждого проектора, и одного мастер-компьютера для их синхронизации и обеспечения работы систем трекинга. Программное обеспечение для проведения эксперимента в CAVE системе было представлено специальным приложением VirTools 4.0. Обработка данных проводилась с помощью пакета SPSS 17.

Для регистрации движения глаз использовался прибор SMI Eye tracking glasses. Отслеживание положения глаз обеспечивалось двумя маленькими ка-

мерами, которые размещены в дужках очков, в то время как третья камера была расположена по центру (на переносице). Для регистрации степени нарушений в работе вестибулярной функции был применен опросник «Симуляторные расстройства» [3].

Стимуляция представляла собой 256 синих шариков, движущихся по криволинейной траектории — эллипсоидной с изменением угла наклона. Первое условие предполагало предъявление стимуляции только в пределах фронтального экрана комнаты виртуальной реальности (угол обзора 45°), во втором условии стимуляция занимала весь фронтальный экран полностью (угол обзора 90°). Соответственно, на периферии находились лишь части боковых экранов. В третьем варианте предъявляемая стимуляция заполняла все зрительное поле испытуемого (угол обзора 180°). Эксперимент состоял из трех последовательных предъявлений различных условий стимуляции. Во всех из них испытуемый стоял в центре комнаты виртуальной реальности и наблюдал стимуляцию в течение 2 мин.

Полученные данные были проанализированы методом двухфакторного дисперсионного анализа с повторными измерениями. Многомерные тесты показывают статистически значимые влияния факторов «Номер условия» ($F = 77,867$; $df = 16$; $p = 0,001$) и «Принадлежность к профессиональной группе» ($F = 2,544$; $df = 24$, $p = 0,001$) на переменные. При этом взаимодействие между факторами также достигает значимого уровня ($F = 2,471$; $df = 48$; $p = 0,001$). Это свидетельствует о разной степени изменения глазодвигательных показателей и баллов, полученных по опроснику в зависимости от принадлежности к той или иной группе.

В первом условии и спортсмены, и студенты совершают в среднем одинаковое количество морганий (23), фиксаций (106) и саккад (94) с амплитудой в среднем 7,3°, что говорит о высокой успешности испытуемых фиксировать взгляд на точке. Значение общего балла по опроснику «Симуляторные расстройства» также невелико — в среднем 201, а испытуемые в самоотчетах после наблюдения стимуляции в первом условии не указывали на возникновение дискомфортных условий. Ненулевое значение общего балла по опроснику объясняется тем, что испытуемые отмечали такие общие пункты, как «скука» или «утомление», мотивируя это тем, что им действительно было скучно наблюдать за движением точек.

Второе условие отличается от первого значимым увеличением у всех групп испытуемых глазодвигательных показателей по сравнению с первым условием ($p < 0,001$). При этом у фигуристов иная амплитуда саккад по сравнению с другими группами (8° по сравнению со средним значением 10,3° у футболистов, ушуистов и студентов). С учетом того что фигуристы начинают совершать хоть и не значимо, но несколько больше в сравнении с остальными, фиксаций (171 против 152) и саккад (167 против 140), можно отметить у них тенденцию к проявлению приспособительного навыка к изменившимся условиям среды. Значение общего балла опросника у фигуристов также

возрастает несколько меньше во втором условии (405 против 480). Увеличение значений баллов по опроснику связано с тем, что испытуемые начинают отмечать такие пункты, как «напряжение глаз» и «ощущение вращения окружающего мира».

Под воздействием второго условия выделяются нистагменные движения. Длительность медленной фазы — в среднем 1,2 с, амплитуда медленной фазы — 4,5°. Нистагменные движения прерываются морганием после 2 циклов ударов нистагма. Подобные движения не наблюдаются изолированными, они существуют только связанными и длятся в среднем 5–7 с. Общее количество таких паттернов за 2 мин составляет в среднем 4–5 раз. Остальное время присутствует активность, аналогичная первому условию.

В третьем условии (ширина угла обзора 180°) глазодвигательные показатели и значения общих баллов опросника отличаются между группами испытуемых и другими условиями. Так, у фигуристов сильно растет количество морганий, фиксаций и саккад при уменьшении амплитуд саккад в среднем до 3,4°. Значение общего балла опросника «Симуляторное расстройство» у фигуристов остается почти неизменным, в то время как у всех остальных групп испытуемых балл опросника увеличивается (до 800 баллов) — ушусты, футболисты и студенты отмечают такие пункты, как «головокружение при открытых глазах», «тошнота». В своих самоотчетах фигуристы не указывают на наличие дискомфорта симптомов, а другие испыты-

емые, напротив, говорят о сильно выраженном дискомфорте, некоторые из них признаются, что с трудом смогли дождаться окончания действия стимуляции.

Анализ пространственно-временных траекторий движений глаз позволил установить, что при ширине угла обзора в 180° во всех группах испытуемых, кроме группы фигуристов, имеет место дестабилизация глазодвигательной активности — присутствуют высокоамплитудные саккады, происходящие с большой частотой, нистагменная активность практически отсутствует. В то же время в группе фигуристов при данном значении ширины угла обзора сохраняется реализация оптокинетического нистагма, однако форма его реализации становится более примитивной — медленная фаза нистагма становится разделенной на два или три участка промежуточными фиксациями.

Таким образом, гипотеза о том, что различные градации ширины угла обзора приводят к различной степени нарушений в работе вестибулярной функции, подтвердилась. При максимальном значении ширины угла обзора в 180° у всех групп испытуемых, кроме группы фигуристов, сенсорный конфликт достигает максимальной интенсивности, что приводит к нарушениям в работе вестибулярной функции и возникновению дезориентации. У группы фигуристов для стабилизации работы вестибулярной функции успешно применяется механизм оптокинетического нистагма, что позволяет данной группе обладать более устойчивой вестибулярной функцией.

Библиографический список

1. *Ebenholtz S., Cohen M., Linder B.* The possible role of nystagmus in motion sickness: a hypothesis // *Aviation Space and Environmental Medicine.* 1994. V. 65. P. 1032–1035.
2. *Harm D., Schlegel T.* Predicting motion sickness during parabolic flight. // *Autonomic Neuroscience: Basic and Clinical.* 2002. V. 97. No. 2. P. 116–121.
3. *Kennedy R., Lane N., Kevin S., Berbaum M., Lilienthal M.* Simulator Sickness Questionnaire: An Enhanced Method for Quantifying Simulator Sickness // *The International Journal of Aviation Psychology.* 1993. P. 203–220.
4. *Keshavarz B., Heiko H., Zschuschke L.* Intra-visual conflict in visually induced motion sickness // *Displays.* 2011. V. 32. No. 4. P. 181–188.
5. *Kleinschmidt A., Thilo K., Buchel C., Gresty M., Bronstein A., Richard S., Frackowiak R.* Neural Correlates of Visual-Motion Perception as Object- or Self-motion // *NeuroImage.* 2002. V. 16. P. 873–882.

УНИКАЛЬНАЯ ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ СИСТЕМА «САММИТ»

Котик Р. Ю., MSW, директор реабилитационной программы «Саммит» для молодых, Иерусалим, Израиль

Аннотация

Саммит — уникальная система реабилитации молодых людей (20–33 лет) с серьезными психическими расстройствами. В рамках Саммита сочетается психотерапевтическая и социотерапевтическая работы, включая интенсивные индивидуальные и групповые занятия. Главная цель — за время работы (3–4 года) достигнуть перехода от болезненного состояния к самостоятельному функционированию в обществе. Движение к цели происходит постепенно под руководством, однако характер и уровень помощи постепенно снижаются.

Ключевые слова

Психиатрическая реабилитация, терапевтическое сообщество, психотерапия, социотерапия.

UNIQUE SYSTEM OF OUTPATIENT REHABILITATION SERVICE “SUMMIT”

Kotik R. Y., MSW, Community Director of Rehabilitation Program “Summit”
for Young Adults,
Jerusalem, Israel

Abstract

Summit is a unique rehabilitation system for young people (age 20–35) with severe mental health problems. The work in Summit combines psychotherapeutic and sociotherapeutic aspects and includes intensive individual and group therapies. The main goal is the transition from a state of illness to independent functioning in the community in a period of 3 or 4 years. The progress is gradual and the amount of help offered to the patients is slowly reduced during the treatment.

Key words

Psychiatric rehabilitation, therapeutic community, psychotherapy, sociotherapy.

The Summit institute was founded in 1973, aiming to help young people suffering from severe mental health problems to reach independent life in the community. Since then many units have been a part of the rehabilitation system. This paper will describe the young adults unit existing since the 80's.

The Summit rehabilitation unit for young adults treats young people (20–35) diagnosed with severe mental health problems—schizophrenia, borderline and other personality disorders, bi-polar, OCD, severe anxiety disorders, etc. The patients are referred by hospitals or outpatient units and usually undergo a screening process. Motivation is the main criteria for acceptance, it is manifested by complying to the intake demands: writing a letter explaining why the patient wants to be accepted to the program, coming to two interviews—one together with family and one alone (the second one is a clinical dynamic 1.5 hour interview), attending one day at the rehabilitation factory, coming to the house and attending the cooking group activity, and finally moving in.

The unit consists of about 35 patients at a given time. Over the last 4 years 82 patients were admitted to the young adults' community. 51% were diagnosed with schizophrenia and schizoaffective disorders, 31% with personality disorders, 10% with bipolar disorder, 6% with other diagnoses (autistic spectrum, organic-developmental problems, etc.).

The staff includes: clinical psychologists and social workers serving as therapists, counsellors (usually students studying psychology or social work), psychiatrist, psychiatric nurse, dietician, drama therapist and director. Other staff working with the patients are occupational therapists at the rehabilitation factory and employment supporters once they start working in the free market.

The program is funded by the ministry of health as a part of rehabilitational services that every psychiatric patient is entitled to.

The unit is based on several principles:

Active participation in the rehabilitation process: the admission to the program is voluntary, it involves a significant waiting list and effort to get in. Everyone is free to leave at any stage, but as long as they stay they are required to participate in all of the activities.

We state that active attitude is necessary in order to be in the program and expect of every community member to participate in organizing social events and making group decisions regarding community boundaries and issues on the community's agenda.

Transitionality—the program is designed as a three year program, each year being a stage regarding the patient's independency and ability to function. During the first year the patients live in two group houses, 8–10 tenants in each one. Usually they share a room for two. During the second year the patients move to a half-way apartment, consisting of 4–5 flat mates, each has his own room. During the third year they are required to find their own place, usually, but not necessarily, with flat mates from the unit. The involvement of the staff in the patients everyday life is very intensive during the first year, and, as a rule of “scaffolding” approach [13], as time goes by we fade away to the background, the time left for independent outside activities becomes more and more available. The process of the growth in the unit resembles a family model—as if beginning from small children, adolescents and adults. The program can sometimes be extended for another year, while patients who wish to extend the treatment are required to “give back” to the community helping with newcomers or physical maintenance. We usually offer an extension only at the last stage in order to reinforce the independent, outpatient stage.

The stages are accompanied by different-tasked group psychotherapies. First stage groups' task is to acknowledge the need for rehabilitation, become part of the group, form a new identity, which includes being a part of the community, to accept the therapeutic community's aims and values, to acquire basic interpersonal skills. Second stage group deals in depth with the relationship within the group, working inter-personally. Third stage deals with parting from the group and heading forward into independent life.

Occupation-wise every patient begins the process at the rehabilitation factory, designed to diagnose and work on issues regarding their abilities to work in the free market. They are required to work there for the first three months, and can stay up to a year. In order to advance

to the third stage of the program, they have to work in the free market, at least part time.

The rehabilitation and therapeutic efforts focus on three dimensions combining thought and action—intra-personal, inter-personal and functional.

Every patient attends personal psychotherapy twice a week during the whole program. The psychotherapy is aimed at the recognition and the understanding of the patient's inner reality, the way it is rooted in the past and the way it affects the present. The therapy is dynamic, transference-oriented [9], although interpretations are not always used as a technique, at least not at the first period of establishing the relationship [5]. The theoretical framework for the psychotherapeutic understanding is based on ideas of Winnicott [12], Gabbard [9], Bion [2] and others. The use of psychotherapeutic techniques is flexible and may include CBT [7], DBT [8], etc.

The inter personal functioning is addressed by weekly activities of: flat mates' meetings held by a psychotherapist and a counsellor, a leisure activity of the flat mates with the counsellor, a community meeting held by the community director and a group therapy conducted by two therapists. Besides these weekly activities there are less frequent—holiday parties, community trips, etc., which are organized together by staff and patients. The theoretical frame works for inter personal and group relationships understanding is based on the work of Edelson [4], Bion [3] and others.

The functional learning includes working on everyday life skills with the counsellors and sometimes the senior community members, teaching the patients to cook, clean, maintain personal hygiene, effectively communicate with service providers, landlords, efficient time planning and organizing, etc. The theoretical conceptualization of the skills developing work is based on Vygotsky [10] and Antony [1].

Holding environment: The therapy and rehabilitation are facilitated and promoted by the holding environment we provide, both to the patients and to the people working with them. The patients holding environment begins with concrete holding—a place to live, comfortable physical environment, staff presence and relative availability during the day and the evening. As time goes by and the stages progress the holding environment we provide becomes more and more symbolic—psychotherapy, some group activities and house visits from the counsellor are still present at the third

stage. Both the therapists and the counsellors working in the community get ample personal and group supervision and learning opportunities, and time to think together about the individual patients and group processes. Winnicott states that the mother needs the environment to hold her in order to provide proper holding for the baby [12]. Thus the staff that sometimes deals with madness, powerful negative transference, adverse group processes needs a holding place in order to uphold therapeutic thought and connectedness.

Holistic approach—every aspect of the therapy and rehabilitation is held in one place, routine communication between the psychotherapist, psychiatrist, nurse, staff at the work place (1st stage) or the employment working with the patient, the counsellor working on the everyday skills, and the manager. Essentially everyone involved in the patient's every-day life is in constant communication, the psychotherapist being also a case manager. This is held in order to connect the inner and outer reality of the patients, to promote and model healthy patterns of open and pluralistic communication, often much different from the style of the patients' family of origin [6]. Another purpose the communication is serving in interdisciplinary view of the patient which includes both the therapists' view of the inner world, the occupational therapist's cognitive and functional input and the everyday life skills and relationships represented by the counsellors. Essentially in "Summit" we develop a new "social situation of development", which would "scaffold" the rehabilitation of our patients to develop social skills and achieve prospect of independent life in society [11].

Among all the patients who finished the program 61% were able to complete the full 3 or 4 years successfully. 92% of those proceeded to independent living arrangements (the other 8% eventually went back to their parents or group housing). 83% work at the free market.

The Summit institute and our unit in particular is constantly developing, facing new challenges in modern mental health environment such as the increasing focus of the society on individuality, reform in the Israel mental health system, increasing difficulty in recruiting junior staff, rising living costs, and many more. We aim to keep up and improve our excellent outcome rate, helping people to grow and gain their independency now and in the future.

Bibliography

1. *Anthony W.* A recovery-oriented service system: Setting some system level standards // *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2000. V. 24. No. 2. P. 159–168.
2. *Bion W. R.* Development of schizophrenic thought // *The International Journal of Psychoanalysis*. 1956. V. 37. P. 344–346.
3. *Bion W. R.* *Experiences in Groups*. London: Tavistock Publications. 1961.
4. *Edelson M.* *Sociotherapy and psychotherapy*. Chicago: University of Chicago press, 1970.
5. *Gabbard G. O., Gunderson J. G., Fonagy P.* The Place of Psychoanalytic Treatments Within Psychiatry // *Arch Gen Psychiatry*. 2002. V. 59. No. 6. P. 505–510.
6. *Minuchin S.* *Families and Family Therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press. 1974.
7. *Morrison A. K.* Cognitive Behavior Therapy for People with Schizophrenia // *Psychiatry (Edgmont)*. 2009. V. 6. No. 12. P. 32–39.

8. *Linehan M. M.* Diagnosis and treatment of mental disorders. Skills training manual for treating borderline personality disorder. New York: Guilford Press, 1993.
9. *Ogden T. H.* This art of psychoanalysis // *The International Journal of Psychoanalysis.* 2004. No. 85. P. 857–877.
10. *Vygotsky L. S.* Thought and language. Cambridge, MA: The MIT Press, 1934/1986.
11. *Vygotsky L. S.* Mind in society: The development of higher psychological processes. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1978.
12. *Winnicott D.* The maturational processes and the facilitating environment. New York: International Universities Press, 1965.
13. *Wood D. J., Bruner J. S., Ross G.* The role of tutoring in problem solving // *Journal of Child Psychology and Psychiatry.* 1976. 17. P. 89–100.

РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ В ОТЕЧЕСТВЕННОЙ И ЗАРУБЕЖНОЙ ПСИХИАТРИИ: ОПЫТ ДВАДЦАТИЛЕТНЕГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ

Лиманкин О. В., главный врач
СПб ГБУЗ «Психиатрическая больница № 1 имени П. П. Кащенко»,
доцент кафедры психотерапии и сексологии
ФГБОУ ВО «Северо-Западный медицинский университет имени И. И. Мечникова»,
главный внештатный психиатр эксперт Росздравнадзора по СЗФО РФ,
вице-президент Российского общества психиатров,
Санкт-Петербург, Российская Федерация

Аннотация

Рассмотрены основные подходы к социальной реабилитации пациентов, имеющих психиатрические диагнозы. Выполнен анализ истории вопроса в отечественной и зарубежной психиатрии. Сформулированы проблемы психосоциальной реабилитации и намечены перспективы ее дальнейшего развития.

Ключевые слова

Психиатрия, психосоциальная реабилитация, социализация, биопсихосоциальная модель, программа реабилитации.

REHABILITATION APPROACHES IN RUSSIAN AND FOREIGN PSYCHIATRY: 20 YEARS OF EXPERIENCE

Limankin O. V., Chief of Medicine,
Kashchenko Psychiatric Hospital,
Associate Professor at the Department of Psychotherapy and Sexology,
North-Western State Medical University named after I. I. Mechnikov,
Chief Visiting Expert Psychiatrist of the Federal Service for Surveillance in Healthcare
of the Northwestern Federal District of the Russian Federation,
Vice President of the Russian Society of Psychiatrists,
Saint Petersburg, Russian Federation

Abstract

This paper describes social rehabilitation procedures in Russia comparing and contrasting them to psychiatric approaches used by other countries over the time. The author addresses the issues of psycho-social rehabilitation and formulates guidelines for its further development.

Key words

Psychiatry, psychosocial rehabilitation, socialization, biopsychosocial model, rehabilitation program.

Психосоциальная реабилитация является одним из наиболее динамично развивающихся направлений психиатрии на протяжении трех последних десятилетий. Среди причин повышения значимости этого направления — данные об отрицательном воздействии институционализации в психиатрии, увеличение количества служб, альтернативных больничным, повышение психиатрической грамотности пациентов и членов их семей, населения в целом, смена представлений о роли различных факторов в этиопатогенезе эндогенных заболеваний, данные об ограниченных возможностях медикаментозного лечения [15].

В советский период реабилитационная направленность признавалась одним из организационных принципов психиатрии. Наибольшего развития идеи реабилитации получили в трудах М. М. Кабанова (1981), который определял ее как ресоциализацию, восстановление (сохранение) индивидуальной и общественной ценности больных, их личного и социального статуса [8]. Были разработаны принципы реабилитации, ее этапы и формы, адресованные различным категориям больных [3].

Среди форм и методов реабилитации особое значение придавалось тренировке и переучиванию с целью приспособления больных к труду и жизни в специально организованных и адаптированных условиях (специализированные отделения психиатрических больниц, общежития для больных, спеццеха, ПНИ). Получили известность реабилитационные модели Ленинграда, Томска, Кемерово, Калуги, Винницкой и Одесской областей.

Однако, несмотря на официальное признание концепции реабилитации, успешный опыт ряда регионов, внушительный пакет социальных гарантий для психически больных, отечественная психиатрия в тот период отличалась достаточно жесткой системой диспансерного наблюдения с большим числом ограничений для функционирования больных в социуме, «закрытостью» психиатрических учреждений, широким использованием мер стеснения и изоляции. В подавляющем числе учреждений психосоциальное лечение и реабилитация носили подчиненный характер по отношению к биологической терапии. В штатах учреждений было крайне мало психологов, а специалисты по социальной работе отсутствовали. При этом было практически исключено какое-либо участие пользователей (пациентов и их родственников) в обсуждении вопросов планирования, развития и оценки психиатрической помощи [11].

В 1990-е годы в условиях социально-экономического кризиса система социально-трудовой реабилитации была в значительной степени расстроена и дезинтегрирована, сократилось финансирование учреждений, резко уменьшилась реабилитационная база, усугубилась социальная уязвимость лиц с психическими расстройствами. Только в период с 1991 по 1996 г. количество мест в ЛТМ сократилось на 39,8%, а число работающих больных — на 71,3%, при этом отмечался значительный рост первичной инвалидности (почти в 2 раза), рост общего числа инвалидов вследствие психических заболеваний [5].

В то же время вслед за демократизацией общественной жизни, введением Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» все актуальнее стали звучать вопросы, связанные с переориентацией психиатрической практики на биопсихосоциальную модель. Новые возможности для включения пациентов в различные психосоциальные программы открылись и в связи с появлением новых поколений психотропных препаратов, расширением возможностей психофармакотерапии, что существенно улучшило клинический прогноз при многих психических заболеваниях. Все это обусловило запрос на реформу системы психиатрической помощи, развитие новых форм психосоциальной реабилитации.

Внедрение новых форм психосоциального лечения и реабилитации в это время отличалось эмпиризмом и активным использованием зарубежного опыта.

Наиболее масштабным проектом международного сотрудничества стала Канадско-Российская программа по инвалидности (КРПИ), координаторами которой в 2003–2007 гг. были университет Калгари и Московский НИИ психиатрии, а участниками — целый ряд региональных служб (Москва, Ставрополь, Тамбов, Санкт-Петербург, Омск, Оренбург, Рязань). В других регионах (Новгород, Оренбург) были открыты психотерапевтические отделения, ориентированные на структуру Клиники динамической психиатрии Мен-тершвайге, созданной Г. Аммоном в Мюнхене. Психиатрические учреждения Архангельска, Санкт-Петербурга, Калининграда, Москвы, Екатеринбурга активно изучали опыт Швеции, Финляндии, Норвегии, Великобритании и других стран.

Изучение зарубежного опыта дало толчок к внедрению различных форм и методов психосоциальной работы. Выбор тех или иных технологий не только соотносился с особенностями региональных служб, но в значительной степени отражал и личные пристрастия «энтузиастов» на местах. Заимствование опыта зарубежных коллег было активным, хотя и бессистемным. При этом концептуальный контекст новых форм зачастую игнорировался или воспринимался достаточно эклектично. Такая утилитарность отражала известную формулу Дэн Сяопина: «Неважно, какого цвета кошка — белая или черная, важно, чтобы она ловила мышей».

В ряде регионов развитие реабилитационных подходов происходило через создание психотерапевтических служб: в этом случае более широкое распространение получили различные методы психотерапии; в других регионах это осуществлялось социальными работниками и медицинскими психологами, что приводило к использованию более структурированных, легко воспроизводимых техник. С течением времени эти различия постепенно нивелировались [1].

В настоящее время в нашей стране психосоциальная терапия и реабилитация получают все более широкое распространение и признание в качестве приоритетных; разработаны принципы психосоциальной терапии, этапность реабилитации. Сформировался целый ряд соответствующих организационных модулей: бригады настойчивого (ассертивного) лечения

в сообществе; отделения (бригады) психиатрической помощи на дому; внебольничные реабилитационные отделения; группы психообразования семей психически больных; формы межведомственного взаимодействия психиатрических и социальных служб; различные виды жилья под защитой для психически больных, утративших социальные связи; дневные стационары при лечебно-производственных мастерских; пункты трудоустройства (совместно с центрами занятости) при диспансерах; клиники первого психотического эпизода; общественные организации лиц с психическими расстройствами и их родственников [4, 7, 9].

Оценивая двадцатилетний опыт взаимодействия отечественных и зарубежных специалистов в области психосоциального лечения и реабилитации психически больных, можно констатировать, что используемые подходы в разных странах имеют много общего. Сформировавшийся консенсус во взглядах большинства специалистов на идеологические основы реабилитации выглядит следующим образом: она помогает лицам с длительно протекающими психическими заболеваниями улучшить состояние и добиться успеха при минимальном содействии профессионалов [14].

В то же время следует отметить и существующие различия в подходах к организации психосоциального лечения и реабилитации в нашей стране и в так называемых развитых странах.

В психиатрии западных стран (особенно в англо-американской) доминирует социальная оценка природы психических расстройств, в то время как в отечественной психиатрии — научной и практической — всегда развивался комплексный подход, основывавшийся на использовании медицинских и социореабилитационных мероприятий.

Доминирование социального подхода находит отражение в многочисленных зарубежных работах, авторы которых рассматривают психическое здоровье и психическое расстройство как «противоположные полюсы одного континуума», продукт взаимодействия личности с социальной средой, а на первый план выдвигают такие факторы, как материальная обеспеченность, социальная изоляция, дискриминация при обращении к ресурсам общества, насилие, маргинализация и пр. [6].

Различия в теоретических подходах находят свое отражение в практике учреждений и организаций, осуществляющих психосоциальное лечение и реабилитацию. В системе помощи, основанной на социологических и психоаналитических концепциях, клиническое исследование, изучение анамнеза и анализ психического статуса зачастую подменяются (а не дополняются) психологическими, психометрическими, проективными, социологическими методами. Задачи клинической психологии гипертрофированы, на нее возложено решение проблем этиологии, патогенеза и терапии психических заболеваний.

Отечественная социальная психиатрия и реабилитация развиваются не как прикладная социология и психология, а как социально-медицинская дисциплина, неразрывно связанная с клинической психиатрией;

при этом социальный и индивидуально-клинический аспекты рассматриваются как единое целое [13].

Заметные различия можно обнаружить и в составе персонала соответствующих организаций в нашей стране и за рубежом. Большинство членов международных и национальных организаций, работающих в области психосоциальной реабилитации в так называемых развитых странах, составляют не психиатры, а психологи, педагоги, социальные работники, инструкторы трудовой терапии, сотрудники религиозных и благотворительных организаций [10]. Представительство врачей не превышает 20% числа всех сотрудников, и ориентированы они в основном на методы психотерапии [13].

В нашей стране на протяжении многих лет персонал психиатрических учреждений, осуществляющих психосоциальную реабилитацию, был представлен преимущественно медицинскими работниками. В последние годы широкое внедрение полипрофессионального бригадного обслуживания сопровождается приходом в психиатрические учреждения социальных работников, специалистов по социальной работе; значительно выросло представительство медицинских психологов и врачей-психотерапевтов, а также «функциональных профессионалов» [10, 14], т. е. лиц, которые, не имея формального соответствующего образования, выполняют такие функции дипломированных специалистов в сфере психического здоровья, как обучение навыкам, программирование навыков, координация ресурсов, индивидуальная поддержка, организация досуга, культурная и оздоровительная работа. Это делает актуальной задачу обучения различных категорий специалистов формам и методам психосоциальной работы, а также совместной деятельности в составе полипрофессиональных бригад.

Существуют большие различия и в деятельности полипрофессиональных бригад в разных странах. Так, в США и большинстве европейских стран доминирует модель коллегиальности (члены бригады не должны дифференцироваться иерархически); в Великобритании — иерархическая модель, которая позволяет быстрее принимать решения и выполнять их, но может препятствовать согласованию и уравниванию разных действий при решении сложных проблем; лидером бригады может быть врач, психолог, специалист по социальной работе и др.

В отечественной психиатрии утвердилось представление о том, что бригадное обслуживание должно осуществляться под руководством врача, но его лидерские функции должны быть скорее координирующими, а не властными. Такой подход сохранит автономию каждого специалиста — участника бригады и оптимальное выполнение им своих обязанностей [2].

Проблемы, связанные с развитием психосоциальной реабилитации, делают актуальными различные формы кооперации специалистов с целью координации усилий энтузиастов, выработки общих подходов, трансляции положительного опыта. Это стало предпосылкой к созданию в 2011 г. Всероссийской ассоциации центров психосоциальной реабилитации [11].

Формы работы Ассоциации включают рабочие совещания и посещения центров реабилитации в различных регионах для взаимного обмена опытом.

В фокусе внимания оказались различные проблемы: недостаточная представленность вопросов реабилитации в региональных целевых программах развития психиатрической помощи, недостаточное использование психиатрическими службами внешних ресурсов, потенциала взаимодействия с различными

государственными и общественными институтами, а также с организациями потребителей помощи, дефицит нормативной базы, трудности в оценке эффективности реабилитационных программ, проблемы преемственности в работе больничных и амбулаторных реабилитационных служб. Однако, по мнению специалистов Ассоциации, наличие перечисленных проблем служит не поводом для пессимизма, а стимулом для активной работы.

Библиографический список

1. *Бабин С. М.* Соотношение психотерапии и психосоциальных воздействий // Вестник психотерапии. 2006. № 15 (20). С. 19–27.
2. *Вид В. Д.* Бригадный подход в современной психиатрической клинике и его функциональное структурирование // Социальная и клиническая психиатрия. 1995. Т. 5, вып. 8. С. 102–105.
3. Восстановительное лечение, трудовое обучение и трудоустройство психически больных в РСФСР. Методические рекомендации. Сост. В. М. Воловик, К. В. Коробельников / под ред. М. М. Кабанова. Л.: НИИ им. В. М. Бехтерева, 1985. 32 с.
4. *Гурович И. Я.* Состояние психиатрической службы в России и направления ее развития к психиатрии с опорой на общество // Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи / под ред. И. Я. Гуровича, О. Г. Ньюфельдта. М.: Медпрактика-М, 2007. С. 44–56.
5. *Гурович И. Я., Голланд В. Б., Зайченко Н. М.* Динамика показателей деятельности психиатрической службы России (1994–1999 гг.). М.: Медпрактика, 2000. 508 с.
6. *Гурович И. Я., Сторожакова Я. А., Фурсов Б. Б.* Международный опыт реформы психиатрической помощи и дальнейшее развитие психиатрической службы в России // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. Т. 22, вып. 1. С. 5–19.
7. *Гурович И. Я., Шмуклер А. Б., Сторожакова Я. А.* Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. М.: Медпрактика-М, 2004. 491 с.
8. *Кабанов М. М.* Реабилитация психически больных. Изд. 2-е, дополн. и перераб. Л.: Медицина, 1985. 216 с.
9. *Казаковцев Б. А.* Развитие служб психического здоровья: руководство для врачей. М.: Гэотар Медиа, 2009. 672 с.
10. *Карлинг П. Дж.* Возвращение в сообщество. Построение системы поддержки для людей с психиатрической инвалидностью / пер. с англ. Киев: Сфера, 2001. 442 с.
11. *Лиманкин О. В.* Современные тенденции развития общественно-ориентированной психиатрической помощи: аналитический обзор. СПб.: Таро, 2015. 228 с.
12. *Лиманкин О. В., Бабин С. М.* Всероссийское объединение центров психосоциальной работы // Психическое здоровье. 2012. № 10. С. 32–36.
13. *Чуркин А. А.* Социальные аспекты организации психиатрической помощи и охраны психического здоровья // Российский психиатрический журнал. 2012. № 6. С. 4–10.
14. *Энтони В., Коэн М., Фаркас М.* Психиатрическая реабилитация / пер с англ. Киев: Сфера, 2001. 280 с.
15. *Ястребов В. С., Митихин В. Г., Солохина Т. А., Михайлова И. И.* Системно-ориентированная модель психосоциальной реабилитации // Журнал неврологии и психиатрии имени С. С. Корсакова. 2008. Т. 108, № 6. С. 4–10.

МУЗЫКАЛЬНО-РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ ПРОГРАММА В НЕВРОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ: ОСНОВАНИЯ, ЦЕЛИ И МЕТОДЫ

Львова Т. В., к. п. н., **Торопова А. В.**, д. псх. н., профессор,
ФГБОУ ВО «Московский педагогический государственный университет»,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

В настоящее время актуален вопрос об адаптации музыкальной активности к медицинским или социально-психологическим целям, это вдохновляет исследователей на поиск новых форм реабилитационных программ в арсенале технологий музыкального образования и музыкотерапии. В данной статье представлено исследование возможности применения музыкально-обучающих видов деятельности для реабилитационной работы с пациентами, имеющими нейродегенеративное заболевание — болезнь Паркинсона.

Ключевые слова

Музыкально-реабилитационная работа, болезнь Паркинсона, координация, дыхание, музыкально-пластическое движение.

MUSIC REHABILITATION PROGRAM IN THE NEUROLOGY: GOALS AND METHODS

Lvova T. V., PhD (Pedagogy), Toropova A. V., Psy. D., Professor,
Moscow State Pedagogical University,
Moscow, Russian Federation

Abstract

To date, there is a need for adapting musical activity to medical and socio-psychological purposes. It inspires the researchers to seek out new forms of rehabilitation programs in music education and music therapy. This article explores the possibility of using musical-educational activities for rehabilitation work with patients with neurodegenerative disease, i. e. Parkinson's disease.

Key words

Music therapy for rehabilitation, Parkinson's disease, coordination, breathing, plastic movement therapy with music.

Введение. В современном понимании проблемы психического здоровья населения, путей и условий его профилактики, достижения и восстановления присутствуют представления о том, что культурные практики несут важную функциональную нагрузку по созданию предпосылок и условий для реабилитации. Не является новостью, что музыка и музыкальная деятельность пациента способны не только осуществлять психотерапевтическую функцию в работе с эмоциональными расстройствами, но и являться серьезным коррекционным средством, способным целенаправленно уменьшать и в некоторых случаях устранять различные виды так называемых телесных симптомов, тем самым мягко корректируя состояние больного и работая на общую реабилитацию.

Теоретические основания. В данной статье представлено исследование возможности применения музыкально-реабилитационной работы с пациентами, имеющими нейродегенеративное заболевание — болезнь Паркинсона (БП). Необходимо отметить, что ранее болезнь диагностировали у людей старше 60 лет. В настоящее время мы можем наблюдать пациентов с данным заболеванием младше 50 лет. К сожалению, симптомы и проявления данного заболевания с течением времени только обостряются и ухудшаются, поэтому мы видим серьезную необходимость нахождения методов ранней профилактики, возможного замедления скорости развития заболевания и оказания пролонгированной реабилитационной помощи пациенту в дальнейшем.

Применение музыкально-терапевтических подходов или других арт-технологий в работе с БП имеет свою историю. Так, с 2001 г. успешно развивается программа танцевальных классов для людей с болезнью Паркинсона, друзьями и семьей, которая базируется на сотрудничестве Марк Моррис Дэнс Групп

(MMDG) и Бруклин Паркинсон Групп (BPG) [2]. Израильский терапевт Алекс Кертен является идейным вдохновителем гирокинетической терапии, или танцевальной терапии. В своей работе он объединил музыку и определенные движения, благоприятно влияющие на пораженную нервную систему человека [2]. Коллеги из Америки Stegemöller et al. [4, 5], показали улучшение функции глотания при групповой хоровой работе с пациентами БП. В работе английских исследователей Barnish et al. [1] также отмечена польза пения в реабилитационных занятиях при БП.

Тем не менее потенциал путей и методов применения музыкальной деятельности в реабилитации больных с БП далеко не исчерпан.

Цель данной работы — теоретическое обоснование и разработка музыкально-терапевтической программы для реабилитации пациентов с нейродегенеративным заболеванием — болезнью Паркинсона.

Исходные условия. К основным проявлениям паркинсонизма относят следующие:

— движения постепенно становятся замедленными и скованными, как правило, этот процесс начинается с правой руки, вызывая трудности при письме, выполнении бытовых действий, затем переходит на всю правую половину туловища, а с годами захватывает и левую сторону тела;

— все мышцы постоянно находятся в напряженном состоянии (повышенном тоне), из-за чего со временем формируется так называемая «поза просителя»: спина сутулая, руки и ноги согнуты в суставах, что также приводит к развитию хронических болей;

— застывание лица, редкое мигание вызывает иллюзию, что больной сердит или вовсе не испытывает эмоций;

— речь становится невнятной, может возникнуть гиперсаливация (слюнотечение);

— мышление замедляется, внимание снижается, однако память и интеллектуальные способности на первых порах сохраняются;

— примерно у 50% пациентов снижается мотивация, пропадает заинтересованность в окружающем, снижается общий фон настроения, развивается хроническая депрессия.

Все симптомы приводят не только к ограничению передвижения, но и к резкому сокращению круга общения и интересов. Поэтому нет сомнений, что пациенту с данным заболеванием необходима помощь, в которую будут включены специальные мероприятия, направленные на ре-социализацию пациента через улучшение его психического состояния, повышение его общей резистентности, увеличение мотивации не только к занятиям, но и к общению с другими людьми, а также частичное восстановление и возможное укрепление пластики движения, улучшение координации, оздоровление функции дыхания и т. д.

Проанализировав основные симптомы данного заболевания, мы предложили «мишени» для музыкально-реабилитационного воздействия на все уровни проявления симптомов нездоровья:

1) физической ограниченности и ригидности, который включает целенаправленную работу с дыхательными и двигательными симптомами — спазмированность, неуправляемость, раскоординированность, жесткость, тремор;

2) эмоциональной депривации (осознание и выражение эмоций и чувств) через пластику музыкального движения и пение — выход через оживление контакта с собой и усиление чувств — на катарсис;

3) социальной депривации: целенаправленная работа по ре-социализации пациента (смена ригидной установки сохранения болезненной симптоматики через блокирование любого общения и нарастающую изоляцию на позитивную установку восстановления способов общения, как будто препятствующей проблемы (нездоровья) не существует) — это применение стратегемы, выработанной в краткосрочной стратегической психотерапии Джорджио Нардоне [3], которая дает важнейший психотерапевтический эффект — эмоционально-корректирующий опыт, который, в свою очередь, является самоподдерживающей стратегией разблокирования изоляции.

Методы. Ключевое значение в музыкально-реабилитационной работе имеет восстановление свободно-го дыхания. *Вокальные и дыхательные упражнения* способствуют улучшению подвижности грудной клетки и диафрагмы, устранению напряжения дыхательных мышц, формированию правильного стереотипа дыхания, увеличению растяжимости легких, оптимизации газообмена, коррекции дыхательной недостаточности.

Как известно, у данных пациентов происходит постепенное изменение и ослабление звучания голоса. Они, как правило, говорят очень тихо и не эмоционально. Речь больных паркинсонизмом может стать слабо модулированной, неразборчивой. Голос теряет интонации и становится монотонным и тихим. Именно поэтому мы даем нашим пациентам разные виды за-

даний на проговаривание текста или пропевание отдельных слов в различных вариантах, в дальнейшем пациенты поют по несколько куплетов знакомой или выученной новой песни.

Включение *пения* — важный метод в музыкальной коррекционной деятельности. Через пение мы неосознанно для пациента тренируем глубину, ритм, темп, частоту дыхания. Постепенно происходит не только определенная тренировка функций гортани, шейной мускулатуры, легких, диафрагмы, но и, по существу, всего организма.

В таких заданиях мы ставим несколько задач.

1. Определенная тренировка мышц лица. Известно, что у многих пациентов мимика становится менее эмоциональной. В некоторых случаях на лице больных закреплено стойкое выражение пристального и напряженного внимания и немигающий взгляд, лицо может приобрести вид маски. Активное пение помогает задействовать лицевые мышцы, взгляд.

2. Тренировка мышц гортани, главными функциями которой являются звукообразующая, защитная и дыхательная.

3. Артикуляционная гимнастика: мы проговариваем утрированно, задействуя мышцы лица; очень тихо, потом громче, очень громко, как со сцены, и пропевая, как оперный певец. В дальнейшем это упражнение вызывает улыбку, быстрое повышение настроения и включает в работу. Это упражнение уже является подготовительным для дальнейшего пения, так как разогревает связки и подготавливает их к работе.

4. С этих заданий начинается постепенная работа по тренировке памяти: мы просим пациента вспомнить любимые песни, на материале которых в дальнейшем продолжится работа в этом направлении.

Реабилитационные занятия предполагают большую работу, направленную на улучшение координации движений рук, общей пластики, нахождение и целенаправленную работу с органами, вовлеченными в проявления тремора, работу с голосовым аппаратом.

Работа включает в себя *упражнения на координацию* между руками, между руками и ногами, и в целом между руками, ногами, головой и голосовым аппаратом (преодоление синкинезий — генерализованного напряжения и спазмов).

Следующие симптомы мы объединили в одну большую группу: сюда входит тремор, замедленность движения (брадикинезия), потеря автоматизма движений, нарушение координации, потеря равновесия. Симптомы легкого дрожания рук или отдельных пальцев, тремор нижних конечностей могут быть более выражены на одной стороне тела или же проявляться симметрично и сочетаться с другими симптомами поражения нервной системы: нарушениями координации, чувствительности и др.

Тремор проявляется особенно сильно, когда больной находится в состоянии стресса. Большое внимание на практических занятиях и в личных беседах уделяется именно стрессорным, не комфортным для пациента ситуациям и обучению через *дыхательные и вокальные упражнения* достижению *расслабления* для своевременного освобождения от данной

эмоции. Это и различные упражнения для глубокого дыхания, и пропевание звука с осмысленным расслаблением тела. В ходе первой встречи пациенту обязательно задается вопрос: «Когда вы первый раз почувствовали тремор?» Постепенно совместно с пациентом выясняется, что, на его взгляд, предшествовало развитию болезни, были ли провоцирующие события и где (в каком органе) впервые пациент почувствовал слабость или тремор (или др.). Сразу поясним, что таким образом выделяется мишень для планомерного воздействия. В дальнейшей работе, согласно полученным данным, вводятся определенные упражнения с обязательным задействованием именно этого органа.

Пациент учится координировать движение между руками и дыханием перед пением и вовремя певческого выдоха. На каждом занятии обязательно вводятся нейрокоррекционные упражнения для развития или укрепления межполушарных связей и функциональных зон, связанных с мелкой моторикой и образным целостным представлением, через плавность укрупненного движения, тренировку артикуляционного аппарата, а также после каждого упражнения релаксации и расслабления.

Пение и пластическое движение наилучшим образом подходят для работы с данными пациентами. Например: при пении пациентом песни мы учим его движению руками таким образом: две руки, потом одна правая (левая стоит на месте), затем левая (правая стоит на месте), снова двумя руками и т. д. Движение руками зависит от того, в каком размере написана песня, поэтому возможны вариации. Мы старательно добиваемся ровного и плавного движения руками, при этом все песни поются в замедленном темпе. В дальнейшем пробуем петь, продолжая выполнять задание руками, и вводим попеременное топание ногами.

Результаты эксперимента. В данном опытно-пилотажном исследовании участвовало 27 пациентов, но условия работы с ними были различны: только 7 пациентов находились в отделении более 2 недель, 12 пациентов — две недели и 8 — менее двух недель. Занятия проводились 3 раза в неделю, таким образом, пациенты были на музыкально-реабилитационных занятиях от 4 до 9 раз.

В данном эксперименте мы могли наблюдать улучшение не только в проявленности некоторых внешних

симптомов, но и когнитивных функций уже к третьему занятию. Можно сказать, что такие когнитивные функции, как память, гнозис, речь, праксис и интеллект, получают поддержку и тренировку в музыкально-обучающих видах деятельности. Уже к третьему занятию речь (у большинства пациентов) становилась более отчетливой, постепенно прибавлялась сила голоса и разборчивость (пение, распевание, проговаривание текста, медленный темп). Мы могли наблюдать улучшение праксиса. Пациенты разучивали, запоминали и на последующих занятиях воспроизводили новые, приобретенные двигательные навыки, основанные на музыкально-пластическом движении и сложных взаимосвязанных координированных движениях между руками и ногами при обязательном пении или проговаривании ритмизованных предложений.

Безусловным фактом является то, что разработка определенного музыкально-терапевтического комплекса зависит от индивидуальных особенностей пациентов, их готовности к восстановлению и динамической картины изменений в состоянии каждого пациента.

Основные выводы.

1. Опытно-экспериментальная работа показала, что предложенная музыкально-реабилитационная программа охватывает все уровни проявления симптомов пациентов с нейродегенеративным заболеванием — болезнью Паркинсона:

а) физической ограниченности и ригидности, спазмированности, неуправляемость, раскоординированность, жесткость, тремор;

б) эмоциональной депривации;

в) социальной депривации.

2. Полученные результаты способствуют расширению понимания и применения функций музыкальной деятельности, музыкально-терапевтических технологий и методов, которые могут обогатить реабилитационную практику.

Благодарность. Мы благодарим Федеральный медицинский биофизический центр им. А. И. Бурназяна (Москва) за возможность разработки и апробации экспериментальной музыкально-терапевтической программы. Также выражаем благодарность Институту перспективных исследований и Научно-образовательному центру «Психологии искусства» Московского педагогического государственного университета за поддержку проводимой исследовательской работы.

Библиографический список

1. Barnish J., Atkinson R., Barran S., Barnish M. Potential Benefit of Singing for People with Parkinson's Disease: A Systematic Review // *Journal of Parkinson's Disease*, 2016. V. 6 (3). P. 473–484.
2. Kerten Al., Brinn D. Goodbye Parkinson's, Hello life!: The Gyro-Kinetic Method for Eliminating Symptoms and Reclaiming Your Good Health. Divine Art. 234. 2016.
3. Nardone G., Watzlawick P. The art of change: Brief Strategic Therapy / Trans. from Italian. Moscow: Publishing House of the Psychotherapy Institute. 2006. P. 192.
4. Stegemöller El., Hibbing P., Radig H., Wingate J. Therapeutic singing as an early intervention for swallowing in persons with Parkinson's disease // *Complementary Therapies in Medicine*, 2017. V. 31. P. 127–133.
5. Stegemöller El., Radig H., Hibbing P., Wingate J., Sapienza C. Effects of singing on voice, respiratory control and quality of life in persons with Parkinson's disease // *Disability and Rehabilitation*, 2016. V. 39 (6). P. 594.

ПЕРСОНИФИЦИРОВАННЫЕ ПОДХОДЫ К ОБРАЗОВАНИЮ КАК ФАКТОР УЛУЧШЕНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ПОДРОСТКОВ С ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Мазаева Н. А., д. м. н., профессор, Головина А. Г., д. м. н.,
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» Российской академии наук,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

В качестве межотраслевой проблемы рассмотрено обучение детей и подростков с психической патологией. Проанализирована структура образовательных учреждений для этих пациентов. Обобщенный многолетний опыт наблюдения и катамнестического прослеживания 3,5 тысяч больных выявил, что около 40% детей и подростков с психической патологией не справляются с обучением в стандартных условиях. Определена роль специальных образовательных программ и психообразования в социальной адаптации лиц с психическими расстройствами на этапе взросления.

Ключевые слова

Подростки, психические расстройства, обучение, социальная адаптация, персонифицированный подход.

PERSONALIZED APPROACHES TO EDUCATION AS A FACTOR OF IMPROVEMENT OF SOCIAL ADAPTATION OF ADOLESCENTS WITH MENTAL DISORDERS

Mazaeva N. A., MD, Professor, Golovina A. G., MD,
Mental Health Research Center,
Moscow, Russian Federation

Abstract

The education of children and adolescents with mental disorders is regarded as a cross-sectoral issue. The structure of educational institutions for these patients is analyzed. The consolidated experience of long-term monitoring and follow-up studies of 3,500 patients revealed that about 40% of children and adolescents suffering from mental disorders face difficulties in standard education. The paper emphasizes the essential role of special education programs and psychoeducation in the social adaptation of persons with mental disorders when growing up.

Key words

Adolescents, mental disorders, education, social adaptation, personalized approach.

Структура образовательных учреждений для детей и подростков с психической патологией. Обучение детей и подростков с психической патологией — межотраслевая проблема, касающаяся как психиатрии и клинической психологии, так и системы образования. Она далеко не нова, и России начала активно разрабатываться еще с 30-х годов прошлого столетия, параллельно с развитием представлений о психогигиене и психопрофилактике. За этот период был накоплен значительный опыт создания и внедрения разнообразных образовательных программ, рассчитанных на широкий возрастной диапазон с дошкольного и до юношеского периодов включительно.

Для детей с выраженным отставанием, девиациями психического развития, наличием расстройств, делающих невозможным для ребенка адаптацию к пребыванию в обычных условиях, были созданы специализированные детские сады (не только общеразвивающего, но и компенсирующего/комбинированного типов,

центры присмотра и оздоровления) с организацией особого режима воспитания, развития и оздоровления.

В России была разработана и на протяжении десятилетий успешно функционировала система школьного обучения, учитывающая потребности детей с различными нарушениями психического здоровья, которая позволяла им максимально полноценно получать знания. Она включала в себя школы при психиатрических стационарах, классы коррекционно-развивающего обучения в структуре массовых школ, коррекционные школы восьми видов, дифференцированные в соответствии с вариантом нарушений (в том числе V вида — для детей с речевыми нарушениями, VII — для лиц с трудностями в обучении и ЗПР, VIII — для учеников с умственной отсталостью), санаторно-лесные школы. При отсутствии возможности продолжить обучение в стандартных условиях (например, при умственной отсталости) по завершении общего среднего образования больные могут полу-

чить соответствующую возможностям профессию в коррекционных профессионально-технических училищах/колледжах (или в коррекционных группах, интегрированных в учебное заведение определенного профиля) для лиц с отклонениями в развитии. Для студентов с ограниченными возможностями существуют также специализированные факультеты и группы в общеобразовательных вузах. При наличии инвалидности бюро медико-социальной экспертизы разрабатывает индивидуальную программу реабилитации, предлагающую больному конкретные рекомендации (в том числе касающиеся дальнейшего продолжения образования) даже при наличии у него стойких, значительных ограничений, обусловленных уровнем формального интеллекта, активности, особенностями психопатологической симптоматики.

Параллельно с основным образованием у детей и подростков с психическими нарушениями (как и у их здоровых сверстников) есть возможность получить в соответствии со своими интересами и склонностями и дополнительное — в условиях детских студий, станций, клубов, парков, музеев, оздоровительно-образовательных лагерей, спортивных школ и секций, а также посещать развивающие занятия в реабилитационных центрах (при условии наличия инвалидности). Все это отвечает задачам профилактики и сохранения/восстановления здоровья лиц с психическими расстройствами на этапе взросления.

Предлагаемая статья посвящена эффективности вышеуказанных образовательных программ у подростков и молодых взрослых с психической нарушениями, вопросы психопатологии в данной работе не обсуждаются.

Материал исследования и его результаты. В работе обобщен более чем тридцатилетний опыт лечения, наблюдения и катamnестического прослеживания больных детско-подросткового возраста, наблюдавшихся в одном из ПНД г. Москвы. Были проанализированы данные 3,5 тысяч пациентов. Соотношение по полу мальчиков и девочек составило 2,5:1. Нозологическое распределение больных показало заметное преобладание непсихотической психической патологии. Наибольшая доля (35%) пришлась на пациентов с органическими непсихотическими расстройствами, 25% составили лица с умственной отсталостью, 20% — с невротическими расстройствами, аффективными нарушениями, личностной патологией и лишь 13% — пациенты с расстройствами круга шизофрении. Лица с тяжелыми формами психической патологии (безремиссионными формами шизофрении, выраженными вариантами умственной отсталости) в анализ не включались. Инвалиды детства составили около 20% всего контингента.

Как показали полученные данные, около 40% пациентов с психическими нарушениями разного уровня не справляются с программой в режиме типового общеобразовательного учреждения [1]. Среди формально успевающих значительная часть нуждается в дополнительной психолого-педагогической помощи для достижения оптимального усвоения академических знаний и социальных навыков. В основе ука-

занной дезадаптации у разных категорий пациентов лежат неидентичные причины, в том числе интеллектуальная недостаточность, апато-адинамические и другие психические нарушения, сниженная мотивация к умственной деятельности, повышенная истощаемость, патохарактерологические свойства личности. Это обуславливает необходимость более тонкой стратификации пациентов с целью выбора/создания для них максимально персонализированных образовательных программ.

Согласно имеющимся в нашем распоряжении материалам, к 18 годам большинство пациентов успевает получить то или иное образование (неполное/полное среднее, среднее специальное, начинает учебу в вузе), в том числе и больные шизофренией. Но между уровнем их образования и социальным статусом к наступлению взрослости отмечается определенное несоответствие. Так, пациенты, имевшие инвалидность детства, даже при наличии клинической компенсации оставались нетрудоспособными. Большинство из них проживало в семье родителей и, имея социальные выплаты от государства, получало дополнительную помощь со стороны родственников. Как оказалось, для социализации подростков и молодых взрослых с рано выявленными психическими нарушениями, и не только для инвалидов, получения стандартного образования недостаточно для успешного социального приспособления.

Произошедшие в стране макро- и микроизменения ставят новые, более сложные задачи перед структурами, ответственными за образование лиц с психическими нарушениями. Так, в последние годы в системе школьного обучения создаются еще более узкоспециализированные учреждения: они предназначены для детей с расстройствами аутистического спектра, с синдромом Дауна, для хронически болеющих и ослабленных детей (школы здоровья), для лиц с девиантным поведением. Сравнительно недавно появились различные инклюзивные учебные заведения, опыт которых еще предстоит проанализировать.

Образовательные программы в социальной адаптации подростков с психическими расстройствами. Требования, предъявляемые к личности в XXI веке, крайне высоки и выдвигают на первый план ее социальное функционирование. Оптимальная адаптация в социуме обеспечивается воплощением в жизнь в конкретных микро- и макросоциальных условиях всех ролевых функций, соответствующих особенностям Я-концепции индивидуума, его возможностям и запросам [1]. Получение академических знаний и приобретение адекватных возрасту сложных социальных навыков и умений являются неотъемлемыми составляющими, содержанием и задачей подросткового периода развития [3, 5]. На этапе adolescence взрослеющая личность переходит на качественно новый уровень, осуществляя всестороннее познание мира, формируя представление о себе самом и своем месте в социуме. В этот период ей приходится решать все более сложные задачи с использованием абстрактного мышления в сочетании с принципиально иной, чем в детстве (самостоятельной, строящейся в

соответствии с собственной системой жизненных ценностей), мотивацией к учебной деятельности. Только планомерно проводимое систематизированное образование дает возможность повышения интеллекта и тренировку интеллектуальных возможностей человека. Предпосылкой к оптимальной адаптации нередко оказывается включение в совместную работу не только в простых социальных формах, но и в условиях коллективной интеллектуальной деятельности. Часто это является необходимым для успешной профессиональной и социальной реализации индивидуума в современной общественно-экономической ситуации [4].

Ни у кого не вызывает сомнения, что образование — безусловная общечеловеческая ценность. Без него невозможна ни трансляция культурного и духовного наследия, ни построение информационного общества, ни социально-экономическое развитие, ни функционирование человека в социуме, достижение им высокого социального и профессионального статуса. При его отсутствии невозможно обеспечить индивидууму гармонизацию и достижение психологического созревания, разработку и усвоение оптимальных индивидуально предпочтительных копинг-стратегий. Обучение должно учитывать конкретные возможности больного с психической патологией, опираться на имеющиеся у него ресурсы, при этом проводить соответствующие мероприятия следует планомерно, последовательно, в реальных условиях социального взаимодействия. Только таким образом можно добиться повышения адаптационных возможностей детей и подростков. Примером может служить тот факт, что дети и подростки с умственной отсталостью, обучавшиеся в условиях образовательных учреждений, впоследствии демонстрировали качественно более высокий уровень социального функционирования (успешно усваивали программу в специализированных колледжах, оказывались способны к самостоятельному проживанию), чем их сверстники с сопоставимыми показателями интеллекта, учившиеся на дому и оказывавшиеся затем житейски не приспособленными, беспомощными, пожизненно опекаемыми семьей или обреченными на существование в учреждениях социальной защиты.

Психообразование как часть программы социализации лиц с психическими расстройствами. Психообразование, значимость которого нередко недооценивают, является неотъемлемой частью процесса обучения подростков, страдающих психической патологией, и не может рассматриваться в отрыве от него. Именно в период adolescence оно оказывается

крайне значимым для индивидуума, во многом определяя его душевное состояние. Психообразование обеспечивает больному понимание своего заболевания, снижает страх перед психической болезнью, срывая с нее флер таинственности, непредсказуемости, позволяя прогнозировать как ближайшее, так и более отдаленное будущее, делая осознанным выбор жизненных планов, стратегий, профессии. Информация о своем расстройстве и его возможных проявлениях позволяет пациенту быстрее замечать у себя признаки ухудшения состояния, что дает ему возможность занять более активную позицию в процессе курации, охотнее и быстрее обращаться за помощью, не следуя только лишь мнению родных, улучшить комплаенс с врачом, неоптимальный в подростковом возрасте. Именно психообразование путем использования соответствующих психотерапевтических и психокоррекционных методик позволяет приобрести и отработать адекватные стратегии поведения в стрессовых ситуациях, что на этапе взросления самостоятельно сделать затруднительно не только лицам с психической патологией, но и их здоровым сверстникам.

Рассматривая более частные случаи, когда психообразование оказывается крайне важным, прежде всего следует упомянуть профилактику аутоагрессивного поведения, в том числе суицидального. Оно способно наглядно продемонстрировать юному пациенту не только негативные последствия аутодеструкции, но, что гораздо конструктивнее и важнее, показать ему ценность и привлекательность жизни, направление поиска возможной цели существования, помочь в определении интересной и значимой для него сферы, где он мог бы стать успешным. В этом же направлении с предложением позитивных жизненных сценариев и стратегий, выбора социально одобряемых целей и установок осуществляется и превенция химических и нехимических аддикций. Именно психиатру принадлежит ведущая роль в психообразовательном процессе. При формировании иерархии жизненных ценностей, системы взглядов и представлений об окружающем мире, нацеленных на позитивную оценку своего существования, поиск смысла бытия и адекватного места в социуме, приобретение конструктивных копинг-стратегий подростком с психическими расстройствами необходимо учитывать его личностную структуру, когнитивные особенности/нарушения, уровень интеллекта и активности, а также характер и конкретные проявления имеющейся и потенциально возможной симптоматики, которые могут нуждаться в коррекции.

Библиографический список

1. *Казанская В. Г.* Подросток: Социальная адаптация. СПб.: Питер, 2011. 288 с.
2. *Шмакова О. П.* Школьная адаптация детей и подростков с психическими расстройствами: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2004. 24 с.
3. *Isakson K., Jarvis P.* The adjustment of adolescents during the transition into high-school: a short-term longitudinal study // *J. of Youth and Adolescence.* 1999. V. 28. No. 1. P. 1–26.
4. *Obradovic J., Burt K. B., Masten A. S.* Pathways of adaptation from adolescence to young adulthood: Antecedents and correlates // *Resilience in Children in: Annals of the New York Academy of Sciences.* 2006. V. 1094. P. 340–344.
5. *Pombeni M. L., Zappal S., Guglielmi D.* Experience scolaire et developpement psychosociale: une recherche sur les adolescents // *L'Orientation Scolaire et Professionnelle.* 2002. V. 3. No. 31. P. 5–22.

ИННОВАЦИОННЫЙ ПОДХОД К ОБРАБОТКЕ ДАННЫХ, ПОЛУЧЕННЫХ В РАМКАХ ПСИХОМЕТРИЧЕСКИХ ШКАЛ

Митихин В. Г., к. ф.-м. н., ведущий научный сотрудник,
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» Российской академии наук,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

Ранговые оценки, получаемые в рамках психометрических шкал, не являются числовыми оценками, что не позволяет получать интегрированные оценки по разным симптомам. Для корректной обработки ранговой информации предлагается использовать метод анализа иерархий. Важная особенность предлагаемого подхода — формирование результатов обработки в шкале отношений, что обеспечивает широкое применение математических операций и корректное использование получаемых оценок в клинической практике и научных проектах.

Ключевые слова

Психометрическая шкала, шкала категорий, шкала отношений, метод анализа иерархий.

AN INNOVATIVE APPROACH TO THE PROCESSING OF DATA OBTAINED IN THE FRAMEWORK OF PSYCHOMETRIC SCALES

Mitikhin V. G., Leading Researcher, PhD (Physics, Mathematics),
Mental Health Research Center,
Moscow, Russian Federation

Abstract

The study explains the usage of the Analytic Hierarchy Process as a method of measurement with ratio scales. This technique can be used for correct processing of ranking scores of psychometric scales and their further use in clinical practice and scientific projects.

Key words

Psychometric scale, scale categories, ranking assessment, ratio scale, hierarchy analysis method.

Психометрические (клинические) шкалы используются для сравнительной оценки тяжести психопатологических признаков в динамике (например, в процессе психофармакотерапии или психосоциальной реабилитации) в тех случаях, когда диагноз заболевания (или данного психического состояния) уже установлен. К наиболее известным в психиатрии относятся такие шкалы, как шкала PANSS, шкала оценки медикаментозного комплаенса, шкала оценки психического статуса (PSE), шкала социального функционирования и др. В теории измерений эти шкалы относятся к ранговым (порядковым) шкалам (см., например, [7]). Шкалы этого типа широко используются во всех разделах медицины, психологии, социологии, экономики для оценки состояния социальных объектов (от индивидуумов до общественных групп и популяций). В частности, в психиатрии (например, [6, 8]) считается, что состояние пациента более эффективно и точно можно описывать на основе многомерного подхода, а не с помощью категориального (клинического) в виде психопатологических синдромов.

Самой мощной в ряду измерительных шкал, как известно [7], является шкала отношений (предназначена для измерения физических и биологических параметров объектов). В ходе развития представлений

об измеряемом объекте последовательно используются измерительные шкалы: категориальные, ранговые и, наконец, шкалы отношений. Это можно кратко проиллюстрировать на примере развития диагностики пола: мужчина, женщина (шкала наименований) → многомерные (психологические) характеристики пола (шкала порядка) → биологические (например, гормональные) характеристики пола (шкала отношений). Современные подходы к диагностике расстройств в психиатрии можно аналогично кратко описать следующим образом: клинические (категориальные) системы классификации → многомерные модели классификации (например, DSM-5) → нейробиологические модели классификации (проект RDoC, см., например, [15]). Корректно согласовать и развить эти подходы в указанной цепочке мешает возникающее в настоящее время противоречие: для проведения исследований в рамках RDoC необходимы надежные классификации, но для создания надежных классификаций нужны данные нейробиологических исследований. Отчасти эту проблему пытается решить проект RDoC, который провозгласил своей целью создание классификации психических расстройств на основе измерений поведения и нейробиологических показателей с отходом от клинической феноменологии

(что чревато потерей важной клинической информации).

Введение. Применение дименсионального подхода позволяет более точно оценивать симптоматику пациента, что способствует выделению более гомогенных групп больных и далее фокусирует поиск биомаркеров психических расстройств. Но слабой стороной дименсионального подхода является существенное размытие классификационной границы — отнесение клинически сходных состояний в одну группу (спектры). Кроме того, из окончательной версии DSM-5 были исключены, например, параноидное, шизоидное и зависимое расстройства личности, которые продемонстрировали (с точки зрения DSM-5) низкую клиническую пользу и недостаточную валидность.

Отмеченные недостатки дименсионального подхода, на наш взгляд, являются следствием некорректной обработки ранговых данных, а именно использованием параметрических статистических процедур, которые нельзя применять в случае порядковых шкал. В частности, для случая порядковых (дименсиональных) шкал не имеет смысла вычисление простейших статистических характеристик ранговых выборок, таких как среднее (средний балл), дисперсия и т. д. Это хорошо известные факты из теории измерений и теории шкал, которые вошли в учебники по математическим методам обработки данных (см., например, [1]), а также работу [14]), но, к сожалению, весьма часто эти факты не принимаются во внимание в современной научной литературе и статьях, особенно при обработке данных в медицине и социальных науках.

Конечно, можно рассматривать ранги как числа обычной шкалы (шкалы отношений), но такое формальное «вложение» ранговой шкалы в шкалу отношений требует специального анализа как алгоритмов «вложения», так и свойств получаемой шкалы. Самое неприятное следствие — такая шкала получается неравномерной (см., например, [2, 11]). На интуитивном уровне это понятно: например, «расстояние» между оценками 2 и 3 (в шкале оценок успеваемости) не равно «расстоянию» между 4 и 5, но эти «расстояния» нельзя оценить без знания алгоритмов «вложения». Также следует принимать во внимание, что эти шкалы применяет человек (мозг человека), и следует знать алгоритмы обработки информации человеком.

Если же обрабатывать исходную ранговую информацию корректно, то это можно сделать только методами непараметрической статистики, которые являются весьма «слабыми» по сравнению с классическими методами математической статистики и, в частности, не позволяют получить полную ранжировку (оценку) объектов, а также использовать регрессионный, дисперсионный и факторный анализ.

Цель исследования. Цель исследования состояла в том, чтобы проанализировать типы и структуру психометрических (клинических) и других ранговых шкал, разработать алгоритмы «вложения» ранговых шкал в шкалу отношений, что позволит в дальнейшем корректно обрабатывать информацию с помощью базовых алгоритмов математической обработки данных.

Материал и методы. Материалом для данной работы послужила совокупность российских и зарубежных научных публикаций, посвященных использованию данных, представленных в разных шкалах — от категориальных до шкал отношений, а также соответствующих алгоритмам обработки данных [2, 9–11, 14].

Методы анализа данных: клинический, статистический, методы системного анализа данных и, в частности, модифицированные алгоритмы метода анализа иерархий (МАИ), предложенные в работах [3–5, 12, 13].

Результаты и обсуждение. Ранговые оценки не являются числовыми оценками, т. е. они не допускают вычисления, например, средних величин, что, в свою очередь, не позволяет получать интегрированные оценки по разным симптомам. Последнее означает, что фактически корректно может использоваться лишь многоаксиальная ранговая диагностика, от которой разработчики DSM-5 (по веским клиническим основаниям) предлагают отказаться в пользу линейной диагностики.

Анализ психометрических шкал показал, что все они могут быть представлены в виде некоторой иерархии. Например, шкала PANSS включает такие субшкалы, как шкала позитивных синдромов, шкала негативных синдромов, шкала общих психопатологических синдромов, шкала дополнительных признаков для оценки профиля риска агрессии. Эти субшкалы, в свою очередь, включают симптомы, оцениваемые по семибальной шкале. Всего в современной версии насчитывается 33 симптома. По классификации иерархий [9] — это трехуровневая иерархия. Оказывается, что даже категориальные шкалы (шкалы названий) можно также представить в виде иерархии. Например, категория пол представляется двухуровневой иерархией: 1-й уровень — фокус иерархии (оценка пола), 2-й уровень: признаки — мужчина, женщина.

Таким образом, проблемы оценки психопатологических состояний на основе психометрических шкал сводятся к анализу соответствующих иерархий и оценке элементов этих иерархий (синдромов и симптомов). Аппарат и алгоритмы метода анализа иерархий (МАИ) позволяют получить веса этих элементов, выраженные обычными числами. Как известно (см., например, [4, 5, 9, 10]), для решения задач в рамках МАИ эксперты формируют так называемые матрицы парных сравнений элементов рассматриваемой иерархии $A = (a_{ij})$. Элементы матриц A получаются на основе измерения предпочтений экспертов в шкале отношений, в частности, используется фундаментальная шкала МАИ (для сравнения элементов по качественным критериям применяется только эта шкала). Фундаментальная шкала измерения результатов парных сравнений, используемая в МАИ, была получена на основе базовых соотношений модели нервного возбуждения, которые приводят к известному психофизиологическому закону «стимул—реакция» (известный закон Вебера—Фехнера). Эффективность этой шкалы была проверена во многих приложениях (см. [4, 9, 10] и указанные там ссылки).

Другим перспективным направлением в области диагностики и классификации расстройств в настоящее время считают проект Национального института психического здоровья США (National Institute of Mental Health — NIMH) по исследовательским критериям доменов (Research Domain Criteria — RDoC). Проект RDoC рассматривается в качестве дополнения к DSM-5 с целью включить в диагностику нейробиологические параметры, которые должны помочь выделить подтипы существующих диагностических категорий DSM-5, важных с точки зрения классификации, терапии и прогноза расстройств. Разработчики RDoC определили следующие основные задачи проекта [8, 15]:

1) созвать экспертов в области клинической психиатрии и нейронаук для того, чтобы совместными усилиями идентифицировать фундаментальные поведенческие компоненты;

2) определить среди выделенных ранее компонентов диапазон вариаций (от нормальных до ненормальных), чтобы улучшить понимание того, что является типичным, а что — патологическим состоянием;

3) выработать надежные и валидные критерии этих фундаментальных компонентов психических расстройств для использования в дальнейших исследованиях и клинической практике;

4) интегрировать фундаментальные генетические, нейробиологические, поведенческие, средовые и эмпирические компоненты, которые входят в состав этих психических расстройств.

Так как матричная структура RDoC [15] может быть представлена в виде иерархии [13], перечень указанных задач однозначно вписывается в схему МАИ, что позволяет развернуть соответствующие исследования для решения этих задач на базе предлагаемого подхода.

Заключение.

1. Показано, что наряду с традиционными методами использования психометрических шкал для корректной обработки ранговой информации следует использовать метод анализа иерархий (МАИ). Использование МАИ обусловлено иерархической структурой шкал и их составом, а также необходимостью использования экспертных предпочтений специалистов-клиницистов.

2. Важной особенностью предлагаемого подхода является следующий факт: при использовании МАИ результаты оказываются выраженными по шкале отношений, что обеспечивает широкое применение математических операций и корректное использование получаемых оценок в клинической практике и научных проектах.

Библиографический список

1. *Купцов М. И., Филипова Е. Е., Слободская И. Н.* и др. Математические методы в психологии: учебник для вузов. М.: Горячая линия — Телеком, 2017. 156 с.
2. *Маслак А. А.* Теория и практика измерения латентных переменных в образовании. М.: Юрайт, 2016. 255 с.
3. *Митихин В. Г.* Об одном контрпримере для метода анализа иерархий // Проблемы управления. 2012. № 3. С. 77–79.
4. *Митихин В. Г.* К вопросу решения многокритериальных задач на основе метода анализа иерархий // Cloud of Science. 2015. Т. 2, № 4. С. 519–529.
5. *Митихин В. Г., Алиева Л. М., Ениколопов С. Н.* Применение метода анализа иерархий для обработки данных исследования телесного Я-образа у больных психическими расстройствами // Психиатрия. 2015. № 1 (65). С. 29–32.
6. *Незнанов Н. Г., Иванов М. В., Костерин Д. Н., Янушко М. Г.* Современные подходы к классификации психических расстройств // Психиатрия и психофармакотерапия. 2015. № 05–06. С. 4–8.
7. *Новиков Н. Ю.* Теория шкал. Принципы построения эталонных процедур измерения, кодирования и управления. М.: Физматлит, 2009. 504 с.
8. *Павличенко А. В.* Настоящее и будущее диагноза в психиатрической практике (по материалам XXII Конгресса Европейской психиатрической ассоциации) // Психиатрия и психофармакотерапия. 2014. № 6. С. 11–18.
9. *Саати Т. Л.* Принятие решений при зависимостях и обратных связях: аналитические сети / пер. с англ. М.: Изд-во ЛКИ, 2008. 360 с.
10. *Саати Т. Л.* Об измерении неосязаемого. Подход к относительным измерениям на основе главного собственного вектора матрицы парных сравнений // Cloud of Science. 2015. Т. 2, № 1. С. 5–39.
11. *Хайтун С. Д.* Количественный анализ социальных явлений. Проблемы и перспективы. М.: ЛИБРОКОМ, 2014, 280 с.
12. *Ястребов В. С., Митихин В. Г., Солохина Т. А.* и др. Системно-ориентированная модель психосоциальной реабилитации // Журнал неврологии и психиатрии имени С. С. Корсакова. 2008. № 6. С. 4–10.
13. *Ястребов В. С., Митихин В. Г., Солохина Т. А.* и др. Научные основы организации психиатрической помощи: разработка концептуальной базы современной психиатрической службы // Журнал неврологии и психиатрии имени С. С. Корсакова. 2016. № 116 (9). С. 4–12.
14. *Berrios G. E., Markova I. S.* Is the concept of “dimension” applicable to psychiatric objects? // World Psychiatry. V. 12 (1). P. 76–79.
15. *Cuthbert B.* The RDoC framework: facilitating transition from ICD/DSM to dimensional approaches that integrate neuroscience and psychopathology // World Psychiatry. 2014. V. 13 (1). P. 28–35.

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ КОНЦЕПЦИИ «ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА ИНВАЛИДНОСТИ» В КОНТЕКСТЕ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ АКТИВНОСТИ ЛИЧНОСТИ

Морозова Е. В., к. псих. н., медицинский психолог высшей категории,
руководитель Центра социальной, профессиональной и психологической,
экспертно-реабилитационной диагностики и реабилитации
ФГБУ «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы Минтруда России»,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

Обоснована актуальность разработки основных положений новой психологической концепции «Внутренняя картина инвалидности» (ВКИ), характеризующей личностное отношение к себе как к инвалиду и идентификацию больных со статусом инвалида, на основании которых реализуются различные стратегии адаптации от приверженности к реабилитации до полного ее отвержения. Изложены методологические и практико-эмпирические основания данной концепции, охарактеризованы основные теоретико-методологические и практико-эмпирические противоречия, детерминирующие актуальность разработки концепции, охарактеризована выборочная совокупность больных с обоснованием выбранных нозологических форм для исследования и методический комплекс, примененный для исследования психологических параметров, формирующих реабилитационную (деятельностную) активность личности. На основании полученных эмпирических результатов исследования констатированы положения, характеризующие основные феноменологические характеристики концепции ВКИ с указанием психологических детерминант адаптивного и дезадаптивного типа ВКИ и значимости практического применения концепции ВКИ при организации психологического аспекта реабилитации на всех этапах заболевания (до фактически установленной инвалидности, в процессе пребывания в данном статусе, при утрате инвалидности).

Ключевые слова

Психология инвалидности, приверженность к реабилитации, реабилитационная активность, психологическая реабилитация.

MAIN PROVISIONS OF THE NEW PSYCHOLOGICAL CONCEPTION CALLED “INTERNAL PICTURE OF DISABILITY”

Morozova E. V., PhD (Psychology), Medical Psychologist of the Highest Category,
Head of Social, Professional and Psychological Rehabilitation and Diagnostics Center,
Federal Bureau for Medical and Social Expertise,
Ministry of Labor and Social Affairs of the Russian Federation,
Moscow, Russian Federation

Abstract

This article proves the importance of formulating a new psychological concept called “Internal Picture of Disability” (IPD). This notion characterizes personal attitude of people with disabilities towards themselves and demonstrates how they identify other people with disabilities. The study allows for the implementation of adaptation strategies, e.g. commitment to rehabilitation or its complete rejection. Methodological and practical empirical foundations of the concept are outlined. The author characterizes a set of patients through certain nosological forms and psychological parameters which determine rehabilitation activity of an individual. Based on the received results, the fundamentals of the IPD concept are defined. Psychological determinants of adaptive and non-adaptive types of the IPD are indicated. In summary, the paper highlights the importance of the practical application of IPD concept in terms of the psychology of rehabilitation at all stages of the disease (when establishing a disability, while being disabled and when losing this status).

Key words

Personal psychology, commitment to rehabilitation, rehabilitation readiness, psychological rehabilitation, internal picture of disability.

Введение. Социальная политика государства, ориентированная на решение проблем инвалидности, обусловлена ее объективными показателями. Общая численность инвалидов в Российской Федерации на 01.04.2018 насчитывает 11,406 млн чел.¹ За последнее время изучение различных аспектов инвалидности в рамках философии, социологии, медицины, политики, экономики, права, а также психологии существенно обогатило представления о данной мультидисциплинарной категории. Однако исчерпывающими все имеющиеся вопросы в данной области, эти представления не являются. По-прежнему остаются неразрешенными возникающие у человека психологические проблемы и противоречия, детерминированные инвалидностью как медико-социально-психологическим феноменом. Недостаточно изучены проблемы, непосредственно касающиеся психологии личности, находящейся в условиях инвалидизирующего заболевания. Несмотря на большой объем исследований, касающихся проблем личности в условиях болезни, по-прежнему остается недостаточно изучено именно субъективное восприятие больным себя в ситуации инвалидизации.

Научный вклад отечественных и зарубежных исследователей в изучение субъективного отношения личности к болезни и в разработку клинико-психологической концепции «Внутренняя картина болезни» (ВКБ) неocenim [1, 2]. Данный психологический конструкт, рассматриваемый в контексте адаптации личности к заболеванию, по достоинству оценен клиницистами различных медицинских направлений, использующих на практике концептуальные возможности ВКБ в лечении и реабилитации больных. Однако практический опыт специалистов медико-социальной экспертизы ежедневно позволяет убедиться, что обращающиеся в учреждения медико-социальной экспертизы больные помимо субъективного представления о себе как о больном, в результате которого формируется ВКБ, имеют устойчивое субъективное представление о себе как об инвалиде.

По положениям Всемирной Организации Здравоохранения² среди критериев, характеризующих психическое здоровье, определены следующие психологические характеристики «...осознание и чувство непрерывности, постоянства и идентичности своего физического и психического „Я“; „чувство постоянства и идентичности переживаний в однотипных ситуациях“; „...критичность к себе и своей собственной психической продукции (деятельности) и ее результатам“». Касательно личности, находящейся в условиях инвалидизирующего заболевания, проблема самоотношения и идентичности больного нередко порождает серьезное кризисное состояние. Заключается данная проблема в том, что изменение функционального состояния влияет на установление/снятие инвалидности, что психологически переживается личностью достаточно сложно в

виду личностного кризиса из-за резкой смены идентичности. При этом в самосознании личности, находящейся в условиях заболевания (даже при фактическом отсутствии инвалидности), может сформироваться субъективное восприятие себя как инвалида, т. е. *внутренняя картина инвалидности* (ВКИ).

На основании данного представления, сформированного в процессе адаптации к инвалидизирующему заболеванию, больной реализует различные адаптационные стратегии: от активного совладающего поведения, характеризующего приверженность к реабилитации, до ухода в пассивные дезадаптивные формы приспособления. Негативной стратегией адаптации нередко становится дезадаптивная позиция «отчуждения» факта полученных положительных результатов реабилитации, свидетельствующих о функциональном восстановлении. В таких случаях из-за снижения степени инвалидизации либо «выхода» из статуса «инвалид» личностная активность больного реализует стратегии социально-иждивенческого приспособления с предпочтением протестно-рентного поведения в решении актуальных на данном этапе жизни задач при стойкой психологической идентификации с ролевой позицией «Я инвалид» [4, 3, 5, 9].

Феномен ВКИ как субъективное переживание ситуации инвалидности на данном этапе уже введен в тезаурус клинической психологии [6]. Однако более глубокий взгляд на данную психологическую категорию позволяет рассматривать данный феномен как психологическую концепцию, требующую разработки и обоснования ее положений в контексте реабилитационной активности личности. Эмпирических работ, характеризующих деятельность активности больного с учетом феноменологических проявлений ВКИ, недостаточно, что определяет актуальность обоснования и разработки психологической концепции ВКИ в контексте реабилитационной активности личности, находящейся в условиях инвалидизирующего заболевания. Данная проблема детерминирована рядом *противоречий*.

Теоретико-методологические противоречия, обусловленные, с одной стороны, острой потребностью государственной социальной политики в создании эффективных методологических подходов к профилактике и реабилитации инвалидности (в том числе до наступления фактической инвалидности и в случае ее утраты), с другой стороны — недостаточностью методологических разработок в области психологии инвалидности в современной отечественной науке, при том что психологическая реабилитация имплицитно включена в систему комплексной реабилитации, реализуемую и в сфере охраны здоровья граждан, и в сфере социальной защиты населения.

Экспериментально-психологические противоречия обусловлены очевидной необходимостью детального изучения факторов и детерминант, способствующих формированию личностной приверженно-

¹По данным Росстата, <http://www.gks.ru>.

²Критерии психического здоровья по ВОЗ // Бочанов Е. В. и др. Психосоматические заболевания: полный справочник / под ред. Ю. Ю. Елисеева. М.: Эксмо, 2003. 605 с.

сти к реабилитации больных, оказавшихся в ситуации инвалидизирующих заболеваний с возможностью динамических изменений статуса, и дефицитом подобных исследований в психологии.

Практико-методические противоречия, обусловленные размытостью формулировок в действующих классификациях и критериях оценки инвалидности личностного фактора, в виде критерия «личностные особенности»³, при отсутствии ясности понимания на практике, какие именно «особенности» личности необходимо выявлять в экспертно-реабилитационной диагностике, целями которой является объективизация инвалидизирующих функциональных нарушений и оценка реабилитационного потенциала личности с характеристикой реабилитационных «мишеней» для их коррекции в ходе реабилитационного процесса, при недостаточном количестве имеющихся разработок, в незначительной степени заполняющих исследовательский вакуум по данной проблеме.

Необходимость преодоления и разрешения вышеуказанных противоречий определила основную направленность и *цель* исследования, посвященного методологической разработке и эмпирическому обоснованию психологической концепции ВКИ с позиций реабилитационной (деятельностной) активности личности при ведущих инвалидизирующих патологиях.

В исследовании изучены психологические характеристики личности больных трудоспособного возраста (18–55 лет, женщины; 19–60 лет, мужчины), вследствие ведущих инвалидизирующих патологий (злокачественных новообразований, болезней органов кровообращения, болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани, сахарного диабета первого и второго типов). Выбор нозологических категорий больных обусловлен высокой степенью инвалидизации данных заболеваний, из которых злокачественные новообразования, болезни органов кровообращения и болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани по многолетним статистическим наблюдениям являются основными причинами инвалидности в Российской Федерации.

Материалы и методы исследования. В исследовании принимали участие 510 больных, находящихся на различных этапах инвалидизирующего заболевания (до фактического установления инвалидности, на этапе инвалидности при снижении степени ее тяжести, а также при утрате статуса «инвалид»). Больные обследовались в процессе медико-социальной экспертизы в экспертных составах ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России (360 чел.); и в процессе реабилитации в клинике ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России (150 чел.) Совокупность больных, обследованных на этапе медико-социальной экспертизы и претендующих на инвалидность, и больных, не претендующих на инвалидность, составили четыре группы сравнения: 1-я группа — больные, ранее не имеющие статуса «инвалид» и обжалующие экспертное решение по поводу первичного установления инвалидности — 120 чел. (24%); 2-я

группа — больные, находящиеся в зоне статуса «инвалид», претендующие на пересмотр экспертного решения по поводу возврата ранее установленной степени тяжести инвалидности — 120 чел. (24%); 3-я группа — реабилитированные больные (утратившие статус «инвалид»), оспаривающие экспертное решение об отмене инвалидности — 120 чел. (24%); 4-я группа — больные тех же нозологических категорий, находящиеся в ситуации реабилитации, вне статуса «инвалид» и на данный момент не претендующие на данный статус — 150 чел. (28%). Обобщенная группа больных, находящихся в ситуации медико-социальной экспертизы, и группа больных, не отождествляющих себя с инвалидностью, не имела статистически достоверных различий по нозологической принадлежности, тяжести, длительности заболевания, а также по таким социально-демографическим параметрам, как пол, возраст, образовательный и семейный статус.

Психологическая диагностика проводилась по следующим методикам: «Диагностика уровня социальной фрустрированности» (УСФ Л. Вассерман) (Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт имени В. М. Бехтерева); «Индекс жизненного стиля» (life stile index) (Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт имени В. М. Бехтерева); «Шкала Э. Хайма» (Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт имени В. М. Бехтерева); «Методика двадцати ответов „Кто Я?“» (М. Кун, Т. Макпартлэнд); «Опросник социальной значимости заболевания» (Сердюк); «Опросник диагностики доминирующих ценностно-мотивационных ориентаций» (Бубнова С. С.); модифицированный вариант методики «Шкалы» (Дембо—Рубинштейн), с дополнением субъективной самооценки больным способности к выполнению ведущих сфер жизнедеятельности, объективизированные ограничения в которых по существующему законодательству в Российской Федерации формируют инвалидизацию. В эмпирическом исследовании осуществлен анализ и сопоставление более чем 100 количественных психологических показателей изучаемых групп больных. Статистическая обработка осуществлялась с использованием пакета статистических программ Statistica 10 в виде сравнительного, факторного и корреляционного анализа.

Результаты. На основании теоретического анализа проблемы личности, находящейся в условиях инвалидизирующего заболевания, и проведенного эмпирического исследования групп больных ведущих инвалидизирующих патологий, можно констатировать следующее.

1. Концептуально ВКИ как психологический феномен представляет собой субъективный комплекс представлений, чувств и установок больного по отношению к инвалидности и к себе как к социально недостаточному субъекту, сформировавшихся в условиях инвалидизирующего заболевания, на основании которых трансформируется самосознание, планирует-

³Приказ Минтруда России от 17.12.2015 № 1024н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы».

ся дальнейшая перспектива и реализуется социальное поведение личности в контексте ее реабилитационной активности.

2. Реабилитационная активность, рассматриваемая на эмоциональном, когнитивно-информационном, мотивационном и социально-поведенческом уровне (с проявлениями компонентов ВКИ), отражает качественные параметры личностной (деятельностной) активности, характеризующиеся диапазоном выраженности психологических характеристик, позволяющих оценить степень реабилитационной приверженности и дезадаптивные риски личности.

3. Структурно-уровневая конфигурация реабилитационной активности больных, претендующих на инвалидность, обжалующих решения медико-социальной экспертизы в отношении установления инвалидности, по сравнению с реабилитационной активностью больных тех же нозологических категорий, реабилитирующихся вне статуса «инвалид», обнаруживает значительную личностную дефицитарность, препятствующую формированию психологической реабилитационной приверженности с преобладанием эмоциональных паттернов реагирования и стойко сформированной в самосознании личности идентификационной позиции «Я инвалид», т. е. ВКИ.

4. На основе эмпирического сравнения статистически значимых различий сравниваемых психологических показателей, факторного пространства и корреляционных взаимосвязей групп больных, отождествляющих себя со статусом «инвалид» и не претендующих на инвалидность, выделены типы реабилитационной (деятельностной) активности различной функциональности (адаптивной и дезадаптивной).

Формирование *адаптивной реабилитационной активности* характеризуется высоко функциональной личностной включенностью, обеспечивающей устойчивую реабилитационную приверженность и детерминирована: убежденностью в самоэффективности к осуществлению жизнедеятельности (в бытовой, профессиональной, образовательной и межличностной сферах); дифференцированной структурой идентичности, характеризующей высокий уровень социального и ролевого функционирования; активной просоциальной ценностно-мотивационной направленностью; развитой копинг-компетентностью с преобладанием в механизмах личностного совладания проблемно-решающих стратегий когнитивного самовоздействия на фоне оптимистичного настроения при отсутствии выраженных фрустрационных переживаний.

Формирование *дезадаптивной реабилитационной активности* характеризуется дисфункциональностью и низкой реабилитационной готовностью личности, детерминированной: выраженной эмоциональной фиксацией на переживаниях, обусловленных ограниченными последствиями заболевания; неверием в собственную эффективность к реализации жизнедеятельности; стойко сформированной идентификацией с ролью «Я инвалид»; низкой осмысленностью жизни с фиксированной ценностной ориентацией на льготное жизнеобеспечение при отсутствии планов к самореализации в трудовой, межличностной и социо-

культурной сферах жизнедеятельности; доминированием в структуре совладания дезадаптивных стратегий совладания преимущественно эмоционального регистра.

5. Прикладной характер разработанной концепции ВКИ применим к задачам реабилитации и медико-социальной экспертизы в следующем:

— для *медико-социальной экспертизы* эмпирически обоснованы критерии диагностической оценки проявлений значимых «личностных особенностей», позволяющие в зависимости от структурно-функциональной специфики реабилитационной активности (в части сформированности психологической реабилитационной готовности и приверженности к реабилитации) с учетом компонентов ВКИ объективизировать нуждаемость в психологической реабилитации для включения соответствующих выявленным задачам мероприятий в ИПРА инвалида;

— для эффективной реализации *реабилитационного процесса* сформулированы теоретико-прикладные основы модели психологического аспекта реабилитации больных в соответствии с этапом заболевания (до фактического наступления инвалидности, в процессе пребывания в данном статусе, а также после выхода из статуса «инвалид», включая стратегии повышения реабилитационной приверженности).

В рамках предлагаемой модели реабилитации психологическая диагностика, профилактика и коррекция дезадаптивных проявлений ВКИ должны осуществляться на всех этапах заболевания, решая на каждом этапе специфичные цели и задачи, в целом ориентирующие больного на повышение реабилитационной приверженности.

Заключение. Таким образом, психологическая концепция ВКИ существенно дополняет концепцию ВКБ, отражая феноменологию субъективного переживания личностью ситуации инвалидизирующего заболевания, в результате которого у больного формируется определенный характер психологической реабилитационной активности. В адаптивном смысле при условии сформированности личностных ресурсов реабилитационная активность больного проявляется в направленности на реабилитацию (т. е. реабилитационной приверженности). Основная функция концепции ВКИ — адаптивно-реабилитирующая. Реализуется данная функция посредством психологической реабилитации (профилактики, коррекции) дезадаптивных компонентов ВКИ, представленных различными психологическими характеристиками, составляющими реабилитационный потенциал личности (включая психологическую реабилитационную готовность). Своевременная оценка и коррекция дефицитарных компонентов реабилитационной активности личности, включая дезадаптивные проявления ВКИ, ориентированы на определенную и значимую цель — повышение реабилитационной приверженности. Использование положений концепции ВКИ специалистами в экспертно-реабилитационной деятельности позволит эффективнее учитывать личностную специфику больных на различных этапах инвалидизирующего заболевания благодаря своевременной оценке и коррекции дез-

адаптивных параметров, ориентируя больного на реабилитационную приверженность и предотвращая социально-психологические и социально-экономические риски, связанные с вопросами необоснованных претензий в отношении неустановления инвалидности либо неприятия факта ее отмены [7, 8].

Библиографический список

1. Арина Г. А., Николаева В. В. Внутренняя картина болезни и образ мира // Психосоматика: телесность и культура: учеб. пособие / под ред. В. В. Николаевой. М.: Акад. проект, 2009. С. 115–123.
2. Лурия П. А. Внутренняя картина болезней и иатрогенные заболевания. М.: Медицина, 1977. 111 с.
3. Морозова Е. В. Внутренняя картина инвалидности (генез, структура, функции, свойства) // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. Медицина. 2008. № 1. С. 42–46.
4. Морозова Е. В. Внутренняя картина инвалидности // Психология инвалидности: хрестоматия // под ред. Д. И. Фильдштейна, сост. О. В. Краснова. М.: МПСИ, Воронеж: МОДЭК, 2011. С. 133–146.
5. Морозова Е. В. Внутренняя картина инвалидности как реабилитационный потенциал личности // Медико-социальная реабилитация: учебник / под ред. С. В. Шмелевой. М.: РГСУ, 2013. С. 61–108.
6. Морозова Е. В. Внутренняя картина инвалидности // Клиническая психология: Энциклопедический словарь // под общ. ред. проф. Твороговой. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Практическая медицина, 2016. С. 122–123.
7. Рыбников В. Ю., Морозова Е. В. Структурно-динамическая модель «Внутренней картины инвалидности» в контексте психологической реабилитации // Вестник психотерапии. 2016. № 57 (62). С. 113–133.
8. Рыбников В. Ю., Морозова Е. В. Организационно-методологические основы системы психологической реабилитации в контексте концепции «Внутренней картины инвалидности» // Российский психологический журнал. 2016. Т. 13, № 1. С. 125–147.
9. Morozova E. V., Shmeleva S. V., Sorokoumova E. A., Nikishina V. B., Abdalina L. V. Acceptance of Disability: Determinants of Overcoming Social Frustration // Global Journal of Health Science. 2015. V. 7. No. 3. P. 317–323.

RESILIENCE: THE MENTAL HEALTH REQUIREMENT OF OUR TIME

Nemeth D. G., PhD, M. P., M. P. A. P., Clinical, Medical and Neuropsychologist,
Co-Secretary General of the World Council for Psychotherapy,
Baton Rouge, Louisiana, USA

Abstract

It is difficult to overestimate the importance of resilience in people's lives, especially in the time of crisis. This paper explores the role of resilience and prosocial, i. e. collaborative behavior. The purpose of this article is to outline the practical aspects of resilience and discuss the ways for teaching this skill.

Key words

Resilience, community, humanization.

Most people are resilient. They experience trauma. They falter; but they persevere. It is not that we experience trauma in our lives; it is how we cope with the trauma that we experience that really counts. Coping is a key component of resilience.

The choices that we make are not always good ones. They may work in the short run, but not in the long run. Making wise choices is another very important component of resilience.

When things happen, they are not always “bad.” For example, a storm in a drought-stricken area is not always “bad.” Torrential rains for days, however, can be devastating. Yet, when we label these events as “bad,” we frequently become overwhelmed by our negative thoughts and emotions. These, in turn, propel us to make reactive or unwise choices.

Reactive choices are typically propelled by ideology rather than logic. Most of these choices people live to regret if, like in the aftermath of Hurricane Katrina in 2005, they survived at all.

Planning is another important key to resilience. As approximately 50% of the Earth's people live near water,

we must prepare ourselves for environmental disasters. We must have a plan for how we will handle events such as hurricanes, tornados, floods, etc. It is not *if* these weather events will happen, it is *when* they will happen. Most people, however, do not have a plan. When Hurricane Katrina approached New Orleans, Louisiana, many residents partied rather than prepared to evacuate. When they finally realized that evacuation was necessary, it was too late. Interstate 10 North was jammed for hours. It frequently took eight or more hours just to get to Baton Rouge, a distance of merely 70 miles. This lack of planning led to many unnecessary strandings and deaths.

On the other hand, with Louisiana's Great Flood of 2016, there was no warning. Many seniors in various care centers were awakened with water totally surrounding their beds. Thousands of families from Gonzales to Central, from Baton Rouge to Watson, were flooded out and had to be rescued by boat. As Louisiana is a state where neighbors are used to helping neighbors in distress, the “Cajun Navy” sprang into action. No one called them. They just came. This sense of community is another component of resilience. You just do it, so to

speak, because it's the right thing to do. These values of service to one's community are deeply embedded in Louisiana's culture.

Another deeply embedded tradition is that of family. In Louisiana, family matters. Taking care of your parents and grandparents comes first; then you look after yourself. Respect for the elderly is an important component of resilience. We not only learn from the past, but we also respect those who have come before us. For example, in the Great Flood of 2016, one of the most disconcerting issues was the family graves that were unearthed. Due to the water table still being too high, many have not yet been reburied. This grave site desecration has caused considerable angst for many families.

Just like in many Native American communities, the concepts of *respect, reciprocity, responsibility, and relationships* are key components of resilience in Louisiana. They are emphasized throughout this study.

Part of our relationship responsibility includes caring for our environment. In the past, Louisianans have not done a very good job of taking care of "Mother Nature." Canals dug through the wetlands by oil companies, for-profit deforestation of the cypress trees along the Gulf Coast, segregated building in low lying areas etc., have all contributed to the deadly effects of hurricanes. When these barriers are removed, so are the protections. Protective factors for the land and the people are important components of resilience. When we make short-sighted, for-profit decisions in the short run, we end up paying dearly in the long run. This was one of many factors that made Hurricane Katrina so deadly. For example, the storm surge came right up the human-made "Mr. Go" shipping channel with deadly force. There was no protection. Now, "Mr. Go," which was never fully operational, is defunct, and is yet another example of a lack of foresight ending in tragic consequences. Not seeing ourselves in the future, not understanding the importance of holistic thinking, and allowing greed and politics to get in the way have dire consequences.

No matter how resilient people are, they often fall under the weight of such selfish decisions.

Promoting prosocial behavior through community involvement is the essence of resilience. Individuals and communities must function "as one," especially in times of trauma. This is what moving from theory to practice is all about.

In this paper, we will focus on the practical aspects of resilience—how we must be firmly grounded in today, benefit from yesterday, and look forward to tomorrow.

Resilience Can be Taught. Resilience is a trait that can be *taught*. As Spencer points out, "resilience is not a rare ability; in reality, it is found in the average individual and it can be learned and developed by virtually anyone" (2015, p. 27). In his letters to a former colleague, Eric Greitens constructs the following summary of resilience, its importance, and why it is so difficult for some people to find it:

Resilience is the key to a well-lived life. If you want to be happy, you need resilience, if you want to be successful, you need resilience. You need resilience

because you can't have happiness, success, or anything else worth having without meeting hardship along the way.

To master a skill, to build an enterprise, to pursue any worthy endeavor—simply to live a good life—requires that we confront pain, hardship, and fear. What is the difference between those who are defeated by hardship and those who are sharpened by it? Between those who are broken by pain and those who are made wiser by it?

To move through pain to wisdom, through fear to courage, through suffering to strength, requires resilience.

The benefits of struggling—of being challenged, afraid, pained, confused—are so precious that if they could be bottled, people would pay dearly for them.

But they can't be bottled. And if you want the wisdom, the strength, the clarity, the courage that can come from struggle, the price is clear: you have to endure the struggle first (2015, p. 8).

Four Needed Community Interventions. When addressing community resilience, Berger (2016) addresses four important individual/group interventions:

1) acceptance and expression of feelings in a safe, supportive environment;

2) awareness of body reactions, as trauma is "essentially a somatic experience" (p. 5) which must be dislodged physically;

3) enhancement of self-competence by "encouraging people to search for their own abilities and coping skills and to use them" often (p. 5);

4) promotion of hope and optimism by helping people to "make sense of their experience and to create a narrative that will be meaningful for them" (p. 5).

Berger concludes by defining a resilient society as "The capacity of a community to deal with a major crisis by adapting and growing while minimizing casualties and preserving a fair quality of life for all its citizens and maintaining its core values and identity" (p. 7).

Berger further states that defining resilience as the ability to bounce back is "misguided;" rather, the need is to "incorporate" the experience and move forward. Berger defines a resilient person as "an individual who has the flexibility and the inner strength to grow from the traumatic event" (p. 7). Furthermore, Berger describes a "resilient community" as one that "has the organizational flexibility and the resources with which they can grow and flourish with time" (p. 7).

Three Dimensional Model. Another important factor is *humanization*. Castro and Zautra (2016) suggest that humanization is "a framework that may guide resilience intervention" (p. 64). For their work, Castro and Zautra offer the 2010 definition of resilience as suggested by Zautra, Arewasekpora, and Davis (2010), which defines "resilient adaptations as a three-dimensional construct, referring to:

- (a) the speed and thoroughness of stress recovery;
- (b) the capacity to sustain purpose under stress;
- (c) the ability to learn and grow, psychologically from stressful experiences, attaining a greater maturity of mind" (p. 64).

10 Components to Build Resilience. Furthermore, Spencer outlines 10 ways to build resilience as offered by the American Psychological Association (APA) in 2010. They are as follows:

- 1) to maintain good relationships with close family members, friends and others;
- 2) to avoid seeing crises or stressful events as unbearable problems;
- 3) to accept circumstances that cannot be changed;
- 4) to develop realistic goals and move towards them;
- 5) to take decisive actions in adverse situations;
- 6) to look for opportunities of self-discovery after a struggle with loss;
- 7) to develop self-confidence;
- 8) to keep a long-term perspective and consider the stressful event in a broader context;
- 9) to maintain a hopeful outlook, expecting good things and visualizing what is wished;
- 10) to take care of one's mind and body, exercising regularly, paying attention to one's own needs and feelings (p. 30).

Teaching Resilience. People are experiencing increasing levels of aggression as a result of categorization, dehumanization, and terrorism. Resilient coping skills appear to be diminishing. Whatever the cause, the importance of teaching resilience, rather than aggression, is now becoming an urgent matter.

Judith Rodin, in her 2014 book, *The Resilience Dividend*, begins to address this problem by defining five characteristics of resilience:

- 1) aware → as knowing one's strengths and assets;
- 2) adaptive → as having the capacity to adjust to changing circumstances;
- 3) diverse → as having multiple capacity to adjust to changing circumstances;
- 4) integrated → as being able to coordinate one's functions (feelings) and actions when needed;
- 5) self-regulating → as being able to deal with difficult situations and disruptions without extreme malfunction or catastrophic collapse.

I believe that the hallmark of resilient people is their ability to be firmly grounded in today, to benefit from yesterday, and to imagine themselves in tomorrow. In order to develop resilience, one must mindfully and actively engage in the following coping strategies. *First*, it is important that individuals learn how to effectively recognize and face their feelings and share their experiences with others. *Second*, individuals must learn to acknowledge and affirm both their own feelings and experiences as well as those of others. Only after completion of the first two steps can people begin the third step—identifying and solving problems. *Next*, individuals must engage in a process of ongoing reassessment and reprioritization of needs to avoid repeating unhelpful aspects and/or mistakes of the past. *Lastly*, individuals must *implement* the things they have learned from the previous four steps. This is arguably the most important step, as knowledge without behavioral intervention is useless. Resilience requires both. Teaching this process will be addressed in our further research on resilience and recovery..

Bibliography

1. Berger R. An ecological-systemic approach to resilience: A view from the trenches // *Traumatology: An International Journal*. 2016. DOI: <http://dx.doi.org.ezproxylocal.library.nova.edu/10.1037/trm0000074>
2. Castro S. A., Zautra A. J. Humanization of social relations: Nourishing health and resilience through greater humanity // *Journal of Theoretical and Philosophical Psychology*, 2016. V. 36. No. 2. P. 64–80. DOI: <http://dx.doi.org.ezproxylocal.library.nova.edu/10.1037/teo0000040>
3. Nemeth D. G., Hamilton R., Kuriansky J. *Living in an environmentally traumatized world: healing ourselves and our planet*. Santa Barbara: Praeger, 2012.
4. Nemeth D. G., Olivier T. W. *Innovative approaches to individual and community resilience: from theory to practice*. London: Academic Press, an imprint of Elsevier, 2017.
5. Rodin J. *Being strong in a world where things go wrong: The resilience dividend*. New York, NY: Public Affairs, 2014.
6. Spencer L. Psychological resilience. *Mid Yorks Medical Journal*, Summer 2015, 27–30. Retrieved from https://issuu.com/midyorksmesh/docs/my_medical_journal_summer_2015?e=0/30055614.
7. Zautra A. J., Arewasikporn A., Davis M. C. Resilience: Promoting well-being through recovery, sustainability, and growth // *Research in Human Development*. 2010. V. 7. P. 221–238. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/15427609.2010.504431>.

ПРОГРАММА «МОСТ В ОБЩЕСТВО»: ОДИННАДЦАТИЛЕТНИЙ ОПЫТ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ЛЕЧЕНИИ С ДЛИТЕЛЬНЫМ ПРЕБЫВАНИЕМ

Подольский Г., д. м. н., Тейтельбаум А., д. м. н.,
Центр психического здоровья «Итаним—Кфар Шауль»,
Иерусалим, Израиль

Аннотация

Рассмотрена система организации психиатрической помощи в Израиле, отмечены предпосылки возникновения программы «Мост в общество», подробно описана структура программы. Представлены наглядные результаты работы программы в период 2007–2017 гг.

Ключевые слова

Психиатрия, психическая реабилитация, адаптация в обществе, хронические пациенты.

SPECIAL REHABILITATION PROJECT “BRIDGE TO COMMUNITY”: ELEVEN YEARS OF REHABILITATION EXPERIENCE FOR CHRONIC PSYCHIATRY IN-PATIENTS

Podolsky G., MD, Teitelbaum A., MD,
Mental Health Center “Eitanim — Kfar Shaul”,
Jerusalem, Israel

Abstract

This paper examines the system of psychiatric aid in Israel. The background of the “Bridge to the Community” program and its structure are described. The results of the program in the period of 2007–2017 are presented.

Key words

Psychiatry, psychiatric rehabilitation, social adaptation, chronic patients.

Введение. Несмотря на постоянный прогресс науки в области наших знаний об этиологии, патогенезе, диагностике, психофармакологическом и немедикаментозном лечении психических расстройств, психиатрия продолжает испытывать значительные трудности на всех этапах деятельности. И одной из наиболее сложных и зачастую наименее утешительных по результатам для психиатра-практика задач, исходя из длительной и кропотливой реабилитационной работы с каждым пациентом, является задача эффективной реабилитации и возвращения в общество больных с длительными хроническими психическими заболеваниями.

Как справедливо замечает доктор Р.П. Либерман [1], в прежние годы было относительно просто детерминировать место для хронически психически больного населения — в основном они были долгосрочными пациентами психиатрических больниц. Сегодня психиатрическая больница не является (или, по крайней мере, не должна являться) местом длительной госпитализации большинства пациентов с хроническими психическими заболеваниями. В большинстве своем они сосредоточены в различных профиль-

ных учреждениях в обществе с различными уровнями помощи пациенту — от самостоятельного проживания в субсидированных видах жилья до хостелов, домов престарелых и т. п. Пациенты вне стен больницы продолжают получать требуемую профессиональную помощь: медицинское и психиатрическое наблюдение и лечение, жилье, профессиональную и социальную реабилитацию, финансовую и кризисную поддержку.

С 2004 года в Израиле практически проведена структурная реформа в области оказания психиатрической помощи населению, включающая сокращение коечного фонда государственных психиатрических больниц, расширение количества хостелов и защищенного жилья, перенесение значительной части финансирования внебольничной и стационарной психиатрической службы с государства на плечи больничных касс Израиля. В частности, количество психиатрических коек с 2005 года уменьшилось с 0,76 до 0,43 на 1000 человек населения, а средняя продолжительность госпитализации снизилась с 90,6 до 54,7 дней¹. Таким образом, реформа психиатрической службы в Израиле преследовала целью смещение акцентов реабилитации больных с психическими расстройствами

¹ Больницы и дневные стационары в Израиле. 2011 год. Министерство здоровья Израиля. 2012.

из стационара в область преимущественно внебольничной психиатрии, тем самым создавая новые реалии функционирования как стационаров, так и внебольничных реабилитационных подразделений.

Однако на практике существует немалая группа больных, выписка которых по ряду причин (хроническая психотическая симптоматика, высокая выраженность негативного регистра психических расстройств, грубая многолетняя дезадаптация в обществе, предыдущие множественные неудачи реабилитации в обществе и потеря веры в себя, госпитализм). Эта группа требует разработки более длительных, нестандартных междисциплинарных программ в рамках психиатрического стационара, способных эффективно подготовить пациента к жизни в обществе [3, 4].

Предпосылки возникновения программы. Если до 2005 года в иерусалимской больнице «Кфар Шауль» функционировало реабилитационное отделение, предусматривающее режимы круглосуточной госпитализации и дневной стационар, квартиры для пациентов на территории больницы («Батим»), существовали различные совместные программы с хостелами, подразделениями защищенного жилья, разнообразными реабилитационными проектами вне стен больницы, то в рамках реформы два отделения для хронических больных были объединены в одно, закрыто отделение «Батим», реабилитационное отделение преобразовано в дневной стационар и поликлинику внутри больницы. В результате коечный фонд больницы сократился с 240 до 170 коек, основная часть которых относилась к категории реабилитационных. Как следствие, к 2005 году практически утратилась ранее широко разработанных восстановительных программ для госпитализированных пациентов.

В этой ситуации в отделении с длительным пребыванием больных была разработана комплексная программа реабилитации «Мост в общество». Программа адаптирована для наиболее сложной категории пациентов с хроническим позитивными расстройствами, выраженным процессуальным дефектом, явлениями госпитализма и предыдущими неудачными попытками реабилитации [2].

Структура программы. Программа представляет собой комплекс психофармакологических, психотерапевтических, социальных, трудовых и адаптационных к жизни вне больницы мероприятий, требующих слаженного взаимодействия между собой всех секторов психиатрического отделения — врачебного, средне-медицинского, социальной работы, трудовой занятости как в самой больнице, так и вне ее, предполагая своей конечной целью интеграцию пациента в общество и в систему внебольничной психиатрии с ее трудовой и клубной занятостью, знакомство с коллективами хостелов и защищенного жилья.

Отдельно следует отметить, что организация программы не потребовала никаких финансовых затрат и дополнительных штатных единиц, кроме тех, что уже имелись в отделении.

Сверхзадача проекта определялась как достижение пациентом не только стойкой ремиссии заболевания, но и выработка комплекса навыков, которые

при выписке из больницы помогут ему в достаточной мере соответствовать критериям того сообщества, в которое он выписывается (хостел, семья, защищенное жилье), и в конечном счете — предотвращение частых повторных госпитализаций.

Для этого потребовалось, прежде всего, сменить парадигму с понятия «хроническое» на «реабилитационное» отделение.

Хроническое отделение:

— место для жизни и лечения на неопределенный, длительный период времени;

— место улучшения психического состояния и качества жизни в стенах больницы;

— средство помощи в дальнейшей реабилитации пациентам с мотивацией и достаточно стабильной ремиссией заболевания.

Реабилитационное отделение:

— место лечения и жизни пациентов на определенный период времени;

— акцент на улучшение общего функционирования в обществе, а не только на симптоматическое улучшение психического состояния;

— ожидание от каждого пациента общего улучшения вплоть до возможности выписки и способности адаптации в обществе.

Составляющие проекта «Мост в общество»: психофармакологическая терапия, психологическое воздействие, возвращение навыков самостоятельного функционирования, начиная с элементарных навыков (соблюдение правил общей и личной гигиены, питание, взаимоотношения с другими пациентами, осознание необходимости внебольничного наблюдения и систематического приема лекарств и т. д.), выработка начальных трудовых навыков, обучение взаимоотношениям в обществе вне стен больницы.

На момент организации программы и до середины 2017 года отделение располагалось в трех отдельных зданиях: закрытое мужское (16 коек), открытое мужское (9 коек), открытое женское (8 коек). Итого 33 койки.

Штат отделения: зав. отделением, врач-ординатор, 10 медсестер, включая старшую, 6 санитаров, 3/4 ставки соц. работника, 1 инструктор трудотерапии.

Пациенты отбирались из «открытой» части отделения на основе их желания участвовать в программе (с учетом их потенциала к реабилитации).

Одновременное количество пациентов — участников программы установлено от 6 до 8. Важным условием является участие пациента во всех мероприятиях.

Профиль пациентов: возрастной диапазон от 18 лет, как мужчины, так и женщины. У всех участников — предыдущий неоднократный неудачный опыт реабилитации.

Заседания коллектива проекта (заведующий отделением — руководитель проекта, социальный работник — секретарь проекта, работник по трудовой занятости, старшая медсестра или ее заместитель) — 1 раз в 2 недели.

Распределение обязанностей:

— лечащие врачи — психофармакотерапия, группа по обсуждению действия лекарств;

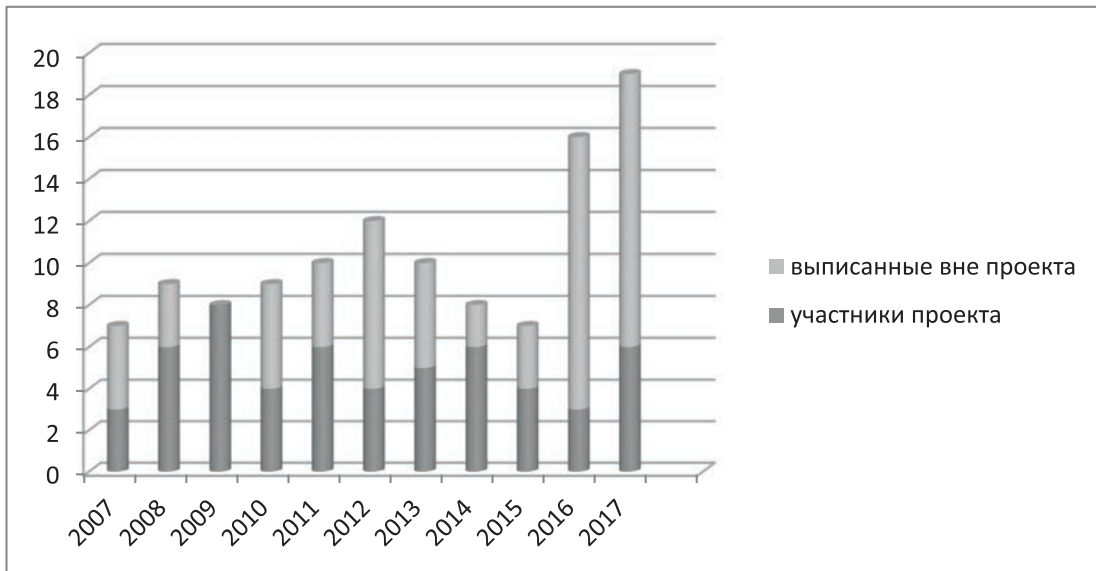


Рис. 1. Динамические показатели выписки из отделения (чел.), 2007–2017 гг.

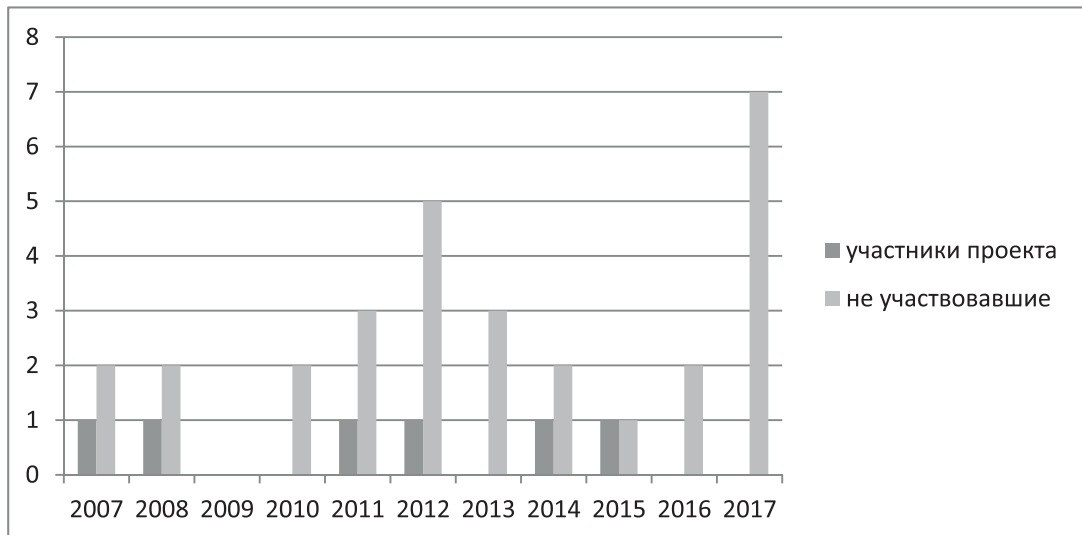


Рис. 2. Повторно госпитализировано в течение первых шести месяцев после выписки, 2007–2017 гг.

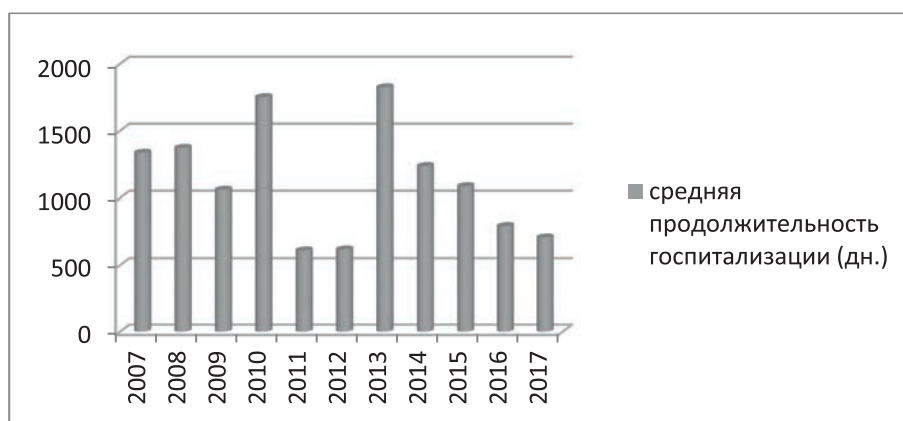


Рис. 3. Средняя продолжительность госпитализации (дней), 2007–2017 гг.

— средний медперсонал — выдача и контроль за соблюдением режима приема лекарств, индивидуальная поддерживающая психотерапия, группа по улучшению функциональных навыков, осознанию заболевания, необходимости лечения, группа по обучению контролю над раздражительностью и гневом, группа по обучению преодолению тревоги, проект “Token economy”²;

— сектор социальной работы — группа подготовки к жизни в обществе, группа «Я и мое окружение», центр занятости «Смальта» (вне стен больницы)³;

— сектор трудовой реабилитации — группа «Реабилитация и восстановление», индивидуальная когнитивная терапия, группа «Психодрама», арт-терапия, клуб «Лечебная кухня», индивидуальная коучинг-терапия, спортивная группа (инструктор спортивной группы), столярная мастерская.

Практические результаты. Всего за 11 лет из отделения было выписано 55 пациентов, успешно прошедших программу реабилитации, из них 28 женщин и 27 мужчин. Возраст пациентов колебался от 29 до 60 лет, количество предыдущих госпитализаций от 4 до 12.

Из рассматриваемых 55 пациентов в течение первого полугодия после выписки повторно госпитализировано шестеро (10,9%). Причинами повторных госпитализаций, как правило, были отказ пациента от амбулаторного наблюдения и лечения, приведший к ухудшению психического состояния, невозможности дальнейшего пребывания в реабилитационных учреждениях (хостелы, защищенное жилье и т. п.). Трое из

этих шестерых пациентов были повторно включены в реабилитационную программу «Мост в общество» и в последующем успешно выписаны.

Из 60 пациентов, не принимавших участие в программе и выписанных по различным причинам (чаще всего из-за ухудшения соматического состояния и необходимости госпитализации в стационар общего профиля), процент возврата в отделения Иерусалимского центра психического здоровья в первые полгода после выписки составил 48,3% (29).

Продолжительность госпитализации пациентов на момент принятия их в программу колебалась в границах от 131 до 4400 дней.

Во всех случаях речь шла о пациентах с многолетним стажем хронического психического заболевания, выраженной продуктивной и негативной симптоматикой, множественными госпитализациями и реабилитационными неудачами в прошлом.

В 2011 году коллектив проекта «Мост в общество» получил приз генерального директора Министерства здоровья Израиля.

Выводы. Таким образом, многолетние практические результаты работы программы «Мост в общество» позволяют не только подтвердить возможность успешной реабилитации так называемой хронической группы пациентов с психическими расстройствами в рамках одного стационарного отделения. В настоящее время апробированная на одном отделении методика, не требующая дополнительного финансирования, используется как базовая модель в рамках нескольких отделений сходного профиля.

Библиографический список

1. Psychiatric rehabilitation of chronic mental patients / ed. R. P. Liberman, M. D. Washington, 2005. P. 3.
2. Podolsky G. et al. Bridge to community: special rehabilitation project for chronic psychiatric in-patients with hospitalism // Реабилитация и дестигматизация в психиатрии: Матер. науч.-практ. конф. с международным участием. 4–5 июня 2013 г., Санкт-Петербург. СПб., 2013. С. 139–140.
3. Ciardiello J. A., Bell M. D. Vocational rehabilitation of persons with prolonged psychiatric disorders. Johns Hopkins University Press, 1988. 205 p.
4. Rössler W. Psychiatric rehabilitation today: an overview // World Psychiatry. Oct. 2006. V. 5 (3). P. 151–157.

²“Token Economy” является одной из терапевтических методик изменения поведения, направленных на увеличение числа случаев желаемого поведения и уменьшение нежелательного с использованием жетонов (баллов) поощрения. Пациенты получают положительные оценочные баллы сразу же после желательного поведения и отрицательные — после нежелательного. Ежедневно подводятся итоги и жетоны (баллы) обмениваются на значимые для пациента объекты или привилегии.

³Центр занятости для людей с психическими трудностями, создающий социальную основу для укрепления и совершенствования навыков в различных областях жизни в обществе.

ОЦЕНКА ТОЧНОСТИ ПРОСТРАНСТВЕННОГО ГНОЗИСА С ПОМОЩЬЮ СИСТЕМ ВИРТУАЛЬНОЙ РЕАЛЬНОСТИ*

Савельева О. А., аспирант, Меньшикова Г. Я., д. псих. н.,
факультет психологии,
ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М. В. Ломоносова»,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

Разработан метод оценки пространственного гнозиса с помощью системы CAVE виртуальной реальности. Выделены эгоцентрические пространственные репрезентации, кодирующие положение объектов относительно наблюдателя (ЭР), и аллоцентрические, кодирующие положение одного объекта относительно другого (АР). Задача сформулирована следующим образом: выделить шесть уникальных сцен их семи объектов и воспроизвести их в одном из ракурсов: «спереди», «слева», «сверху». В результате выявлено, что эгоцентрические репрезентации кодируются точнее, чем аллоцентрические. Ракурсы «сверху» точнее, чем «слева». Топология точнее глубины и метрики.

Ключевые слова

Аллоцентрические и эгоцентрические репрезентации, кодирование пространственной информации, виртуальная реальность.

EVALUATION OF THE ACCURACY OF SPATIAL GNOSIS USING THE VIRTUAL REALITY SYSTEM

Saveleva O. A., PhD Student, Menshikova G. Ya., Psy. D.,
Faculty of Psychology, Lomonosov Moscow State University,
Moscow, Russian Federation

Abstract

In this study, we evaluated the spatial gnosis using CAVE VR System. There are two types of spatial representations: self-to-object or egocentric (ESR) and object-to-object or allocentric (ASR). To evaluate patients, a virtual library of physical objects was created. We used six unique virtual reality scenes to evaluate the patient's spatial perception. Each of these scenes contained seven objects. The ESR proved to be more accurate than the ASR. The "above" view was better reproduced than "the left" view. The topological accuracy was much better than the metric and the depth.

Key words

Spatial representations, processing, memory, allocentric, egocentric, virtual reality.

Актуальный запрос на клиническую реабилитацию когнитивных нарушений диктует необходимость разработки новых, более точных современных методов оценки когнитивных функций с помощью современных технологических средств. Говоря о пространственном гнозисе, стоит отметить, что пространственные способности человека в онтогенезе лежат в основе корректного формирования таких важных высших психических функций, как письмо, чтение, счет и др. Нарушение пространственного гнозиса влечет за собой ряд нарушений в когнитивной сфере, затрудняя адаптацию и социализацию человека. В силу этого точная современная диагностика и коррекция пространственной гностической функции являются важным этапом в восстановлении здоровья человека.

Основная задача пространственного гнозиса — формирование представлений о том, какое положение занимают различные объекты относительно наблюдателя и друг относительно друга. Разработка методов диагностики пространственного гнозиса и изучение особенностей формирования пространственных представлений являются актуальными и востребованными в клинической реабилитации задачами. Возможность количественно оценивать точность формирования пространственных представлений позволяет разрабатывать программы коррекции и реабилитации функции пространственного ориентирования и навигации в окружающей среде.

Возможности количественной оценки можно реализовать с помощью анализа воспроизведения той

* Работа выполнена при поддержке гранта РФФИ № 17-29-02169 с использованием оборудования, приобретенного за счет средств Программы развития Московского университета.

сцены, которую запомнил наблюдатель, причем этот анализ можно проводить по трем параметрам — топологии, метрике и глубине:

топология — кодирование трехмерной информации о взаимном расположении объектов относительно друг друга (по вертикальной или горизонтальной оси);

глубина — кодирование трехмерной информации о порядковом расположении объектов по оси, характеризующей глубину наблюдаемой сцены;

метрика — кодирование воспринимаемых расстояний между всеми объектами сцены.

Принято различать два типа пространственных репрезентаций: аллоцентрические (АР) и эгоцентрические (ЭР). Эгоцентрический тип хранения и воспроизведения пространственной информации кодируется в виде данных об относительном расположении объектов, воспринимаемом наблюдателем. Корректное формирование ЭР дает возможность успешно и точно решать задачи, которые возникают в ближнем пространстве: достать рукой предмет, перепрыгнуть препятствие. Аллоцентрический тип хранения и воспроизведения пространственной информации кодируется в виде данных о расположении объектов относительно наблюдателя и используется в задачах, которые относятся к дальнему пространству: мысленно проложить маршрут по городу от дома до магазина. Мы полагаем, что и ЭР, и АР одновременно участвуют в решении пространственных задач ориентации и навигации человека. Однако в разных задачах задачах их вклады различаются. По отношению к ЭР АР являются более обобщенными и слабо зависящими от точки наблюдения. На процесс их формирования влияет множество внутренних и внешних факторов, которые могут давать искажение пространственного гнозиса, его метрических, топологических и глубинных характеристик.

Вопрос взаимосвязи АР и ЭР на сегодняшний день недостаточно изучен. Некоторые исследователи в моделях долговременной пространственной памяти предполагают приоритет ЭР: точное местоположение в пространстве и взаимная ориентация объектов кодируется сначала в ЭР, а затем пересчитывается в АР при перемещении наблюдателя в пространстве [6]. Другие исследователи предполагают приоритет АР. Предложена модель параллельного кодирования пространственной информации, в которой соотношение АР и ЭР различно и зависит от решаемой задачи [3]. При изучении формирования когнитивных карт пространства было показано, что при выполнении задачи «запомнить размеры объектов и структуру их взаимного расположения» большинство участников отображали воспринимаемое пространство в виде карт-обзоров, что говорит о большем участии АР [2]. Однако научных экспериментальных данных об особенностях формирования АР и ЭР на сегодняшний день еще недостаточно.

Мы полагаем, что для пространственного гнозиса необходимы оба типа репрезентаций, причем формируются они на ранних стадиях, чтобы обеспечить как можно более быстрое пространственное реагирование наблюдателя. Для изучения особенностей АР и ЭР мы исследовали процессы запоминания и воспроиз-

ведения АР и ЭР на ранних этапах пространственного гнозиса. Лимит промежутка времени, дающегося наблюдателю на кодирование пространственной информации и принятие решения о пространственных характеристиках окружающей среды, обуславливает наличие ошибок при формировании ЭР и АР из-за нехватки времени.

Цель исследования состояла в изучении пространственного гнозиса на материале запоминания и воспроизведения АР и ЭР.

Гипотеза исследования состояла в том, что кодирование ЭР происходит более точно относительно кодирования АР, что проявляется в различиях точности пространственного воспроизведения по характеристикам метрики, топологии и глубины.

Процесс внедрения объективных методов оценки когнитивного функционирования в клинической реабилитационной практике требует разработки новых, точных, экологически валидных методов. Изучение пространственного гнозиса на материале процессов формирования пространственных репрезентаций проводилось с помощью системы виртуальной реальности CAVE, которая позволяет с высокой пространственной и временной точностью создавать виртуальное пространство. Система CAVE показала свою эффективность при изучении многих когнитивных процессов [1, 5].

Стимуляция, предъявляемая с помощью специально разработанной программы виртуальной среды, представляла собой библиотеку трехмерных предметов, пространство для расстановки объектов и возможность манипулировать с ними с помощью флайстика. Программа позволяет менять условия предъявления (динамичный или статичный фон), число объектов и ракурсы воспроизведения (спереди, слева, сверху).

Аппаратура для предъявления виртуальной среды представляла собой CAVE-систему Varco Ispace 4, состоящую из четырех больших экранов, на которые проецируются изображения. Специальные очки позволяют формировать 3D-объекты. Системы трекинга фиксируют перемещение человека и местоположение объектов в виртуальной среде.

Выборка исследования: 36 человек (18 мужчин и 18 женщин) в возрасте 18–46 лет с нормальным или скорректированным до нормального зрением.

Процедура исследования состояла из двух частей. Сначала участники тренировались в управлении виртуальной средой и выполнении задачи. Участник выполнял задание на запоминание четырех предметов и их местоположения в пространстве, и затем воспроизводил образ запомненной сцены в трех ракурсах (спереди, слева, сверху). Затем шло основное задание, состоящее из двух серий. В первой серии на 23 с предъявлялись три сцены из семи объектов при статичном окружении, состоящем из множества неподвижных белых шариков на черном фоне (300 шт., $0,5^\circ \times 0,5^\circ$). Участники воспроизводили запомненные сцены, выбирая флайстиком предметы из библиотеки и расставляя их в пространстве в соответствии с запомненным образом сцены. В экспериментальной се-

рии сценарий повторялся, но уже вся масса белых шариков приходила в движение, чтобы создать иллюзию векции [4]. Предполагалось, что иллюзия векции может снизить точность формирования как ЭР, так и АР. В ходе эксперимента регистрировалась точность воспроизводимых объектов (их совпадение с объектами в предъявляемой сцене), а также точность их воспринимаемого местоположения по параметрам метрики, топологии и глубины.

Обработка результатов осуществлялась в программе SPSS Statistics 22. Точное воспроизведение пространственных параметров сцены (топологии, метрики или глубины) принималось за единицу. Рассчитывалась точность воспроизведения ЭР и АР для контрольной и экспериментальной серии по всей выборке и сравнивались средние значения по t -критерию Стьюдента.

Результаты. Участники запоминали, удерживали и воспроизвели семь объектов, присутствовавших в каждой сцене. Точность опознания статических сцен $P_c = 0,93 \pm 0,06$ и динамических сцен $P_d = 0,92 \pm 0,07$ не имеет значимых различий ($t = 0,58$; $df = 35$; $p = -0,57$). Гендерных различий в успешности опознания также не обнаружено. Показатели опознания сцен в группах мужчин и женщин: $P_{c(\text{муж})} = 0,93 \pm 0,05$; $P_{c(\text{жен})} = 0,92 \pm 0,07$, $P_{d(\text{муж})} = 0,93 \pm 0,07$, $P_{d(\text{жен})} = 0,91 \pm 0,08$ статистически не различаются как при статическом фоне ($t = -0,27$; $df = 31$; $p = -0,79$), так и при динамическом ($t = -0,61$; $df = 33$; $p = -0,54$).

Далее оценивались нарушения пространственного гнозиса. Введение динамической помехи в виде иллюзии векции незначительно ухудшало процессы запоминания и воспроизведения. Были установлены следующие значимые различия в точности кодирования запомненных и воспроизведенных пространственных параметров среды.

Топология сцены воспроизводится достаточно успешно и точно. Кодирование взаимного расположения объектов для ракурса «спереди»: $P_c = 0,90 \pm 0,14$ и $P_d = 0,88 \pm 0,13$. Для ракурса «слева»: $P_c = 0,79 \pm 0,16$ и $P_d = 0,78 \pm 0,19$. Для ракурса «сверху»: $P_c = 0,68 \pm 0,20$ и $P_d = 0,67 \pm 0,23$. Обнаружены значимые различия в успешности кодирования как АР, так и ЭР: при статическом фоне для ракурсов «слева-сверху» — ($t = -2,67$; $df = 21$; $p = -0,01$); при динамическом для ракурсов «спереди-слева» — ($t = -1,87$; $df = 14$; $p = -0,08$), «слева-сверху» — ($t = -2,00$; $df = 17$; $p = -0,06$), «сверху-спереди» — ($t = 3,60$; $df = 12$; $p = -0,01$).

Параметры глубины в ЭР лучше сохраняются при статическом фоне, а в АР — при динамиче-

ском. Трехмерная информация о порядке расположения объектов по глубине, без учета метрических отношений между объектами сцены, в процессе обработки теряет более 50%. В ракурсе «спереди»: $P_c = 0,52 \pm 0,21$ и $P_d = 0,44 \pm 0,21$, ($t = 1,70$; $df = 35$; $p = -0,10$). В ракурсе «слева»: $P_c = 0,42 \pm 0,17$ и $P_d = 0,50 \pm 0,23$, ($t = -2,01$; $df = 35$; $p = -0,05$). В ракурсе «сверху»: $P_c = 0,30 \pm 0,12$ и $P_d = 0,39 \pm 0,09$, ($t = -3,91$; $df = 35$; $p = -0,01$). Проявился эффект снижения точности воспроизведения глубины сцены в ракурсе «сверху» по сравнению с ракурсом «слева» как при статическом ($t = 3,43$; $df = 35$; $p = -0,01$), так и при динамическом фоне ($t = 2,81$; $df = 35$; $p = -0,01$).

Метрическая информация о воспринимаемых расстояниях между всеми объектами сцены сохраняется хуже всего. При этом метрические отношения в ЭР сохраняются лучше, чем в АР. При статическом фоне лучше всего воспроизводилась метрика в ракурсе «спереди» $P_c = 0,48 \pm 0,25$, хуже — в ракурсе «слева» $P_c = 0,44 \pm 0,23$, и на уровне, близком случайному угадыванию, — в ракурсе «сверху» $P_c = 0,40 \pm 0,21$. При динамическом фоне наиболее успешно воспроизводилась метрика в ракурсе «спереди» $P_d = 0,51 \pm 0,22$, менее успешно — в ракурсе «сверху» $P_d = 0,42 \pm 0,21$, наиболее искаженно — в ракурсе «слева» $P_d = 0,31 \pm 0,18$. При этом воспроизведение в ракурсе «сверху» точнее, чем в ракурсе «слева» ($t = -2,92$; $df = 35$; $p = -0,01$).

Выводы. Созданный и апробированный метод оценки пространственного гнозиса с помощью систем виртуальной реальности на материале воспроизведения пространственного положения объектов показал свою эффективность.

При изучении особенностей формирования АР и ЭР на ранних этапах обработки пространственной информации в задаче на запоминание и воспроизведение трехмерной виртуальной сцены с объектами в разных ракурсах показано, что более точно формируются ЭР, чем АР. При этом точность воспринимаемого местоположения объектов по параметрам метрики, топологии и глубины различна для разных ракурсов:

- в эгоцентрическом ракурсе «спереди» точность оказалась самой высокой;
- в аллоцентрическом ракурсе «сверху» — хуже;
- в аллоцентрическом ракурсе «слева» точность оказалась наихудшей.

Исследование пространственного гнозиса показало, что лучше всего сохраняются топологические пространственные характеристики, в 2 раза хуже — глубинные, и с наибольшими искажениями — метрика пространственных отношений.

Библиографический список

1. Зинченко Ю. П., Меньшикова Г. Я., Баяковский Ю. М., Черноризов А. М., Войскунский А. Е. Технологии виртуальной реальности: методологические аспекты, достижения и перспективы // Национальный психологический журнал. 2010. № 1 (3). С. 54–62.
2. Меньшикова Г. Я., Тетерева А. О., Пестун М. В. Влияние аффективных факторов на формирование когнитивных карт пространства / отв. ред. В. А. Барабанщиков. М.: Институт психологии РАН, 2014. С. 542–548.

3. *Burgess N.* Spatial memory: how egocentric and allocentric combine // *Trends in cognitive sciences.* 2006. V. 10. No. 12. P. 551–557.
4. *Menshikova G.* et al. Testing the vestibular function development in junior figure skaters using the eye tracking technique // *Procedia-Social and behavioral sciences.* 2014. V. 146. P. 252–258.
5. *Menshikova G. Ya.* An investigation of 3D images of the simultaneous-lightness-contrast illusion using a virtual reality technique // *Psychology in Russia: State of the Art.* Moscow: Russian Psychological Society, Lomonosov Moscow State University. 2013. V. 6 (3). P. 49–59.
6. *Wang R. F., Spelke E. S.* Human spatial representation: Insights from animals // *Trends in cognitive sciences.* 2002. V. 6. No. 9. P. 376–382.

ДИНАМИКА НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СИНДРОМА И ОТДЕЛЬНЫХ ВЫСШИХ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ В РАННЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА В КАРОТИДНОМ БАССЕЙНЕ

**Светкина А. А.^{1, 2}, к. м. н.,
Стрельникова И. А.¹, д. м. н.,
Ковшова О. С.², д. м. н., профессор,**

¹ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница имени В. Д. Середавина»,
²ФГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России,
Самара, Российская Федерация

Аннотация

Статья посвящена выявлению особенностей нейропсихологического синдрома и его динамике в раннем восстановительном периоде ишемического инсульта в каротидном бассейне. Проведена оценка когнитивной сферы 86 человек в динамике на трех этапах исследования. Получены результаты о заинтересованности всех трех функциональных блоков головного мозга (по А. Р. Лурия) вне зависимости от локализации очага ишемического инсульта в полушарии головного мозга.

Ключевые слова

Инсульт, высшие психические функции, нейрореабилитация.

DYNAMICS OF NEUROPSYCHOLOGICAL SYNDROME AND HIGHER MENTAL FUNCTIONS IN THE EARLY RECOVERY PERIOD OF CAROTID ISCHEMIC STROKE

**Svetkina A. A.^{1, 2}, PhD (Medicine), Assistant of Department of Medical Psychology and
Psychotherapy,
Strelnikova I. A.¹, MD,
Kovshova O. S.², MD, Professor, Head of Department of Medical Psychology and
Psychotherapy,**

¹Samara Regional Hospital named after V. D. Seredavina,

²Samara State Medical University,
Samara, Russian Federation

Abstract

The article is devoted to revealing the features of the neuropsychological syndrome and its dynamics in the early recovery period of carotid ischemic stroke. The dynamics of cognitive functions was assessed in 86 people for all three stages of the study. The results of the study revealed that all three functional units of the brain (Luria) were affected regardless of the localization of ischemic focus in the cerebral hemisphere.

Key words

Stroke, high mental function, neurorehabilitation.

По данным Регистра инсульта НИИ неврологии РАМН, к концу острого периода структура последствий острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК) представлена следующим образом: двигательные нарушения в виде парезов различной степени выраженности — 81%; речевые нарушения в виде афазии (35,9%) и дизартрии (13,4%); в целом когнитивные нарушения составляют 26%; эмоционально-волевые нарушения — 20–60%.

По другим данным, к концу острого периода когнитивные нарушения имеют около 70% пациентов, перенесших инсульт [7].

В зависимости от преморбидных факторов, сопутствующей патологии, особенностей течения острого нарушения мозгового кровообращения у 4–40% пациентов могут развиваться когнитивные нарушения уровня деменции [3, 8–12].

Примерно 40% инсультов приводят к формированию нейропсихологических синдромов, различных по структуре и динамике. Они включают нарушения произвольных движений (апраксии), речевые, гностические, мнестические дефекты и нарушения нейродинамики [1].

Исследования последних десятилетий, посвященные нейропсихологическому анализу нарушений при сосудистых поражениях головного мозга, демонстрируют, что структура и тяжесть нарушений высших психических функций (ВПФ) связаны со многими факторами: условиями общей и церебральной гемодинамики, локализацией очага ишемии, когнитивным и анатомическим резервами мозга [2, 4, 6].

На современном этапе исследования проблемы М. С. Ковязина и Н. А. Варако (2016) также отмечают некорректность прямого переноса «локальной» нейропсихологической симптоматики в клинику сосудистых расстройств [5].

Цель — исследование структуры нейропсихологического синдрома и динамики восстановления ВПФ при ишемическом инсульте.

Материалы и методы. Выборка представлена 86 пациентами с верифицированным диагнозом «ишемический инсульт» в каротидном бассейне в возрасте от 42 до 71 года. Диагноз устанавливался на основании жалоб, анамнеза заболевания, данных неврологического осмотра. С целью верификации ишемического характера ОНМК всем больным проводилась компьютерная томография головного мозга. Нейропсихологическое тестирование выполняли в первые сутки после поступления, на 15–16 сутки лечения в стационаре и через 6 месяцев после выписки из стационара.

Из исследования исключались: пациенты с нарушениями сознания, пациенты с сенсорной, семантической и динамической афазией, пациенты с афазией грубой степени выраженности, сопутствующими соматическими заболеваниями в стадии декомпенсации, геморрагическим инсультом, при наличии анамнестических данных, указывающих на деменцию. Распределение больных по полу и локализации очага ишемии представлено в табл. 1.

Методы исследования: методы нейропсихологической диагностики (Лурия А. Р., 1969), количествен-

Таблица 1. Распределение больных по полу и локализации ишемического инсульта в головном мозге

Пациенты	Полушарие		Итого
	Левое	Правое	
Мужчины	31	32	63
Женщины	5	18	23
Итого	36	50	86

ная оценка которых представлена четырехбалльной шкалой в интерпретации Ж. М. Глозман, где 0 — отсутствие нарушений, 0,5 — увеличение латентного периода при выполнении проб; 1 — нарушения, самостоятельно корригируемые обследуемым; 2 — нарушения, корригируемые при указании на ошибку и с подсказкой психолога; 3 — некорригируемые нарушения.

Для количественной оценки выраженности когнитивных нарушений применялась Монреальская шкала оценки когнитивных нарушений (MoCa, Version 7.1, Nasreddine Z. S., 2005). Диапазон нормы составляет от 26 до 30 баллов, сырая оценка корректируется по уровню образования.

Для статистической обработки данных использовался пакет программ SPSS для Mac OS версия 23.0. Тип распределения данных оценивался по критерию Колмогорова—Смирнова. Силу и характер корреляции между показателями нейропсихологических тестов исследовали с помощью коэффициента корреляции Спирмена. Для определения силы взаимной связи показателей использовали шкалу Чеддока. По ней сила связи определяется значением коэффициента парной корреляции: от 0,1 до 0,3 — слабая; от 0,3 до 0,5 — умеренная; от 0,5 до 0,7 — заметная; от 0,7 до 0,9 — высокая; от 0,9 до 1 — весьма высокая.

Результаты. Нами проанализированы 48 показателей, представленных в шкале нейропсихологического тестирования Ж. М. Глозман, у всех включенных в исследование пациентов. Это были пробы, характеризующие показатели произвольных движений и действий, гнозиса, мнестической и интеллектуальной деятельности, речевые функции, общую характеристику обследуемых на всех этапах исследования.

По результатам качественного анализа выполнения проб можно говорить о специфическом наборе нейропсихологических симптомов и выделении специфического нейропсихологического синдрома, характерных для пациентов с ишемическим инсультом в каротидном бассейне. Основными нарушениями являются: дефицит энергетического обеспечения и нейродинамического фактора, нарушения мышления, праксиса и оптико-пространственного фактора.

Нами выявлены прямые умеренные и сильные корреляции, которые сохраняются на всех этапах исследования (табл. 2). Больше всего связей отмечается в сфере движений и действий. Связь пробы «Реципрокная координация» с «Ассиметричным постукиванием», «Воспроизведением ритмических структур» объясняется, с одной стороны, двуручным выполнением проб, с другой — присутствием кинестетического фактора, необходимого для выполнения проб. Таким

Таблица 2. Сила корреляций нейропсихологических проб

Показатель	Проба	Значение коэффициента корреляции (<i>r</i>)			Уровень значимости (<i>p</i>)
		в первые сутки	на 15–16 сутки	через 6 месяцев	
Реципрокная координация	Ассиметричное постукивание	0,79	0,76	0,53	≤ 0,05
	Воспроизведение ритмических структур	0,75	0,68	0,60	≤ 0,05
Праксис позы кисти	Пробы Хэда	0,69	0,75	0,64	≤ 0,05
	Конструктивный праксис	0,59	0,68	0,53	≤ 0,05
	Кубики Коса	0,52	0,54	0,50	≤ 0,05
	Понимание логико-грамматических конструкций	0,58	0,60	0,50	≤ 0,05
Понимание смысла рассказа	Спонтанная речь	0,51	0,50	0,50	≤ 0,05
	Автоматизированная речь	0,50	0,50	0,52	≤ 0,05
	Письмо	0,61	0,53	0,50	≤ 0,05
	Называние	0,59	0,50	0,50	≤ 0,05
	Повторение	0,51	0,55	0,52	≤ 0,05
Запоминание двух групп слов	Запоминание двух групп из трех изображений	0,57	0,51	0,57	≤ 0,05
	Прочность запоминания	0,53	0,50	0,69	≤ 0,05
Конструктивный праксис	Оптико-пространственный гнозис	0,68	0,71	0,70	≤ 0,05
	Стереогноз	0,74	0,71	0,69	≤ 0,05

образом, нарушение межполушарного взаимодействия влияет на кинестетическую основу движения и на последовательную организацию простейших двигательных актов.

Показатель «Праксис позы кисти», помимо связей с «пробами Хэда», «Конструктивным праксисом», пробой «Кубики Коса», связан с пробой «Понимание логико-грамматических конструкций», выполнение которых обеспечивают кинестетический, пространственный и квазипространственный факторы. Так, кинестетическая и пространственная составляющие сферы произвольных движений влияют на семантический компонент речи, как ВПФ.

В свою очередь, сохранность речевых функций, их динамических характеристик влияют на интеллектуальную сферу пациента, перенесшего ишемический инсульт, о чем свидетельствует сильная корреляционная связь пробы «Понимание смысла рассказа» интеллектуальной сферы с пробами сферы речевых функций: «Спонтанная речь» и «Автоматизированная речь», «Письмо», «Называние», «Повторение».

Выявленная сильная корреляционная связь «Конструктивного праксиса» с «Оптико-пространственным гнозисом» и «Стереогнозом» свидетельствует о взаимовлиянии нарушений пространственного и так-

тильного факторов у пациентов представленного профиля.

В сфере мнестической деятельности сильной оказалась связь пробы «Запоминания двух групп слов» с пробами «Запоминание двух групп из трех изображений» и «Прочностью запоминания 10 слов». Следовательно, на нарушения мнестической сферы больных с ишемическим инсультом влияет высокая чувствительность к интерферирующим воздействиям.

Значимой для практического здравоохранения и деятельности медицинских психологов является разработка методов, позволяющих оценить тяжесть и структуру нейропсихологических нарушений, «предсказать» динамику восстановления отдельных ВПФ и когнитивной сферы в целом. Практическое значение в этом случае имеет построение регрессионных моделей.

Для построения регрессионных моделей в качестве зависимых переменных нами последовательно использовались следующие восемь показателей работы ВПФ: «Рисунок стола и куба» и проба на динамический праксис «Кулак-ребро-ладонь», «Продуктивности запоминания 10 слов», «Запоминание двух групп слов», «Запоминание рассказа», «Решение арифметических задач», «Таблицы Шульте», «Серийный счет» и показатель МоСА при выписке или через

6 месяцев после выписки, в качестве независимых переменных — те же 8 показателей и показатель МоСА на предшествующем этапе (т. е. в первые сутки или при выписке соответственно), а также факторы «Возраст», «Полушарие», «Пол».

Нами построены регрессии для всех восьми показателей и МоСА для предсказания динамики восстановления к выписке (15–16 сутки от начала заболевания) и через 6 месяцев после выписки из стационара. На данном этапе готовится заявка на патент по данным регрессионным моделям.

Обращает на себя внимание, что лучшая прогностическая модель построена на основании показателя МоСА. Ее достоверность составляет 88% при выписке и 59% через 6 месяцев.

Для показателей нейропсихологических проб прогноз носит менее однозначный характер. Наибольшее значение имеет проба «Прочность запоминания 10 слов» — 63 и 53% при выписке и через 6 месяцев соответственно; проба «Решение арифметических задач» — 67% для прогноза показателя к выписке и 53% — через 6 месяцев.

По результатам можно говорить о том, что наиболее быстро нивелируются нарушения в динамиче-

ском праксисе, улучшается продуктивность запоминания 10 слов, выполнение проб Шульте и серийного счета, что можно объяснить их слабой зависимостью от локализации очага инсульта.

Выводы. В структуре нейропсихологического синдрома ишемического инсульта в каротидном бассейне преобладают нарушения нейродинамического компонента деятельности, пространственного фактора, фактора программирования и контроля деятельности. Это говорит о том, что вне зависимости от локализации очага ишемического инсульта в полушарии головного мозга нарушается работа всех трех функциональных блоков.

Исследование ВПФ с помощью восьми выбранных нами проб может быть достаточным для составления прогноза восстановления когнитивной сферы пациента.

Программа восстановительного обучения должна быть направлена на преодоление инертности психической деятельности, тренировку устойчивости внимания, восстановление пространственного компонента деятельности и обучение программированию деятельности в раннем восстановительном периоде ишемического инсульта в каротидном бассейне.

Библиографический список

1. Ахутина Т. В., Варако Н. А., Зинченко Ю. П. Клинико-психологическая диагностика и клинико-психологическая реабилитация пациентов с нарушениями памяти при повреждениях головного мозга // Ахутина Т. В., Микадзе Ю. В. Клинические рекомендации. М., 2015. URL: <http://rehabrus.ru/materialyi/normativnaya-baza-i-klinicheskie-rekomendaczii/> (дата обращения: 30.03.2018).
2. Боголепова А. Н. Высшие психические функции у больных в раннем восстановительном периоде ишемического инсульта: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М.: Рос. мед. ун-т, 1997.
3. Захаров В. В., Вахнина Н. В. Инсульт и когнитивные нарушения // Неврология, нейропсихиатрия и психосоматика. 2011. № 2. С. 8–16.
4. Калягина Л. В. Реабилитация неврологических больных. Исследование познавательной деятельности и особенности личности, больных с сосудистыми заболеваниями головного мозга в связи с задачами реабилитации: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Л., 1985.
5. Ковязина М. С., Варако Н. А. К вопросу о природе «правополушарной» нейропсихологической симптоматики при инсультах в бассейне левой среднемозговой артерии // Consilium Medicum. 2016. № 18 (9).
6. Малюкова Н. Г. Нейропсихологические синдромы при инсультах в бассейне левой средней мозговой артерии: автореф. дисс. ... канд. психол. наук. М.: Изд-во Моск. ун-та, 2002.
7. Шамалов Н. А., Холопов М. А. Реперфузионная терапия при ишемическом инсульте // Consilium medicum. 2015. № 17 (9). С. 46–49.
8. Ihle-Hansen H., Thommessen B., Wyller T. B. et al. Incidence and subtypes of MCI and dementia 1 year after first-ever stroke in patients without pre-existing cognitive impairment. Dement Geriatr Cogn Disord. 2011. V. 32. P. 401–407.
9. Ivan C. S., Seshadri S., Beiser A. et al. Dementia after stroke: the Framingham Study // Stroke. 2004. V. 35. P. 1264–1268.
10. Lisabeth L. D., Sanchez B. N., Baek J. et al. Neurological, functional, and cognitive stroke outcomes in Mexican Americans // Stroke. 2014. V. 45. P. 1096–1101.
11. Pendlebury S. T., Rothwell P. M. Prevalence, incidence, and factors associated with pre-stroke and post-stroke dementia: a systematic review and meta-analysis // Lancet Neurol. 2009. V. 8. P. 1006–1018.
12. Srikanth V. K., Thrift A. G., Saling M. M. et al. Increased risk of cognitive impairment 3 months after mild to moderate first-ever stroke: a Community-Based Prospective Study of Nonaphasic English-Speaking Survivors // Stroke. 2003. V. 34. P. 1136–1143.

ВЛИЯНИЕ БРАКА НА ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ТЕРАПИИ И ОСОЗНАНИЕ БОЛЕЗНИ ПАЦИЕНТАМИ С ШИЗОФРЕНИЕЙ

Симак О. Я., младший научный сотрудник,
кафедра психиатрии и наркологии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов
ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России,
Ростов-на-Дону, Российская Федерация

Аннотация

В исследовании были применены клиничко-психопатологический метод, типология семейных конфликтов по Deutsch M., статистический метод. В семьях с низким уровнем внутрисемейных проблем была выявлена корреляция с более высокой приверженностью пациента с шизофренией к терапии и осознанием болезни. Улучшение внутрисемейной обстановки, коррекция эмоциональных проблем и решение конфликтов в паре создают благоприятные условия для профилактики обострений шизофренического процесса.

Ключевые слова

Шизофрения, семейный конфликт, приверженность терапии, осознание болезни, профилактика.

INFLUENCE OF FAMILY AND MARRIAGE ON THERAPY COMMITMENT AND DISEASE AWARENESS IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

Simak O. Ya., Junior Researcher,
Department of Psychiatry and Addiction, Faculty of Advanced Training and Retraining,
Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russian Federation

Abstract

The study uses a clinical-psychopathological method, M. Deutsch's typology of family conflicts and a statistical method. Families with a low level of internal problems were found to have higher adherence to therapy and awareness of the disease. The paper reveals that improving family environment, resolving emotional issues and handling conflicts altogether create favorable conditions for the prevention of exacerbations of schizophrenia.

Key words

Schizophrenia, family conflict, adherence to therapy, awareness of the disease, prevention.

Введение. К 2016 году шизофренией страдало более 21 млн человек в мире [9]. По данным разных авторов [1, 4, 7], от 2,6 до 44,7% пациентов с шизофренией проживают в собственных семьях, под которыми подразумеваются как официально зарегистрированный союз, так и партнерские отношения в виде совместного проживания, ведения хозяйства и воспитания детей без документального оформления. Брак и семейные отношения являются сложным интегративным показателем микросоциальной активности. Эмоциональные состояния партнера, больного шизофренией, такие как вина [10], стыд, позор, выраженная эмоциональная экспрессивность [12], могут быть провокаторами рецидивов шизофрении [2]. Наряду с этим известны результаты ряда исследований, свидетельствующих о том, что эмпатия родственников положительно влияет на результаты семейной психосоциальной работы для лиц, страдающих шизофренией [16], создавая основу для профилактики обострений болезни. Наиболее часто внутренние переживания человека

находят отражения в его взаимодействии с окружающими, например, в склонности к конфликтам. Хронический дистресс в семье пациента с шизофренией [14] и конфликтные ситуации [11] ведут к негативному внутреннему опыту партнеров и снижению общего благополучия, что усугубляет самостигматизацию пациентов с шизофренией, особенно мужчин [15]. Можно высказать предположение, что на фоне недостаточного осознания болезни и ощущения бремени шизофрении в семье некоторые пациенты могут отрицать ее наличие и отказываться от терапии.

Цель настоящей работы — исследование влияния брака на приверженность терапии и осознание болезни пациентами с шизофренией.

Материалы и методы. В исследование были включены лица старше 18 лет, вне психотического состояния, без грубого когнитивного дефицита, состоящие в браке (официальный брак или партнерские отношения) с больным шизофренией, подписавшие согласие на участие в исследовании. Использо-

ваны клинико-психопатологический метод [8], оценка степени тяжести психопатологических синдромов по А. В. Снежневскому [8], типирование диагноза по МКБ-10 [3]. Классификация семейных конфликтов проводилась по типологии Deutsch M. [13]. Статистическое исследование включало в себя описательную статистику (медиана, интерквартильный размах (25–75%)) с визуальным отображением данных [5, 6].

Были изучены 14 семейных пар, в которых мужчина страдал шизофренией. Среди мужчин медиана возраста составила 37 лет, интерквартильная широта от 32 до 47 лет. Медиана возраста для женщин составила 36 лет, интерквартильный размах от 28 до 47 лет. Значение медианы длительности брачных отношений составило 5 лет, интерквартильный размах от 4 до 23 лет. Распределение длительности шизофрении имело медиану 2 года, интерквартильный размах от 0,9 до 5 лет.

В 12 парах из 14 были типированы семейные конфликты (см. таблицу).

Виды конфликтов в семьях пациентов с шизофренией

№ п/п	Вид семейного конфликта	Число случаев
1	Подлинный	2
2	Случайный	2
3	Скрытый	10
4	Смещенный	4
5	Ложный	8
6	Отсутствует	2

Более чем в половине случаев — в 8 из 12 пар — встречались несколько семейных конфликтов одновременно. На основании количества внутрисемейных конфликтов семьи пациентов с шизофренией были разделены на две группы: 1 — группа с низкой конфликтностью в семье, где встречалось не более двух видов конфликтов ($N = 10$) и 2 — группа с высокой конфликтностью в семье, где были выявлены более двух видов конфликтов ($N = 4$).

После проведения клинико-психопатологического исследования в группе 1 у мужчин были установлены следующие диагнозы согласно МКБ-10: параноидная шизофрения, эпизодический тип течения — 2 случая, параноидная шизофрения, непрерывный тип течения — 2 случая, шизоаффективное расстройство, депрессивный вариант — 2 случая, шизоаффективное расстройство, смешанный вариант — 2 случая, хроническое бредовое расстройство — 2 случая. Во группе 2 нозологии распределились следующим образом: параноидная шизофрения, непрерывный тип течения — 2 случая, шизоаффективное расстройство, депрессивный вариант — 2 случая.

При оценке продуктивной психопатологической симптоматики последнего обострения шизофрении у мужчин были получены следующие результаты (рис. 1).

Также на момент обследования был оценен уровень негативной симптоматики у пациентов с шизофренией (рис. 2).

Результаты и их обсуждение. Приверженность психофармакотерапии пациентами с шизофренией (рис. 3) оценивалась по следующей шкале:

0 — привержен терапии, выполняет назначения врача;

1 — привержен терапии, но самостоятельно изменяет назначения;

2 — не привержен терапии, получает лечение под контролем третьих лиц;

3 — активный отказ от терапии.

У больных, состоящих в браке, не встречалось случаев полного отказа от терапии, хотя при оценке общей популяции пациентов до 26,1% больных шизофренией [4] полностью некомплаентны. При опросе, несмотря на количество конфликтов в семье, в 100% случаев супруг больного следил за приемом лекарств. Это могло выражаться в активной форме: супруг полностью брал на себя контроль за лечением — получал рецепты, покупал лекарства и самостоятельно выдавал таблетки пациенту, не приверженному терапии. При самостоятельном приеме терапии больным супруг осуществлял пассивный контроль — уточнял, принимает ли пациент лекарства, проверял их наличие в домашней аптечке.

Попытки стимулировать автономный прием лекарств у пациентов с недостаточным осознанием болезни приводил в анамнезе к отказу от лечения и обострению симптоматики, что объясняет активную заинтересованность супругов в соблюдении лечения больными шизофренией.

Отношение пациентов к болезни (рис. 4) оценивалось по следующей шкале:

1 — критичен;

2 — частично осознает болезнь (признает часть симптомов как болезненные, в связи с чем настроен на получение лечения);

3 — формальная критика к заболеванию (соглашается с наличием заболевания под давлением родственников или врача, однако не считает важным проводить лечение);

4 — не критичен.

При первичном интервью все пациенты признавали наличие у себя болезни. Несмотря на отсутствие пациентов без критики к болезни, т. е. активно отрицающих наличие у себя заболевания и объясняющих диагноз шизофрении «стечением обстоятельств, заговором родственников», в исследуемых группах были описаны разные согласия с наличием болезни. Предпосылками признания себя «больным шизофренией» стали: действительное осознание чуждости и тягостности психопродуктивных переживаний (группа 1, $N = 2$), стремление восстановить преморбидный уровень эмоциональной, когнитивной и социальной жизни (группа 1, $N = 6$, группа 2, $N = 2$), нарушение витальных функций — сон, аппетит, сексуальная жизнь, страх повторной госпитализации при «споре с врачами и родственниками» (группа 1, $N = 2$), пассивная подчиняемость и отсутствие собственного мнения по данному вопросу (группа 2, $N = 2$). Часть пациентов признала, что только постоянный контроль супруга за приемом лекарств и беседы о болезни позволяют им

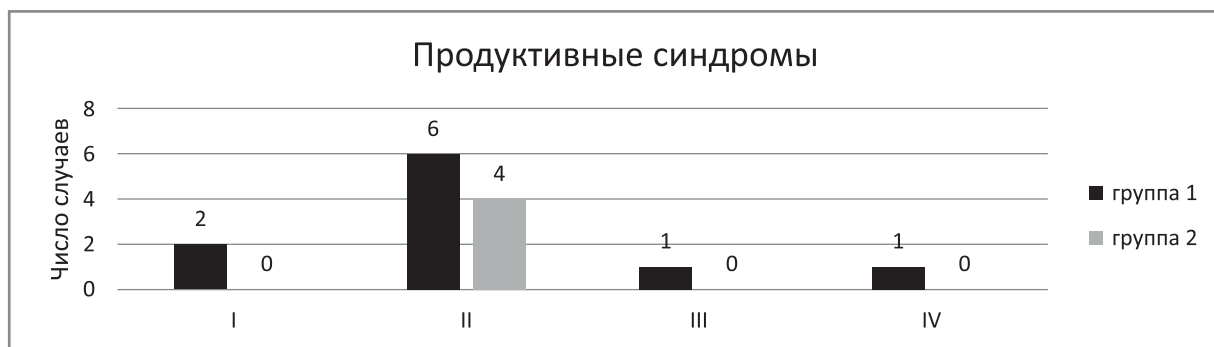


Рис. 1. Встречаемость продуктивных психопатологических синдромов у пациентов с шизофренией (I — аффективно-галлюцинаторный синдром, II — аффективно-бредовой синдром, III — аффективно-онейроидный синдром, IV — паранойяльный синдром)

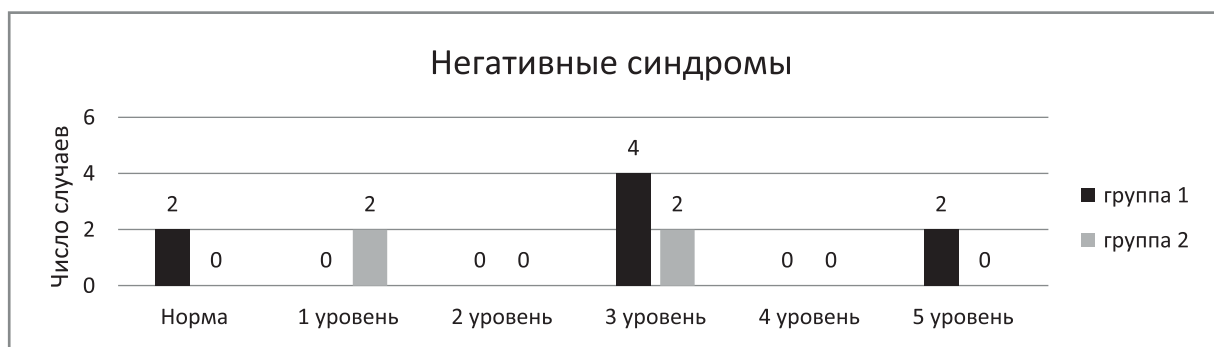


Рис. 2. Встречаемость негативных психопатологических синдромов у пациентов с шизофренией

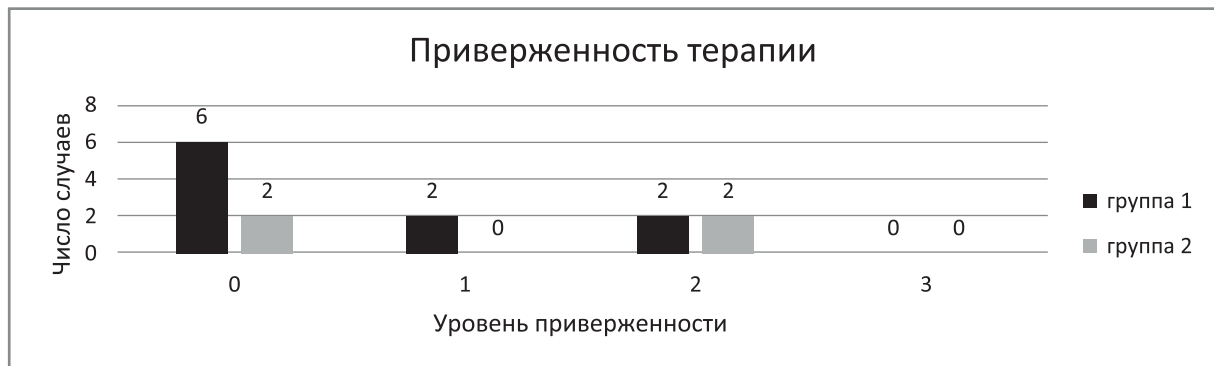


Рис. 3. Приверженность терапии пациентами с шизофренией

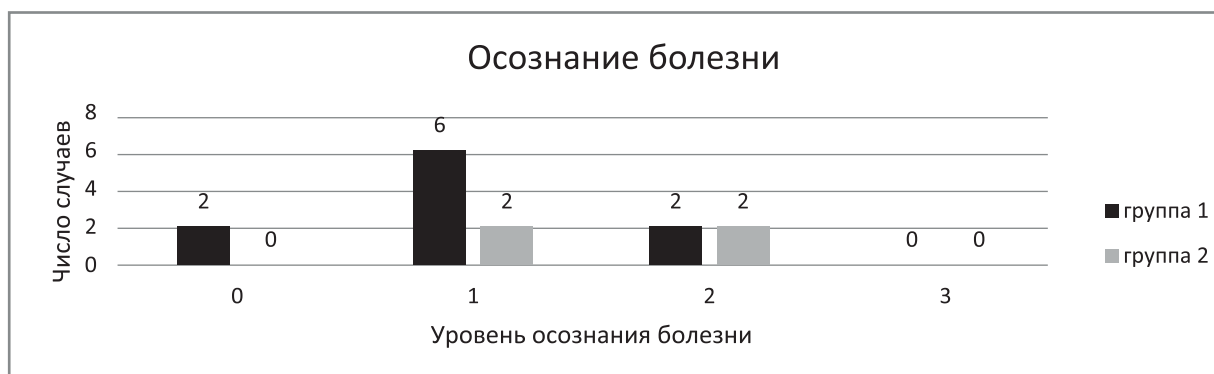


Рис. 4. Осознание болезни пациентами с шизофренией

поддерживать минимальную социальную активность, продолжать работать и общаться с другими родственниками.

Выводы. При рассмотрении внутрисемейной обстановки и частоты конфликтов между партнерами в семьях больных шизофренией стало возможным разделить популяцию на две группы: с низкой и высокой конфликтностью в семье. В семьях с меньшим уровнем конфликтов пациенты демонстрировали более высокую приверженность терапии и осознание болезни. Несмотря на уровень конфликтности в семье, супруги пациентов с шизофренией разделяют бремя болезни партнера и участвуют в контроле терапии и поддержке пациента.

Заключение. Первичные данные говорят о положительной связи между низкой конфликтностью в семье больного и хорошим комплаенсом и осознанием им болезни. Говоря о причинах описанного явления, следует сказать об опосредованном и взаимном

влиянии биологических (благоприятное течение шизофрении, качественные медикаментозные ремиссии), психических (выраженность остаточной продуктивной и негативной симптоматики) и социальных (уровень социальной поддержки супруга) факторов. Оказания помощи пациентам с шизофренией путем совершенствования медикаментозной терапии и индивидуальных сеансов психотерапии недостаточно для полноценного восстановления в семье и макросоциуме.

Исследование показывает целесообразность активной работы специалистов здравоохранения не только с пациентами, но и с их ближайшим окружением. Необходимо проводить мероприятия по оздоровлению внутрисемейных отношений, налаживать контакт пациента с его семьей, внедрять психообразовательные программы для пациентов и их родственников. Преодоление конфликтности в семье в большинстве случаев возможно благодаря семейному консультированию и обязательной работе с психотерапевтом.

Библиографический список

1. Гаврилова Е. К., Шевченко В. А., Загиев В. В., Шмуклер А. Б. Клинико-социальные характеристики больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра и задачи по их психосоциальной терапии и реабилитации // Социальная и клиническая психиатрия. 2006. № 4. С. 10–14.
2. Каплан Г. И., Сэддок Б. Дж. Клиническая психиатрия. В 2 т. Т. 1. М.: Медицина, 1998.
3. Классификация болезней в психиатрии и наркологии. Пособие для врачей. Под ред. М. М. Милевского. М.: Триада-Х, 2009.
4. Костюк Г. П., Шмуклер А. Б., Голубев С. А. и исследовательская группа Эпидемиологические аспекты диагностики шизофрении в Москве // Социальная и клиническая психиатрия. 2017. № 3. С. 5–9.
5. Ланг Т. А., Сесик М. Как описывать статистику в медицине: руководство для авторов, редакторов и рецензентов. М.: Практическая медицина, 2016.
6. Наследов А. Д. Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных: учеб. пособие. 4-е изд. СПб.: Речь, 2012.
7. Пащковский В. Э., Софронов А. Г., Федоровский И. Д., Добровольская А. Е. Сравнительный анализ показателей социальной адаптации больных параноидной шизофренией с различной частотой госпитализации // Социальная и клиническая психиатрия. 2017. № 3. С. 19–25.
8. Психиатрия. Ростовская научно-педагогическая школа: учебник / под ред. В. А. Солдаткина. Ростов-на-Дону: Профпресс, 2016.
9. Шизофрения // Всемирная Организация Здравоохранения. URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/ru/> (дата обращения: 01.04.2018).
10. Bentsen H., Notland T. H., Munkvold O. G., Boye B., Ulstein I. et al. Guilt proneness and expressed emotion in relatives of patients with schizophrenia or related psychoses // Br. J. Med. Psychol. 1998. V. 71 (Pt 2). URL: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9617467 (accessed 01.04.2018).
11. Claxton M., Onwumere J., Fornells-Ambrojo M. Do Family Interventions Improve Outcomes in Early Psychosis? A Systematic Review and Meta-Analysis // Frontiers in Psychology. 2017. V. 8 (371). www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5366348/ (accessed 01.04.2018).
12. de Mamani A. G. Self-conscious emotions, general emotional distress, and expressed emotion in family members of patients with schizophrenia // J. Nerv. Ment. Dis., 2010. V. 198 (4). Date Views 01.04.2018 www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20386261 (accessed 01.04.2018).
13. Deutsch M. The Resolution of Conflict: Constructive and Destructive Processes. London: Yale University Press, New Haven, 1973.
14. Ebrahimi H., Seyedfatemi N., Areshtanab N. H., Ranjbar F., Whitehead B. et al. Trapped like a butterfly in a spider's web: Experiences of female spousal caregivers in the care of husbands with severe mental illness // J. Clin. Nurs. 2018. V. 3. URL: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29396860 (accessed 01.04.2018).
15. Feldhaus T., Falke S., von Gruchalla L., Maisch B., Uhlmann C. et al. The impact of self-stigmatization on medication attitude in schizophrenia patients // Psychiatry Res. 2018. V. 261. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29353769 (accessed 01.04.2018).
16. Girón M., Nova-Fernández F., Mañá-Alvarenga S., Nolasco A., Molina-Habas A. et al. How does family intervention improve the outcome of people with schizophrenia? // Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2015. V. 50 (3). www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25087012 (accessed 01.04.2018).

ОПЫТ РЕФОРМИРОВАНИЯ СЛУЖБЫ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА ПРИМЕРЕ СОТРУДНИЧЕСТВА С ГБУ ПНИ № 22 Г. МОСКВЫ

Сиснёва М. Е.,

Межведомственная рабочая группа по реформе психоневрологических интернатов при Департаменте труда и социальной защиты населения г. Москвы, Москва, Российская Федерация

Аннотация

Представлена современная модель реабилитации с акцентом на индивидуальных потребностях каждого пациента.

Ключевые слова

Психоневрологический интернат, социально-психологической реабилитации, психологические и социальные компетенции.

INTRODUCING A NEW MODEL OF SOCIAL AND PSYCHOLOGICAL REHABILITATION SERVICE: A CASE STUDY OF PSYCHONEUROLOGICAL BOARDING FACILITY NO. 22 IN MOSCOW

Sisneva M. E.,

Interdepartmental Working Group on Reforming Psychoneurological Residential Institutions under the Department of Labor and Social Protection of Moscow, Moscow, Russian Federation

Abstract

This article presents a contemporary model of rehabilitation which focuses on the individual needs of every patient.

Key words

Psychoneurological residential institution, psychosocial rehabilitation, psychological and social competencies.

В России основными учреждениями, предназначенными для постоянного обслуживания и психосоциальной реабилитации людей с хроническими психическими заболеваниями, являются психоневрологические интернаты (ПНИ). Это огромные институциональные учреждения, рассчитанные на содержание 500–1000 человек, часто расположенные в отдаленной местности, с условиями, изолирующими жильцов от необходимого каждому человеку социального взаимодействия. Во всех ПНИ г. Москвы существуют службы или отделы социально-психологической реабилитации (или их аналоги). Они основывают свою работу на индивидуальных планах реабилитации, разрабатываемых органами медико-социальной экспертизы, и индивидуальных планах предоставления социальных услуг, которые формируются органами социальной защиты. Фактически эти планы только называются, но не являются индивидуальными, так как данные органы оторваны от получателей услуг и не наблюдают их реальные потребности и возможности.

В январе 2018 г. представители Межведомственной рабочей группы по реформе ПНИ при Департаменте труда и социальной защиты г. Москвы и студенты Московского государственного психолого-педагогического университета по согласованию с администрацией ГБУ ПНИ № 22 приступили к апробации современной модели психосоциальной реабилитации на базе данного учреждения. Данная модель была разработана американским клиническим психологом и психотерапевтом М. Спиваком и используется в работе реабилитационных центров и терапевтических сообществ Италии и Израиля [3]. Модель основана на понимании инвалидности по психическому заболеванию именно как социальной инвалидности, сформированной вследствие процессов, свойственных институциональной системе психиатрической помощи и ведущих к потере психосоциальных компетенций [1].

Психосоциальная реабилитация начинается с формирования плана реабилитации, который разрабатывается на основе применения специальных шкал

М. Спивака, оценивающих инструментальные, внутриличностные и межличностные особенности и компетенции каждого получателя помощи в пяти основных сферах его жизнедеятельности с учетом как его мнения, так и информации, полученной от родственников и персонала [3]. Реабилитационный план осуществляется посредством включения получателя помощи в различные групповые формы активностей, нацеленные на формирование необходимых психологических и социальных компетенций. Каждые несколько месяцев проводится оценка эффективности, и в план реабилитации вносятся необходимые

коррективы, включающие новые цели и задачи реабилитации [2].

На момент написания данных тезисов была проведена первичная оценка в отношении 14 человек, которых данное учреждение выделило в качестве фокус-группы, так как, по мнению врачей и социальных работников учреждения, данные люди при получении необходимой реабилитационной помощи могут претендовать на получение ограниченной дееспособности. Ко времени проведения Конгресса у автора исследования будут первые результаты по формированию и осуществлению реабилитационных планов.

Библиографический список

1. *Carozza P.* Centri diurni e approccio ai processi cronici in psichiatria. I Metodo Spivak e nuovi modelli di terapia. Franco Angeli editore, 2000.
2. *Carozza P.* Principi di riabilitazione psichiatrica. Per un sistema di servizi orientato alla guarigione. Franco Angeli editore, 2006.
3. *Spivak M.* Introduzione alla riabilitazione sociale, teoria, tecnologia e modelli d'intervento // Riv. Sper. Fren. 1987.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ В СЕМЬЯХ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ

Солохина Т. А., д. м. н.,
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

В статье приведены результаты изучения семей больных шизофренией. Рассмотрены семейное бремя, потребности в помощи, отношение родственников к лечению психически больного члена семьи. Представлена разработанная модель психосоциальной и психотерапевтической помощи родственникам больных шизофренией, ее цели, задачи, приведены данные по оценке эффективности программы психообразования.

Ключевые слова

Семья, шизофрения, бремя, качество жизни, потребности, психосоциальные интервенции, психообразование.

SOCIO-PSYCHOLOGICAL ISSUES IN FAMILIES OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA AND POSSIBLE SOLUTIONS TO THEM

Solokhina T. A., MD,
Mental Health Research Center,
Moscow, Russian Federation

Abstract

A lot of families of patients with schizophrenia go through difficult times and experience problems, e. g. family burden, need for assistance and adherence to treatment. This article analyzes these issues and offers a comprehensive model of psychosocial and psychotherapeutic care designed to help the relatives of mentally ill patients. Furthermore, the study details goals and objectives of this model and evaluates the effectiveness of the psychoeducation program for the families.

Key words

Family, schizophrenia, burden, quality of life, needs, psychosocial interventions, psychoeducation.

Введение. В настоящее время семья рассматривается как значимый фактор восстановительного процесса психически больного человека, как партнер и помощник на всех этапах оказания помощи пациенту [16]. К причинам, определяющим появление новой парадигмы в отношении семей психически больных, относятся: изменение представлений о роли семейных факторов в развитии и течении эндогенных заболеваний деинституциализация, позволившая большому числу лиц с тяжелыми психическими расстройствами получать необходимое лечение по месту жительства; развитие общественного движения пользователей психиатрической помощи, призванное отстаивать их интересы и способствовать улучшению положения в обществе; признание специалистами бремени семьи; появление новых психосоциальных методов работы с пациентом и его семьей [3, 4, 12–15, 17].

Необходимо отметить, что в течение многих десятилетий семьи больных шизофренией привлекали внимание исследователей главным образом с точки зрения возникновения и развития психической патологии у пациента, с целью углубленного понимания сущности самого заболевания. Значительно меньшее внимание уделялось психологическим, социальным и экономическим аспектам влияния психического нарушения на родственников больного, оказанию им помощи и поддержки. Активные исследования в этом направлении начались в 80-е годы XX столетия [1, 2, 5, 6, 18, 19].

На протяжении более чем 15-летнего периода в отделе организации психиатрических служб ФГБНУ НЦПЗ проводилось изучение проблем, характерных для семей больных шизофренией, с целью разработки эффективных форм помощи таким семьям. Более 300 родственников психически больных принимали участие в научных исследованиях.

Результаты показали, что родственники больных шизофренией могут быть выделены в качестве обособленной группы населения, которой присущи свои особенности и потребности. Так, неоспоримым фактом является бремя, которое вынуждена нести семья вследствие психического заболевания ее члена [7]. Полученные данные свидетельствуют о том, что большинство близких родственников психически больных испытывают психологические, финансовые и физические тяготы, сопряженные с уходом за больным, принятием ответственности за его будущее, утратой перспективы служебного роста, лишением отдыха, а также разделяют с пациентом бремя стигмы. Выявлены статистически значимые различия в оценках субъективных тягот в зависимости от пола, возраста респондентов, характера родства с пациентом. В частности, женщины были более, чем мужчины, обеспокоены материальным положением больного, его будущим, на них в большей мере ложились психологические тяготы и бремя ухода. В максимальной мере влияние бремени отмечено у родителей пациентов, а также у лиц более старших возрастов.

Многочисленные отечественные и зарубежные исследования свидетельствуют о том, что качество жизни пациента и его родственников (опекунов)

неразрывно связано. Нами установлены статистически значимые различия в снижении показателей качества жизни у родственников пациентов, страдающих хроническими психическими заболеваниями, по сравнению с лицами, в семьях которых таких больных нет, что может быть обусловлено как семейным бременем, так и низким уровнем удовлетворенных потребностей в помощи извне при уходе за больными, в программах психосоциальной реабилитации для пациентов, социально-психологической и информационной поддержки для родственников [7]. Так, результаты исследования, проведенного нами по изучению потребностей родственников психически больных по 16 сферам, продемонстрировали наличие у них потребностей в юридической помощи (73,8% респондентов), при ведении финансовых дел (54,4% респондентов), в дестигматизационных программах (51,5% респондентов), улучшении отношений с работниками психиатрических служб (49,5% респондентов), в более активной социальной жизни (45,0% респондентов), в получении информации относительно различных аспектов заболевания, его лечения (39,8% респондентов) и пр. [9]. На наш взгляд, потребности пользователей помощи должны служить основой для реформирования структуры психиатрической службы, ее обновления, повышения эффективности и содействия в улучшении качества оказываемой помощи.

Актуальной проблемой в семьях больных шизофренией являются трудности с принятием болезни близкого, дифференциацией ее проявлений с характерологическими особенностями больного, оценкой его возможностей и выбором адекватных требований к нему [13]. В исследовании, проведенном сотрудниками организации психиатрических служб, установлено, что 32,4% родственников отрицали наличие психической болезни у близкого, 42,9% объясняли симптомы психического расстройства психологическими причинами, придерживались стигматизирующих убеждений в отношении психического заболевания, были склонны отрицать объективный характер психопатологии [8]. Почти треть обследованных родственников (28,0%) не признавали необходимость медикаментозной терапии психически больных членов семьи. При построении регрессионных моделей нами выявлены факторы, формирующие отношение родственников к лечению пациентов. Так, к факторам, влияющим на отношение к лечению, относятся возраст родственников больного (с возрастом отношение родственников больных к лечению пациентов улучшается), осознание болезни (при принятии болезни родственниками улучшалось их отношение к лечению пациентов), уровень образования (низкий уровень образования родственников коррелирует с их низкой приверженностью лечению пациента), удовлетворенность качеством оказываемой помощи (с повышением удовлетворенности лечением улучшается отношение к терапии близкого). Выявлены гендерные особенности приверженности лечению, к которым у родственников-мужчин относится уровень их социального функционирования, необходимость выполнения соответствующих социальных ролей, таких как работа ради заработка, об-

щественная жизнь и досуг, супружеские отношения, забота о своих престарелых родителях, что поддерживает их комплаентность в отношении лечения больных членов семьи на более высоком уровне. У родственников-женщин комплаентность снижается при наличии такого фактора, как нарушение интерперсональных отношений, что может приводить к негативным паттернам поведения по отношению к больному, неумению выстраивать с ним отношения, чрезмерной опеке, гиперконтролю или отвержению больного [8].

С нашей точки зрения, улучшение терапевтического альянса с членами семьи, повышение их удовлетворенности качеством оказываемой психиатрической помощи, предоставление информации о психическом заболевании и методах его лечения, развитие навыков решения семейных проблем могут способствовать формированию высокой приверженности родственников медикаментозному и психосоциальному лечению их близких, страдающих психическим заболеванием.

Выявленные в семьях больных шизофренией проблемы определяют необходимость оказания им комплексной психосоциальной и психотерапевтической помощи. С этой целью сотрудниками отдела организации психиатрических служб ФГБНУ НЦПЗ разработана и внедрена в практику модель помощи родственникам больных шизофренией [10], основными задачами которой являются: информирование по вопросам психического заболевания и его лечения, коррекция дисфункционального семейного стиля и межличностных отношений, развитие навыков эффективного решения возникающих в семьях проблем, повышение приверженности лечению, дестигматизация, развитие адаптивных стратегий преодоления болезни, снижение бремени болезни, а также подготовка родственников к выполнению роли партнеров при оказании пациенту помощи и поддержки на всех этапах лечения.

Модель включает ряд модулей, каждый из которых предполагает достижение конкретных целей и решение определенных задач, которые актуализируются при работе с семьей и должны быть последовательно решены. Структурными элементами (модулями) являются программа психиатрического образования, индивидуальное и семейное психологическое консультирование, тренинги, направленные на выработку необходимых родственникам навыков, групп-аналитическая психотерапия, вовлечение в общественное движение, общественные организации, группы самопомощи, функционирующие на принципах партнерства и обладающие значительным терапевтическим эффектом.

Принципиальная новизна данной модели заключается в применении комплексного подхода; согласованности работы разных модулей, что позволяет варьировать компоненты программы с учетом запроса конкретного пользователя; в создании системы, обеспечивающей длительную социально-психологическую помощь от момента обращения членов семьи до успешного решения проблемы (от 3–9 мес. до 2 лет и более).

Концептуальная основа модели базируется на интеграции идей ряда теоретических подходов, сре-

ди которых можно выделить общую теорию систем, теорию социального научения, когнитивно-поведенческую психотерапию, групповой и индивидуальный психоанализ.

В разработанной системе помощи программа *психообразования* является стартовым вмешательством при работе с семьей пациента. Более 400 родственников пациентов участвовали в этой программе в период 2003–2017 гг.

Основные задачи при проведении психообразования родственников больных шизофренией включают предоставление им необходимых знаний о психиатрии и психических заболеваниях для лучшего понимания болезни близкого человека; повышение комплаентности; профилактику рецидивов; выработку и поддержание реалистичных ожиданий; дестигматизацию; развитие адаптивных стратегий преодоления болезни.

Оценка эффективности программы психообразования (в исследовании по оценке эффективности приняли участие 48 родственников больных шизофренией), длительность которой составляла 3 месяца, показала, что участие в ней способствовало увеличению числа родственников, осознающих психическое заболевание у члена семьи и понимающих необходимость медикаментозной терапии (после окончания программы удельный вес таких родственников составил 91,6% против 72,9% до начала программы).

Кроме того, у участников программы наблюдалось улучшение психологического статуса, о чем свидетельствовало статистически значимое снижение значений средних показателей по ее окончании в сравнении с показателями на момент начала ее проведения по шкалам обсессивности—компульсивности (с 0,93 до 0,53, $p = 0,0005$), тревожности (с 0,73 до 0,40, $p = 0,00259$), фобической тревожности (с 0,82 до 0,47, $p = 0,001$). Общий индекс тяжести текущего состояния (*GSI*) понизился и составлял после участия в программе 0,37 по сравнению с 0,68 до начала программы ($p = 0,001$). Индекс наличного симптоматического дистресса (*PSDI*), который является мерой интенсивности проявления психопатологических симптомов, также уменьшился после окончания программы с 0,68 до 0,37 ($p = 0,0003$). Общее число контрольных симптомов (*PST*), выявленных у себя респондентами, снизилось с 36,33 на момент начала программы до 23,87 ($p = 0,0033$) после участия в ней. Полученные данные, с нашей точки зрения, свидетельствуют о снижении стресса и психологических тягот, связанных с болезнью члена семьи.

Участие в психообразовательной программе оказало положительное влияние на формирование копинг-стратегий у родственников психически больных, способствовало появлению у них адаптивных вариантов преодоления болезни. Об этом свидетельствовало статистически значимое снижение среднего показателя по шкале дистанцирования от проблем и среднего показателя по шкале принятия ответственности, что характеризует признание субъектом своей роли в возникновении актуальных трудностей, принятие ответственности за решение проблемы, уменьшение самокритики, чувства вины и хронической неудовлетворен-

ности собой, являющихся фактором риска развития депрессивных состояний. Статистически достоверно улучшился средний показатель по шкале «бегство—избегание», что указывает на преодоление личностью негативных переживаний в связи с трудностями по типу уклонения, отрицания проблемы.

После прохождения психообразовательного курса родственникам больных предлагаются краткосрочные формы психологической помощи (психологическое консультирование, тренинги навыков) или долгосрочная групп-аналитическая психотерапия.

Индивидуальное и семейное психологическое консультирование, как правило, направлено на разбор актуальных на данный момент ситуаций, беспокоящих родственников больных, осознание скрытых причин проблем и конфликтов, помощь в их решении.

Важным этапом социально-психологической помощи родственникам психически больных в рассматриваемой модели являются *тренинги навыков*. Ряд навыков, например, отслеживания рецидивов заболевания, контроля медикаментозного лечения, они могут освоить в ходе программы психообразования. Навыки общения с пациентом и медицинским персоналом, решения проблем, управления своим эмоциональным состоянием родственники больных могут

развить на тренингах, специально разработанных для этих целей.

В рамках разработанной модели родственникам психически больных предлагается *групп-аналитическая психотерапия*. Большинству из них показан этот вид психотерапии вследствие серьезных психологических проблем, которые длятся годами, имеют системный характер, значительную степень выраженности и трудно поддаются коррекции без длительного длительного воздействия [11].

Участие родственников психически больных в общественном движении и в работе общественной организации обеспечивает расширение их социальных сетей, уменьшение социальной изоляции, получение значительного объема социально-психологической поддержки, способствует самоутверждению, самораскрытию, формированию активной гражданской и жизненной позиции.

Заключение. С учетом многочисленных проблем, связанных с наличием в семье больного шизофренией, помощь родственникам должна носить комплексный характер и являться существенной частью терапевтического процесса. Важность этого раздела работы основывается и на понимании влияния семейного окружения на течение шизофренией, и на осознании последствий болезни для членов семьи.

Библиографический список

1. Бочаров В. В., Иовлев Б. В., Корман Т. А. Клинико-психологические аспекты исследований родственников больных шизофренией // *Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева*. 2009. № 2. С. 9–12.
2. Варламов Э. Б. Семья больных шизофренией и характер внутрисемейных взаимоотношений // *Семейная психотерапия при нервных и психических заболеваниях*. Л., 1978. С. 47–54.
3. Гуткевич Е. В., Каткова М. Н. Психолого-генетические технологии выявления факторов психической дезадаптации семейных систем: учеб. пособие. Томск: Издат. дом ТГУ, 2015. 120 с.
4. Исаева Е. Р. Копинг-поведение и психологическая защита личности в условиях здоровья и болезни. СПб.: Изд-во СПбГМУ, 2009. 136 с.
5. Корман Т. А., Бочаров В. В., Масловский С. Ю. Бремя, которое несут члены семей больных шизофренией («семейное бремя») // *Журнал неврологии и психиатрии имени С. С. Корсакова*. 2012. № 12. С. 80–85.
6. Мишина Т. М. Семейная психотерапия и динамика образа семьи: психология и психопрофилактика: Сб. науч. труд. / под ред. В. К. Мягер. Л.: Изд-во НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 1983. С. 21–26.
7. Солохина Т. А. Качество психиатрической помощи (организационные и экономические аспекты): автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. М., 2003. 46 с.
8. Солохина Т. А., Митихин В. Г., Ястребова В. В., Алиева Л. М., Машошин А. И. Приверженность родственников больных шизофренией их лечению и стратегии ее повышения // *Психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии*. Вып. III / под ред. О. В. Лиманкина, С. М. Бабина. СПб.: Издательство «Таро», 2016. С. 236–244.
9. Солохина Т. А., Тюменкова Г. В. Потребности родственников психически больных // *Психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии*. Вып. II / под ред. О. В. Лиманкина, С. М. Бабина. СПб.: Издательство «Таро», 2014. С. 45–51.
10. Солохина Т. А., Ястребов В. С., Цапенко А. И., Шевченко Л. С., Букреева Н. Д. Организация социально-психологической помощи родственникам психически больных: метод. рекомендации / Науч. центр психического здоровья РАМН. М.: МАКС Пресс, 2012. 36 с.
11. Цапенко А. И. Опыт организации групп-аналитической психотерапии для людей с проблемами психического здоровья и их родственников // *Ежегодник по психотерапии и психоанализу*. 2014. Вып. 11. С. 43–66.
12. Awad A. G., Voruganti L. N. The burden of schizophrenia on caregivers: a review // *Pharmacoeconomics*. 2008. V. 2. No 26. P. 149–162.
13. Barkhof E., Meijer C. J., de Sonnevile L. M. et al. Interventions to improve adherence to antipsychotic medication in patients with schizophrenia—a review of the past decade // *Eur. Psychiatry*, 2012. V. 27. P. 9–18.
14. Bebbington P., Kuipers L. The clinical utility of expressed emotion in schizophrenia // *Acta Psychiatr. Scand.* 1994. Suppl. 382. P. 46–53.
15. Brown G. W., Birley J. L. T., Wing J. K. Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: A replication // *Br. J. Psychiat.* 1972. V. 121 (2). P. 241–258.

16. Falloon I. R. H., Boyd J. L., McGill C. W. et al. Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia // Arch. Gen. Psychiatry. 1985. V. 42. P. 887–896.
17. Leff J., Vaughn C. The interaction of life events and relative's expressed emotion in schizophrenia // Stressful life events / T. Miller (Ed.). Madison, CT: International Universities Press, 1989. P. 377–392.
18. Lowyck B., Hert De M., Peeters E., Wampers M. et al. A study of the family burden of 150 family members of schizophrenic patients // Eur. Psychiatry. 2004. V. 7. No. 19. P. 395–401.
19. Magliano L., Marasco C., Fiorillo A. et al. The impact of professional and social network support on the burden of families of patients with schizophrenia in Italy // Acta Psychiatr. Scand. 2002. V. 4. No. 106. P. 291–298.

СВЕРХНОВЫЕ ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ И ИНТЕГРАЛЬНЫЙ ДУХОВНО-ОРИЕНТИРОВАННЫЙ ПОДХОД ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ И ПОДДЕРЖАНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА, СЕМЬИ И ОБЩЕСТВА В ЭПОХУ ПОСТМОДЕРНИЗМА. КОНЦЕПЦИЯ ОБРАЗОВАНИЯ

Спокойная Н. В.,

директор IIS-Berlin (Интернациональный институт системных расстановок), психотерапевт WCP и EAP, мастер-тренер Мировой ассоциации бизнес-расстановщиков INFOSYON, Немецкого общества системных расстановщиков (DGfS); преподаватель международного уровня ППЛ; теолог, ученица о. А. Меня, Берлин, Германия

Аннотация

В статье описан интегральный духовно-ориентированный подход к психическому здоровью. В основе подхода лежит авторский метод краткосрочной терапии травмы не только человека, но и семьи, группы, общества, цель которого — восстановление целостности человека на всех уровнях от тела и эмоций до интеллекта и духа. Показано, почему и как духовно-ориентированная системная расстановка использует сверхновые информационные технологии. Приведен концепт обучения специалистов данного направления.

Ключевые слова

Духовно-ориентированная системная расстановка, структурная расстановка, интегральная терапия травмы.

BRAND-NEW INFORMATION TECHNIQUES AND INTEGRATED SPIRITUALLY ORIENTED APPROACH FOR RESTORATION AND SUPPORT OF MENTAL HEALTH OF THE PERSON, FAMILY AND SOCIETY IN POSTPOSTMODERNISM. THE CONCEPT OF EDUCATION

Spokoinaya N. W.,

Director of the International Institute of Systemic Constellations (IIS-Berlin),
WCP and EAP Therapist,
Master Trainer of the World Association of Business Constellers INFOSYON,
German Society of Systemic Constellers (DGfS),
Lecturer and Member of the Professional Psychotherapeutic League of Russia,
Theologian,
Berlin, Germany

Abstract

The article describes an integrated spiritually oriented approach to mental health. The author's method of short-term therapy of trauma was created not only for an individual, but also a family, a group and a society. Its goal is to restore the integrity of a person at all levels from the body and emotions to the intelligence and spirit. It is

shown why and how the spiritually oriented systemic constellation uses brand-new information techniques. The article also describes a concept of training specialists in this field.

Key words

Spiritually oriented systemic constellation, structural constellation, integrated trauma therapy.

Интегральный духовно-ориентированный подход к человеку и его преимуществам. В современном мире постпостмодернизма усиливается тенденция на дифференциацию и узкую специализацию: врач часто лечит не человека в целом, а конкретную область его организма. Мы можем более детально, точно исследовать каждую определенную область. Но, глядя все время в микроскоп и изучая конкретную бактерию, мы теряем из вида саму болезнь и, что еще хуже, самого человека в его целостности.

Именно поэтому пациенты ищут такого врача, который лечит не симптом или болезнь, а весь организм в целом. Целью специалистов помогающих профессий должна стать интеграция различных методов и подходов к человеку. Если мы говорим о психическом здоровье, такая интеграция различных форм и направлений будет наиболее эффективной, когда в нее включается духовная составляющая. Более того, именно ее следует ставить во главу угла. Настало время интегрировать два подхода — научный и духовный. Тем более что в науке все новое творится на стыке [1, 2].

В 2014 г. опубликован *Манифест постматериалистической науки*, в котором группа всемирно известных ученых из различных областей науки (психологии, медицины, психиатрии, нейробиологии, физики и др.) декларировала необходимость срочной переориентации на новую постматериалистическую парадигму науки. Манифест опубликован на английском языке, но существует перевод на русский (см. <http://iis-berlin.ru/o-rasstanovkah/dlya-rasstanovshika/manifest/>).

«Почти абсолютное господство материализма в академическом мире существенно сузило науку и стало препятствовать научному изучению сознания и духовности» (п. 5). «Исследования так называемых психифеноменов показывают, что порой мы способны, не прибегая к обычным чувствам, получать значимую информацию теми способами, которые выходят за рамки привычных пространственных и временных ограничений» (п. 9). Ну как тут не вспомнить о системных расстановках!

«Ученые не должны бояться исследовать духовность и духовный опыт, поскольку они представляют собой центральный аспект человеческого бытия» (п. 15). Действительно, что бы ни делал современный человек — заболел о своем здоровье, налаживал отношения, искал вдохновение или новые возможности самореализации — по существу речь идет о поиске смысла жизни и своего места в ней [2, 3].

Интегральный подход к краткосрочной терапии психической травмы человека, семьи, общества — BEMS-Model (Body-Emotions-Mind-Spirit). Любую проблему клиента можно рассматривать как последствия травмы самого человека или

травмы его рода. Стандартные методы работы с психической травмой обладают серьезными недостатками — продолжительное время, значительные материальные затраты (при том что у клиента мало жизненных сил, часто отсутствие работы и денег); клиент длительное время не замечает прогресса. Результат — ухудшение состояния, ретравматизация.

Вывод: реально помочь такому клиенту можно, только отказавшись от работы «гомеопатическими дозами» и совершая с ним большие шаги. Поэтому встает вопрос о возможности краткосрочной терапии тяжелой травмы.

Известно, что любая травма расщепляет личность, искажает взгляд человека на себя, других людей и Вселенную. Части личности застревают в травме; клиент, как правило, пытается их отрицать. Задача терапевта состоит в том, чтобы он обнаружил эти части, принял их, полюбил и соединил в себе. Цель интегральной травматерапии — восстановление личности человека в ее целостности от тела и эмоций до интеллекта и духа. Этой цели служит мой авторский метод BEMS-Model—Body-Emotions-Mind-Spirit или четырехчастная модель «Дух-Интеллект-Эмоции-Тело» (методу более 10 лет, он многократно демонстрировался мной и студентами IIS-Berlin) [1, 3, 4]. Метод разработан на основе личного терапевтического, духовного (в том числе теологического) и расстановочного опыта для работы с серьезными травмами, вызванными насилием, инцестом, тяжелыми потерями и т. д.

Работа с внутренними частями личности, такими как Тело, Эмоции, Интеллект и Дух, позволяет клиенту с помощью метафоры с интересом посмотреть на себя со стороны, понаблюдать за травмированными частями, а терапевту обойти подсознательное сопротивление клиента и найти оптимальный ресурс, обеспечивающий гармоничное взаимодействие этих частей и восстановление целостности, причем в очень короткие сроки.

В предлагаемой модели:

тело — физическое тело;

эмоции — все относящееся к психоэмоциональной сфере;

интеллект — ум и логическое мышление.

Дух — самая могущественная и таинственная Сила в человеке, высшие вибрации человеческой личности, ощущение внутренней религиозности, интуиция, любовь, сострадание и т. д. Дух занимает центральное место в модели. Сильный Дух — это то, что дает силы действовать даже тогда, когда очень страшно; когда все вокруг говорят, что это неправильно. Но ты чувствуешь, что только так надо делать. И делаешь.

Формат структурной расстановки позволяет посмотреть на внутренние части личности клиента, в том числе на Дух. Из терапевтической или расстановочной

группы выбираются заместители каждой части (Тело, Эмоции, Интеллект, Дух) и Фокус личности клиента для данного запроса. В случае онлайн-работы выбираются предметы в комнате и онлайн-заместители (если они присутствуют) [5, 6]. Каждая фигура находит себе место в пространстве и дает обратную связь, сообщая о своих ощущениях.

Для работы с тяжелыми динамиками клиенту важно правильно определить его подлинные цели, сориентировать их на Высшее, на его ценности. BEMS-Model как раз и связывает запрос и ценности клиента. Перед началом работы важно сориентировать пространство и указать направление на волю Высшего начала для клиента: Бога, Источника, Судьбы и т. д. Можно просто указать направление «в Жизнь».

Мы вводим фигуру Духа и смотрим, куда он направлен. Часто при тяжелой травме он смотрит ровно в противоположную сторону от Воли Высшего или Жизни, т. е. в Смерть. Таким образом, сразу после введения в расстановку фигуры Духа становится видно, о чем на самом деле идет речь в запросе и с чем конкретно следует работать.

Ориентир на Высшее помогает посмотреть на тяжелое и понять, зачем эти события случились и почему важны клиенту. Поняв, почему он «несет тяжелое», клиент может через благодарение выйти на новый уровень и превратиться слепую любовь (лояльность) в зрячую, принять ресурсы рода и стать счастливым.

По взаимному расположению частей выполняется анализ, как на них повлияла травма, и определяется, какими методами работать. С помощью методов интегральной терапии ищется оптимальный для клиента ресурс.

Такой вид работы мы называем **духовно-ориентированной расстановкой, или духовно-ориентированной психотерапией** [3, 4]. В свете сказанного подобную духовно-ориентированную расстановку можно считать уже не только психотерапией (терапией души), но и **терапией духа**, потому что ориентация «в жизнь» на самом деле уже предполагает работу на духовном уровне.

Ориентация на духовные ценности клиента или на Высшее позволяет успешно работать расстановкой с очень тяжелой травмой: с некоторыми формами шизофрении, красной волчанкой, туберкулезом, гепатитом С и другими системными психосоматическими заболеваниями, раком, бесплодием, инцестами и травмами сексуального насилия и другими тяжелыми динамиками. Результаты действительно впечатляют. Отзывы клиентов можно посмотреть на сайте IIS-Berlin, которым я руковожу [1, 3, 4].

Ориентация на духовное измерение в системной расстановке помогает клиенту не избавиться от тяжелого, что на самом деле невозможно по закону сохранения энергии, а трансформировать тяжелое в ресурс. Из моего 10-летнего опыта работы по методу: чем глубже травма, тем больший ресурс можно получить. Образно выражаясь, мы превращаем яму в гору, причем глубина ямы равняется высоте горы. И человек начинает понимать, более того — прочувствовать понимать, почему «За все благодарите» [4].

По этой же схеме можно работать не только с травмой человека, но и с травмой семьи, группы, общества. Для этого мы выбираем четыре части и Фокус соответственно семьи, группы или общества. Некоторую сложность представляет дефинирование этих понятий. Самое простое определить Дух — это ценности соответствующей группы. Ориентируя пространство на Высшее клиента в соответствии с ценностями его и данной группы, мы помогаем ему правильно определить цель работы.

Работать с группой гораздо сложнее, чем с конкретным человеком. Возникает некая многомерность. В настоящее время в IIS-Berlin накоплен достаточный опыт, позволяющий утверждать, что подобная работа очень эффективна. Отзывы наших клиентов можно посмотреть по ссылке <http://iis-berlin.ru/feedback/>.

Системная расстановка как сверхновые информационные технологии — проведение психотерапии (терапии души) инструментами Духа. В системной расстановке мы получаем уникальную и точную информацию о клиенте и его системе. Эта информация каким-то чудесным образом приходит ему самому и совершенно незнакомым клиенту людям (заместителям и ведущему). Это подтверждается многочисленными фактами. Мы как бы делаем своего рода рентген подсознания, извлекая **информацию** о системе из подсознания клиента. И это не что иное, как **сверхновые информационные технологии**. Из своего большого опыта (около 10 000 расстановок, из них примерно половина проведена в онлайн-группе) [5, 6] могу сказать, что подобная информация может прийти только свыше. Но каждый может назвать этот Источник в соответствии со своими убеждениями — Богом, Высшим измерением, Вселенной, Судьбой и т. д.

Мироздание зиждется на иерархии. Только высшее может сформировать низшее! Дух творит себе форму. Поэтому терапия души наиболее эффективно осуществляется инструментами Духа. Это подтверждается данными современной физики: более высокими духовными частотами можно оказывать положительное воздействие на более низкие интеллектуальные, эмоциональные и материальные. Об этом феномене также говорится в Манифесте постматериалистической науки.

Известны исследования в области генетики, и особенно эпигенетики, где зафиксированы генетические изменения у клиентов, прошедших одну или несколько сессий подобной терапии. В IIS-Berlin специальным прибором (который используется в процессе обучения) проводятся исследования физических параметров (волновые и цветовые характеристики) энергетического поля клиента и участников группы. У каждого отмечаются положительные изменения соответствующих характеристик, что говорит об улучшении их психического здоровья. Многочисленные данные свидетельствуют о глубочайших изменениях в процессе работы, в том числе на уровне подсознания. Это возможно только при работе на высотах Духа, при ориентации на духовные измерения. Поэтому наша команда исходит из того, что **терапия души наиболее эффективно осуществляется инструментами Духа**.

Это вовсе не означает, что мы уводим клиента из реальности. Поэтому в Духовно-ориентированной психотерапии большое внимание должно уделяться вопросам порядка, дисциплины, личной продуктивности, тайм-менеджменту, доведению начатых проектов до результата. Важное место здесь занимает системный подход.

Концепция образования по специальности «Интегральный духовно-ориентированный подход для восстановления целостности и поддержания психического здоровья человека, семьи, общества». Программа обучения по данной специальности размещена на сайте ОППЛ.

Она предназначена:

— как обучающая — для психологов, психотерапевтов, коучей, врачей, социальных работников, душепопечителей и для широкого круга интересующихся духовными аспектами психотерапии;

— как терапевтическая — для клиентов с различными симптомами, проблемами, тяжелыми динамиками, трудно поддающимися коррекции стандартными методами психотерапии.

Мы стремимся к тому, чтобы наши студенты не только обладали высокой квалификацией в теоретических и практических аспектах, но и выработывали определенную внутреннюю позицию, подразумевающую в первую очередь духовную ориентацию в своей работе. А это требует не только профессионализма — осознания работы как духовного пути.

Мы считаем необходимым развивать у наших студентов как интуицию и сенсорные способности, так и умение быстро «заземляться», входить в состояние презентности, соединять эмпатию к клиенту с ней-

тральностью, умением держать удар и равновесие при работе с тяжелыми динамиками.

Особое внимание уделяется обучению навыкам работать безопасно для себя, клиента, группы. Получать энергию от работы — лучшая профилактика профессионального выгорания.

В программу включен обзор самых современных методов и инструментов работы — интегральные методы, сочетающие системные расстановки и другие формы духовно-ориентированной психотерапии, например, использование ВЕМС-Model. Программа ориентирована на немедленное внедрение полученных знаний и умений в практику. Уже с первого модуля участники включаются в работу с реальными клиентами.

Резюме. Наше тело — мощнейший резонатор. Оно может входить в резонанс с другими людьми и Вселенной. Это широко используется в кинезиологии, телесно-ориентированной психотерапии, системных расстановках и т. д. Поэтому важной задачей Духовно-ориентированной психотерапии является интеграция различных видов краткосрочной психотерапии, соединяющих творческие возможности тела (дыхание, звук и оттенки эмоций) с высотами интеллекта (математики, физики...) и Духа. Именно на стыке различных направлений, форм и методов работы творится все новое. И мы призваны соединять все лучшее, чего достигло человечество в области науки, искусства, философии, религии (тут важна межконфессиональность, открытость и уважение к другим вероисповеданиям) с целью обретения каждым конкретным человеком психического здоровья, а именно мира и гармонии с самим собой, другими людьми, Вселенной и Высшим началом (терминологию задает клиент).

Библиографический список

1. *Спокойная Н. В.* Краткосрочная интегральная терапия травмы человека, семьи, организации, группы, общества. Воронеж: ВГУ, 2016. С. 110.
2. *Спокойная Н. В., Симонова Т. И.* Духовно-ориентированная психотерапия и системные расстановки: миссия и задачи // Психотерапия. 2015. № 5 (149). С. 78–81.
3. *Спокойная Н. В.* Четырехчастная модель «Дух-Интеллект-Эмоции-Тело» для обнаружения скрытой травмы детства и работы с ней // Психотерапия. 2015. № 11 (155). С. 75–77.
4. *Спокойная Н. В.* Духовно-ориентированный подход в случае терапии так называемой черной магии (очень тяжелой травмы) в системе клиента // Психотерапия. 2016. № 12 (168). С. 39–45.
5. *Спокойная Н. В., Симонова Т. И.* Системные расстановки в онлайн-формате // Психотерапия. 2015. № 9 (153). С. 60–66.
6. *Spokoinyi N. W.* Aufstellungen in Online-Modus? // Praxis der System Aufstellungen. 2016. Н. 1. S. 112–126.

ЭФФЕКТИВНАЯ КРАТКОСРОЧНАЯ (1 МЕСЯЦ) ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ОБУЧЕНИЯ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ И ПРОФИЛАКТИКИ ПСИХОГЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ДЛЯ ШИРОКИХ СЛОЕВ НАСЕЛЕНИЯ

Табидзе А. А., профессор, клинический психолог, член-корреспондент РАЕН, директор Научного центра «Психотерапевтическая педагогика» Минобрнауки РФ, действительный член Профессиональной психотерапевтической лиги, Москва, Российская Федерация

Аннотация

Представлена апробированная авторская педагогическая технология формирования стрессоустойчивости личностных психо-эмоциональных качеств человека. Для доказательности эффективности технологии использована диагностика исходных (в начале) и результирующих (в конце обучения) психологических качеств, проводимая с помощью теста Кеттелла в авторской интерпретации. Психокоррекция осуществляется на основе ежедневных прослушиваний авторских 35-минутных аудиотренажеров. На основе такого подхода у слушателей формируется устойчивый навык психогигиены. Представлены примеры эффективности данной технологии, преподаваемой широким слоям населения на основе проведения в группах и вебинаров в Интернете.

Ключевые слова

Стрессоустойчивость, тест Кеттелла, психокоррекция, психогигиена.

EFFECTIVE SHORT-TERM TRAINING FOR RESILIENCE AND PREVENTION OF PSYCHOGENIC DISEASES IN GENERAL POPULATION

Tabidze A. A., Professor, Clinical Psychologist, Corresponding Member of the Academy of Natural Sciences, Director of the Research Center of Therapeutic Pedagogy, Ministry of Education and Science of the Russian Federation, Member of the Professional Psychotherapeutic League, Moscow, Russian Federation

Abstract

The current study presents the tried and tested author's pedagogical technique of developing stress resistance for personal psycho-emotional capacities. To prove the effectiveness of the technique, we performed the diagnostics of initial and resulting psychological traits at the beginning and at the end of the training with the help of the Cattell's test in our interpretation. Psychocorrection is based on daily listening of 35-minute audio materials. Based on this approach, the students acquired good skills of taking care of their mental hygiene. The provided examples illustrate the effectiveness of this technique applied to the general public in group sessions and webinars.

Key words

Stress resistance, Cattell's test, psychocorrection, mental hygiene.

Научное обоснование технологии. В основе данной педагогической технологии лежит авторская образная 4-частная модель психики человека (рис. 1) [1–3].

Данная модель является развитием образной модели З. Фрейда, содержащей только две части: наездника (Сознание) и лошадь (Бессознательное). Как видно из нашей модели Сознание, когниции (кучер) и Бессознательное, эмоции (мальчик-кентавр + карета + дух), также как и в модели З. Фрейда, автономны

и независимы. Соответственно, отсюда вытекает концепция автономности когнитивной и эмоциональной составляющих психики, где Бессознательное является Базисом, а Сознание — Надстройкой. Когниции — это продукт Сознания, Эмоции — продукт Бессознательного. Основанием принятия Бессознательного за Базис считается многовековой возрастной опыт эволюции психики в бессознательном состоянии (около 500 млн лет); тогда как Сознание возникло значительно позже (только около 500 тыс. лет назад). То

есть время эволюции Сознания в процессе развития психики составляет примерно 0,1% времени эволюции Бессознательного [4].

Исходя из этого, принимается в расчет преобладающее влияние Бессознательного на психику и личность, чем влияние Сознания. Тогда наш подход — совершенствование психических качеств Базиса (Бессознательного) будет автоматически приводить к совершенствованию психических качеств Надстройки (Сознания, Личности).

Это главный тезис психотерапевтической педагогики. В этом случае наша технология строится на использовании двух принципов:

1) нахождение и установление конкретных эмоциональных мишеней психокоррекции и мишеней совершенствования;

2) использование эффективных методов психотерапевтической педагогики для экспресс формирования конструктивных эмоциональных качеств.

Первый принцип достигается авторской методикой психодиагностики (на основании новой интерпретации теста Кеттелла). Проводится психодиагностика перед началом обучения — рис. 2 (Светлана З., 40 лет, психолог, исходные данные).

Психологический портрет содержит четыре группы: эмоциональная, волевая, коммуникативная и интеллектуальная по четыре фактора в каждой. Каждый фактор является полярным. Мишенью психокоррекции выбрана только эмоциональная группа, отражающая преимущественно свойства Бессознательного. Это следующие эмоциональные факторы — психическая напряженность ($-Q4$), психическая тревожность ($-O$), подозрительность ($-L$) и эмоциональная неустойчивость ($-C$). С позиции интересов клинической психологии это негативные, деструктивные факторы.

Цели обучения — получить в результате следующие четыре позитивных конструктивных эмоциональных фактора — расслабленность ($+Q4$), спокой-

ствие ($+O$), доброжелательность ($+L$), эмоциональная устойчивость ($+C$) и сформировать навык психогигиены.

Автором вводится новый критерий психического здоровья — степень эмоциональной зрелости: $EQ(\text{Tab}) = Q4 + O + L + C$ [5].

В случае если эта сумма оказывается отрицательной или близка к нулю, перед нами эмоционально незрелый человек, предрасположенный к психогенным заболеваниям и аддиктивному поведению в социуме.

Этот критерий хорошо подтверждается на практике: 100% пациентов клиники неврозов имеют отрицательные значения $EQ(\text{Tab})$ [6].

Все эти четыре эмоциональных фактора, как средство обратной связи, выводятся на *интерфейс* (см. рис. 1), аналогично четырем аварийным лампам автомобиля.

Второй принцип достигается специфическим релаксационным состоянием слушателя в процессе обучения, характеризуемым следующими словами: «Тело спит, а сознание ясное», при котором затормаживаются процессы произвольного когнитивного мышления. Это новое культурное психофизиологическое состояние формируется авторскими (Востриков А. А., Табидзе А. А.) аудиотренажерами, так называемым состоянием трех полей. В структуру этих аудиотренажеров входит релаксация тела (первый ноль), успокоение эмоций (второй ноль), мысленное безмолвие (третий ноль) и ясное сознание. Эта авторская структурированная психотехника напоминает управляемую медитацию.

Таким образом осуществляется снижение влияния когнитивных помех на формирование новых эмоциональных факторов. Кроме того, здесь используется мало известное свойство релаксационного состояния — свойство высокой результативности обучения в этом состоянии (экспресс-метод).

Процесс обучения представляет специальные мысленные тренировки (проводимые с помощью



Рис. 1. Образная четырехчастная модель психики: 1 часть (Кучер — Сознание, Личность, Интеллект, Когнитивная сфера); 2 часть (Мальчик-кентавр — эмоциональная часть Бессознательного (Сущности), представляющая инстинкт самосохранения); 3 часть (Карета — телесная, физиологическая часть Бессознательного, автономная Вегетативная Нервная Система); 4 часть (Дух, Хозяин — эмоциональная часть Бессознательного, представляющая инстинкт сохранения вида)

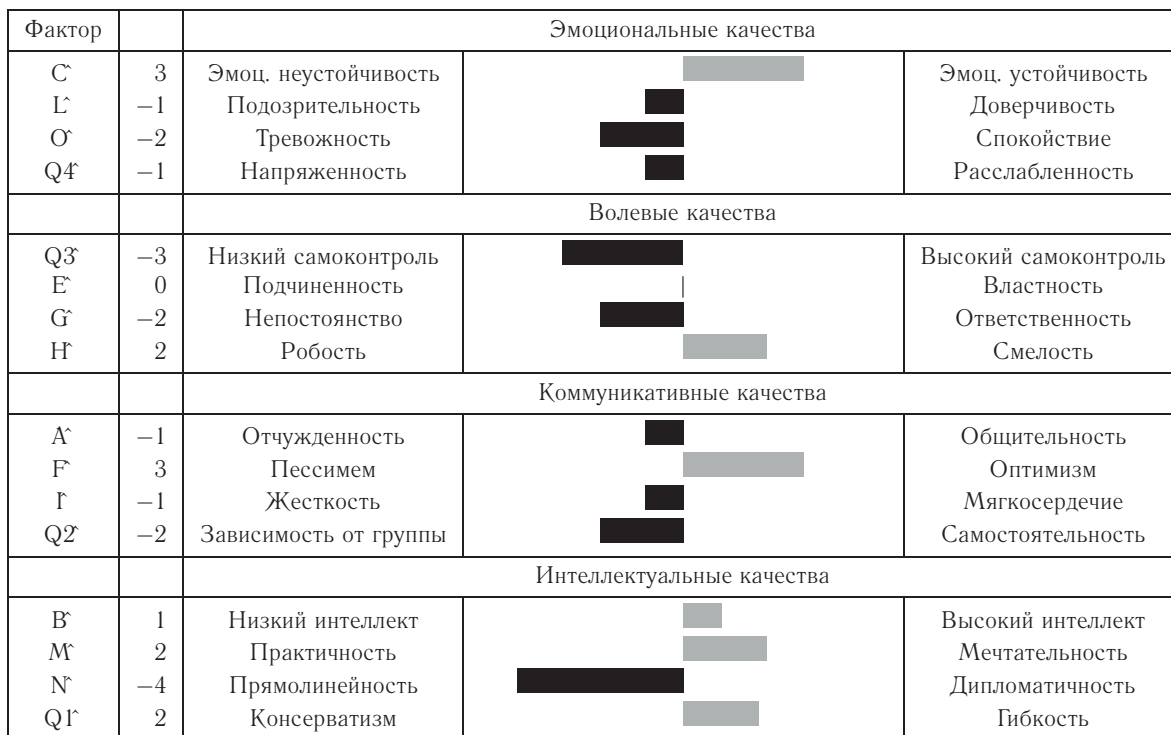


Рис. 2. Светлана З., психолог, 40 лет, 13.12.2017, до курса, EQ(Tab) = -1

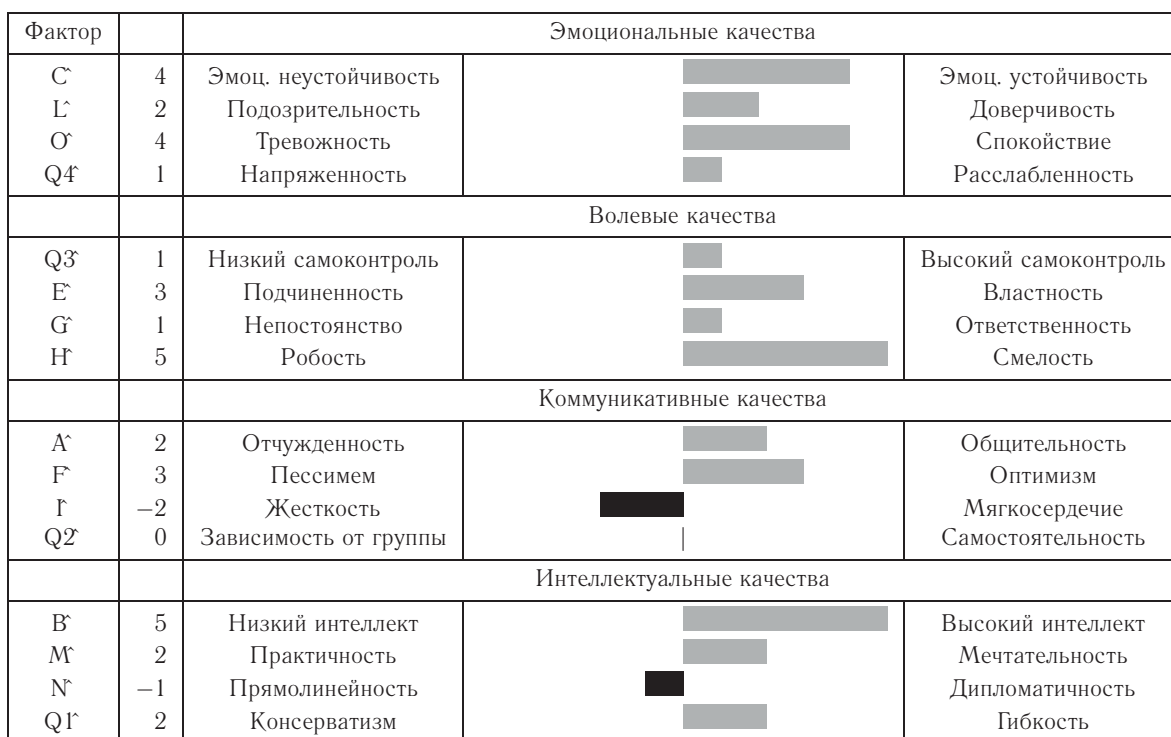


Рис. 3. Светлана З., психолог, 40 лет, 19.01.2018, после курса, EQ(Tab) = +11

аудиотренажеров) достижения конструктивных эмоциональных качеств в этом релаксационном состоянии «трех полей». Освоение каждого из четырех конструктивных факторов обеспечивается набором специально разработанных мысленных (в воображении) упражнений. При этом в технологии учитывается, что Бессознательное (Сущность) взаимодействует с внешним миром на языке первой сигнальной системы — ощущения, образы, эмоции; а Сознание (Лич-

ность) — на языке второй сигнальной системы — кодовые слова, логические схемы и конструкции, понятия, когниции.

Результаты. На рис. 3 представлен характерный результат на примере слушателя Светланы З. после обучения в Интернете на вебинаре «Эмоциональный интеллект — достижение зрелости или Стрессоустойчивость „под ключ“». Эти данные являются доказательными в плане обоснования эффективности обу-

чения. Из диаграммы видно, что все эмоциональные факторы через месяц перешли в положительный сектор.

EQ(Tab) было равно -1 , см. рис. 2, что характеризовало ее как эмоционально незрелую личность, а стало $+11$, см. рис. 3, что характеризует ее сейчас как эмоционально зрелую личность. Качество ее жизни совершенно изменилось.

«Я приобрела оптимизм и душевный покой. Спасибо. Могу с уверенностью рекомендовать эту методику другим людям».

Из сравнения этих двух диаграмм (см. рис. 2 и рис. 3) можно увидеть, что совершенствование эмоциональной сферы автоматически тянет за собой улучшение коммуникативных, волевых и интеллектуальных качеств. Существенно повысились — самоконтроль (фактор Q3), смелость (фактор H), общительность (фактор A), интеллект (фактор B). Поэтому эмоциональные качества человека рекомендуется считать *базовыми* по сравнению с интеллектуальными, коммуникативными и волевыми.

Массовое применение технологии было также апробировано в Московской службе психологической помощи населению (МСППН). В эксперименте, ко-

торый длился 40 дней, участвовал 31 пациент. В итоге для каждого из участников был получен результат, близкий к рис. 3 [6, 7].

Вывод. Существование и появление Духа, Хозяина (инстинкта сохранения вида) возможно только для эмоционально зрелой личности с положительными значениями EQ(Tab). Для эмоционально незрелой личности физиология негативных эмоций выключает инстинкт сохранения вида. В этом случае авторская модель переходит в модель З. Фрейда с одним инстинктом — инстинктом самосохранения, являющегося основой эгоцентризма.

Отсюда следует прозрачный вывод: Дух, Духовность — это аспект эмоционального. И развитие духовных качеств — это достижение эмоциональной зрелости, которая является основой как телесного здоровья, так и условием гармоничной социальной адаптации.

Предложения. Соответствующим госструктурам рекомендовано обратить внимание на эту простую, эффективную, научно обоснованную педагогическую технологию с целью способствования ее внедрения и использования для оздоровления широких масс населения.

Библиографический список

1. Табидзе А. А. Образная четырехчастная модель психики, содержащая два бессознательных. Амбулаторная и больничная психотерапевтическая и психологическая помощь сегодня // Материалы 13-й и 14-й Всероссийской общественной профессиональной медицинской психотерапевтической конференции. Вып. 13. М., 2016. С. 178–181.
2. Табидзе А. А. Новая образная четырехчастная модель психики, содержащая два бессознательных // Сетевое научно-практическое издание «Антология Российской психотерапии и психологии». Вып. 3. Материалы итогового международного конгресса. 2017. С. 148–154. URL: <http://www.oppl.ru/up/files/vypuski-antologii/2017-vip3.PDF> (дата обращения: 25.02.2018).
3. Табидзе А. А. Новая образная четырехчастная модель психики, содержащая два бессознательных // Психологическая газета (СПб). 7 декабря 2017 г. URL: <https://psy.su/ieed/6500/> (дата обращения: 25.02.2018).
4. Анцупов А. Я., Кандыбович С. Л., Крук В. М., Тимченко Г. Н., Харитонов А. Н. Проблемы психологического исследования // Указатель 1050 докторских диссертаций 1935–2007. Студия «Этника», 2007, 232 с. С. 39.
5. Табидзе А. А. О критерии оценки психического здоровья // Сборник научных статей конгресса «Психическое здоровье человека XXI века», 7–8 октября. М., 2016. С. 380–382.
6. Табидзе А. А. Теория и практика генезиса психогенных заболеваний // Психотерапия. 2014. № 11 (143). С. 2–10.
7. Успенская С. Ю., Ляшенко Л. А., Табидзе А. А. Об эффективности музыкотерапии и аутотренинга // Матер. VII Междунар. науч.-практ. конф. «Терапия искусством в художественном образовании». 26–28 мая 2014 г. СПб. URL: http://www.ampp.ru/files/Tabidze_Ob_effektivnosti_muzikoterapii_i_autotreninga.pdf (дата обращения: 03.03.2018).

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ УРОВНЯ ПРИТЯЗАНИЙ ЛИЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Токарева Н. Г., к. м. н., доцент,

ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский Мордовский государственный университет имени Н. П. Огарева», Медицинский институт,
Саранск, Российская Федерация

Аннотация

Обсуждаются результаты изучения клинических и психологических характеристик личности, важной составляющей личностной активности — уровня притязаний в структуре личности больных эпилепсией. Проанализированы факторы, участвующие в формировании уровня личного требования, самореализации. Рассмотренные характеристики представляют интерес для врачей, клинических психологов и других специалистов, участвующих в проведении лечебно-реабилитационных мероприятий для больных эпилепсией.

Ключевые слова

Личность, уровень притязаний, самореализация, эпилепсия.

CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF THE PERSONAL LEVEL OF ASPIRATION IN EPILEPSY PATIENTS

Tokareva N. G., PhD (Medicine), Associate Professor,
Ogarev Mordovia State University, Medical Institute,
Saransk, Russian Federation

Abstract

The article discusses the results of the study of clinical and psychological characteristics of personality, and looks into an important component of personal activity—personal level of aspiration in epilepsy patients. The factors involved in the formation of the level of personal requirements and self-realization are analyzed. The considered characteristics are of interest to doctors, clinical psychologists and other specialists dealing with treatment and rehabilitation of epilepsy patients.

Key words

Personality, level of aspiration, self-realization, epilepsy.

В настоящее время больших возможностей не все используют выпадающие шансы, развивают свои способности, немногие выполняют свои планы и достигают поставленных перед собой целей, а под влиянием болезни данные возможности становятся заблокированными, малоосуществимыми. Одной из важных составляющих черт личностной активности являются притязания личности, которые связаны с целеполаганием. Ставя перед собой определенные цели, человек предполагает получить конкретный результат при их достижении. От характера уровня притязаний зависит успех самореализации в учебе и карьере, высота и реалистичность поставленных перед собой целей и стратегия достижения этих самых целей. К важной составляющей построения моделей, которые объясняют достижение целей, относится уровень притязаний, который отражает трудность цели, поставленной перед человеком исходя из оценки его реальных возможностей и способов достижения цели.

Рассмотрим характеристику уровня притязаний с позиций разных авторов. Уровень притязаний — понятие, введенное К. Левином для обозначения стремления индивида к цели такой сложности, которая, по его мнению, соответствует его способностям. Соответствует достижениям в некоем виде деятельности и некоей сфере общения, на что рассчитывает человек при оценке своих способностей и возможностей. Это образование, тесно связанное с самооценкой личности, формируется под влиянием субъективных переживаний успеха или неуспеха в деятельности [1].

Уровень притязаний рассматривается как уровень трудности, достижение которого является общей целью серий будущих действий (идеальная цель); выбор субъектом цели очередного действия, формирующегося в результате переживания успеха или неуспеха ряда прошлых действий; желаемый уровень самооценки личности [4]. Уровень притязаний — желае-

мый уровень самооценки личности, определяется степенью трудности тех задач, которые личность перед собой ставит. Оценка уровня притязаний проводится с точки зрения его адекватности — соответствия реальным возможностям человека. Различают частный и общий уровень притязаний. Частный уровень притязаний относится к достижениям в отдельных областях деятельности или человеческих отношений (семейных, межличностных, производственных отношениях и т. д.) [5]. Уровень требований человека соответствует любому виду деятельности и определенной сфере общения, на которую человек рассчитывает при оценке способностей и возможностей. Уровень требований может быть адекватным, т. е. соответствовать способностям человека, а также неадекватным — завышенным или заниженным. Стремление повысить самооценку в среде, где люди могут свободно выбирать степень трудности следующего действия, приводит к конфликту двух тенденций: повысить устремления, добиться максимального успеха; уменьшить требования, чтобы избежать сбоев. Опыт неудачи-успеха, возникающий в результате достижения (невыполнения) уровня требований, влечет за собой его изменение в области более сложных (простых) задач. Сокращение сложности выбора цели после успеха или увеличения ее после неудачи — атипичное изменение уровня требований — указывает на нереалистичный уровень требований или неадекватную самооценку. Люди, обладающие реалистичным уровнем требований, уверены в своих способностях, настойчивы в достижении цели, большей производительности, критичности при оценке результата. Неадекватная самооценка может привести к крайне нереалистичным, завышенным или недооцененным требованиям. В поведении это проявляется в выборе слишком сложной или слишком легкой цели, повышенной тревоги, неуверенности в своих способностях, попытках избежать ситуаций конкуренции, некритическим мониторингом, ошибках прогнозиро-

вания и многом другом. Имея реалистичный уровень притязания личности и стратегию достижения цели, можно рассчитывать на успех в своих делах.

Эпилепсия — это междисциплинарная проблема, с которой работают специалисты разных направлений: врачи, психологи, социальные работники, педагоги, юристы и др. Результаты исследования клинично-психологических аспектов данного заболевания отражены в ряде наших работ [3, 6–8]. В данной работе рассмотрим характеристики уровня притязаний личности у больных эпилепсией.

В исследование было включено 317 больных в возрасте от 18 до 55 лет с различными формами эпилепсии, в структуре болезни которых преобладали простые, сложные парциальные приступы, с длительностью заболевания до 30 лет. В исследовании приняли участие пациенты без выраженных нарушений когнитивных функций. Верификация диагноза у обследованных больных осуществлялась на основе результатов клинично-неврологического, психопатологического, патопсихологического, электроэнцефалографического обследования и данных компьютерной томографии головного мозга. В исследуемой выборке трудоспособные больные составили 55%, нетрудоспособные — 45%. Исследование уровня притязаний личности проведено с использованием клинично-психопатологического, патопсихологического и статистического методов. При патопсихологическом исследовании использованы методики «Мотивация к успеху» (Т. Элерс), «Изучение мотивации к избеганию неудач» (Т. Элерс) [2]. С помощью данных методик проведено изучение мотивационной направленности личности на достижение успеха, а также мотивационной направленности личности на избегание неудач. Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью программы Statistica 6.0.

Результаты исследования показывают, что у 12,4% больных, ориентированных на мотивацию успеха, диагностирован высокий уровень мотивации достижения, а это значит, что они всегда нацелены на успех, у них высоко развита мотивация, в деятельности ставят высокие цели, возможные препятствия и трудности не останавливают их деятельность, продуктив-

ность деятельности и степень ее активности не зависят от внешнего контроля. У 35,8% диагностирован средний уровень мотивации достижения успеха. Это значит, что нацеленность на успех зависит от мотивации на деятельность и осознание цели, активность и инициативность в деятельности зависят от мотивации, внешнего контроля и результатов, иногда возможные препятствия и трудности ослабляют деятельность. У 51,8% больных диагностирован низкий уровень мотивации достижения успеха, а это слабая нацеленность на успех, недостаточная мотивированность на деятельность, недостаточная активность, инициативность в деятельности, возможные препятствия останавливают ее, деятельность зависит от внешнего контроля, слабо развита потребность достижения успеха. При изучении мотивации избегания неудач у 11,8% больных диагностирован средний уровень мотивации: начиная деятельность, они заранее просчитывают возможную неудачу и чаще думают о путях избегания этой неудачи, слабо нацелены на конечный результат, у 88,2% низкий уровень мотивации избегания неудач: активность больных связана с потребностью избежать срыва, порицания, наказания, неудачи, ухода от ошибок и лишней траты энергии, они инертны, долго раскачиваются, перед тем как приступить к деятельности.

Таким образом, результаты исследования показывают, что у большинства больных эпилепсией отмечается низкий уровень мотивации достижения успеха и низкий уровень мотивации избегания неудач. Чем выше мотивация человека к успеху — достижению цели, тем ниже готовность избегать неудачи. При этом мотивация к успеху будет влиять также на надежду на успех: при сильной мотивации к успеху надежды на успех обычно скромнее, чем при слабой мотивации. Формирование уровня притязаний определяется не только предвосхищением успеха или неудачи, но и адекватным, а иногда и трудно осознаваемым учетом и оценкой прошлых успехов и неудач. Выявленные клинично-психологические закономерности у больных эпилепсией необходимо учитывать при проведении лечебно-реабилитационных и психопрофилактических мероприятий.

Библиографический список

1. Головин С. Ю. Словарь практического психолога. М.: АСТ, Харвест, 1998.
2. Диагностика профессионального становления личности: учеб.-метод. пособие / сост. Я. С. Сунцова, О. В. Кожевникова. Ч. 3. Ижевск: Изд-во Удмуртского ун-та, 2012.
3. Железнова Е. В., Токарева Н. Г. Клинично-психологические характеристики расстройств функционирования при эпилепсии // Российский психиатрический журнал. 2017. № 3. С. 27–32.
4. Краткий психологический словарь / под ред. Л. А. Карпенко, А. В. Петровского, М. Г. Ярошевского. Ростов-на-Дону: Феникс, 1998.
5. Степанов С. С. Популярная психологическая энциклопедия. М.: Эксмо, 2005.
6. Токарева Н. Г., Железнова Е. В. Клинично-психологическая оценка эмоциональных расстройств у больных эпилепсией // Здоровье и образование в XXI веке. 2016. Т. 18, № 2. С. 214–216.
7. Токарева Н. Г., Железнова Е. В. Клинично-психологическая оценка алекситимии у больных эпилепсией подросткового возраста // Детская и подростковая реабилитация. 2016. № 2. С. 29–31.
8. Токарева Н. Г., Железнова Е. В. Клинично-психологическая оценка внимания больных эпилепсией // Здоровье и образование в XXI веке. 2016. Т. 18, № 1. С. 28–30.

ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗНЫМ УРОВНЕМ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССА, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ МЕНИНГИОМЫ*

Харламенкова Н. Е., д. псих. н., профессор,
ФГБУН «Институт психологии» Российской академии наук,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

Обсуждаются результаты исследования различий в представлениях о психологической безопасности у пациентов с разным уровнем посттравматического стресса (ПТС), оперированных по поводу менингиомы ($n = 21$). Сделан вывод о частичном подтверждении гипотезы о том, что при высоком уровне ПТС психологическая безопасность реже ассоциируется с возможностью контролировать и анализировать ситуацию и чаще — с утратой чувства спокойствия и уверенности, а также с потребностью в социальной поддержке.

Ключевые слова

Менингиома, посттравматический стресс, психологическая безопасность, социальная поддержка.

PSYCHOLOGICAL SAFETY REPRESENTATION IN PATIENTS WITH DIFFERENT LEVEL OF POST-TRAUMATIC STRESS AFTER MENINGIOMA SURGERY

Kharlamenkova N. E., Psy. D., Professor,
Institute of Psychology, Russian Academy of Sciences,
Moscow, Russian Federation

Abstract

This paper reports the results of the differences in the representation of psychological safety in patients with different levels of post-traumatic stress (PTS) who had meningioma surgery ($n = 21$). It is partially confirmed that with a high level of PTS, psychological safety is less often associated with the ability to monitor and analyze the situation and more often indicates the loss of the peace of mind and confidence, as well as the need for social support.

Key words

Meningioma, post-traumatic stress, psychological safety, social support.

Актуальность исследования проблемы отдаленных психологических последствий влияния на человека стрессоров высокой интенсивности продолжает оставаться очень высокой. Особенно актуальным является исследование психологических последствий влияния угрожающих жизни заболеваний. Острота этого вопроса обусловлена не только ростом количества подобных заболеваний, но и запросами практики. В частности, немаловажной оказывается тема качества и темпов реабилитации пациента, обусловленных в том числе и психологическими факторами, например, переживанием посттравматического стресса (ПТС).

Новым направлением исследования в современной психологии является изучение психологических последствий такого угрожающего жизни заболевания, как менингиома — опухоль, которая образуется из паутинной (арахноидальной) оболочки спинного или головного мозга. Клиническими симптомами менингио-

мы являются головная боль, слабость, снижение зрения, тошнота, рвота, нарушения памяти. Эпилептические приступы при менингиомах наблюдаются так же часто, как и при других опухолях. Кроме неврологических симптомов при менингиомах возможно появление психопатологической симптоматики, в том числе психопатоподобных изменений личности, аффективных расстройств, когнитивного дефицита и др., которые обусловлены латеральной локализацией опухоли. Менингиома может манифестировать психическими расстройствами (депрессия, мания, апатия, анозогнозия и др.), при этом неврологические симптомы появляются позже. Корректная диагностика заболевания и сопутствующей ему психопатологической симптоматики важна, но недостаточна для адаптации пациентов после хирургической операции и лучевой терапии, для повышения качества жизни и восстановления физического и психического здо-

* Работа выполнена при поддержке гранта РФФИ № 18-013-00324.

ровья, так как у части пациентов и после оперативного вмешательства и последующего лечения может сохраняться высокий уровень депрессии, тревожности, появляться признаки посттравматического стресса [2].

Уникальность и одновременно сложность исследования состоит в том, что это комплексная травма, кумулятивный характер которой определяется влиянием таких событий, как постановка диагноза, хирургическая операция, переживания по поводу рецидива заболевания и др. [2, 4, 5]. В настоящей работе респондентам предлагалось соотнести свои переживания, возникшие отсроченно, с таким событием, как постановка медицинского диагноза. Вклад события «хирургическое вмешательство» специально не оценивался, так как все пациенты, участвующие в исследовании, были уравниены по этой переменной. Несмотря на этот факт понятно, что уровень и характер переживания по поводу ожидания хирургической операции, конечно, может быть разным.

Высокий уровень посттравматического стресса нарушает привычное функционирование личности и проявляется в виде различных реакций, указывающих на фиксацию человека на травме, на травмированность. Отдельные симптомы принято объединять и описывать реакции человека с помощью наиболее общих критериев — вторжения, избегания и физиологической возбудимости, которые сопровождаются появлением психопатологической симптоматики и признаков нарушения психологической безопасности, в частности, проявляющейся в таких ее показателях, как, во-первых, внутренний дискомфорт (напряжение), во-вторых, чувство утраты социальной поддержки либо, наоборот, формирование гипермотивации, направленной на поиск поддержки, в-третьих, чувство потери контроля над ситуацией (появление ощущения недостаточности информации, невозможности строить планы, прогнозировать будущее и т. д.).

Цель исследования состояла в том, чтобы выявить различия в представлении о психологической безопасности у респондентов с разным уровнем посттравматического стресса, связанного с событием «угрожающее жизни заболевание».

В качестве *гипотезы* исследования было выдвинуто предположение о том, что при высоком уровне посттравматического стресса психологическая безопасность реже ассоциируется с возможностью контролировать и анализировать ситуацию и чаще — с утратой чувства спокойствия и уверенности, а также с потребностью в позитивном окружении, в социальной поддержке.

Исследование проводится совместно с ФГАУ «НМИЦ нейрохирургии им. ак. Н. Н. Бурденко» Минздрава России.

Участники исследования: пациенты, оперированные по поводу менингиомы головного мозга разной локализации от 6 месяцев до одного года назад. Объем выборки $n = 21$, 19 женщин, 2 мужчин в возрасте от 46 до 70 лет, средний возраст — 58 лет. У всех пациентов когнитивные функции были нарушены минимально. Для участия в исследовании пациенты

подписывали информированное согласие. Сбор данных осуществлен аспиранткой Д. А. Никитиной.

Методики. Шкала оценки влияния травматического события (ШОВТС) (Impact of Event Scale — IES-R) в адаптации Н. В. Тарабриной [1]. Клиническая тестовая методика, направленная на выявление симптомов посттравматического стрессового расстройства и оценку степени их выраженности. Автором оригинальной методики IES является М. Горовиц с соавт., пересмотренного варианта IES-R — Д. С. Вейс с коллегами. IES-R включает интегральную шкалу и три субшкалы: «Вторжение» (В), «Избегание» (И), «Физиологическая возбудимость» (ФВ), «Интегральный показатель» (ИП) — общая шкала оценки влияния травматического события на психику человека. Анкета психологической безопасности, разработанная в лаборатории психологии посттравматического стресса [3] и включающая в себя 60 слов, наиболее часто ассоциирующихся со словом «безопасность». Используя пятибалльную шкалу (+2 до -2 со значением 0 в центре шкалы), респонденты оценивали степень близости каждого слова-дескриптора к тому, что они понимают под психологической безопасностью. Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью программного пакета Statistica 7.0: использовался U -критерий Манна—Уитни.

Результаты исследования. Согласно нашим предыдущим исследованиям, данные по уровню ПТС (методика ШОВТС), полученные на выборке пациентов, оперированных по поводу менингиомы, соответствуют показателям частичного ПТСР (посттравматическое стрессовое расстройство) и идентичны группе больных с РМЖ (рак молочной железы) с частичным ПТСР [2]: интегральный показатель ПТС (ИТ = 31,6), а также отдельные показатели по шкале «вторжение» ($x = 10,4$), «избегание» ($x = 13,3$), «физиологическая возбудимость» ($x = 7,8$), находятся в пределах средних значений.

Для проверки основной гипотезы исследования выборка была разделена на три подгруппы. Первая подгруппа (низкий ПТС, $n = 6$) с показателями по ИТ ниже значения нижнего квартиля ($LQ = 16$), вторая подгруппа (средний ПТС, $n = 9$) — со средними показателями (от 17 до 40) и третья (высокий ПТС, $n = 6$) — с показателями выше значения верхнего квартиля ($UQ = 41$). Для определения предпочитаемых слов-дескрипторов, выбираемых в качестве ассоциаций к слову «психологическая безопасность», в каждой подгруппе по каждому из 60 слов-дескрипторов анкеты психологической безопасности подсчитывали суммы положительных ответов (+2 и +1), умноженных на соответствующий индекс. Затем определяли нижний и верхний квартили по показателю «сумма положительных ответов». Слово-ассоциацию, значение суммы баллов по которому со знаком плюс попадало в верхний квартиль, рассматривали как наиболее часто выбираемую ассоциацию к слову «психологическая безопасность». Для проверки гипотезы сравнивали между собой только две подгруппы — первую (низкий ПТС) и третью (высокий ПТС). В подгруппе с низким ПТС такими ассоциациями оказались: «дом,

жиле», «надежные друзья, верность», «надежность», «жизненный опыт, опытность», «равновесие стабильность», «отсутствие тревоги», «отсутствие угроз», «уверенность в окружении», а также «мудрость», «позитивное окружение», «поддержка, помощь», «порядок, соблюдение норм, правил», «обдумывание, прогнозирование», «активность, скорость реакции», «здоровье», «избегание опасных ситуаций». В третьей подгруппе с высокими значениями ПТС предпочитаемыми были такие слова-дескрипторы: «уверенность в себе», «компетентность, ум», «здоровье», а также «надежный спутник», «поддержка, помощь», «физическая подготовка», «надежные друзья, верность», «мудрость», «надежность», «равновесие, стабильность», «терпимость, сдержанность», «самосохранение», «позитивное окружение», «уверенность в окружении», «избегание опасных ситуаций». Сравнение показателей между собой не позволило обнаружить особую специфичность представлений о психологической безопасности в двух подгруппах за исключением того, что при высоком ПТС респонденты чаще выбирают ассоциации, связанные с надежностью окружения и ожиданием помощи от него. Данный результат можно рассматривать в качестве косвенного подтверждения гипотезы о повышенном ожидании помощи от других людей при высоком уровне ПТС.

Статистический анализ данных с использованием критерия Манна—Уитни позволил выявить следующие статистически значимые различия по предпочтительности ассоциаций к слову «психологическая безопасность»: «дом, жиле» ($U = 9; p = 0,06$), «безмятежность, легкость», ($U = 6,5; p = 0,06$), «самоанализ, самопознание» ($U = 7,5; p = 0,05$), «обдумывание, прогнозирование» ($U = 7; p = 0,06$), «отсутствие тревоги, страха» ($U = 5; p = 0,03$), «активность, скорость реакции» ($U = 5; p = 0,02$), «удобство, уют» ($U = 6,5; p = 0,06$). Указывая на некоторые различия, которые были выявлены лишь в тенденции, мы хотели показать, что для респондентов с низким уровнем ПТС психологическая безопасность действительно, согласно гипотезе, связана с отсутствием внутреннего напряжения, возможностью когнитивной оценки ситуации и контроля, прогнозированием будущего, проявлением собственной активности. Однако ожидаемые статистически значимые различия по показателям, которые свидетельствуют о необходимости социальной поддержки от других людей для пациентов с высоким ПТС, получены не были. Вероятнее всего, постановка диагноза как одно из травматических событий, способных вызвать высокий ПТС у наиболее уязвимой части выборки, актуализирует потребность в социаль-

ной поддержке у любого человека вне зависимости от интенсивности переживания этой ситуации.

Настоящее исследование показало, что интенсивные травматические стрессоры не всегда могут нарушать привычное функционирование человека и приводить к высокому уровню посттравматического стресса и снижению чувства безопасности. Однако если такие изменения возникают и человек «застревает» в травме, продолжая вновь и вновь проживать событие прошлого, эта фиксация на травме существенно меняет представление человека о безопасности мира. Кроме типичного для переживания повышенной угрозы жизни напряжения и тревоги, человек становится неспособным к конструктивному анализу ситуации и прогнозированию последствий своих действий и действий других людей. Укороченное будущее и деформированное переживанием прошлых событий настоящее кардинально изменяют перспективу жизни, препятствуя постановке новых жизненных задач и целей.

Неоднозначность полученных нами данных по показателям социальной поддержки, а именно явное предпочтение в выборе слов-ассоциаций, связанных с надежностью и позитивностью окружения, у оперированных по поводу менингиомы пациентов с высоким уровнем ПТС, с одной стороны, и отсутствие статистически значимых различий между подгруппами с низким и высоким ПТС по отдельным показателям анкеты, таким как «позитивное окружение», «надежные друзья, верность», «надежный спутник», «поддержка, помощь» и др., с другой стороны, не является артефактом. Данный результат указывает на то, что для людей с низким ПТС надежный спутник и друг является не только опорой и поддержкой, но и партнером, собеседником, с которым устанавливаются паритетные отношения. При высоком ПТС социум рассматривается в качестве ресурса, который можно использовать для решения своих проблем; паритетность отношений явно не выражена. Подобные различия не получили в настоящем исследовании статистически обоснованного подтверждения, но хорошо видны при построении беседы с пациентом, имеющим высокие показатели по уровню ПТС на травматическое событие.

Вывод. Угрожающее жизни заболевание, в частности, постановка диагноза «менингиома», может вызвать высокий уровень посттравматического стресса у наиболее уязвимой части пациентов, которому соответствует нарушение психологической безопасности по показателям внутреннего комфорта, контроля ситуации, социальной поддержке.

Библиографический список

1. Тарабрина Н. В. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. М.: Когито-Центр, 2007.
2. Тарабрина Н. В., Харламенкова Н. Е., Никитина Д. А. Уровень посттравматического стресса и психопатологическая симптоматика у больных, оперированных по поводу менингиомы // Консультативная психология и психотерапия. 2015. № 3. С. 32–49.
3. Харламенкова Н. Е. Представление о психологической безопасности: возрастной и личностный компоненты // Современная личность: Психологические исследования / отв. ред. М. И. Воловикова, Н. Е. Харламенкова. М.: Институт психологии РАН, 2012. С. 141–160.

4. Kangas M., Williams J.R., Smee R.I. Benefit finding in adults treated for benign meningioma brain tumours: Relations with psychosocial wellbeing // *Brain Impairment*. 2011. V. 12. No. 2. P. 105–116.
5. Kangas M., Williams J.R., Smee R.I. The association between post-traumatic stress and health-related quality of life in adults treated for a benign meningioma // *Applied Research in Quality of Life*. 2012. V. 7. No. 2. P. 163–182.

ОЦЕНКА СОЦИАЛЬНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА СЕМЕЙ ПАЦИЕНТОВ С ОРГАНИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Хритинин Д. Ф., д. м. н., член-корреспондент Российской академии наук, профессор кафедры психиатрии и медицинской психологии ФГАОУ ВО «Первый московский медицинский университет имени И. М. Сеченова» Минздрава России, Москва, Российская Федерация,

Петров Д. С., д. м. н., заведующий кафедрой психиатрии и психотерапии, факультет дополнительного профессионального образования ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова» Минздрава России, Рязань, Российская Федерация,

Коновалов О. Е., д. м. н., профессор кафедры общественного здоровья, здравоохранения и гигиены ФГБОУ ВО «Российский университет дружбы народов», Москва, Российская Федерация

Аннотация

Рассмотрены вопросы совершенствования социально-реабилитационной помощи семьям больных органическими психическими расстройствами. Проведен опрос родственников лиц с психическими расстройствами, находящихся на лечении в Рязанской областной клинической психиатрической больнице. Дана оценка уровня социальной нагрузки на семьи пациентов. Отмечена важность разработки реабилитационных мероприятий для семей пациентов.

Ключевые слова

Органические психические расстройства, родственники, реабилитация.

EVALUATION OF SOCIAL AND REHABILITATION POTENTIAL IN FAMILIES OF PATIENTS WITH ORGANIC MENTAL DISORDERS

Khritinin D. F., MD, Professor, Corresponding Member of Russian Academy of Sciences, I. M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russian Federation,

Petrov D. S., MD, Ryazan State Medical University named after academician I. P. Pavlov, Ryazan, Russian Federation,

Konovalev O. E., MD, Professor, Peoples' Friendship University of Russia, Moscow, Russian Federation

Abstract

This paper deals with the issues of improving social rehabilitation assistance to the families of patients with organic mental disorders. A survey conducted among the relatives of mentally ill patients admitted to Ryazan regional clinical psychiatric hospital revealed the level of social stress of the family caregivers. Therefore, there is an urgent need for the development of rehabilitation initiatives for the families of mentally ill patients.

Key words

Organic mental disorders, relatives, rehabilitation.

Современные принципы организации психиатрической помощи (децентрализация, сокращение коечного фонда, расширение амбулаторной помощи) будут приводить к перемещению стационарного контингента больных в амбулаторную сеть. Медико-социальные проблемы совершенствования организации специализированной помощи в первую очередь коснутся больных шизофренией и органическими психическими расстройствами, так как данные группы пациентов имеют наибольший удельный вес среди других нозологических форм в структуре госпитализируемых пациентов с расстройствами психики (порядка 65–70% стационарного контингента) [12]. При этом необходимо отметить, что именно для этих нозологических групп характерны наиболее выраженные изменения в социальном статусе больных (инвалидность, безработица, стигматизация, потеря семейных связей и т. д.) [4, 6, 8–11]. В свою очередь, это обуславливает необходимость не только купирования симптомов болезни, но и восстановления социального функционирования, повышения качества жизни больного.

Благодаря широкому применению психотропных средств значительно возросли возможности лечения больных во внебольничных условиях, без изоляции от семьи и привычного окружения. Тем самым в современной модели психиатрической помощи семья душевнобольного занимает все более значимое место, чем это было в рамках традиционной, медикоцентристской модели [1–5, 7, 14]. В связи с этим особенно актуальным становится изучение проблем наиболее социально, психологически уязвимых групп населения и, в частности, семей, имеющих родственников с психическими расстройствами.

Качество психиатрической помощи можно оценивать не только по качеству жизни самих пациентов, но и по качеству жизни их ближайших родственников или опекунов, взявших на себя заботы о психически больных. Семья остается важным источником социальной помощи для больного. Если сама семья не получает необходимой социально-психологической поддержки, чтобы справиться с той сложной ситуацией, в которой она находится, то родственникам будет трудно оставаться источником помощи для пациента.

Нами было проведено исследование семей больных с органическими психическими расстройствами (F0) — 76 человек. Проводилось социальное исследование ближайших родственников, осуществляющих уход, оказывающих материальную и эмоциональную поддержку больному.

Опрос проводился на базе Рязанской областной клинической психиатрической больницы имени Н. Н. Баженова. Методами обследования были: анкета-опросник, содержащая вопросы о социальном статусе родственников лиц с психическими расстройствами (возраст, образование, профессия, семейное положение, материальное состояние и др.) и опросник «ВОЗКЖ-100» — многомерный инструмент, позволя-

ющий получить как оценку качества жизни респондента в целом, так и частные оценки по отдельным сферам и субсферам его жизни.

На момент опроса анкетируемые регулярно навещали своих родственников, находящихся на стационарном лечении в РОКПБ.

Опрошенные в подавляющем большинстве были представлены женщинами — 82,8%, мужчин оказалось всего 17,2%. Городских жителей — 73,4%, сельских — 26,6%. Уровень образования респондентов распределился следующим образом: неполное среднее — 4,4%, среднее — 28,9%, среднее специальное — 40,0% и высшее — 26,7%. Опыт ухода за больным родственником составлял более 5 лет у 42,1% анкетируемых.

Среди анкетируемых доля опрошенных трудоспособного возраста составляла лишь 63,2% (мужчины до 60 и женщины до 55 лет) (табл. 1).

Таблица 1. Распределение по возрасту родственников пациентов

Возраст, годы	%
До 30 лет	26,4
30–60 лет	36,8
60 и старше	36,8
<i>Итого</i>	100,0

Родственников, имеющих постоянное место работы, было всего 47,4%, 36,8% опрошенных являлись пенсионерами, 10,5% — инвалидами. Ограниченные трудовые возможности анкетируемых, несомненно, отрицательно сказываются на качестве жизни как самой семьи, так и пациентов, в связи с необходимостью регулярного приобретения дорогостоящих лекарств (табл. 2).

Таблица 2. Структура родственников больных по социальному статусу

Категории	%
Работающие	47,4
Безработные	5,3
Учащиеся	—
Инвалиды	10,5
Пенсионеры	36,8
<i>Итого</i>	100,0

Состав семей пациентов имеет определенные особенности: все опрошенные проживали со своим больным родственником, 46,9% — «родительские» семьи (пациент + родители) и лишь 34,4% — «собственные» (пациент + супруг + дети). Обращает на себя внимание высокий уровень разведенных родственников больных — 26,3% (табл. 3).

Таблица 3. Структура семейного положения родственников

Семейное положение	%
Не состоящие в браке	—
Разведенные	26,3
Вдовцы	—
В браке	73,7
<i>Итого</i>	100,0

Круг общения пациентов, страдающих психическими расстройствами, часто ограничивается «родительской» семьей в силу того, что создание супружеских взаимоотношений исключается из-за стигматизации и тяжести течения заболевания. В свою очередь, бремя ухода за хронически больным может приводить к «напряженности» в семейных отношениях и частым разводам.

Изучение жилищных условий респондентов позволяет говорить об относительном благополучии в этой сфере. Подавляющее большинство их были обеспечены жильем, причем условия проживания в основном можно считать удовлетворительными (стандартная квартира). Однако перенаселенность квартир и даже отсутствие собственного жилья (очень плохие и плохие условия) отмечались в 5,3% наблюдений (табл. 4).

Таблица 4. Субъективная оценка родственниками жилищных условий

Жилищные условия	%
Очень плохие	—
Плохие	5,3
Удовлетворительные	52,6
Хорошие	42,1
<i>Итого</i>	100,0

Свой доход оценили средним уровнем только 57,9% родственников. В 31,6% случаев эти респонденты находились в стесненных условиях (пенсии, «низкие» заработные платы), когда средств хватает только на питание, и дополнительные расходы им не доступны. Высоко оценили свой доход (средств хватает на разнообразное полноценное питание, приобретение хорошей одежды, отдых) лишь 10,5% опрошенных (табл. 5).

Таблица 5. Субъективная оценка родственниками уровня своего дохода

Уровень дохода	%
Крайне низкий	—
Низкий	31,6
Средний	57,9
Высокий	10,5
<i>Итого</i>	100,0

Опрос родственников пациентов показал, что:

— половина пациентов проживают в «родительских» семьях;

— подавляющее большинство родственников, осуществляющих уход за больным, женщины;

— половина опрошенных родственников — инвалиды и пенсионеры;

— в исследуемой группе родственников семейные взаимоотношения относительно стабильны — 73,7% состоят в браке;

— существует неудовлетворительная оценка материального положения и социально-бытовых условий семей пациентов.

При изучении *качества жизни* родственников больных психиатрического стационара средний показатель составил 3,5 балла по пятибалльной шкале. В целом неудовлетворительная оценка качества жизни была получена в 15,8% ответов в исследуемой группе, удовлетворительную оценку поставили 31,6%, хорошую и отличную оценку дали порядка 45% опрошенных (табл. 6). Слабая положительная связь коэффициента корреляции Спирмана наблюдалась лишь между уровнем качества жизни и жилищными условиями ($r = 0,25$).

Таблица 6. Структура оценок родственниками качества жизни

Оценка	%
Крайне неудовлетворительная	—
Неудовлетворительная	15,8
Удовлетворительная	36,8
Хорошая	31,6
Очень хорошая	15,8
<i>Итого</i>	100,0
Средняя (абс.)	3,5

Анализ результатов по основным сферам качества жизни (ВОЗКЖ-100) выявил следующее. В исследуемой группе «физическая», «психическая», «окружающая» и «духовная» сферы практически в 80% ответов оценивались как «удовлетворительные» и «хорошие». Хорошая оценка преобладала практически в отношении всех вышеуказанных сфер. Исключением была «психическая» сфера — удовлетворительная оценка в 52,7% ответов, «физическая» сфера — родственники больных с органическими психическими расстройствами оценили удовлетворительно в 52,7% (табл. 7, 8).

При рассмотрении полученных результатов особый интерес представляют оценки, данные родственниками больных отдельным субсферам своей жизни. Они позволяют провести более детальный анализ и выявить как основные области жизненного неблагополучия, вызванного или усугубленного заболеванием близкого, так и наиболее сохранные субсферы, которые способствуют повышению эффективности лечебных и реабилитационных мероприятий в семье.

Наиболее низкую оценку респонденты дали субсферам:

— «Медицинская и социальная помощь (доступность и качество)» — 2,9 балла по пятибалльной шкале. Доля абсолютно неудовлетворенных качеством психиатрической помощи составила более 1/3 опро-

шенных. Полученная оценка указывает на расхождение существующих возможностей службы и требований, которые к ней предъявляют потребители;

— «Положительные эмоции» — 3,0 балла. Процент респондентов, испытывающих положительные эмоции крайне редко, составил 31,6% в опрашиваемой группе, что, возможно, связано со значительной эмоциональной нагрузкой в процессе ухода за больным родственником (обострения заболевания, госпитализации, хроническое течение психического расстройства). При этом родственники больных дали хорошую оценку «Окружающей среде дома», оценка — 4,0 балла.

В исследуемой группе лишь 36,9% респондентов оценили «хорошо» и «отлично» субсферу «Финансовые ресурсы». Полученный результат, прежде всего, связан с низким уровнем пенсии — практически половина родственников на пенсии или имеют группу инвалидности. Оценка своего финансового положения может создавать ощущение социальной уязвимости опрошенных из-за отсутствия возможности подрабатывать и чувствовать себя материально независимыми. В свою очередь, оценка «Работоспособности» в исследуемой группе подавляющим большинством оценивалась как очень хорошая и хоро-

шая — 68,4% случаев. Высокий процент положительных оценок трудоспособности в группе родственников больных необходимо учитывать как положительный фактор в рамках реабилитационного «потенциала» и использовать при разработке реабилитационных мероприятий.

Социальные взаимоотношения (субсферы «Личные отношения» и «Практическая социальная поддержка») хорошо и отлично оценили 89,5 и 73,7% родственников пациентов с органическими психическими расстройствами. Небольшая часть родственников пациентов могут испытывать чувство неловкости, раскрывая факт наличия в семье психически больного и активно обсуждая свои проблемы. По-видимому, в прошлом у них был определенный негативный опыт, и они не решаются на расширение социальных контактов, опасаясь вновь подвергнуться подобным (а возможно, еще более тяжелым) переживаниям, что и нашло свое отражение в оценке социальных взаимоотношений.

Таким образом, обследованные семьи больных зачастую не располагают полноценными социальными «ресурсами», которые возможно использовать в лечебно-реабилитационной работе с пациентами. Родственники, на плечи которых ложится основная забота

Таблица 7. Структура оценок родственниками физической и психической сферы (в %)

Оценка	Физическая сфера	Психическая сфера
Крайне неудовлетворительная	—	—
Неудовлетворительная	10,5	10,5
Удовлетворительная	52,7	52,7
Хорошая	36,8	36,8
Очень хорошая	—	—
<i>Итого</i>	100,0	100,0
Средняя (абс.)	3,3	3,3

Таблица 8. Структура оценок родственниками окружающей и духовной сферы (в %)

Оценка	Окружающая сфера	Духовная сфера
Крайне неудовлетворительная	—	—
Неудовлетворительная	21,0	10,5
Удовлетворительная	31,6	21,0
Хорошая	47,4	52,7
Очень хорошая	—	15,8
<i>Итого</i>	100,0	100,0
Средняя (абс.)	3,3	3

Таблица 9. Структура оценок родственниками социальных взаимоотношений и уровня независимости (в %)

Оценка	Социальные взаимоотношения	Уровень независимости
Крайне неудовлетворительные	—	—
Неудовлетворительные	10,5	21,0
Удовлетворительные	21,0	10,6
Хорошие	52,7	47,4
Очень хорошие	15,8	21,0
<i>Итого</i>	100,0	100,0
Средняя (абс.)	3,7	3,7

о больном члене семьи, нередко сами нуждаются в поддержке со стороны органов социальной поддержки и обеспечения.

Социально-бытовой статус семей пациентов с органическими психическими расстройствами имеет отнюдь не удовлетворительную качественную оценку. Тем самым данная группа родственников располагает определенным «реабилитационным потенциалом», который можно эффективно использовать при организации программ семейной реабилитации.

Безусловно, в перспективе использование реабилитационных мероприятий с опорой на микросоциальное (семейное) окружение больного обеспечит повышение качества психиатрической и психосоциальной помощи пациентам. К сожалению, семейная терапия еще не стала стандартом обслуживания в системе психиатрической помощи России. В создавшихся условиях существует настоятельная необходимость поиска новых путей организации социальной и семейной реабилитации психически больных.

Библиографический список

1. Вид В. Д. Психотерапия шизофрении. 2-е изд. СПб.: Питер, 2001. 432 с.
2. Войтенко Р. М. Социальная психиатрия с основами медико-социальной экспертизы и реабилитологии: руководство для врачей и психологов. СПб., 2002. 183 с.
3. Головина А. Г. Семья больного шизофренией (обзор) // Семейная психология и психотерапия. 2004. № 2. С. 3–17.
4. Гурович И. Я., Шмуклер А. Б., Сторожакова Я. А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. М.: ИД Медпрактика, 2007. 492 с.
5. Кабанов М. М. Проблема реабилитации психически больных и качество их жизни (к вопросу об охране психического здоровья) // Социал. и клинич. психиатрия. 2001. Т. 11. № 1. С. 22–27.
6. Коцюбинский А. П., Бутома Б. Г., Зайцев В. В. Стигматизация и дестигматизация при психических заболеваниях // Социал. и клинич. психиатрия. 2000. Т. 9, № 3. С. 9–13.
7. Коцюбинский А. П., Еричев А. Н., Зуйкова Н. В. Психообразовательные программы в системе реабилитации больных эндогенными психозами: пособие для врачей. СПб., 2004. 26 с.
8. Михайлова И. И., Ястребов В. С., Ениколопов Н. Клинико-психологические и социальные факторы, влияющие на стигматизацию психически больных разных нозологических групп // Журнал неврологии и психиатрии имени С. С. Корсакова. 2002. № 7. С. 58–65.
9. Недопил Н. Опасны ли психически больные? Мифы и факты // Рос. психiatr. журн. 2001. № 3. С. 4–11.
10. Дмитриева Т. Б. и др. Руководство по социальной психиатрии. М.: МИА, 2009. 544 с.
11. Финзен Асмус. Психоз и стигма: Преодоление стигмы — отношение к предубеждениям и обвинениям. М.: Алетей, 2001. 216 с.
12. Чуркин А. А., Творогова Н. А. Распространенность психических расстройств // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. 2011. № 2. С. 3–7.
13. Byrne P. Stigma of mental illness and ways of diminishing it // Advances in Psychiatric Treatment. 2000. V. 6. P. 65–72.
14. Pharoah F. M., Mari J. J., Streiner D. Family intervention for schizophrenia: Cochrane Database of Systematic reviews. New York, 2000. 75 p.

THE NEED FOR STANDARDIZED AND ACCREDITED NEUROTRANSMITTERS AND GENE TESTS FOR EARLY IDENTIFICATION AND APPROPRIATE INDIVIDUALLY TAILORED EARLY TREATMENT OF MENTAL DISORDERS

Chan E. W., FMAPsy, FMCBTA, FECARE, PMMSCM, PhD (Psychology),
 Certified in Brain Based Therapy, CBT, Couple & Family Therapy,
 Certified Professor in Nutritional Medicine,
 DIP (Antiaging & Regenerative Medicine),
 Certified Substance Abuse Counselor, Licensed Amen Clinics Therapist,
 Principal Consultant Psychologist International Psychology Centre,
 Board Member, Fellow World Council for Psychotherapy,
 President of Malaysian Association of Psychotherapy,
 Kuala Lumpur, Malaysia

Abstract

The cost of chronic mental disorders treatment such as schizophrenia and bipolar depression are high not only in financial terms, but also in terms of loss of productivity to society and the sufferings by the individual and family members. Many of these disorders have genetic and neurobiochemistry signatures which can be identified so that appropriate individually tailored early treatment intervention can be applied and many of the said costs minimized. Parents, teachers and doctors need to be educated about these tests so that those families who have a history of

these disorders get informed about them and are motivated to get their young family members tested before clinical symptoms develop. With these preventative measures being taken with at risks families we can do much to prevent the onset of chronic mental disorders and minimize much of the high costs associated with them. However, in order to implement these measures we need to put together an effective educational program for all stakeholders: parents and other family members, teachers and doctors.

Key words

Mental disorder, educational program.

The cost of chronic mental disorders treatment such as schizophrenia and bipolar depression are high not only in financial terms, but also in terms of loss of productivity to society and the sufferings by the individual and family members.

Many of these disorders have genetic and neuro-biochemistry signatures which can be identified so that appropriate individually tailored early treatment intervention can be applied and many of the said costs minimized.

Education. Parents, teachers and doctors need to be educated about these tests so that those families who have a history of these disorders get informed about them and are motivated to get their young family members tested before clinical symptoms develop.

The Advanced Methylation Detox Gene Test. Methylation normally switches genes off, and de-methylation turns them on.

Individuals with test results showing mutations in one or more of their neurotransmitters co-factors pathways whereby there is an over or under methylation, have a significantly higher risk in developing a mental disorder such as Schizophrenia or bipolar depression (Coghlan, 2011).

MethyleneTetraHydroFolate Reductase (MTHFR) Gene Mutation. MTHFR Gene Mutation (A1298C): Homozygous for the mutation.

MTHFR Gene Mutation (C677T): Mutation not found.

Comment. The patient has two copies of the MTHFR A1298C mutation. This is associated with decreased enzyme activity.

MethyleneTetraHydroFolate Reductase (MTHFR) is a regulatory enzyme in folate-dependent homocysteine remethylation.

A common polymorphism in the MTHFR gene at position 677 is associated with a thermolabile enzyme with decreased activity. The prevalence of the homozygous mutation ranges from 8–18% in various populations.

A second mutation (A1298C) has also been described. This mutation is associated with an increased risk of thromboembolism, when only found together with the C677T mutation.

Important.

1. If individual is being treated with antifolates and homocysteine levels are elevated, supporting literature strongly suggests supplementation with 5-MTHF.

2. Use caution with individuals previously diagnosed with serotonin syndrome. Genomic Recommendations: 5-MTHF 0.1 mg—1.0mg.

MTR Gene Mutation. Methionine Synthase (MTR) Gene Mutation.

MTR Gene Mutation (C3518T): Mutation not found.

MTR Gene Mutation (A2756G): Heterozygous for the mutation.

Comment. The patient is negative for the MTR C3518T mutation and heterozygous for the MTR A2756G mutation. Enzyme effectiveness tends to be mildly to moderately reduced. Mild tendency towards elevated homocysteine levels. Genomic Recommendations: Methyl-B12 1.5 mg—6.0 mg.

MTRR Gene Mutation. Methionine Synthase Reductase (MTRR) Gene Mutation.

MTRR Gene Mutation (A66G): Heterozygous for the mutation.

Comment. The patient is heterozygous for the MTRR A66G mutation. Enzyme effectiveness tends to be mildly to moderately reduced. If in combination with the C677T polymorphism in MTHFR, MTRR genotypes AG (heterozygous) and GG (homozygous positive) influence total plasma homocysteine levels.

Additionally, the combination of the genetic polymorphisms in MTRR and MTHFR is linked to an increase in DNA damage as measured by micronucleus frequency (MN). Use caution with individuals previously diagnosed with serotonin syndrome.

Genomic Recommendations: SAME 200 mg—600 mg.

AHCY Gene Mutation. s-Adenosylhomocysteine hydrolase (AHCY) Gene Mutation. AHCY Gene Mutation (G32878481C): Mutation not found. AHCY Gene Mutation (C112A): Mutation not found. AHCY Gene Mutation (G367A): Mutation not found.

Comment. The patient is negative for the AHCY G32878481C Gene Mutation, AHCY C112A Gene Mutation, AHCY G367A Gene Mutation.

Enzyme activity tends to be normal.

Relevant mutations are associated with decreased enzyme presence and/or impaired function leading to the elevated AdoHcy concentrations and impaired methylation.

Potential. Studies show association between mutations resulting in poor methylation potentials, severe myopathies, developmental delays, and hypermethionemia.

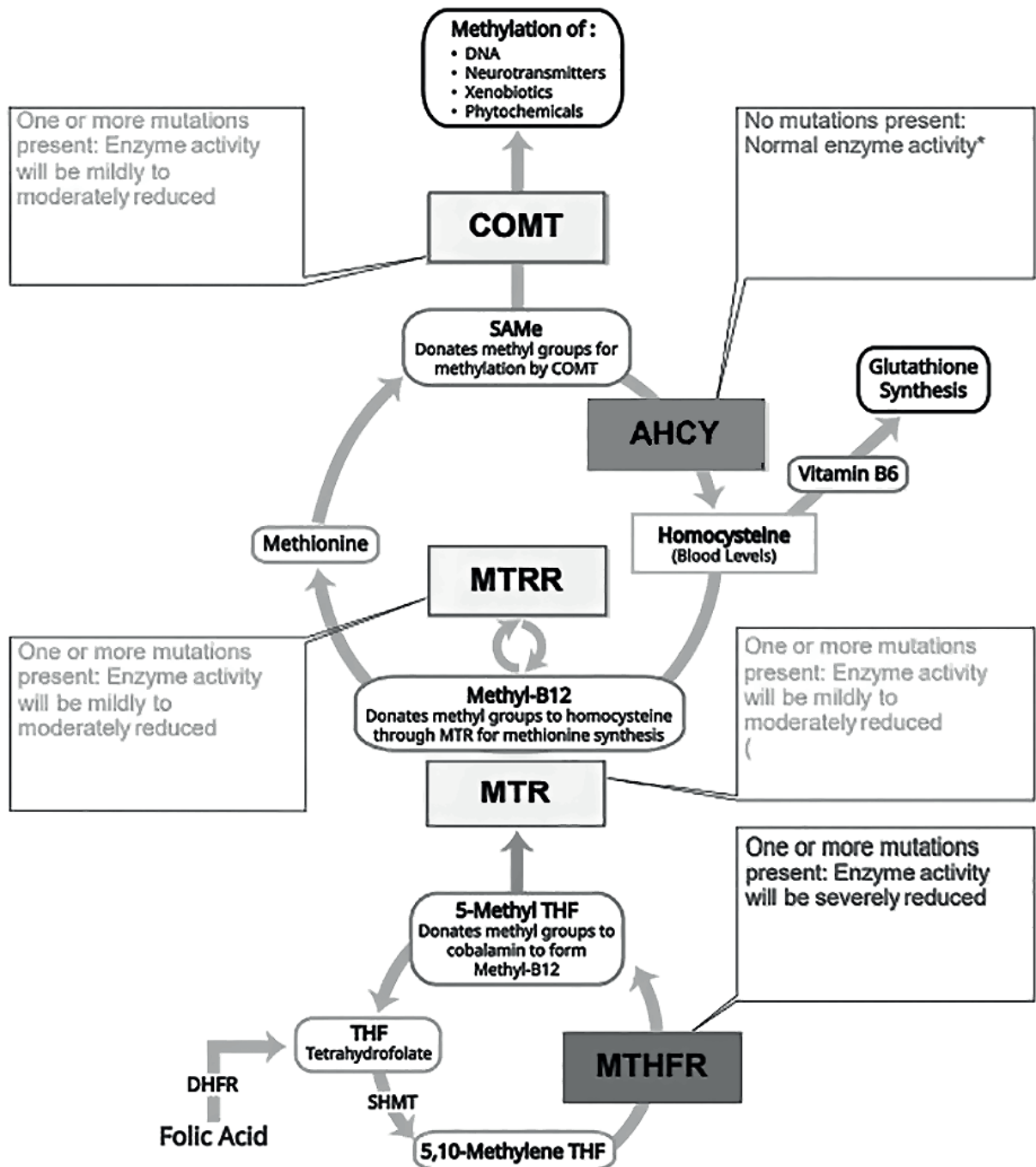
COMT Gene Mutation. Catechol-O-Methyltransferase (COMT) Gene Mutation.

COMT Gene Mutation (G472A): Heterozygous for the mutation.

COMT Gene Mutation (G304A): Mutation not found.

METHYLATION DETOXIFICATION CYCLE

Methylation Detoxification Cycle:



* Note that mutations other than those tested may contribute to the decrease in the enzyme activity.

GENOMIC ASSESSMENTS			
SWAB, Buccal	Result	Range	Units
Advanced MethylDetox Profile			
MTHFR Gene Mutation			

Fig. 1. Sample report of Advanced Methylation Detox

Comment. The patient is heterozygous for the COMT Gene Mutation G472A and negative for the COMT Gene Mutation G304A mutation. Enzyme effectiveness tends to be mildly to moderately reduced.

Degradation of the following substances by methylation tends to be poor: Catechol Estrogens, catechol xenobiotics, dietary phytochemicals, nucleotides, catechol amines (neurotransmitters). Consumption of

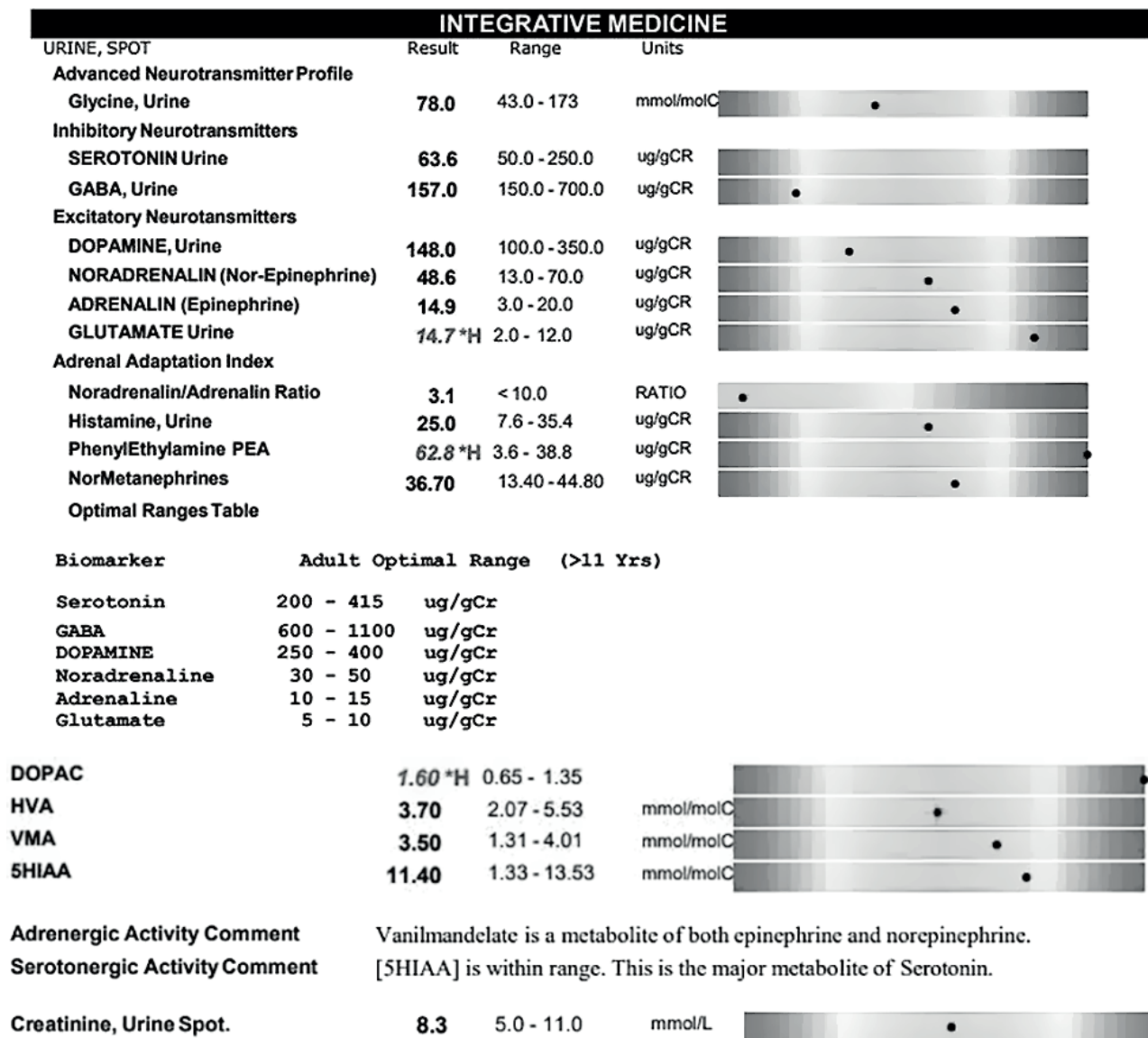


Fig. 2. Sample report of Advanced neurotransmitters test

COMT inhibitors should be reduced (green or black tea, quercetin).

Consider use of SAmE, following review of past history for serotonin syndrome. Genomic Recommendations: SAmE 200 mg—600 mg.

The Neurotransmitters Test. Individuals with an over or under methylation genetic mutations will show imbalanced neurotransmitters in the Neurotransmitters test (Walsh, 2018).

Once this is confirmed, treatment in terms of psychonutritional therapy can be applied to correct the methylation deficits (ibid) and a post therapy Neurotransmitters test can be conducted to verify the effectiveness of the treatment.

Once the neurotransmitters are balanced; a regular retest can be done to ensure the neurotransmitters stay balanced.

Psychology Tests. Psychological tests such as the Personality Assessment Inventory can also be conducted together with the regular neurotransmitters check up to detect any symptom of mental disorders.

With these preventative measures being taken with at risks families we can do much to prevent the onset of chronic mental disorders and minimize much of the high costs associated with them. But in order to implement these measures we need to put together an effective educational program for all stakeholders: parents and other family members, teachers and doctors.

Bibliography

1. Coghlan A. Epigenetic clue to schizophrenia and bipolar disorder. October 1, 2011. Retrieved from New Scientist, URL: <https://www.newscientist.com/article/mg21128323-400-epigenetic-clue-to-schizophrenia-and-bipolar-disorder/> (accessed 12.03.2018).
2. Walsh B. Biochemical Individuality and Nutrition, Bio-balance Health. (2018).

ФАКТОРНЫЕ МОДЕЛИ КОМПЛАЕНТНОСТИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Ястребова В. В., к. м. н.,
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

Приведены результаты исследования по изучению факторов, влияющих на комплаентность больных шизофренией. Построены регрессионные модели, демонстрирующие зависимость приверженности лечению от социально-демографических, клинических, психологических и гендерных особенностей пациентов. Разработана программа психосоциальных вмешательств, способствующих улучшению приверженности лечению на основе психообразования и комплаенс-терапии.

Ключевые слова

Комплаенс, осознание болезни, шизофрения, факторы приверженности, регрессионные модели, комплаенс-терапия.

FACTOR MODELS OF COMPLIANCE IN SCHIZOPHRENIA

Yastrebova V. V., PhD (Medicine),
Mental Health Research Center,
Moscow, Russian Federation

Abstract

The article presents the results of the study of factors associated with the level of compliance of patients with schizophrenia. Regression models are given to demonstrate the impact of clinical and psychological characteristics as well as gender, social and demographic factors of patients' adherence to treatment. The original program of psychosocial intervention is proposed based on psychoeducational approach and compliance therapy, aimed at the improvement of adherence to treatment.

Key words

Compliance, illness awareness, schizophrenia, therapy adherence, regression models, compliance therapy.

Введение. Феномен несоблюдения режима медикаментозного лечения (нонкомплаенс) у больных шизофренией широко распространен и приводит к утяжелению течения заболевания, росту частоты госпитализаций, инвалидизации пациентов и в конечном счете к ухудшению их качества жизни. Сложность проблемы обусловлена тем, что формирование готовности пациента следовать рекомендациям врача, его приверженность, зависит от многих причин: понимания пациентом своего заболевания, клинических, социально-демографических и личностных особенностей пациента [8, 10–12].

Частой причиной, по которой пациенты не соблюдают режим лечения, является ложное, неправильное представление о болезни и лечении. Неполное осознание болезни и необходимости лечения может быть связано как с психопатологическими (снижение способности к критической оценке, нейрокогнитивный дефицит, бредовые симптомы, негативная симптоматика), так и с психологическими факторами (отрицание факта тяжелого психического заболевания, защита от негативной самооценки, самостигматизация) [2]. Влияние на приверженность лечению больных зачастую

оказывают семейное окружение, бытовые и принятые в семье трактовки заболевания.

Изучение проблемы приверженности является надежной основой для оптимизации и планирования помощи психически больным и улучшения ее качества и эффективности.

Цель исследования. Целью исследования было построение факторных моделей, позволяющих среди множества причин выявить факторы, повышающие и снижающие комплаенс пациентов, в зависимости от осознания болезни и необходимости лечения, клинических и социально-демографических особенностей.

Материал и методы исследования. В исследовании участвовали 107 пациентов с диагнозами шизофрении, шизоаффективного и шизотипического расстройств, соответствующих критериям МКБ-10, а также 105 членов их семей. Обследование проводилось на базе ПНД № 18 ГБУЗ «ПБ № 14 ДЗМ».

В исследовании использована батарея из 12 клинических и психологических опросников и шкал: осознание болезни при психозе (M. Birchwood et al., 1994), отношение к лекарственным препаратам (T. Hogan et al., 1983), оценка социального функци-

онирования (M. Weissman, S. Bothwell, 1976), шкала мотивации (готовности к изменениям) URICA (E. N. Mc Coimughy, J. O. Prochaska и W. F. Velicer, 1983) и ряд других. Проведен анализ социально-демографических и клинико-эпидемиологических характеристик больных.

Для обработки данных использовались алгоритмы корреляционного и регрессионного анализа, реализованные в среде MS Excel. Статистическая обработка проводилась в два этапа: на первом этапе осуществлялся корреляционный анализ для отбора значимых характеристик для показателя комплаенса (исследовано более 50 клинических, социально-демографических, психологических и иных факторов среды: пол, образование, трудовая занятость, социальная активность, длительность заболевания, число госпитализаций, мотивация, отношение к болезни и лекарствам пациентов и родственников и др.). На втором этапе формировались регрессионные модели комплаенса [4].

Результаты исследования. В исследовании установлено, что уровни понимания пациентами своего состояния и необходимости лечения имеют значимую связь с соблюдением медицинских рекомендаций. Выявлено, что большинство пациентов (71,0%) не в полной мере понимали болезненность своих симптомов, не видели связи болезненных проявлений с наличием психического расстройства, не оценивали симптомы, как проявление психического заболевания. Значительная часть пациентов (63,6%) отрицала наличие у себя психического расстройства. Не осознавали важности медикаментозного лечения и не считали его необходимым 42,0% пациентов. Субъективная оценка этими пациентами своего состояния не соответствовала объективной клинической картине, они демонстрировали отсутствие адекватного суждения о своем заболевании и ожидаемых результатах терапии. Пациенты объясняли свое состояние воздействием внешних факторов, личностными особенностями и другими причинами, были склонны к недооценке тяжести своего состояния и последствий заболевания, к сомнениям в необходимости проводимой терапии [5].

В соответствие со степенью осознания болезни пациенты были разделены на две группы: с *полным осознанием болезни* и с *неполным осознанием заболевания и необходимости лечения*.

Модель комплаенса для группы пациентов с полным осознанием болезни. При оценке комплаенса пациентов с полным осознанием болезни выявлен список значимых факторов: X_1 (длительность болезни), X_2 (возраст), X_3 (частота госпитализаций). Получена линейная регрессионная модель:

$$M_{\text{Кп}} = 12,697 + 0,091 X_1 - 0,134 X_2 + 1,073 X_3$$

(коэффициент надежности $R^2 = 0,72$).

Таким образом, в группе пациентов с полным осознанием болезни факторами, способствующими соблюдению режима медикаментозной терапии, являлись большая длительность болезни и частота госпитализаций. С возрастанием длительности заболевания и частоты госпитализаций возрастала и степень

понимания необходимости длительного лечения, связи госпитализаций с прекращением приема терапии. Отрицательно влиял на комплаенс молодой возраст пациента.

Модель комплаенса для группы пациентов с неполным осознанием болезни. При оценке комплаенса пациентов с неполным осознанием болезни выделены следующие значимые факторы: X_1 (аккуратность приема препаратов), X_2 (возраст), X_3 (образование родственника). Получена линейная регрессионная модель:

$$M_{\text{Кп}} = 4,453 - 3,383 X_1 + 0,141 X_2 - 0,744 X_3$$

(коэффициент надежности $R^2 = 0,95$).

Таким образом, положительное влияние на уровень комплаенса пациентов с неполным осознанием болезни оказывал молодой возраст пациента. Отрицательно влияли на приверженность лечению этой группы невысокое образование родственника и невнимательное отношение с забывчивостью при приеме препаратов. Эти факторы объясняются формализацией субъективного отношения к лечению в силу недопонимания связи ухудшения заболевания и прекращения приема лекарств, возможными предрассудками и мифами в отношении лечения со стороны недостаточно образованных родственников, которые придерживаются взглядов на терапию, принятых в их среде.

Отдельно выделены группы больных по клиническому признаку и сформированы модели комплаенса для каждой группы. Выявлены различия в моделях комплаенса у пациентов с преобладанием в состоянии психотических симптомов и у пациентов с выраженной негативной симптоматикой. Наиболее распространенными в выборке были синдромы психотического регистра: параноидный (16,98%), аффективно-бредовый (15,09%) и галлюцинаторно-бредовый (9,43%). Синдромы негативного спектра в той или иной степени были представлены в состоянии 51,5% пациентов.

Модель комплаенса для группы пациентов с синдромами психотического регистра. Комплаенс пациентов с психотическими симптомами определялся следующими факторами модели: X_1 (мотивация), X_2 (частота госпитализаций), X_3 (длительность болезни). Получена линейная регрессионная модель в зависимости от указанных факторов:

$$M_{\text{Кп}} = 0,387 + 1,552 X_1 + 1,372 X_2 - 0,109 X_3$$

$$(R^2 = 0,95).$$

Модель комплаенса для группы пациентов с негативными симптомами. При оценке комплаенса пациента с преобладанием в состоянии негативной симптоматики выявлен список значимых факторов модели: X_1 (занятость пациента), X_2 (невнимательность при приеме лекарств), X_3 (хорошая социальная адаптация родственника). Построена линейная регрессионная модель:

$$M_{\text{Кп}} = -13,182 + 2,557 X_1 - 1,555 X_2 + 0,186 X_3$$

$$(R^2 = 0,99).$$

Таким образом, исследование показало, что факторы, значимые для комплаенса пациентов, различались в зависимости от клинических характеристик: преобладания симптоматики психотического или дефицитарного регистров, от наличия позитивных или негативных синдромов. Так, для пациентов с преобладанием в состоянии продуктивных симптомов (параноидного и аффективно-бредового) значимыми для соблюдения режима терапии являлись в большей степени характеристики шизофренического процесса — длительность заболевания и частота госпитализаций. По мере купирования продуктивной симптоматики и нарастания негативной комплаентность пациентов в большей степени зависела от социальных и психологических особенностей — социальной и физической активности пациента, его занятости, хорошей социальной адаптации родственников [4].

Помимо этого построены регрессионные модели в зависимости от гендерного фактора. Выявлено, что существуют общие для мужчин и женщин факторы, влияющие на комплаенс, а также гендерные стереотипы в отношении лекарственной терапии. Факторами, повышающими приверженность и у мужчин, и у женщин, являлись: осознание болезни, понимание необходимости лечения, его целей и задач, а также адекватное отношение к заболеванию родственников пациента. Различия в группах формировались за счет следующих факторов: у *пациентов-мужчин* ($R^2 = 0,607$) приверженность повышалась при наличии работы и дохода, а также зрелого возраста пациента; положительно влияли на приверженность партнерские взаимоотношения с врачом.

Для *пациентов-женщин* ($R^2 = 0,504$) положительное влияние на комплаентность оказывали: удовлетворенность качеством оказываемой психиатрической помощи, уровень мотивации (признание проблемы и намерение разрешить ее, желание сохранить позитивные изменения в состоянии, потребность в психотерапевтической помощи для закрепления результатов, полученных в ходе лечения). Снижали приверженность к лечению — у мужчин: негативное от-

ношение членов семьи к приему лекарств и недостаточная их удовлетворенность оказываемой помощью. У женщин приверженность снижали: недостаточная поддержка со стороны родственников, низкий уровень социального функционирования, несформированный терапевтический альянс с врачом.

Для всех групп пациентов был значим фактор мотивации, или готовности к изменениям. Так, большинство пациентов находились на начальной стадии мотивационного процесса, характеризующейся отсутствием готовности к изменениям, непониманием или недооценкой характера своих проблем либо субъективно значимым непризнанием наличия у себя расстройств, которыми следовало бы заниматься. Они не испытывали желания что-либо менять в себе или в ближайшем будущем и не видели смысла в продолжении лечения [3].

Выводы. Факторные регрессионные модели приверженности лечению больных шизофренией позволили разработать комплексный групповой подход, показавший высокую эффективность: сочетание психообразования и метода комплаенс-терапии, базирующейся на принципах мотивационной и когнитивно-поведенческой психотерапии [5, 6, 9]. При проведении психосоциальных мероприятий различные меры должны приниматься в зависимости от причин, вызвавших нарушение приверженности, подход должен быть индивидуализированным и выявленные модели могут помочь в выборе персональных стратегий для каждого пациента. Например, пациентам, эпизодически и неумышленно пропускающим прием препарата вследствие когнитивных или иных психопатологических нарушений, может быть полезна методика поведенческой терапии с использованием напоминаний и специальных знаков. Больным, недостаточно осознающим заболевание в связи с недостатком информированности, полезен психообразовательный подход. Для пациентов, амбивалентно настроенных в отношении лекарственной терапии, показано проведение мотивационных собеседований или комбинации психообразовательного и мотивационного подходов.

Библиографический список

1. Бабин С. М., Шлафер А. М., Сергеева Н. А. Комплаенс-терапия больных шизофренией // Медицинская психология в России. 2011. № 2 (7).
2. Лутова Н. Б., Петровская И. Н., Вид В. Д. Сознание болезни и комплаенс больных психозами // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. 2014. № 1. С. 10.
3. Сорокин М. Ю., Лутова Н. Б., Вид В. Д. Роль подсистемы мотивации к лечению в общей структуре комплаенса у больных при проведении психофармакотерапии // Журнал неврологии и психиатрии имени С. С. Корсакова. 2016. Т. 116. № 4. С. 32–36.
4. Саати Т. Принятие решений. Метод анализа иерархий / пер. с англ. М.: Радио и связь, 1993. С. 320.
5. Солохина Т. А., Ястребова В. В., Алиева Л. М., Митихина И. А., Машошин А. И. Метод комплаенс-терапии при психосоциальном лечении больных шизофренией: метод. рекомендации. М.: МАКС Пресс, 2017. С. 4–40.
6. Шлафер А. М. Метод комплаенс-терапии в системе лечения больных шизофренией: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. СПб., 2012. С. 26.
7. Ястребова В. В., Солохина Т. А., Митихин В. Г., Алиева Л. М., Машошин А. И. Приверженность лечению больных шизофренией и разработка мер по ее повышению / Психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии. Вып. III / под ред. О. В. Лиманкина, С. М. Бабина. СПб.: Издательство «Таро», 2016. С. 334–341
8. Kane J. M., Kishimoto T., Correll C. U. Несоблюдение режима лечения пациентами с психотическими расстройствами: эпидемиология, предрасполагающие факторы и тактика // World Psychiatry. 2013. V. 12. No. 3. P. 209–218. (Пер. с англ.)

9. Кемп Р., Девид А., Хейворд П. Комплаенс-терапия // Обзор современной психиатрии. 2000. Вып. 5. С. 91–101.
10. Gray R., Leese M., Bindman J. et al. Adherence therapy for people with schizophrenia // Br. J. Psychiatry. 2006. V. 189. P. 508–514.
11. Chandra I. S. Attitudes toward medication and reasons for non-compliance in patients with schizophrenia // Indian J. Psychol. Med. 2014. V. 36. No. 3. P. 294–298.
12. Lutova N., Neznanov N., Wied V. The medication compliance in psychiatry and Behavioral Neurosciences—2009. Nash Barton, ed. Nova Science Publishers, Inc., New York, 2009. P. 399–408.

ПРОФИЛАКТИКА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И ПРОДВИЖЕНИЕ ЦЕННОСТЕЙ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ СРЕДИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

PREVENTION OF MENTAL DISORDERS AND PROMOTION OF MENTAL HEALTH AMONG CHILDREN AND ADOLESCENTS IN THE EDUCATIONAL SETTING

ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ ЛИЧНОЙ АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЕМ СЛУХА

Абольянина С. Р., почетный работник сферы образования Российской Федерации, победитель (II место) I Всероссийского конкурса «Школа — территория здоровья», ГКОУ Ленинградской области «Сясьстройская школа-интернат, реализующая адаптированные образовательные программы», Сясьстрой, Российская Федерация

Аннотация

Школьник с нарушением слуха к моменту окончания учебы имеет знания, сопоставимые со знаниями нормально слышащего сверстника. Но адаптация неслышащего выпускника к новым жизненным условиям будет успешной только при условии высокой психологической готовности к преодолению трудностей, которые создают ограниченные слуховые возможности. Данная статья посвящена проблемам адаптации глухих детей и подростков в социуме. В ней рассмотрены апробированные многолетней практикой основные аспекты деятельности специального психолога по оказанию систематической помощи глухому ребенку на разных этапах школьной жизни, показаны эффективные методы и приемы, способствующие повышению уровня личной адаптации.

Ключевые слова

Адаптация, глухие дети, инклюзия, эмоциональная сфера, эффективное общение, психологические технологии.

RAISING THE LEVEL OF PERSONAL ADAPTATION IN CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH HEARING IMPAIRMENT

Abolyanina S. R., Honored Worker of Education of the Russian Federation, Prize Winner (2nd place) of the 1st All-Russian Competition “School as a Territory of Health”, Syasstroy Boarding School Implementing Adaptation Educational Programs, Syasstroy, Russian Federation

Abstract

By the time of finishing school a hearing-impaired child has the knowledge comparable to that of a hearing age-mate. However, the adaptation of a hearing-impaired school leaver to new living conditions will only be successful if they are psychologically ready to overcome difficulties created by limited hearing abilities. This article is devoted to the issues of integration of acoustically challenged children and adolescents into society. The main aspects of systemic assistance for hearing-impaired children at the different stages of school life are outlined. Effective methods and techniques for improving personal adaptation are demonstrated.

Key words

Adaptation, hearing-impaired child, inclusion, emotional sphere, effective communication, psychological methods.

Обучающиеся с нарушением слуха в связи с особыми образовательными потребностями нуждаются в психологической помощи при освоении ими адаптированной основной общеобразовательной программы. Приоритетным направлением деятельности педагога-психолога в специальной школе является формирование готовности неслышащих школьников к преодолению трудностей, которые создают ограниченные слуховые возможности и проблемы коммуникации в мире слышащих людей. Недостаточно выразительная, не вполне внятная речь глухого ребенка может стать барьером в ситуации общения с незнакомым или малознакомым человеком. Интенсивное психоэмоциональное напряжение при неудачной коммуникации часто превышает индивидуальный порог адаптации, что чревато возникновением серьезных психологических проблем и может привести к негативным последствиям в личностном развитии, препятствующим оптимальному протеканию процессов адаптации личности к новым факторам социальной среды. Многолетний опыт работы в общеобразовательной (коррекционной) школе-интернате показывает: для того чтобы глухой ребенок чувствовал себя комфортно во всех ситуациях, необходимо сопровождать процесс обучения и воспитания, коррекции и развития своевременной психологической помощью. Важно учитывать, что трудности социализации и интеграции в общество ребенка с нарушенным слухом вызывает его специфичное развитие, обусловленное, как показано в работах Н. Г. Граш, Н. Г. Морозовой, М. И. Никитиной, Т. В. Розановой и др., неполноценностью эмоционального и речевого общения с окружающими людьми [5].

Ученики ГКОУ ЛО «Сясьстройская школа-интернат» получают хорошие знания, готовятся к государственной итоговой аттестации (ГИА) и успешно сдают экзамены, занимаются спортом и укрепляют здоровье, увлекаются исследованиями, раскрывают творческие способности, занимаясь изобразительной деятельностью, 3D-моделированием и хореографией. Наверное, школа, каких много, и вместе с тем — особенная, уникальная! Многие десятилетия это была школа для глухих детей — старейшая школа России, созданная в 1934 году. Школа, взрастившая не одно поколение достойных граждан своей страны и по праву гордящаяся своими выпускниками. Школа, в которой умеют сочетать традиции и инновации. С 2005 года в ней наряду с глухими детьми стали обучаться слышащие дети как с ограничениями здоровья, так и имеющие особый социальный статус — дети-сироты, дети, оставшиеся без попечения родителей. Школа являлась экспериментальной площадкой РГПУ им. А. И. Герцена — разработчика Федерального государственного образовательного стандарта для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья (ФГОС ОВЗ). Механизм внедрения ФГОС ОВЗ, который апробировался и реализуется в нашей школе, внес определенные коррек-

тивы в систему психолого-педагогического сопровождения, но то, что подтвердило свою эффективность, важно сохранять.

Инклюзия, применительно к данному случаю «инклюзия наоборот», так как на базе коррекционной школы-интерната реализуются адаптированные образовательные программы по нескольким вариантам, создает условия для развития адаптационного потенциала всех детей и, безусловно, глухих обучающихся. На переменах, внеклассных занятиях, во время экскурсий и поездок педагогами создаются преднамеренные ситуации общения. Между детьми возникает и развивается спонтанная естественная коммуникация, в том числе и речевая. Наряду с этим большую пользу для личной адаптации глухих школьников приносят совместные групповые занятия со сверстниками с сохранным слухом, организуемые педагогом-психологом [2].

Однако большинство существующих программ и тренингов затруднительно применить при работе с глухими детьми, поэтому необходимо разрабатывать собственные. Школьному психологу важно знать психологические особенности неслышащих обучающихся, владеть специальными сурдопедагогическими методами и приемами, специфическими вспомогательными средствами общения — дактильной азбукой и жесто-мимической речью. На психокоррекционных занятиях наиболее эффективно развитие школьников с нарушенным слухом происходит в условиях специально организованной деятельности. Особая значимость искусственно созданных ситуаций заключается в подготовке глухих детей к решению жизненных проблем, которая осуществляется через применение психолого-педагогических технологий, содержащих различные методы и приемы во всевозможных комбинациях и модификациях. Это и игровые, и информационно-коммуникативные, а также ряд других технологий.

Игровая технология реализуется посредством методов, разработанных Е. Г. Речицкой, И. А. Михаленковой, М. И. Чистяковой, — собственно игровые методы; Т. Д. Зинкевич-Евстигнеевой, Т. М. Грабенко, Л. В. Баряевой, А. В. Семенович, — методы песочной терапии, телесно-ориентированные и сказкотерапевтические методы.

Психологические сказки способствуют коррекции отклонений в развитии психоэмоциональной сферы и укреплению здоровья младших школьников с нарушенным слухом. Их влияние на детей усиливается в том случае, если сказка становится ответом на значимую, но не вполне понятную злободневную ситуацию. Это может быть и конфликт с одноклассниками, и непонимание поступков окружающих, и обида на взрослых, т. е. все то, что может встревожить и создать психотравмирующую ситуацию, которая часто имеет отдаленные, не всегда осознаваемые, но

тяжелые для неокрепшей психики ребенка последствия [6].

Текст сказки составляется так, чтобы основной смысл ее был доступен каждому глухому ребенку и не отвлекал внешней занимательностью от решения актуальной проблемы. Неслышащим детям легче воспринимать текст слухозрительно, поэтому сказку лучше предъявлять посредством сопряженного чтения, сочетая с показом ярких иллюстраций. Далее важно проверить осмысление содержания прочитанного через аналитическую беседу, предложить детям проиграть ситуацию и помочь исправить ее как в сказке, так и в жизни через использование принципа единства диагностики и коррекции: повторить экспресс-диагностику, проведенную в начале занятия. Примером может служить социометрия: у каждого ребенка своя «звезда», все звезды вместе — созвездие. Если в детском коллективе есть конфликт, «звезда» отвергаемого ребенка окажется в стороне. Осознав причины конфликта, дети смогут простить друг друга.

Так, при взаимодействии с педагогом-психологом и другими детьми у школьников с нарушениями слуха происходит процесс познания своего личностного потенциала, формируются навыки эмоционально-волевой саморегуляции, конструктивного взаимодействия с окружающими, овладение навыками эффективного общения [3].

Компьютерные технологии в работе школьного психолога органично дополняют традиционные методы. Важно, учитывая особенности протекания мыслительных процессов, проводить занятия на основе имеющихся у детей представлений о предметах и их образах. Использование мультимедийных презентаций повышает интерес детей к занятию, способствует более глубокому осмыслению материала и позволяет легче вербализовать его при воспроизведении.

Информационно-компьютерные технологии незаменимы при проведении психологической работы по профориентации учеников средних и старших классов. *Исследования, краткосрочные психологические проекты* — еще один очень продуктивный вид работы. Начиная наблюдать, к примеру, за своим настроением, дети младшего школьного возраста овладевают новым словарем, приобретают привычку следить за своим психофизическим состоянием, учатся самостоятельно корректировать его, улучшать свое самочувствие, приобретают исследовательские навыки. Исследования и самостоятельные выводы, умозаключения в средних классах позволяют подросткам уберечься от различных пагубных воздействий, по-

могают формировать осознанные установки на здоровый образ жизни. По мере взросления необходимо предоставлять детям и подросткам больше самостоятельности, поэтому старшеклассникам предлагается разрабатывать проекты на значимые для них темы по собственному выбору. Выпускникам интересны мини-проекты, посвященные тому, как укрепить здоровье при подготовке к ГИА, как сохранить бодрость на экзаменах. Наиболее одаренным и активным школьникам с нарушенным слухом доступна более глубокая исследовательская работа и защита проектов на международной конференции старшеклассников и студентов в секции «Педагогика и психология». *Психологическая поддержка профессионального самоопределения* неслышащих школьников наиболее успешно проводится посредством тренинговых занятий по формированию психологической компетентности подростка, развитию навыков адаптивного поведения и преодоления проблемных ситуаций [4].

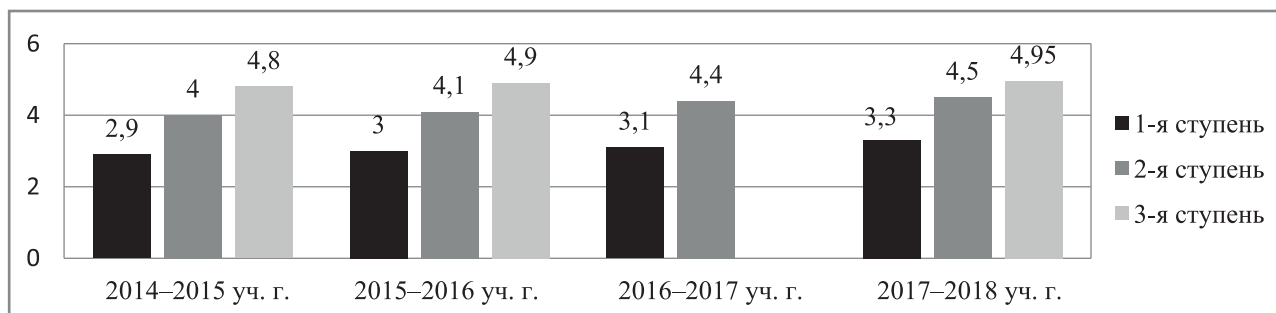
Ежегодные исследования позволяют фиксировать уровень эмоционально-психической организации личности, психологического здоровья обучающихся, главным критерием которого является адаптация ребенка к социуму. Отмечается рост таких наиболее важных для неслышащих школьников показателей эмоционального здоровья, как понимание своих чувств и адекватность их выражения вербальными и невербальными средствами, понимание эмоциональных состояний других людей и учет этих знаний в своем поведении, инициативность в общении и взаимодействии. В таблице отражена выявленная во всех классах положительная динамика уровня эмоционального здоровья.

Отслеживание с 2014—2015 учебного года итогов овладения обучающимися с нарушением слуха компонентов жизненной компетенции, заложенных в ФГОС ОВЗ и обеспечивающих развитие их отношений с окружением в настоящем, позволило выявить положительную динамику, наглядно представленную в диаграмме (см. рисунок).

Как показывают результаты диагностики в выпускных классах, большинство обучающихся имеют достаточный адаптивный уровень, лишь изредка проявляя ситуативную тревожность, с которой умеют справляться. В процессе психологической подготовки к государственной итоговой аттестации выпускники достигают такого уровня стрессоустойчивости и стабильности эмоционального состояния, который позволяет им успешно сдавать экзамены в форме государственных выпускных экзаменов.

Эмоциональное здоровье обучающихся 1–12 классов

Ступень	Классы	Уровень эмоционального здоровья (%) по уч. годам			
		2014–15	2015–16	2016–2017	2017–2018
НОО	2–4	58	61	62	64
ООО	5–9	74	76	76	79
СОО	11–12	88	90	—	90
2–12 классы		Динамика положительная			



Динамика развития жизненной компетенции

Анализ результатов профдиагностики показывает, что у выпускников выработано сознательное отношение к труду, сформирована профессиональная направленность, профессиональное самоопределение осуществляется с учетом своих слуховых и речевых возможностей.

Таким образом, благодаря методикам, целесообразно выбранным и адаптированным к нуждам обучающихся с нарушенным слухом, отмечаются следующие положительные показатели: укрепление эмоционального здоровья; достаточный уровень психологической готовности к переходу на следующую ступень обучения, к государственной итоговой аттестации, к профессиональному самоопределению. Это свидетель-

ствует об улучшении адаптационных возможностей детей и подростков. В заключение важно подчеркнуть, что опыт работы по реализации идеи приоритетности психологического здоровья школьников с нарушениями слуха, несомненно, следует совершенствовать на основании анализа показателей психологической работы, а также исходя из критериев определения эффективности деятельности педагога-психолога в условиях реализации ФГОС ОВЗ; необходимо продолжать работу по методическому обеспечению психологической составляющей коррекционно-развивающего образовательного процесса, повышению эффективности форм работы через сотрудничество, сотворчество всех участников образовательного процесса.

Библиографический список

1. Богданова Т. Г. Сурдопсихология. М.: Академия, 2002.
2. Гаврилина К. Л. Создание оптимальных условий для инклюзивного обучения детей с ОВР // Современные ориентиры развития системы образования детей с ОВР: матер. науч.-практ. семинара, 19 октября, Санкт-Петербург, 2012 г. / науч. ред. проф. д. псих. н. Ю. Т. Матасов. СПб.: ЛОИРО, 2012.
3. Грабенко Т. М., Михаленкова И. А. Эмоциональное развитие слабослышащих школьников: диагностика и коррекция. СПб.: Речь, 2008.
4. Пенин Г. Н. Профессиональное самоопределение и развитие глухих школьников // Реабилитация. Образование. Развитие: учеб.-методич. сборник школы-интерната № 1 для глухих детей. СПб.: НМД ВРУО, 1998.
5. Слюсарева Е. С. Психологические барьеры интеграции лиц с ограниченными возможностями здоровья // Специальное образование: материалы VII Междунар. науч. конф. 21–22 апреля 2011 г. / под общ. ред. проф. В. Н. Скворцова. СПб.: ЛГУ им. А. С. Пушкина, 2010.
6. Тренинг по сказкотерапии // Сборник программ по сказкотерапии / под ред. Т. Д. Зинкевич-Евстигнеевой. СПб.: Речь, 2004.

ОПТИМИСТИЧЕСКОЕ МИРОВОЗЗРЕНИЕ ПЕДАГОГА КАК ОСНОВА ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ В СИСТЕМЕ ОБРАЗОВАНИЯ

Алеева Л. В.,

Ресурсно-внедренческий центр, МАДОУ № 13,

Брюханцева Н. В., к. ф. н.,

Всероссийская общественная организация «Педагогическое общество России»,
Томск, Российская Федерация

Аннотация

В статье утверждается ценность оптимистического мировоззрения в системе современного образования. На примере деятельности дошкольного учреждения представлены возможные пути в реализации новых подходов для совершенствования не только образовательного процесса, но и создания условий для развития

личности педагога. Поиск определен межинтеграционными связями в процессе реализации проекта «Аксиологическое акме педагога». Доказывается тесная связь форм деятельности, конкретной практики педагога с развитием его мировоззренческих ориентаций, широким гуманитарным кругозором. Управление данной организации строится с учетом темы научного исследования, т. е. опирается на подлинные ценности в педагогической деятельности — нравственность, социальные, личностные идеалы, оптимистическое мировоззрение.

Ключевые слова

Оптимистическое мировоззрение, педагог, личность, инновационный проект, ценности, идеалы, акмеология, аксиология.

POSITIVE ATTITUDE AND HIGH PERSONAL VALUES IN TEACHERS AS A FOUNDATION OF SUCCESSFUL MENTAL HEALTH EDUCATION

Aleeva L. V.,

Resource Implementation Center, Municipal Autonomous Pre-School Educational Institution
No. 13,

Bryukhantseva N. V., PhD (Philosophy),

Department of Philosophy, All-Russian Public Organization
“Pedagogical Society of Russia”,
Tomsk, Russian Federation

Abstract

The article affirms the value of an optimistic outlook in modern education. A case study of the activities at a pre-school demonstrates new approaches for improving both the educational processes and the professional development of teachers. The project “Teacher’s Axiological Acme” investigates the connection between the professional activity and the moral views of a teacher. It is based on the values of the teacher: personal integrity, personal and social ideals, and optimism.

Key words

Optimistic outlook, teacher, personality, innovative project, values, ideals, acmeology, axiology.

Ценность оптимистического мировоззрения в системе образования не всегда очевидна, тем не менее, — невероятно важна. Значимость понимания, что такое оптимизм, какое влияние он оказывает на мировоззрение, в состоянии осознать только человек взрослый — педагог на любом уровне образования. Мы уверены, что переоценить роль оптимистического мировоззрения на первой ступени образования — образовании дошкольном — невозможно. Оптимизм педагога-дошкольника является залогом успешности будущего гражданина.

Система дошкольного образования на сегодняшний день решает задачи активного развития личности ребенка и подготовки его к жизни. В сфере профессиональной подготовки педагогов системы дошкольного образования достигнут высокий уровень, но в плане совершенствования личностных, ценностных, мировоззренческих установок в условиях постоянно изменяющегося информационного общества предстоит сделать не меньше. Поэтому нас интересует не только развитие личности дошкольника, но и соответствующее современным изменениям в жизни социума развитие, личности педагога, поскольку уровень, качество, потребности и мотивы его развития и самосовершенствования непосредственно оказывают воздействие на детей, их родителей, членов их семей и общество в целом.

Проблема личности, ее совершенствования и становления не нова. Ею занимались и продолжают заниматься огромное количество исследователей разных сфер научного знания. Нас интересуют педагогика, психология, философия и даже психиатрия. Мы согласны с утверждением, что воспитание — не только наука, но и искусство. Справедливо считается, что педагогом можно назвать того, кто сам постоянно учится, совершенствуется всю жизнь. Поэтому мы обращаем свое внимание не просто на личность, а на личность педагога дошкольного образовательного учреждения, способного к постоянному развитию. Настоящим педагогом-воспитателем является тот, кто постоянно учится искусству и науке воспитания, постоянно занимается самовоспитанием. Фактически воспитание детей есть только самосовершенствование самих воспитателей. При этом нельзя забывать, что объект воспитания — ребенок — непрерывно растет, развивается, год от года меняются условия воспитания, и все это влечет за собой совершенно неизбежную эволюцию самого педагога.

Каким должен быть педагог дошкольного образовательного учреждения? Естественно, обладать определенными личностными качествами. Круг наших интересов в отношении личности педагога связан с проблемами ее становления, развития, ценностной и ми-

ровозреленческой зрелости в педагогической сфере. Более того, мы представляем изучение особенностей развития личности педагога в тесной связи с развитием личности ребенка и членов его семьи. Круг использованных теоретических источников является достаточно широким, но в процессе исследований он только увеличивается, поскольку нам приходится по «крупинкам» собирать и воедино соединять именно то, что мы пытаемся найти как определяющее модель современной личности педагога информационного, эклектичного общества с его особенностями, переплетениями, наложениями и проблемами.

Продолжительность исследований связана с рисками неуспешности внедрения результатов в педагогическую практику. Сложность заключается в том, что заявленные нами инновационные материалы имеют мировоззренческий характер, где важны целостность оптимистического мировоззрения и ценности личности. Изменения в мировоззрении педагога влекут в обязательном порядке естественные изменения в мировоззрении воспитанников, их родителей, членов семьи, а в будущем — социума.

Вопросы о цене и ценности образования, цене и ценности личности сегодня не праздные и не являются абстрактными. Личностные результаты образования — одно из наиболее важных понятий федеральных государственных образовательных стандартов нового поколения. Введение этого словосочетания высвечивает центральный механизм, через действие которого образование на каждом уровне реализует свою социокультурную функцию, определяет свою значимость. Фактически сегодня, как, впрочем, и всегда образование должно выступать как в роли ведущей социальной деятельности общества, порождающей гражданскую идентичность и формирующей менталитет нации, ценности, социальные нормы поведения отдельных личностей, больших и малых социальных групп. Прагматика социально-экономического развития предполагает не просто компетентного человека, а личность с его ценностями, идеалами, идентичностью, которая готова решать современные задачи в рамках социальных институтов, созданных цивилизацией.

Однако личностные результаты образования — одно из наиболее сложных и наименее проясненных понятий, что очень затрудняет его практическое осознание, проверку и широкое использование в системе образования.

Нас интересует вопрос развития личности педагога на всех уровнях образования, но на первом уровне — образовании дошкольном — особенно. Очевидно, что личность педагога на данном уровне влияет на личность воспитанника особенно мощно, но отсутствие общепринятой системы измерителей не позволяет получить однозначные данные о том, каково это влияние. Педагогами МАДОУ № 13 города Томска и в 2014 году был создан и открыт инновационный проект «Аксиологическое акме педагога». В результате формирования проекта стало понятно, что особую роль в научно-исследовательской деятельности приобретают управленческие знания и навыки, поскольку велика профессиональная занятость педагогического

коллектива, а дополнительная работа по собственному совершенствованию также требует времени, энергии, знаний.

Этапы формирования современной концепции управления человеческими ресурсами были нами изучены для использования технологий в управлении особыми человеческими ресурсами — педагогическими. В педагогическом коллективе используются фактически все концепции, выработанные еще в начале XX века. Концепция научного управления — «Человек — элемент системы», концепция административного управления — «Экономический человек», концепция человеческих отношений — «Психологический человек», концепция социализации — «Профессиональный человек», концепция ориентации на изменяющиеся аспекты внешней среды — «Социальный человек», концепция деловой активности организации — «Развивающийся человек», концепция приоритета управления персоналом — «Предприимчивый человек». Фактически за несколько лет работы наш коллектив создал свою концепцию управления в дошкольном образовании — «Образовывающий человек».

В полном объеме рассмотреть личностные результаты педагога в дошкольном образовании в теоретическом контексте на основании оптимистического мировоззрения — научная задача большого масштаба. Пока мы остановились на одном направлении — аспекте личностных результатов педагогов дошкольного образования, ценностных ориентирах и идеалах, если таковые имеются.

Что превращает человеческие отношения в продуктивное сотрудничество? Как сделать педагога конгруэнтным к любому воспитаннику, студенту, коллеге? Вопросы не праздные, а жизненно важные, поскольку в нашем эклектичном мире возникает масса проблем по причине несочетаемости важных компонентов целостных структур. По существу, любой педагог становится *искателем возможностей* собственной личности. Понятно, что прежде всего он должен сам найти в себе эти возможности. Если такие возможности обнаружены, то появляется уверенность в том, что педагог становится ключевой фигурой образовательного процесса. Если в педагоге сочетаются педагогические способности и возможности влияния на личность, способности эффективно овладевать и применять разнообразные и современные технологии, его перспективы безграничны. Но важно осознать, что педагог способен интегрировать новые знания о важности и целостности мироздания, возможностях и ответственности человека и человечества на основе общечеловеческих ценностей и оптимистического мировоззрения как бы сложно это не казалось. Понятно, что это идеальный вариант педагогической деятельности и творчества, но уверены, что к идеалу нужно стремиться, объяснять и доказывать на примерах, как это работает в действительности, что с чем связано, в чем причины проблем и достижений, а что является следствием действия. Фактически это может стать базовыми знаниями для педагогической профессии и разных видов деятельности человека в социуме.

Библиографический список

1. Балханов В. А. Современная наука в поисках мировоззренческих оснований // Вестник Бурятского университета. Улан Удэ. 1997. Сер. 5. 162 с.
2. Бехтерев В. М. Внушение и его роль в общественной жизни. СПб.: Питер, 2001. 256 с.
3. Брюханцева Н. В. Возможности фантазии и перспективы идеала. Томск: Изд-во ТГУ, 2006. 134 с.
4. Гиренок Ф. Удовольствие мыслить иначе. М.: Академический проспект; Фонд «Мир», 2010. 235 с.
5. Соммер Д. С. Мораль XXI века. М.: Кодекс, 2014. 480 с.
6. Смирнов С. А. Мастерская педагога-гуманитария. Философские и педагогические очерки. Новосибирск: АО «Офсет», 1995. 158 с.
7. Ушаков Д. В. Интеллект, ценности и процветание наций: как измерить отдачу образования. М.: Федеральный институт развития образования: Издательство «Национальное образование», 2016. 136 с.
8. Хорни К. Невротическая личность нашего времени. СПб.: Питер, 2002. 224 с.
9. Хван В., Хоровит Г. Тропический лес. Секрет создания следующей Силиконовой долины. Томск: Изд-во Томского государственного университета управления и радиоэлектроники, 2012. 331 с.
10. Швейцер А. Культура и этика. М.: Прогресс, 1973. 343 с.
11. Щедровицкий П. Г. Очерки по философии образования (статьи и лекции) М.: Педагогический центр «Эксперимент», 1993. 154 с.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ КАК НЕОТЪЕМЛЕМОЕ УСЛОВИЕ УКРЕПЛЕНИЯ ИХ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ*

Бабкина Н. В., д. псих. н., доцент,
ФГБНУ «Институт коррекционной педагогики Российской академии образования»,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

Статья посвящена психологическому сопровождению детей с задержкой психического развития (ЗПР) в современной образовательной среде. Обоснована необходимость проектирования специальных условий образования детей с ЗПР в соответствии с вариантами развития внутри данного вида психического дизонтогенеза. Проанализированы основные направления деятельности психолога, обеспечивающего сопровождение детей с ЗПР в условиях инклюзии, способствующие укреплению психического здоровья школьников.

Ключевые слова

Дети с задержкой психического развития (ЗПР), инклюзивное образование, психологическое сопровождение, комплексная психолого-медико-педагогическая помощь, формирование жизненных компетенций.

PSYCHOLOGICAL SUPPORT IN EDUCATION OF CHILDREN WITH MENTAL DEVELOPMENT DELAY AS A FOUNDATION FOR STRENGTHENING THEIR MENTAL HEALTH

Babkina N. V., Psy. D., Associate Professor,
Institute of Special Education of the Russian Academy of Education,
Moscow, Russian Federation

Abstract

The article addresses the issue of psychological support for children with mental development delay (MDD) in a modern educational environment. The author argues that it is necessary to design a special educational environment for children with MDD suited to developmental variations within this kind of mental dysontogenesis. The article provides an analysis of the focal points of psychological work aimed at supporting children with MDD in inclusive environments and strengthening their mental health.

* Исследование выполнено в рамках Государственного задания Минобрнауки РФ ФГБНУ «ИКП РАО» (№ 25.8968.2017/8.9 «Современная система медико-психолого-педагогической помощи детям с ОВЗ дошкольного и школьного возраста»).

Key words

Children with mental development delay (MDD), inclusive education, psychological support, comprehensive psychological, medical and pedagogical assistance, developing life competencies.

Изменения социально-экономической ситуации в России, принятие новых законодательных актов в сфере образования диктуют необходимость не только корректировки его целей, но и совершенствования психологического обеспечения образовательной деятельности с учетом новых требований к содержанию и психолого-педагогическим условиям реализации образовательных программ. В «Концепции развития психологической службы в системе образования в Российской Федерации на период до 2025 года» указывается, что «целью деятельности Службы должно стать профессиональное (психологическое, психолого-педагогическое, социальное) обеспечение решения стратегических задач развития образования, направленное на *сохранение и укрепление здоровья обучающихся, снижение рисков их дезадаптации, негативной социализации*» [7, с. 5].

Для достижения этой стратегической цели применительно к образованию детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) необходимы, прежде всего, создание условий, способствующих сохранению и укреплению психологического и психического здоровья и развитию обучающихся, оказание им психологической поддержки; психологическое сопровождение процессов коррекционно-развивающего воспитания, обучения, социальной адаптации и социализации обучающихся, находящихся в различных образовательных условиях, средах и структурах, в том числе определение для каждого ребенка с ОВЗ образовательного маршрута, соответствующего его возможностям и образовательным потребностям [7, с. 6].

Среди детей с ОВЗ самую большую и разнородную группу составляют дети с задержкой психического развития (ЗПР), характеризующиеся, в силу различных этиологических факторов (органической и/или функциональной недостаточности центральной нервной системы, неблагоприятных условий воспитания и др.), сниженной познавательной активностью, отставанием в общем интеллектуальном развитии, пониженной обучаемостью и умственной работоспособностью, трудностями в организации учебной деятельности и/или поведения, неполноценностью социальных коммуникаций. Результаты комплексных клинико-психолого-педагогических исследований свидетельствуют о наличии у значительной части этих детей сопутствующих психоневрологических расстройств [4].

Иллюзорное представление о том, что дети с ЗПР относятся к наиболее легкой и «самокомпенсирующейся» категории детей с нарушениями развития (по сравнению, например, с учениками, страдающими расстройствами аутистического спектра, нарушениями зрения или слуха и т. д.), зачастую приводит к игнорированию необходимости создания *специальных условий воспитания и обучения*, удовлетворяющих их особые образовательные потребности.

Именно этим во многом объясняются недостаточная эффективность обучения детей в условиях инклюзии, а также проблемы с их психическим здоровьем и постшкольной социализацией, отмечаемые рядом исследователей и практиков [1, 5, 8].

В Концепции специального федерального государственного образовательного стандарта для обучающихся с ОВЗ, разработанной в Институте коррекционной педагогики РАО, обосновывается необходимость дифференцированного подхода к определению условий и содержания образования детей с ОВЗ и с ЗПР в частности. Лишь на основе такого подхода возможны успешная компенсации нарушений в развитии и профилактика вторичных отклонений.

Таким образом, для каждого ребенка с ЗПР к моменту его поступления в школу должны быть обособленно определены образовательный маршрут и образовательная среда, соответствующие качественным характеристикам и уровню его развития. Подчеркнем, что этот уровень определяется не только нозологическим диагнозом (т. е. характером и степенью выраженности первичного нарушения), но и качеством предшествующего (раннего и дошкольного) обучения и воспитания [2, 3, 9].

Широкий диапазон выраженности нарушений внутри рассматриваемого вида психического дизонтогенеза обуславливает необходимость дифференциации образовательных условий в зависимости от типологического варианта задержанного развития. Нами выделены и описаны три типологических варианта, условно соотносимые с выраженностью задержанного развития к началу школьного обучения (легкая, умеренная, выраженная) [3, 9] и позволяющие проектировать дифференцированную систему психологического сопровождения детей с ЗПР в различных образовательных средах (инклюзивной и специальной).

Психологическое сопровождение мы понимаем как планомерную реализацию основных видов профессиональной деятельности психолога (диагностической, коррекционно-развивающей, экспертно-консультативной), дифференцированных в соответствии с актуальными задачами современной образовательной практики и способствующих в своей совокупности успешному обучению и развитию каждого ребенка с ЗПР.

Кратко обозначим направления деятельности психолога в решении задач сохранения и укрепления психологического и психического здоровья при реализации каждого из указанных видов деятельности.

Результаты *психологической диагностики* в структуре комплексного обследования ученика с ЗПР в совокупности с результатами анализа социальной ситуации его развития и условий семейного воспитания формируют опору для системного разностороннего контроля динамики развития детей, анализа и оценки успешности коррекционно-педагогической

работы и соответствия выбранного образовательного маршрута возможностям и потребностям ребенка. При этом коллегиальное обсуждение результатов обследования всеми специалистами психолого-медико-педагогического консилиума (ПМПк) позволяет выработать единое представление о характере и особенностях развития ребенка, определить общий прогноз его дальнейшего развития, комплекс необходимых коррекционно-развивающих мероприятий и разработать *согласованную программу* действий. Таким образом, на основе данных психологической диагностики в рамках сопровождения детей с ЗПР появляется возможность реализации дифференцированного (индивидуализированного) подхода:

- к определению образовательных и компенсаторных возможностей детей с ЗПР, уточнению психологического содержания их особых образовательных потребностей;
- к выбору образовательного маршрута, определяющего специальные условия образования;
- к выделению приоритетных целей коррекционной работы;
- к определению задач и сфер взаимодействия с педагогами, врачами и родителями;
- к осуществлению мониторинга развития ребенка.

Коррекционно-развивающая деятельность в рамках психологического сопровождения ребенка с ЗПР в условиях образования включает: выбор специальных методик и дифференцированных программ коррекционно-развивающих курсов в соответствии с результатами диагностического обследования; проведение индивидуальных и групповых психокоррекционных занятий, направленных на компенсацию выявленных у ребенка нарушений и формирование сферы жизненной компетенции [2]. Основные направления коррекционной работы, определяемые спецификой психической деятельности, поведения и социально-эмоционального развития данной категории детей, предусматривают развитие эмоционально-личностной сферы и коррекцию ее недостатков; развитие познавательной сферы и целенаправленное формирование высших психических функций; формирование произвольной регуляции деятельности и поведения; формирование сферы социальных коммуникаций.

Экспертно-консультативная и координационная деятельность психолога рассматривается нами как деятельность, интегрирующая результаты диагностического обследования детей с ЗПР и коррекционной работы и способствующая продуктивной координации усилий основных субъектов сопровождения (в том числе родителей детей с ЗПР). Она включает: психологическое просвещение и консультирование педагогов; организацию продуктивного взаимодействия с родителями; комплексный мониторинг развития ребенка; экспертную деятельность по оценке адекватности выбранного образовательного маршрута и его корректировке; экспертизу образовательной среды с точки зрения ее соответствия особым образовательным потребностям школьника; координацию взаимо-

действия с психолого-медико-педагогической комиссией и ресурсными центрами.

Задачи, содержание и методы работы психолога с педагогами и родителями дифференцируются в зависимости от варианта развития ребенка и условий его обучения [3, 10]. В частности, у большинства педагогов общего образования отсутствуют необходимые знания и представления об особенностях детей с ЗПР, определяющих трудности их обучения и школьного поведения. Основными задачами психологического консультирования здесь являются раскрытие особенностей развития когнитивной, эмоциональной, поведенческой сфер личности ребенка с ЗПР, совместное определение способов компенсации трудностей, выработка наиболее адекватных путей взаимодействия учителя с ребенком в процессе учебных занятий. Важной задачей является обучение педагога целенаправленному наблюдению за ребенком, своевременной фиксации тех или иных трудностей и своевременному обращению за помощью к психологу. В значительной мере в подобном консультировании нуждаются и педагоги-дефектологи, владеющие специальными методами обучения, но далеко не всегда способные верно оценить источники и механизмы учебных затруднений детей с ЗПР или трудностей усвоения ими школьных норм поведения. Задачи психолога по отношению к родителям школьника с ЗПР — помощь в адекватном оценивании возможностей своего ребенка, понимании его трудностей и определении ресурсов в решении поставленных задач обучения и воспитания; повышение мотивации семьи к сотрудничеству со школьными специалистами.

Осуществление *экспертной деятельности* проводится на междисциплинарной основе с участием всех специалистов ПМПк образовательной организации. Результатом такой работы является мониторинг продвижения ребенка в усвоении академических знаний и формировании сферы жизненной компетенции. Это позволяет, с одной стороны, оценивать *адекватность выбранного образовательного маршрута* и при необходимости вносить в него корректировки, а с другой — предоставлять администрации образовательной организации *объективную информацию*, позволяющую осуществлять анализ воздействия традиционных и инновационных образовательных и психолого-педагогических технологий не только на качество обучения, но и на личностные изменения школьников, их психическое здоровье и психологическое благополучие.

Еще одно направление экспертной деятельности психолога — психологическая экспертиза *соответствия* образовательной среды *особым образовательным потребностям* и индивидуальным особенностям обучающихся с ЗПР; защита ребенка от деструктивного воспитательного и психологического влияния, обеспечение школьнику субъективного ощущения комфорта и уверенности в своих силах.

Вышеописанные направления деятельности психолога в рамках сопровождения образования детей с ЗПР являются неотъемлемым условием сохранения и

укрепления психического здоровья школьников, профилактики дезадаптивного и противоправного поведения, успешной интеграции в социум.

В заключение отметим, что вопрос сохранения и укрепления психического здоровья в настоящее время

весьма актуален и при обучении детей с условно нормативным развитием [6]. Полагаем, что разработанные нами концептуальные подходы к проектированию психологического сопровождения окажутся полезными и для практики массового образования.

Библиографический список

1. Бабкина Н. В. Жизненные компетенции как неотъемлемая составляющая содержания образования детей с задержкой психического развития [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2017. Т. 6. № 1. С. 138–156. DOI: 10.17759/cpse.2017060109.
2. Бабкина Н. В. Основные направления и содержание коррекционной работы с младшими школьниками с задержкой психического развития // Дефектология. 2016. № 2. С. 53–59.
3. Бабкина Н. В. Психологическое сопровождение младших школьников с задержкой психического развития: дисс. ... д-ра психол. наук. М., 2017. 263 с.
4. Дробинская А. О. Диагностика нарушений развития у детей: клинические аспекты. М.: Школьная пресса, 2006. 80 с.
5. Инденбаум Е. Л. К чему приводит стихийная инклюзия // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. 2013. № 4. С. 33–38.
6. Карбанова О. А. Образовательная среда школы: риски и ресурсы психического и психологического здоровья и развития детей и подростков // Психическое здоровье человека XXI века: сб. науч. статей по материалам Конгресса «Психическое здоровье человека XXI века». М.: ИД «Городец», 2016. С. 51–53.
7. Концепция развития психологической службы в системе образования в Российской Федерации на период до 2025 года (утв. Минобрнауки России от 19.12.2017). URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_287411/ (дата обращения: 20.01.2018).
8. Коробейников И. А. Нарушения развития и социальная адаптация. М.: ПЕР СЭ, 2002. 192 с.
9. Коробейников И. А., Бабкина Н. В. Дифференциация образовательных потребностей как основа дифференцированных условий образования детей с ЗПР // Дефектология. 2017. № 2. С. 3–13.
10. Коробейников И. А., Бабкина Н. В. Консультативный ресурс психологического диагноза при нарушениях психического развития у детей // Консультативная психология и психотерапия. 2017. Т. 25. № 4. С. 11–22. DOI: 10.17759/cpp.2017250402.

РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ АКТУАЛЬНЫХ И ПОТЕНЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ СРЕДИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

Банников Г. С., к. м. н.,

Отделение клинической и профилактической суицидологии Московского НИИ психиатрии — Филиала ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского» Минздрава России,
Центр экстренной психологической помощи ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет»,

Вихрстюк О. В., к. псих. н.,

Центр экстренной психологической помощи ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет»,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

Представлены результаты скрининга потенциальных и актуальных факторов риска суицидального поведения подростков. Выборку составили более 6000 несовершеннолетних в возрасте 13–18 лет. Обследование включало как тестирование (шкалы безнадежности, одиночества, опросник склонности к агрессии Басса–Перри, индекс хорошего самочувствия, опросник личностных расстройств, шкала FACES-3, так и индивидуальные консультации подростков группы риска).

Ключевые слова

Суицидальное поведение, подросток, скрининг, профилактика суицидального поведения.

EARLY RECOGNITION OF ACTUAL AND POTENTIAL RISK FACTORS OF SUICIDAL BEHAVIOR AMONG MINORS

Bannikov G. S., PhD (Medicine),

Department of Clinical and Preventive Suicidology,
Moscow Research Institute of Psychiatry,

V. Serbsky Federal Medical Research Center of Psychiatry and Narcology,
Emergency Psychological Aid Center (CEPA), Moscow State University of Psychology and
Education,

Vikhristyuk O. V., PhD (Psychology),

Emergency Psychological Aid Center (CEPA), Moscow State University of Psychology and
Education,
Moscow, Russian Federation

Abstract

The article presents the results of the screening of potential and actual risk factors of suicide behavior in adolescents. More than 6,000 minors aged between 13 and 18 were given scaled tests. Examples include scales of hopelessness, loneliness, Buss—Perry Aggression questionnaire, well-being index, personality disorders questionnaire and FACES III scales. Afterwards, we were able to direct individual mental health counseling to those of highest risk.

Key words

Suicidal behavior, teenager, screening, prevention of suicidal behavior.

Выявление неспецифических факторов риска суицидального и самоповреждающего поведения в общей популяции с помощью скрининговых процедур является одним из базовых форматов первичной профилактики суицидального риска [8, 9]. В зарубежных программах чаще всего проводят диагностику следующих факторов риска: депрессия, злоупотребление ПАВ, прошлые попытки суицида и случаи самоповреждения. Такие масштабные скрининговые проекты, как Teen Screen, National Survey on Drug Use and Health, WHO European Network on Suicide Prevention, ориентированы на оценку риска суицидального поведения в общей популяции подросткового и юношеского возраста. Оппоненты применения скрининговой системы отмечают вероятность ложноположительных и ложноотрицательных результатов и потенциальный ятрогенный эффект. Однако в масштабном рандомизированном контролируемом исследовании не было выявлено ятрогенного эффекта, повышения дистресса или суицидальных мыслей [2, 7]. Напротив, повышения дистресса для подростков, имеющих суицидальные мысли и намерения, можно ожидать при умолчании этой темы. Однако и сторонники, и противники сходятся в том, что ключевым требованием является наличие системы реагирования и специализированных учреждений, куда можно было бы направить подростков по результатам скрининга. В соответствии с принятыми международными стандартами проведения скрининга, была разработана поэтапная система оценки риска суицидального поведения.

Цель скрининга — первичное выявление обучающихся с признаками актуальных и потенциальных факторов риска развития суицидального поведения.

Теоретико-методологическое обоснование.

Теоретико-методологическое обоснование предлагаемого скрининга: интерперсональная теория суицида [4], модель развития суицидального поведения у подростков [6], когнитивная модель суицидального поведения [10], теория социально-психологической дезадаптации А. Г. Амбрумовой [1].

Методики. Шкала безнадежности (Hopelessness Scale, A. Beck), шкала одиночества (UCLA версия 3, Д. Расселл 1993), опросник склонности к агрессии Басса—Перри (BPAQ, A. H. Buss, M. P. Perry), индекс хорошего самочувствия (WHO-5, Well-Being Index, ВОЗ), опросник личностных расстройств (PDQ-IV, три шкалы: нарциссическая, пограничная и негативистическая, Nyer, 1987), опросник «Шкала семейной адаптации и сплоченности» (FACES-3/тест Олсона). В 2013–2014 гг. Центром экстренной психологической помощи ФГБОУ ВО МГППУ разработан программный продукт с использованием ИКТ-технологий, направленный на выявление актуальных и потенциальных факторов суицидального риска у несовершеннолетних [6].

Организация обследования и дальнейшего психолого-социального сопровождения. Скрининг проводится в два этапа: фронтальное тестирование и индивидуальное обследование обучающихся группы риска.

1-й этап. Тестирование проводится очно, фронтально, в электронном виде с помощью программного продукта «Скрининг актуальных и потенциальных факторов риска развития суицидального поведения у несовершеннолетних». Обследуемым скрининг представляется как плановая оценка их настроения и психологического благополучия. При проведении ана-

лиза результатов скрининга учитывались не только формальные критерии опросников, но и данные по отдельным ключевым для анализа вопросам, выявленные в ходе предыдущих исследований [2, 3].

2-й этап. Специалистами (психолог, клинический психолог, психиатр) проводится диагностическая беседа с обучающимися предварительно выделенной группы риска. По результатам диагностических интервью подтверждается или опровергается принадлежность опрошенных к группе риска: наличие кризисного состояния, самоповреждающего поведения; наличие потенциальных факторов риска социально-психологической дезадаптации.

Результаты первого этапа. Скрининг в период 2013–2017 гг. прошли более 6000 обучающихся образовательных организаций города Москвы, Ленинградской области, Чукотской автономной области. Из общего числа обследованных к условной норме отнесено 63,5% обучающихся; к предположительной группе риска по актуальным и потенциальным факторам — 36,5% опрошенных.

К актуальным факторам риска нами были отнесены следующие показатели: негативные представления о своем прошлом, настоящем и будущем, переживания одиночества, своей ненужности, симптомы депрессии, склонность к неосознаваемой и плохо контролируемой агрессии. По результатам скрининга 15,5% опрошенных демонстрируют умеренную или тяжелую степень переживания безнадежности. По ключевым вопросам методики А. Бека (показатель «безнадежность») группа риска составила 5,6%. У 23,9% респондентов выявлена высокая выраженность переживания одиночества по ключевым вопросам методики Расселла (показатель «одиночество») группа риска уменьшилась до 9,5%. Признаки симптомов депрессии («индекс хорошего самочувствия») наблюдаются у 41,5% опрошенных. Однако такой большой процент объясняется частыми жалобами на недосыпание, тревожность. Группа риска с жалобами на ангедонию и устойчивое снижение настроения составила 11,7%. Тенденции к физической агрессии отмечают 37,9% опрошенных, гневу — 39,0%, враждебности — 41,9%. В связи с тем что в настоящее время «нормы» по данной методике разработаны только для взрослых респондентов, предполагается, что несовершеннолетние могут иметь более высокие показатели по опроснику Басса—Перри в силу низкого уровня дифференциации своих эмоций и стратегий совладания.

К потенциальным факторам риска мы отнесли признаки предварительно выделенных акцентуаций характера и сбалансированность/несбалансированность семейных отношений. Данные скрининга свидетельствуют о наличии у респондентов акцентуаций нарциссического типа — 34,0%, эмоционально-неустойчивого типа — 36,0%, негативистического — 35,0%. Положительно ответили на вопрос о наличии фактов самоповреждающего поведения 12,6% респондентов. Несбалансированность (экстремальный уровень) семейной структуры отмечается у 16,0% опрошенных. По опроснику «Шкала семейной адаптации и сплоченности» (FACES-3/тест Ол-

сона) оценивал уровень семейной сплоченности. Экстремальные уровни обычно рассматриваются как проблематичные, ведущие к нарушениям функционирования семейной системы. Выявлены корреляции между экстремальным уровнем семейной дисфункции, пограничной структурой личности и безнадежностью. Группа риска по ключевым вопросам методики составила 7,5%.

В зависимости от сочетания проявлений потенциальных и актуальных факторов риска выделены четыре группы риска, существенно прогностически различающихся по степени тяжести психического состояния и необходимости экстренного вмешательства (интервенции):

1) группа несовершеннолетних с наличием эпизодов самоповреждающего поведения, а также с высокими показателями по параметрам «безнадежность», «одиночество», «депрессия» — 12,5%;

2) группа несовершеннолетних без эпизодов самоповреждений, но с высокими показателями по параметрам «безнадежность», «одиночество», «депрессия» в сочетании с признаками акцентуаций характера — 16,4%;

3) группа несовершеннолетних с сочетанием признаков агрессивности и акцентуаций характера — 18,7%;

4) группа несовершеннолетних с эпизодами самоповреждающего поведения, но без признаков неблагополучия в других областях — 10,0%.

Результаты второго этапа исследования. Для подтверждения данных скрининга с 225 подростками (в том числе в составе семьи) предварительно группы риска были проведены индивидуальные диагностические интервью. Интервью проводились совместно врачом-психиатром и клиническим психологом.

Из 225 обследованных подростков четырех выделенных групп риска в 69,7% (157) были выявлены признаки психического неблагополучия. В зависимости от особенностей и тяжести психопатологических симптомов и их динамики выделены две подгруппы риска.

1-я подгруппа: 125 (79,6%) обучающихся характеризуются наличием отдельных составляющих кризисного состояния (неясное видение будущего, сложности в общении и поддержке, раздражительность, неявно сниженный фон настроения) на фоне длительных, как правило, с родителями, конфликтных ситуаций. При этом подростки данной группы в целом находились в компенсированном состоянии, включая тех, кто наблюдается у психолога или у психиатра. Клиническая картина характеризовалась субсиндромальными проявлениями депрессии: на первый план выходила эмоциональная нестабильность, сниженный фон настроения с преобладанием дисфории и обвинениями окружающих. Характерен низкий уровень интеграции эмоций. Причины декомпенсации: незаметные для других события, «косой» взгляд, «холодные» интонации в голосе, особенно со стороны значимых людей, могли вызвать резкую смену настроения. Самоповреждающее поведение отмечалось в 50% случаев и чаще всего имело демонстративный характер

с целью привлечения внимания. Четыре подростка в связи с депрессивным состоянием посещали врача-психиатра и принимали поддерживающую терапию. На момент обследования актуальных суицидальных тенденций ни у кого из обследованных не выявлено. Поскольку основной проблемой развития начальных проявлений кризисных состояний являлись хронические конфликтные отношения с родителями, основной рекомендацией было направление на семейное консультирование в ППМС-центры.

2-я подгруппа: 32 (20,4%) обучающихся, нуждающихся в консультации психиатра, в связи с наличием тревожно-депрессивного состояния (19 девушек, сред. возраст 15,4 года; 13 юношей, сред. возраст 16,2 года).

У 15 подростков наблюдалось длительное, устойчивое (более 2 лет) снижение настроения. В клинической картине преобладала подавленность, переживание вины, своей ненужности, одиночества, безнадежности. В 75% наблюдались различные телесные сенсации, чаще чувство тяжести в области груди, алгии мигрирующего характера. О своих переживаниях родителям не рассказывали, считая это ненужным. Отражение негативных переживаний находило в социальных интернет-сетях в виде антивитаальных высказываний, стихов, рисунков. Самовреждающее поведение в 72% наблюдений — механизм депрессивный. Родители на консультациях часто вели себя агрессивно, активно не соглашаясь с позицией консультанта, заявляя, что они сами со всем справятся.

У семи обучающихся кризисное, тревожно-депрессивное состояние развилось на фоне психотравмирующей ситуации (чаще всего неразделенная любовь на фоне непонимания ситуации и состояния подростка со стороны родителей). В структуре депрессивного состояния на первый план выходила тревога, тесно связанная с переживаниями обиды, оставленности, обвинениями окружающих в непонимании. Астенический компонент выявлялся в 80% случаев. Наблюдались элементы суженного сознания с деперсонализацией (45%). Самовреждающее поведение — единичные случаи на высоте тревожного аффекта. В 25% присутствовали антивитаальные переживания, пассивные суицидальные мысли. Родители данной группы подростков, как правило, были настроены на конструктивный разговор.

Шесть подростков жаловались на беспричинные колебания настроения длительностью в среднем от двух недель до месяца. Колебания настроения отмечались в 90% случаев больше года, а в 50% случаев депрессивные фазы стали более длительными, а состояние более тяжелым. На высоте депрессивных переживаний наблюдалась тревога с растерянностью, связанной с непониманием происходящего. Настроение устойчиво снижалось, выявлялась ангедония, когнитивно-мнестическое снижение, соответственно ухудшались результаты учебы. Отмечалось наличие самоповреждений импульсивного характера. Антивитаальные переживания, пассивные суицидальные мысли, двое подростков жаловались на навязчивые мысли о смерти, связанные со страхом, что они могут с собой что-то сделать.

У четырех подростков на фоне астено-депрессивного синдрома наблюдалась негативная симптоматика с преобладанием эмоциональной уплощенности, апатии, снижения мотивационного компонента в учебе. В поведении отмечалась замкнутость, необщительность, подозрительность. Увлечение носило часто вычурный характер: чтение комиксов со сценами смерти и насилия, фантазии о самоубийстве. Отмечалась низкая критичность к своему состоянию. Паттерн поведения преимущественно шизоидный.

Выводы. 1. Выделение потенциальных и актуальных факторов риска при организации профилактики суицидального поведения в образовательной организации позволяет определить очередность и приоритетность оказания медико-психологической помощи обучающимся группы риска.

1.1. В первую очередь требуют внимания специалистов (школьной психологической службы, медицинских организаций) обучающиеся с риском самоповреждающего поведения и имеющие признаки кризисного состояния (безнадежность, одиночество, депрессия, агрессивность).

1.2 В индивидуальных беседах с подростками групп риска по кризисному состоянию в 70% случаев были выявлены признаки психического неблагополучия, из них 20% подростков нуждались в психиатрической помощи.

2. Определен алгоритм стратегии сопровождения обучающегося в зависимости от наличия психического неблагополучия (соотносимого с определенной группой риска).

Библиографический список

1. Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А. Диагностика суицидального поведения: метод. рекомендации. М., 1980. 48 с.
2. Банников Г. С., Федунина Н. Ю., Павлова Т. С., Вихристюк О. В., Летова А. В., Баженова М. Д. Ведущие механизмы самоповреждающего поведения у подростков: по материалам мониторинга в образовательных организациях // Консультативная психология и психотерапия. 2016. Т. 24, № 3. С. 42–68. DOI: 10.17759/cpp.2016240304.
3. Банников Г. С., Павлова Т. С., Вихристюк О. В. Скрининговая диагностика антивитаальных переживаний и склонности к импульсивному, аутоагрессивному поведению у подростков (предварительные результаты) [Электронный ресурс] // Психологическая наука и образование psyedu.ru. 2014. Т. 6, № 1. С. 127–146. DOI: 10.17759/psyedu.2014060116.
4. Банников Г. С., Павлова Т. С., Кошкин К. А., Летова А. В. Потенциальные и актуальные факторы риска развития суицидального поведения подростков (обзор литературы) // Суицидология. 2015. № 4. С. 21–32.
5. Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г. Когнитивная терапия депрессии СПб.: Питер, 2003. 304 с.

6. Методические рекомендации для педагогов–психологов образовательных организации по диагностике факторов риска развития кризисных состояний с суицидальными тенденциями у обучающихся 7–11 классов / под ред. О. В. Вихристюк. М.: ФГБОУ ВО МГППУ, 2017.
7. Прогноз и превенция самоповреждений и суицидов // Консультативная психология и психотерапия. 2017. Т. 25, № 3. С. 153–169. DOI: 10.17759/cpp.2017250311
8. Холмогорова А. Б., Воликова С. В. Основные итоги исследований факторов суицидального риска у подростков на основе психосоциальной многофакторной модели расстройств аффективного спектра [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2012. № 2. URL: http://www.medpsy.ru/mprj/archiv_global/2012_2_13/pomer/pomer11.php (дата обращения: 09.03.2016).
9. Холмогорова А. Б., Гаранян Н. Г., Горошкова Д. А., Мельник А. М. Суицидальное поведение в студенческой популяции // Культурно-историческая психология. 2009. № 3. С. 101–110.
10. Joiner T. E. Why people die by suicide. Cambridge, MA: Harvard University Press, 2005. P. 64.
11. Bridge J. A., Goldstein T. R., Brent D. A. Adolescent suicide and suicidal behavior // Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2006. No. 47:3/4. P. 372–394.

СЕМЬЯ И ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ РЕБЕНКА

Бибчук М. А., доцент, к. м. н.,

ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков имени Г. Е. Сухаревой Департамента здравоохранения города Москвы»,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

Описаны роль родителей в профилактике нарушений психического здоровья детей и ценность отношений сотрудничества между специалистами и родителями детей с ментальными нарушениями. Среди причин, препятствующих сотрудничеству, обозначено явление стигматизации. Представлены материалы опроса родителей об их потребностях при поступлении ребенка в психиатрический стационар. На основе анализа потребностей разработана программа обучения родителей, состоящая из шести блоков.

Ключевые слова

Дети, психиатрия, семейно-ориентированная медицинская помощь, обучение родителей, сотрудничество.

FAMILY AND MENTAL HEALTH OF A CHILD

Bebchuk M. A., PhD (Medicine), Associate Professor,

Sukhareva Scientific and Practical Center of Mental Health of Children and Adolescents,
Moscow Department of Healthcare,
Moscow, Russian Federation

Abstract

The article describes the role of parents in the prevention of mental health disorders in childhood and the value of cooperation between specialists and parents of children with mental disorders. Among the reasons preventing cooperation, the phenomenon of stigmatization is indicated. Upon admission to a hospital, parents were given a survey to determine their needs and expectations. Based on the analysis of parents' needs, a six-step program for training parents was developed.

Key words

Children, psychiatry, family-oriented health care, parent training, cooperation.

Лечение большинства заболеваний детского и подросткового возраста осуществляется в тесном контакте с родителями/законными представителями ребенка не только по юридическим основаниям, но и потому, что это продиктовано реалиями жизни.

По существу, на родителей возлагается раннее выявление первых симптомов, выбор «маршрута» к нужному специалисту, «перевод» симптомов ребенка в жалобы врачу, принятие решения о методах диа-

гностики, медикаментозном лечении, нелекарственных видах коррекции или дополнительных мероприятиях по развитию/оздоровлению ребенка, осуществление назначений, точное соблюдение предписаний всех специалистов, преемственность лечения при смене врача и контроль за динамикой состояния.

Несмотря на декларируемую биопсихосоциальную парадигму в психиатрии, на сегодняшний день практика оказания помощи детскому населению остается

ориентированной на постановку диагноза, что ограничивает возможности психосоциальной реабилитации больного ребенка, ограничивает использование ресурсов микроокружения, усиливает в обществе тенденции психофобии и стигматизации и, следовательно, не соответствует ориентации на обеспечение качества услуги.

При опросе родителей было установлено, что полностью удовлетворены медицинской амбулаторной психиатрической помощью 38,2% опрошенных респондентов, частично удовлетворены — 52,7%, не удовлетворены — 9,1%. При этом большинство родителей отмечают дефицит доступной информации о заболевании, недостаточное общение медперсонала с ребенком и считают, что врачи необоснованно (по мнению родителей) скрывают от них информацию относительно состояния здоровья ребенка, способов лечения и возможных осложнений, между медиками и родителями отсутствует взаимопонимание, что приводит к развитию конфликта в 18% случаев [3].

Высокий уровень неудовлетворенности конечных потребителей (родителей) качеством предоставляемой помощи в детской психиатрии приводит к невысокому уровню доверия медицинским работникам, и в результате лишь 55% родителей выполняют рекомендации врачей [2], что при бюджетном финансировании отрасли имеет свои отрицательные экономические последствия.

Основные трудности детей, нуждающихся в психиатрической помощи, проявляются в установлении и поддержании контактов с людьми (1), усвоении и следовании социальным нормам (2), низких адаптивных возможностях приспособления к стрессовым ситуациям (3), неравномерности развития (4) и особых образовательных потребностях (5). Эти и другие проблемы душевнобольного ребенка невозможно решить без вовлечения родителей, т. е. требуется не 55, а 100% родителей, готовых сотрудничать со специалистами.

Смещение фокуса оказания специализированной помощи психически больному ребенку в сторону ориентации на семью означает учет мнения семьи и ее привлечение на всех этапах лечебного процесса, всеми специалистами и службами системы здравоохранения, обновление форм и способов межведомственного взаимодействия по вопросам поддержки семьи и, наконец, ведение каждого клинического случая командой специалистов, частью которой являются родители ребенка.

С одной стороны, семья ребенка с психическими расстройствами и нарушениями поведения находится в уязвимом положении, так как ежедневно сталкивается с социальной изоляцией, стигматизацией, необходимостью самостоятельно справляться с нежелательным и проблемным поведением ребенка, с необходимостью длительного сотрудничества с большим количеством разных специалистов, финансовыми трудностями, с переживанием дефицита программ обучения и профориентации, отсутствия перспектив и будущего у их ребенка. Однако, с другой стороны, родители детей с ментальными нарушениями имеют ряд ресурсов, которые могли бы быть использова-

ны при организации службы психического здоровья детей. Например:

1) противоречивые рекомендации, которые в течение многих лет получают родители ребенка с ментальными нарушениями от специалистов, формируют у родителей настойчивость, потребность в получении собственных знаний и, как следствие, относительную грамотность в вопросах психического здоровья и требовательность к организации помощи;

2) достаточно организованное и «зрелое» сообщество родителей (например, детей с расстройствами аутистического спектра) существует в противовес отсутствующим в практике большинства государственных учреждений системы здравоохранения, образования и социальной защиты полипрофессиональным командам;

3) родители и другие члены семьи действительно могут оценить состояние ребенка в непрерывной динамике с акцентом на мельчайшие детали, которые важны в построении коррекционной работы;

4) именно родители, следуя каждый по своему «маршруту» к специалистам, могут сохранить преемственность коррекционно-реабилитационных мероприятий, особенно в настоящее время, когда помощь детям с ментальными нарушениями оказывается в государственных и негосударственных учреждениях сферы здравоохранения, образования и социальной защиты.

Для того чтобы семейно-ориентированная психиатрическая помощь детям могла быть реализована на практике, необходимо:

— обучение специалистов навыкам командной работы (и, следовательно, внесение дополнений в действующие федеральные государственные образовательные стандарты);

— обучение специалистов, работающих с детьми (врачей, психологов, педагогов, социальных работников, логопедов, медицинских сестер), основам семейной психологии (что также означает внесение дополнений в действующие федеральные государственные образовательные стандарты);

— обучение родителей сотрудничеству со специалистами и необходимым навыкам для организации лечебно-коррекционной среды дома;

— и что самое важное — государственная поддержка антистигматизации в обществе с изменением менталитета в сторону ценности человеческой жизни душевнобольного ребенка и помощи семье, в которой он воспитывается.

Стигматизация — динамический процесс, в формировании которого участвуют общество и социальные институты со множеством взаимосвязанных компонентов: необоснованные стереотипы, оценочные предубеждения, осознанное отделение, потеря статуса и, как следствие, дискриминация. Последствиями являются, во-первых, сильный страх, который вызывает желание изолировать больного ребенка, поместить его в клинику; во-вторых, — авторитаризм в отношении больных, принятие решений об их жизни вместо них, без их ведома и учета мнения родственников; и, в-третьих, чрезмерная инфантилизация больных, при-

писывание им исключительно детских черт и потребностей. Тот факт, что стигматизации подвергнута вся семья, увеличивает вероятность отказа семьи от больного ребенка, сокрытие его и его болезни от окружающих. Таким образом, подобное расширение стигмы часто приводит к потере душевнобольным ребенком даже минимальной социальной поддержки от близких родственников и к отсутствию доступа к другим семейным ресурсам. Стигматизация детей с психическими заболеваниями влияет не только на их жизнь и жизнь родителей, но также затрагивает врачей, педагогов, психологов, социальных работников, медицинский персонал и другой широкий круг людей, так или иначе имеющих отношение к психической болезни.

Основные страхи, которые предъявляют законные представители детей с психическими расстройствами, откладывающие поход к психиатру, это, в первую очередь, опасения неэффективности лечения, исходящие из идеи о том, что психически больным людям нельзя помочь; страх избегания со стороны близких; идеи, особенно характерные для мужского населения, которые в наиболее общем виде можно сформулировать как «каждый сам должен справляться со своими проблемами»; отсутствие в сознании обычного человека готовых схем обращения за психиатрической помощью (какова процедура, куда необходимо прийти, куда позвонить); ожидание, что проблема решится сама собой; страх недобровольной госпитализации. В практике подобные страхи и питающие их мифы проявляются:

а) поздним обращением к специалисту;

б) отказом законных представителей давать согласие на осмотр врача-психиатра в рамках диспансеризации и согласие на госпитализацию в психиатрический стационар даже в кризисных случаях при угрозе жизни (дополнительным отягчающим фактором является замена органами опеки согласия одного из родителей (при сохранении родительских прав), что способствует росту конфликта и недоверия между родителями, а также количества претензий и жалоб в медицинские организации и судебные органы);

в) стремлением родителей психически больного ребенка оформить ему инвалидность в учреждении не психиатрического профиля. В последствии за льготным лекарственным обеспечением и формированием образовательного маршрута семья вынуждена все равно обращаться в психиатрическую сеть. Врач-психиатр, не обладая информацией, естественным образом испытывает затруднения, что усиливает напряженность родителей (в связи непониманием разграничений) и, в свою очередь, способствует росту стигматизации и психофобии.

Основными способами преодоления стигматизации в настоящий момент можно назвать различные социальные кампании (со СМИ и населением, с целью остановить и предотвратить неправильную репрезентацию образа психически больного человека), организацию образовательных программ, а также увеличение числа контактов между душевнобольными детьми (и их родственниками) с теми, кто не имеет опыта психического заболевания. По факту большинство суще-

ствующих в мире программ антистигматизации можно считать реактивными — они пытаются работать на «исправление» того образа психически больного человека, который уже существует, но не дают никакого позитивного образа взамен, не имеют особых стратегий для создания нового образа. Основные идеи, которые необходимо донести до общества, это: а) психические болезни можно лечить; б) каждый человек/ребенок имеет свои особенности; в) по статистике, каждый четвертый человек в разные моменты жизни нуждается в помощи психиатра; г) шизофрения не тождественна раздвоению личности; д) жестокость далеко не всегда связана с психическими расстройствами; е) психическая болезнь не означает интеллектуальную дисфункцию; ж) к большинству лекарств не формируется привыкание; з) в психиатрии используются немедикаментозные альтернативные способы помощи; и) врач-психиатр не всегда «ставит» на учет.

Работа с членами семьи, которые подвергаются стигматизации, также в первую очередь должна быть направлена на снижение чувства вины и стыда, переживания собственной неудачи. Мобилизация всей семьи необходима для комплексной и более эффективной реабилитации больного ребенка; участие значимых близких в процессе лечения повышает комплаентность родственников маленьких пациентов. Дальнейшая задача психологов может заключаться в адаптации семьи к новым условиям и стигматизации, помощи в выработке механизмов приспособления, перестройке семейной системы, нормализации переживаний. Здесь может быть полезной организация общения между семьями, в которых есть психическая болезнь, формирование у них, таким образом, новых социальных связей.

Еще одной важной задачей является работа с врачами, медицинским персоналом, работниками образования, специалистами департамента труда и социальной защиты. Начинаться такая работа должна еще в вузах, когда подобные стигматизирующие представления еще не сформировались окончательно и еще отсутствуют готовые образы больных людей как инфантильных или агрессивных. В образовательные программы «Биоэтика», «Медицинское право» целесообразно включить вопросы отношений в системе: лечебное учреждение—родители—пациент (этический и правовой аспекты взаимодействия) [1]. Возможна организация круглых столов, дискуссий, супервизии и балинтовских групп о том, как сами молодые специалисты замечают стигматизацию в своей деятельности, какие видят способы преодоления.

В рамках исследования, проведенного в 2016–2017 гг. в ГБУЗ «НПЦ психического здоровья детей и подростков имени Г.Е. Сухаревой Департамента здравоохранения г. Москвы», на уровне приемного отделения было изучено мнение 456 родителей (госпитализирующих первично или повторно детей в стационар) об их ожиданиях от профильной помощи и готовности родителей к сотрудничеству со специалистами. 98% родителей/законных представителей на этапе поступления ребенка в стационар в той или иной мере готовы участвовать в предлагаемых лечеб-

ных мероприятиях и вмешательствах (обсуждать план лечения и реабилитации, непосредственно участвовать в занятиях логопеда и дефектолога, встречаться с семейным психологом, выполнять «домашние задания», участвовать в психообразовательных программах и профориентации). Одна из ведущих потребностей у большинства семей (91,8%) — обучение новым формам поведения и воспитания, которые можно использовать дома после выписки.

На основе выявленных потребностей и ожиданий родителей в ГБУЗ «НПЦ психического здоровья детей и подростков имени Г. Е. Сухаревой» разработана программа обучения родителей, реализуемая в рамках родительского клуба. Родителям предложены занятия по шести основным направлениям программы обучения:

1) особенности проявлений, течения и прогноза ментальных нарушений (собственно психообразовательное, которое на сегодняшний день существует во многих учреждениях психиатрического профиля);

2) организация помощи ребенку с ментальными нарушениями (права пациента и родителей, формирование образовательного маршрута, оформление инвалидности, алгоритмы действий родителей в сложных

ситуациях при столкновении с органами исполнительной власти и социальными службами, полезные контакты и социальная адвокация);

3) построение отношений сотрудничества со специалистами (смыслы, преимущество действий в интересах пациента, многообразие способов и вариантов, оформление документации);

4) формирование навыков руководящего контроля, стабильного поведения, стрессоустойчивости и новых вариантов взаимодействия с ребенком (в игровой и учебной деятельности);

5) изменение семейных отношений в сторону согласованной и устойчивой позиции членов семьи по вопросам психического развития, здоровья и воспитания ребенка;

6) организация коррекционной среды дома (требования к игрушкам, интернет-безопасности, организации бытовых условий и дизайну помещений).

Необходимость продвижения ценностей психического здоровья детей и подростков вообще и в родительской среде в частности уже не требует доказательств, а эффективность образования родителей в системе профилактики психических расстройств у детей покажет будущая практика.

Библиографический список

1. Менделевич Б. Д. Научное обоснование совершенствования психиатрической помощи детскому населению: комплексное социально-гигиеническое и медико-организационное исследование: автореф. дисс. ... д-ра мед. наук: 14.02.03. М., 2010. 46 с.
2. Микиртчан Г. Л., Каурова Т. В., Очкур О. К. Комплаентность как медикосоциальная и этическая проблема педиатрии // Вопросы современной педиатрии. 2012. № 6 (11). С. 5–10.
3. Орел В. И., Серeda В. М., Гурьева Н. А., Краснов Б. Ю. Оценка работы специализированной психиатрической помощи детскому населению // Педиатр. 2016. Т. 7, № 1. С. 73–79.

АНАЛИЗ ПРИЧИН САМОУБИЙСТВ У ПОДРОСТКОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ НА ТЕРРИТОРИИ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)

Бекенева Л. В., к. м. н., доцент кафедры неврологии и психиатрии,
Касьянова Ю. А., студент 6-го курса лечебного отделения медицинского института,
ФГАОУ ВО «Северо-Восточный федеральный университет имени М. К. Аммосова»,
Мирный, Российская Федерация

Аннотация

Суицид среди детей и подростков — наиболее тяжелое проявление проблемы самоубийств. Смертность от самоубийств среди подростков в Якутии значительно превышает средние российские показатели. Социальное неблагополучие, раннее употребление психоактивных веществ, является благодатной почвой в формировании у школьников, проживающих в Якутии, тревожно-депрессивных расстройств. Даже невыраженные тревожно-депрессивные расстройства при определенных внешних факторах способны привести к самоубийству.

Ключевые слова

Аутоагрессия, суицид, тревога, депрессия, смертность от суицидов, суицидальное поведение, «синий кит», группа смерти.

ANALYSIS OF SUICIDE CAUSES IN ADOLESCENTS RESIDING IN THE SAKHA (YAKUTIA) REPUBLIC

Bekeneva L. V., PhD (Medicine), Associate Professor,
Department of Neurology and Psychiatry,
Kasyanova J. A., Sixth Year Medical Student,
M. K. Ammosov North-Eastern Federal University,
Mirny, Russian Federation

Abstract

Suicide among children and adolescents is the most severe manifestation of the suicide problem. Suicide mortality rate among adolescents in Yakutia is much higher compared with other regions of Russia. Somatic disorders and an early use of psychoactive substances create fertile soil for formation of anxiety-depressive disorders in schoolchildren in the Republic of Yakutia. Even non-expressed anxiety-depressive disorders combined with certain external factors can lead to suicide.

Key words

Self-aggression, suicide, anxiety, depression, suicide mortality, suicidal behavior, “blue whale”, death group.

Введение. Тревожно-депрессивные расстройства у детей и подростков являются основным индикатором здоровья школьников. Важную роль в формировании психического здоровья школьника наряду с невротическими расстройствами играют употребление психоактивных веществ и все ухудшающееся соматическое состояние детей и подростков.

Д. Исаев с сотрудниками, изучая психосоматические и соматопсихические отношения, обнаружил, что, как и у взрослых, у детей все попытки объяснить происхождение этих расстройств каким-либо одним фактором (особенностями развития, спецификой эмоциональных реакций, своеобразием личности, особенностями функционирования семьи и т. д.) не дают положительного результата. В результате в соответствии с достижениями других авторов была создана многофакторная открытая модель болезни, которая объясняет происхождение психосоматических расстройств сочетанием социальных, психологических, биологических, в том числе и неизвестных вредностей, перенесенных индивидом [2, с. 12].

Употребление психоактивных веществ среди школьников напрямую зависит от стиля жизни и поведения родителей, а также ближайшего окружения подростка [6, с. 38]. Следует отметить, что дети с психосоматическими заболеваниями и употреблением психоактивных веществ отличаются особенной эмоциональностью. Они ранимы и очень внушаемы, имеют предрасположенность к уединению, они заняты своими мыслями и не желают делиться ими с окружающими, в том числе с родителями.

По данным Всемирной Организации Здравоохранения, за последние 30 лет число суицидов, совершаемых детьми и подростками в мире, возросло в 30 раз. В этой возрастной группе суицид занимает четвертое (после травматизма, инфекционных и онкологических заболеваний) место в качестве причины смерти. Наряду с высоким уровнем частоты завершенных суицидов, в настоящее время отмечается и увеличение количе-

ства суицидальных попыток среди детей и подростков [4, с. 1–3].

Частота самоубийств является одним из важнейших показателей психического здоровья, социального благополучия и качества жизни населения. Суицид занимает 8-е место в списке причин смерти, 1-е — среди причин насильственной смерти и одно из первых среди причин смерти лиц молодого и среднего возраста [3, с. 55]. В республике Якутия суицидальная ситуация среди детей и подростков остается все еще неблагоприятной. Общереспубликанские показатели за последнее десятилетие превышают российские показатели 2–3 раза. Известно, что до 40% общей численности несовершеннолетних, покончивших жизнь самоубийством — это дети и подростки из наиболее социально уязвимых групп, которым необходимо уделять особое внимание при разработке и реализации программы профилактики суицидального поведения [9].

С 2016 года набирают свою популярность так называемые группы смерти — группы в социальных сетях, в которых пропагандируется суицид. Максимальному влиянию поддаются подростки с неустойчивой психикой. Наиболее известной является виртуальная игра «Синий кит» — игра, финальной целью которой является совершение самоубийства. Игроки сравнивают себя с китами — высокоразвитыми животными, которые якобы совершают осознанные самоубийства, массово выбрасываясь на берег.

Цели. 1. Выявить распространенность тревожно-депрессивных расстройств среди школьников г. Якутска.

2. Проанализировать последствия тревожно-депрессивных расстройств у школьников.

Задачи. 1. Оценить влияние тревоги и депрессии на соматическое состояние учащихся 5–11 классов средней общеобразовательной школы.

2. Определить взаимосвязь тревожно-депрессивных расстройств и саморазрушающих заболеваний у школьников.

3. Оценить проблему влияния социальных сетей, «групп смерти», игр, ведущих к суициду в зависимости от наличия тревоги и депрессии.

Материал. Учащиеся 5–11 классов средней общеобразовательной школы № 21 г. Якутска. Данные годовых отчетов ГБУ РС(Я) Якутского республиканского психоневрологического диспансера.

Методы. Клинико-статистический метод:

1. Анонимное анкетирование по динамике формирования вредных привычек, по участию в группах смерти в сети Интернет.

2. Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS).

3. Статистический метод — Microsoft Excel.

Результаты. Проведенное исследование по динамике формирования вредных привычек школьников г. Якутска выявило (рис. 1), что среди учеников первого класса эпизодическое употребление табачных изделий в 19% случаев, токсикоманических средств — в 16%, алкогольных напитков — в 32%. У учащихся одиннадцатого класса употребление табачных изделий увеличивается до 70%, алкогольных напитков до 100%, т. е. у подрастающего поколения в сложившихся условиях рано формируются «вредные привычки». Анкетирование по употреблению наркотических средств проводилось только в одиннадцатом классе, эпизодическое употребление отмечено в 6% случаев.

Республика Саха (Якутия) имеет самые неблагоприятные показатели здоровья детского населения в Российской Федерации, это связано с экстремальными природно-климатическими условиями, слабо развитой социально-экономической инфраструктурой, интенсивным освоением природных богатств [7, с. 35]. Постоянный мониторинг здоровья школьников Якутии говорит о все ухудшающемся здоровье подростков. Так, в своем последнем исследовании по данному направлению Н. В. Саввина выявила у школьников Якутска поражение костно-мышечной системы (61%), органов зрения (42%), пищеварения (50%) и психоэмоциональные дезадаптации (29,6%). К I группе здоровья (практически здоровые) отнесены всего лишь 9,7% детей, ко II группе (имеющие функциональные отклонения) — 48%, к III группе (детей с хроническими заболеваниями) — 37,5%, к IV (с обострениями) — 4,3%, к V (инвалидизирующими заболеваниями) — 0,5% [5, с. 152].

Нами проведено анонимное тестирование по госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS среди школьников 5–11 классов средней общеобразовательной школы № 21. Общее количество анкетированных — 322 человека: 166 мальчиков и 156 девочек.

В результате проведенного тестирования школьников 5–11 классов по госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS) было выявлено (рис. 2), что в подавляющем большинстве клиническая депрессия выявлена у учащихся 5–7 классов (от 9 до 28%), что может быть связано с наступлением пубертатного криза. В среднем признаки клинической депрессии были выявлены у 10% девочек и 11% мальчиков. В старших классах клиническая депрессия выявлена в меньшей степени (от 6 до 10%), что может быть свя-

зано с предстоящими ожиданиями перемен к лучшему, к новой жизни после окончания школы, что характерно для периода юности. Субклиническая депрессия имеет высокие показатели среди всех классов и не зависит от пола, что, возможно, связано с учебной нагрузкой. Несомненно, депрессия, явная или маскированная, является психологическим фактором риска в происхождении суицидального поведения [1, с. 36].

Уровень тревожности во всех возрастных группах достаточно высок и составляет в среднем 30% у девочек, и 14% у мальчиков. Субклиническая тревога определяется максимальными значениями в 5–7 классах, что также может быть связано с пубертатным кризом.

В 90% случаев подростки осведомлены о социальных играх, ведущих к суициду, и информированы о вовлеченности друзей в данные игры. Любопытство проявляют 13% учащихся всех классов, причем наибольший интерес проявляется среди учащихся 6, 10 классов. Выявлена значительная распространенность социальных игр среди друзей и знакомых опрошенных школьников — от 15% и более.

В среднем 3% опрошенных школьников утверждают, что в настоящее время принимают участие в игре «Синий кит». Так, в зависимости от возраста эти значения варьируются от 2 до 9% (5–6-е классы — 2%, 7-е классы — 5%, 9-е классы — 4%, 10-е классы — 9%, 8-е и 11-е классы отрицают участие в игре).

При анализе данных исследования была обнаружена прямая зависимость наличия вовлеченности в игру «Синий кит» и выраженных признаков тревожной депрессии, что клинически может проявляться суицидальной настроенностью, погруженностью в себя, оторванностью от привычного социума.

В среднем подростки проводят за компьютером от 1 до 4 часов, что является необходимым для подготовки к учебе. Нами было выяснено, что длительное времяпрепровождение (от 5 до 10 и более часов) в сети Интернет напрямую зависит от вовлеченности в социальные игры, подводящие к суициду. Такие подростки входят в группу риска.

До настоящего времени отсутствует официальная статистика по группам смерти. Тем не менее, несомненно, «группы смерти» вносят свой определенный вклад в суицидальное поведение подростков.

Уровень смертности от самоубийств является показателем психического здоровья населения. Смертность от самоубийств в Якутии остается достаточно высокой — 30,2 в 2016 году и 30,1 в 2017 году случаев на 100 тысяч населения, когда как в РФ этот показатель составляет 20,0 на 100 тысяч населения. Наиболее высокими остаются показатели смертности от суицидов среди подросткового населения. По данным официальной статистики Саха (Якутия) не представляется возможным выделить отдельно смертность от суицидов среди подростков (15–17 лет), поэтому приведены показатели смертности от 0 до 17 лет. По отчетным данным районов республики количество самоубийств, совершенных подростками, составило в 2013 году — 13 случаев, в 2014 — 17, в 2015 — 16, за 2016 зарегистрировано 7 случаев завершенных суицидов.

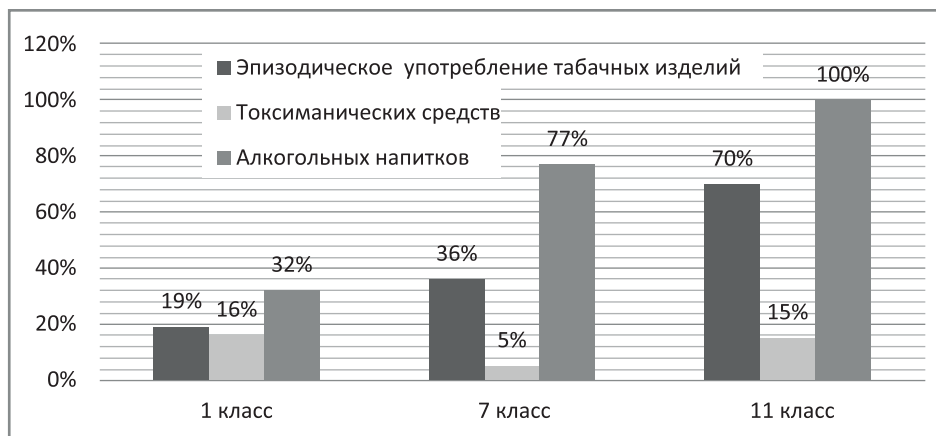


Рис. 1. Динамика формирования вредных привычек у школьников

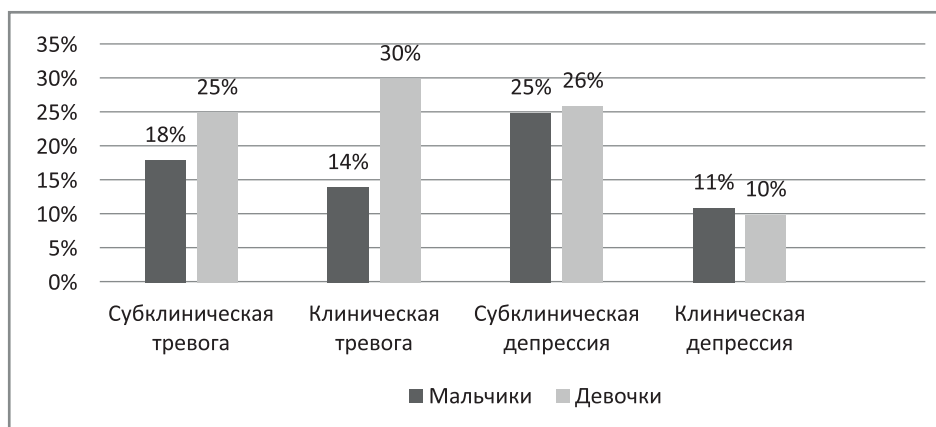


Рис. 2. Характеристика тревожно-депрессивных расстройств среди учащихся 5–11 классов

Регистрация среди подростков незавершенных суицидов (попыток) по РС(Я) ведется с 2017 г., согласно приказу МЗ РС(Я) № 01-07/2018 «Об организации мониторинга суицидов среди несовершеннолетних в РС(Я)» от 16.02.2017 г. По данным за 2017 год по РС(Я) зарегистрировано 11 случаев суицидов среди несовершеннолетних. Наиболее высокий уровень самоубийств отмечается в городах Якутии — 4 случая г. Якутске, 3 — в г. Нерюнгри.

Следует отметить, что наибольшее число суицидов совершают подростки из неполных и малообеспеченных семей.

Выводы.

1. Наряду с неблагоприятными социальными факторами раннее знакомство школьников с психоактивными веществами способствует формированию вредных привычек.

В результате увеличивается число школьников с поведенческими расстройствами, и, как следствие, аддитивное поведение у них формируется быстрее. Соматические заболевания, в свою очередь, связаны с неблагоприятным климатом республики Якутия и являются собой плодотворную почву в формировании тревожно-депрессивных расстройств. Данные факторы напрямую не влияют на вовлеченность в суицидальное поведение, но увеличивают риск развития тревожно-депрессивных расстройств в целом.

2. Депрессивные расстройства являются основой для появления суицидальных мыслей. При анализе данных тестирования нами выяснено, что в подавляющем большинстве аффективные симптомы были представлены тревожной депрессией. Данная группа подростков находится в группе риска суицидальной активности.

3. Социальные игры, пропагандирующие суицидальное поведение, широко распространены в подростковой среде. Среди опрошенных школьников 3% сообщили о том, что в настоящий момент принимают участие в данных играх, большое число их друзей и знакомых также задействованы в этих играх (15%). В группе риска находятся дети и подростки, родители которых не занимаются организацией досуга, что способствует длительному и бесконтрольному пребыванию детей за компьютером, в том числе в социальных сетях.

4. Проблема подросткового суицида требует комплексного подхода: в первую очередь требуются укрепление физического здоровья детей дошкольного и школьного возраста, профилактика употребления психоактивных веществ подростков, выявление школьников с клиническими признаками депрессии, все это необходимо проводить в тесном взаимодействии с родителями, педагогами, психологами и медицинскими службами.

Библиографический список

1. Дуткин М. П. Флюктуация суицидального поведения населения севера Российской Федерации: дисс. ... канд. филос. наук. Якутск, 2009. С. 36.
2. Исаев Д. Н. Психосоматические расстройства у детей. СПб.: Питер, 2000. С. 12.
3. Положий Б. С., Панченко Е. А. Суициды у детей и подростков в России: современная ситуация и пути ее нормализации. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электронный научный журнал. 2012. № 2. С. 1–3.
4. Положий Б. С. Интегративная модель суицидального поведения // Российский психиатрический журнал. 2010. № 4. С. 55.
5. Саввина Н. В. Особенности состояния здоровья современных школьников, проживающих в разных климато-географических условиях Республики Саха (Якутия): дисс. ... канд. мед. наук. М., 2000. 152 с.
6. Тазлова Р. С. Саморазрушающие заболевания человека: учеб. пособие. Якутск: Изд-во ЯГУ, 1998. С. 38.
7. Ханды М. В. Комплексная оценка состояния здоровья сельских школьников Республики Саха (Якутия): автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. 14.01.08. М., 1997. С. 35.
8. Яковлева М. В. Особенности суицидальной ситуации в отдельных районах республики Саха (Якутия) // Вестник Северо-Восточного федерального университета имени М. К. Аммосова. Сер. «Медицинские науки». 2016. № 3 (04). С. 122–124.

ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНО-АНАЛИТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЫЯВЛЕНИЯ ФАКТОРОВ РИСКА И ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ САМОПОВРЕЖДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ

Булыгина В. Г., д. псих. н.,

профессор кафедры клинической и судебной психологии факультета юридической психологии, руководитель Лаборатории психогигиены и психопрофилактики, ГБОУ «Московский государственный психолого-педагогический университет», факультет юридической психологии,

Григорьева А. А., к. псих. н.,

Научно-исследовательский институт наркологии — филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского» Минздрава России,

Проницева М. М., м. н. с. Лаборатории психогигиены и психопрофилактики, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского» Минздрава России, Москва, Российская Федерация

Аннотация

Представлены данные первого этапа исследования, направленного на разработку персонально ориентированной профилактики суицидального и несуицидального самоповреждающего поведения подростков. Выборку составили учащиеся общеобразовательных школ (61 человек) в возрасте от 12 до 15 лет (средний возраст группы $13,64 \pm 0,6$). Было выявлено, что система убеждений о себе, мире, отношениях с ним, позволяющих человеку выдерживать и эффективно преодолевать стрессовые ситуации, связана в первую очередь с волевой регуляцией, а также с ресурсами личности подростка и умением эффективно разрешать проблемы.

Ключевые слова

Подростки, самоповреждающее поведение, суицидальное поведение, профилактика, жизнестойкость, волевая саморегуляция, копинг-стратегии.

EXISTENTIAL AND ANALYTICAL ASPECTS OF IDENTIFYING RISK FACTORS AND PRIMARY PREVENTION OF SELF-HARMING BEHAVIOR AMONG ADOLESCENTS

Bulygina V. G., Psy. D.,

Professor of Department of Legal and Forensic Psychology,
Head of the Laboratory of Psychohygiene and Psychoprophylaxis,
Moscow State University of Psychology and Education,

Grigor'eva A. A., PhD (Psychology),

V. Serbsky Federal Medical Research Center of Psychiatry and Narcology of the Ministry
of Healthcare of the Russian Federation,

Pronicheva M. M., Junior Researcher of the Laboratory of Psychohygiene and
Psychoprophylaxis,

Research Institute of Narcology – Branch of the Ministry of Healthcare
of the Russian Federation,
Moscow, Russian Federation

Abstract

The article presents the first stage of the study aimed at developing personalized prevention of suicidal and non-suicidal self-damaging behavior in adolescents. Sixty-one adolescents aged 12 to 15 years (average age group 13.64 ± 0.6) took part in the research. It was revealed that personal beliefs about oneself and how they relate to the people around them lead to effective problem-solving in stressful situations.

Key words

Adolescents, self-damaging behavior, suicidal behavior, prevention, vitality, self-regulation, coping strategies.

На сегодняшний день ведущей стратегией противодействия самоповреждающему и суицидальному поведению является первичная профилактика. О социальной значимости проблемы превенции самоповреждающего, суицидального поведения и употребления психоактивных веществ и алкоголя среди подростков свидетельствуют эпидемиологические данные. При этом официальная статистика суицидов фиксирует только явные случаи суицида, в то время как нередко причиной смерти являются употребление психоактивных препаратов, передозировка алкоголя.

Согласно экспертным оценкам Министерства здравоохранения России, за последние 10 лет количество наркологических заболеваний выросло на 60% и они «помолодели». Из общего числа наркозависимых 20% — это школьники, 60% — лица молодого возраста (16–30 лет). Рост числа наркологических заболеваний среди лиц молодого возраста и подростков сопряжен с формированием паттернов высокорискового поведения, возникновения коморбидных расстройств, манифестацией самоповреждающего и суицидального, антисоциального поведения, широкого спектра аффективных расстройств.

Более того, уровень злоупотребления психоактивными веществами сопряжен с более высоким риском смертности среди подростков, имеющих самоповреждения [15, 16]. 20–50% суицидентов несовершеннолетнего возраста страдали наркологическими расстройствами, 22% самоубийств было совершено в состоянии алкогольного опьянения [9].

Одним из важнейших направлений современной суицидологии и аддиктологии является своевременное выявление и профилактика подростков, имеющих склонность к самоповреждающему поведению. Трудности раннего выявления данных видов поведения и социальной значимости вышеуказанных проблем актуализируют вопрос о надежной системе профилактики, в которой самоповреждающее и суицидальное поведение подростков рассматривалось бы во взаимосвязи с употреблением психоактивных веществ и алкоголя.

Дефицит эмпирических и теоретических исследований в области самоповреждающего поведения затрудняет реализацию профилактических интервенций [14, 17]. Значимой является разработка комплексных программ профилактики аддиктивного поведения на основе понимания механизмов развития личности детей и подростков как возрастной категории, находящейся в группе риска.

При создании большинства моделей профилактики авторы опираются на анализ внешних факторов (стрессовые ситуации, неблагоприятные жизненные обстоятельства) и внутренних предикторов (недостаточность самоконтроля, повышенный уровень тревоги, трудности самооценки и самоотношения и др.), рассматривая их как мишени интервенций, основной задачей которых является формирование поведенческих стратегий совладания у подростков [3]. В то время как значимость экзистенциальных основ в профилактике данных проблем недооценивается [2, 4, 11].

В. Франкл и А. Лэнгле в рамках «экзистенциального анализа» в качестве основных причин суицидов видят фрустрацию смысловой сферы, чувство «пустоты жизни», «экзистенциальный вакуум». И напротив, актуализация стремления к смыслу способствует формированию положительной внутренней установки по отношению к жизни и приводит к формированию протективных, антисуицидальных факторов. Д. А. Леонтьев подчеркивает роль личностного потенциала как ключевого фактора, позволяющего преодолевать себя и трудных жизненных обстоятельствах. И. В. Борисов с соавторами рассматривают в качестве главного антисуицидального фактора жизнестойкость. Согласно их взглядам, формирование жизнестойкости позволяет уменьшить риск суицида за счет формирования чувства собственной эффективности по отношению к стрессовым событиям. Н. Н. Телепова и М. Н. Телепов отмечают, что составляющими суицидального комплекса являются утрата таких базовых ценностей, как ответственность за собственную жизнь и экзистенциальный вакуум, отводя значимую роль в профилактике и коррекции суицидального поведения экзистенциально-гуманистическому направлению.

В профилактических программах мало учитываются те личностные экзистенциальные проблемы, которые обусловили использование малоадаптивных видов поведения [10]. Не разработаны персонализированные подходы, позволяющие на основе экзистенциальных мотиваций самоповреждающего поведения и употребления ПАВ и алкоголя сформировать систему личностно-значимых, ценностно-смысловых противовесов, повышающих жизнестойкость подростка и снижающих необходимость прибегать к малоадаптивным копингам [2].

Таким образом, для существующих программ профилактики суицидов, самоповреждающего поведения характерна разрозненность. Нет единой теоретической и практической основы, связывающей различные подходы в профилактике данных видов малоадаптивного поведения подростков. Также отсутствуют дифференцированные профилактические подходы на разных уровнях представленности данной проблемы: психологическом и психопатологическом [1, 8].

При профилактике развития различных видов малоадаптивного поведения, соответствующие меры должны реализовываться прежде всего в рамках образовательных учреждений, включая последующую межведомственную интеграцию с другими ведомствами и учреждениями, в связи с тем, что образовательная среда благодаря своему системному регулярно воздействию на личность подростков и молодежи обладает огромным потенциалом в реализации психопрофилактических программ.

Однако, несмотря на то, что образовательная среда обладает наиболее подходящими возможностями, обеспечивающими реализации программ профилактики [13], школы не имеют эффективных инструментов по своевременному реагированию, выявлению и профилактике самоповреждающего и суицидального поведения подростков. Большинство предлагаемых профилактических подходов ориентированы на развитие

копинг-стратегий, повышение информированности о вреде, выявление и превенцию рисков, связанных с семьей и значимой социальной группой. Обращение к экзистенциальным аспектам проблемы, понимание смысловой и ценностной сфер личности, феноменологическое отношение к проблемам самоповреждения, суицидального поведения, употребления ПАВ и алкоголя подростками позволит осуществить принципиально иной подход к профилактике — персонально ориентированный.

Исходя из вышеизложенного, было выдвинуто предположение, что применение экзистенциально-аналитической методологии позволит разработать и эффективно внедрить персонализированные модели профилактики, повышающие протективные личностные факторы и снижающие риски самоповреждающего поведения подростков.

Проведенное пилотажное исследование является первым этапом реализации разработки персонально ориентированной профилактики суицидального и несуйцидального самоповреждающего поведения подростков. Цель исследования — выявление связей между жизнестойкостью как основным антисуицидальным фактором, отражающим сформированность экзистенциальных ценностей, и волевой саморегуляцией, копинг-стратегиями, представляющими индивидуально-психологические ресурсы личности.

В исследовании приняли участие учащиеся общеобразовательных школ городского округа г. Чехова (61 человек) в возрасте от 12 до 15 лет (средний возраст группы $13,64 \pm 0,6$).

Обследование проходило анонимно, бланки кодировались специальным образом. Для выявления подростков группы риска с самоповреждающим и/или суицидальным поведением было проведено стандартизированное интервью, результаты которого фиксировались в бланке опроса.

Для оценки системы убеждений подростка о себе, мире и отношениях с миром был использован «Тест жизнестойкости» [6] (модификация 2013 года Осина Е. Н. и Рассказовой Е. И.). Тест включает в себя три шкалы:

- 1) шкала «Вовлеченность» — убежденность в том, что вовлеченность в происходящее дает максимальный шанс найти нечто стоящее и интересное для личности;
- 2) шкала «Контроль» — убежденность в том, что отстаивание своих принципов и убеждений позволяет повлиять на результат происходящего, пусть даже это влияние не абсолютно и успех не гарантирован;
- 3) шкала «Принятие риска» — убежденность человека в том, что все то, что с ним случается, способствует его развитию за счет знаний, извлекаемых из опыта, — неважно, позитивного или негативного.

Для исследования базисных стратегий поведения человека была применена методика «Индикатор стратегий преодоления стресса» (Амирхан Д., 1990), состоящий из трех шкал:

- 1) шкала «Стратегия разрешения проблем» — это активная поведенческая стратегия, при которой человек старается использовать все имеющиеся у него

личностные ресурсы для поиска возможных способов эффективного разрешения проблемы;

2) шкала «Стратегия поиска социальной поддержки» — это активная поведенческая стратегия, при которой человек для эффективного разрешения проблемы обращается за помощью и поддержкой к окружающей его среде: семье, друзьям, значимым другим;

3) шкала «Стратегия избегания» — это поведенческая стратегия, при которой человек старается избежать контакта с окружающей его действительностью, уйти от решения проблем.

Тест-опросник «Исследование волевой саморегуляции» (Зверьков А. В., Эйрман Е. В., 1987) предназначался для оценки уровня развития волевой саморегуляции в качестве инструмента определения зрелости мотивационной сферы. Помимо оценки общего уровня волевой саморегуляции в данный тест-опросник входят две субшкалы:

1) субшкала «Настойчивость» характеризует силу намерений человека — его стремление к завершению начатого дела.

2) субшкала «Самообладание» отражает уровень произвольного контроля эмоциональных реакций и состояний.

Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью методов дискриптивной статистики и критерия корреляции Пирсона. Анализ данных проводился с помощью статистических пакетов SPSS 17.0, Microsoft Office Excel 2007.

На основании дискриптивного анализа было выявлено, что в 4,9% случаев несовершеннолетние отмечают наличие случаев суицида в семейной истории. Несмотря на то что 75,4% испытуемых отметили отсутствие каких-либо зависимостей у родственников, 9,8% указали на употребление алкоголя в семейном анамнезе. 3,3% указали на случаи насилия в семье. В 16,4% случаев семейные конфликты происходят 1–2 раза в неделю; у 6,6% — 3–5 раз в неделю.

Для выявления характера связей между исследуемыми параметрами был применен критерий корреляции Пирсона, результаты которого представлены в таблице.

Наиболее сильные связи были выявлены между показателями шкалы «Вовлеченность» и по-

казателями шкал «Общая волевая саморегуляция» ($r = 0,423$; $p = 0,01$), «Самообладание» ($r = 0,439$, $p = 0,01$); между показателями шкалы «Контроль» и показателями шкал «Общая волевая саморегуляция» ($r = 0,430$, $p = 0,01$), «Настойчивость» ($r = 0,426$, $p = 0,01$).

Было выявлено, что убежденность подростка в том, что «вовлеченность в происходящее» дает максимальный шанс найти нечто стоящее и интересное для себя, связана, во-первых, со стремлением завершать начатое, а во-вторых, с произвольным контролем своих эмоциональных реакций и состояний. При этом чем больше подросток вовлечен в происходящее, тем реже он будет стремиться избегать решения проблем и контактов с окружающей его действительностью.

Убежденность подростка в том, что «борьба», отстаивание своих границ и убеждений позволяет повлиять на результат происходящего, пусть даже если это влияние не абсолютно и успех не гарантирован, связана со стремлением завершать начатое и с произвольным контролем эмоциональных реакций и состояний. Чем реже подросток стремится избегать решения проблем и контакта с окружающей его действительностью, тем больше будет его убежденность в том, что его противостояние обстоятельствам повлияет на результат. Подросток будет стараться использовать все имеющиеся у него личностные ресурсы для поиска возможных способов эффективного разрешения проблемы. В связи с этим у него будет расти убежденность в том, что все то, что с ним случается, способствует его развитию за счет знаний, извлекаемых из опыта.

Можно сделать вывод о том, что система убеждений о себе, мире, отношениях с ним, позволяющих человеку выдерживать и эффективно преодолевать стрессовые ситуации, связана, в первую очередь, с волевой регуляцией, а также с индивидуально-психологическими ресурсами личности преодоления стрессовых ситуаций, копинг-поведением подростка и умением эффективно разрешать проблемы.

В рамках экзистенциально-аналитической концепции выявленные связи между ценностной сферой, индивидуально-психологическими особенностями и мотивационной сферой личности несовершеннолетних

Взаимосвязь между показателями жизнестойкости, волевой саморегуляции и копинг-стратегий (критерий корреляции Пирсона)

Название шкал	Жизнестойкость — «Вовлеченность»	Жизнестойкость — «Контроль»	Жизнестойкость — «Принятие риска»	Общая жизнестойкость
Волевая саморегуляция общая шкала	0,423**	0,430**	0,331**	0,374**
Волевая саморегуляция — «Настойчивость»	0,404**	0,426**	0,307*	0,372**
Волевая саморегуляция — «Самообладание»	0,439**	0,400**	0,334**	0,362**
Копинг-стратегии — «Разрешение проблем»	—	0,356**	0,329*	—
Копинг-стратегии — «Избегание проблем»	–0,290*	–0,315*	–0,293*	–0,299*

* Корреляция значима на уровне 0,05. ** Корреляция значима на уровне 0,01.

очерчивают область разработки персонифицированных программ профилактики риска суицидального и самоповреждающего поведения подростков, ориентированные на протективные личностные факторы.

Библиографический список

1. Банников Г. С., Федунина Н. Ю. Ведущие механизмы самоповреждающего поведения у подростков: по материалам мониторинга в образовательных организациях // Консультативная психология и психотерапия. 2016. Т. 4, № 3. С. 42–68.
2. Борисов И. В., Любов Е. Б. Диагностика и экзистенциальная терапия суицидального поведения [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2013. № 2 (19). URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 12.03.2018).
3. Ветрова И. И. Сравнение динамики психологических механизмов регуляции поведения (совладания, психологических защит и контроля поведения) // Вестник Костромского государственного университета имени Н. А. Некрасова. Сер. Педагогика. Психология. Социальная работа. Ювенология. Социокинетика. 2009. Т. 15, № 4. С. 23–32.
4. Леонтьев Д. А. Экзистенциальный смысл суицида как выбор // Московский психотерапевтический журнал. 2008. № 4. С. 58–82.
5. Лэнгле А. Дотянуться до жизни... Экзистенциальный анализ депрессий / пер. с нем. М.: Генезис, 2010. 128 с.
6. Осин Е. Н., Рассказова Е. И. Краткая версия теста жизнестойкости: психометрические характеристики и применение в организационном контексте // Вестник Московского университета. Сер. 14. Психология. 2013. № 2. С. 147–165.
7. Павлова Т. С. Диагностика риска суицидального поведения детей и подростков в образовательных учреждениях // Современная зарубежная психология. 2013. № 4. С. 79–88.
8. Польская Н. А. Модели коррекции и профилактики самоповреждающего поведения // Консультативная психология и психотерапия. 2016. Т. 24, № 3. С. 110–125.
9. Попов Ю. В., Пичиков А. А. Суицидальное поведение у подростков. СПб.: СпецЛит, 2017. 366 с.
10. Рассказова Е. И., Леонтьев Д. А. Жизнестойкость, как составляющая личностного потенциала // Личностный потенциал: структура и диагностика. М. Смысл. 2011. С. 179–208.
11. Теленова Н. Н., Теленов М. Н. Экзистенциальный подход к проблеме подросткового суицида // Новая наука: современное состояние и пути развития. 2016. № 5–3. С. 85–96.
12. Франкл В. Э. Основы логотерапии. Психотерапия и религия (1975) / пер. с англ. СПб.: Речь, 2000. 286 с.
13. Katz C., Bolton S.-L., Katz L. Y., Isaak C., Tilston-Jones T., Sareen J. Systematic review of school-based suicide prevention programs // Depression and anxiety. 2013. V. 30. P. 1030–1045.
14. Gill T. M., Murphy T. E., Gahbauer E. A., Allore H. G. The Course of Disability Before and After a Serious Fall Injury // JAMA Internal Medicine. 2013. V. 173. No. 19. URL: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/1729533> (дата обращения: 12.03.2018).
15. Hamza C. A., Stewart S. L., Willoughby T. Examining the link between nonsuicidal behavior: A review of the literature and an integrated model // Clinical Psychology Review. 2012. V. 32. P. 482–495. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735812000669> (дата обращения: 12.03.2018).
16. Moran P., Rove S. L., French R. S. Help-seeking behavior and adolescent self-harm: A systematic review // Sage journal. 2014. V. 48. P. 1083–1095. URL: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0004867414555718>.
17. Whitlock J., Eells G., Cummings N., Purington A. // J. of College Student Psychotherapy. 2009. V. 23. URL: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/87568220902794366> (дата обращения: 12.03.2018).

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПЕРЕЖИВАНИЯ, СВЯЗАННОГО СО СМЕРТЕЛЬНО ОПАСНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ РЕБЕНКА (НА МАТЕРИАЛЕ РАБОТЫ С МАТЕРЯМИ ПОДРОСТКОВ-ОНКОПАЦИЕНТОВ)

Быховец Ю. В., к. п. н.,
ФГБУН «Институт психологии Российской академии наук»,
Коган-Лернер Л. Б.,
ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский университет
„Высшая школа экономики“»,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

Представлены результаты исследования переживания столкновения со смертельно опасным заболеванием ребенка. Матерям подростков-онкопациентов на этапе ремиссии предлагалось составить короткий рассказ на тему «болезнь» с использованием таблиц Тематического апперцептивного теста (ТАТ). Качественный контент-

анализ показал специфику трехкомпонентной структуры данного переживания на эмоциональном, когнитивном и поведенческом уровнях.

Ключевые слова

Переживание, онкология у детей, посттравматический стресс.

PSYCHOLOGICAL ISSUES OF DEALING WITH LIFE-THREATENING DISEASE OF A CHILD: A CASE STUDY OF MOTHERS OF ADOLESCENTS WITH CANCER

Bykhovets Yu. V., PhD (Pedagogy),

Institute of Psychology, Russian Academy of Sciences,

Kogan-Lerner L. B.,

National Research University — Higher School of Economics,

Moscow, Russian Federation

Abstract

The paper looks at typical responses of mothers to having a child with a life-threatening disease. The mothers of adolescent cancer patients at the stage of remission were asked to write a short story on the topic of “disease” using stimulus material—Thematic apperception test (TAT) tables. Quality content analysis shows the three-component structure of the experience at the emotional, cognitive and behavioral levels.

Key words

Experience, cancer in children, post-traumatic stress.

Говоря о посттравматическом стрессе (ПТСР), мы в первую очередь подразумеваем людей, непосредственно переживших угрожающую для жизни ситуацию. Однако в соответствии с критерием А DSM-V в круг лиц группы риска развития ПТСР включаются члены семьи пострадавшего. Наше исследование выполнялось в Лечебно-реабилитационном научном центре «Русское поле» ФГБУ «ФНКЦ ДГОИ им. Д. Рогачева» Минздрава России. В нем приняли участие подростки-онкопациенты на стадии ремиссии и их матери. Семьи, столкнувшиеся с опасным для жизни заболеванием ребенка, подвергаются психотравмирующему воздействию ряда сверхсильных раздражителей, связанных не только с непосредственной угрозой жизни человека, но и с ожиданием ее последствий [2, 3].

Многочисленные исследования показывают, что у родителей детей-онкопациентов могут долго сохраняться симптомы ПТСР: у 20% семей один из родителей имеет признаки ПТСР [5]; проявления ПТСР сохраняются более 10 лет [7]; у 19% матерей и 8% отцов симптоматика ПТСР проявляется через 5 лет после окончания лечения [6]. Изучены факторы, повышающие чувствительность матерей к психотравмирующему воздействию данного стрессора [4]. Принято выделять четыре группы универсальных проблем, напрямую затрагивающих семейное функционирование в ситуации хронического угрожающего жизни заболевания: эмоциональные, функциональные и финансовые трудности, а также трудности взаимодействия с социумом [1].

Цель исследования заключалась в том, чтобы изучить содержание структуры представления о болезни у матерей детей-онкопациентов на стадии ремиссии, которое позволит описать психологическую картину переживания данного травматического события.

Задачи: 1) выделить категории для контент-анализа рассказов респондентов; 2) проанализировать рассказы респондентов экспериментальной (ЭГ) и контрольной групп (КГ) по выделенным категориям.

Выборка. ЭГ — 8 матерей (ср. возраст 37,7 лет) детей-онкопациентов на стадии ремиссии (ср. срок ремиссии 5,3 лет) и КГ — 7 матерей (ср. возраст 37,5 лет) детей без онкозаболевания.

Методики. Использовались таблицы Тематического апперцептивного теста (ТАТ), из которых респондентам предлагалось выбрать ассоциирующуюся со словом «болезнь», и составить по ней рассказ (три вопроса экспериментатора: «Что изображено на этой картинке?», «Что происходило чуть ранее?», «Что будет происходить дальше?»). Также были использованы Шкала оценки влияния травматического события (Horowitz et al., 1979), FAST (Gehring, 2001), FACES-4 (Olson, 2010), Шкала самооценки уровня тревожности (Спилберг—Ханин), опросник посттравматического роста (Магомет-Эминов, 2009). В данной статье рассматриваются только тексты рассказов по таблицам ТАТ.

Для обработки полученных текстов рассказов использовался качественный контент-анализ (техники суммирующего и структурирующего контент-анализа). Выделены следующие кодировочные категории:

эмоциональные элементы речи, активная/пассивная позиция героев, система отношений между персонажами рассказа, связность фрагментов повествования, конкретизация картины прошлого и будущего, прямое указание проекции содержания рассказа на себя.

Результаты.

1. Эмоциональные элементы речи. Во всех текстах респондентов ЭГ встречаются обозначения эмоционального состояния героев (как положительные, так и отрицательные). Эмоции чаще всего приписываются не тому персонажу, который болеет, а тому, кто находится рядом с ним, — ухаживает, помогает (грусть, разочарование, усталость, боль, страх, спокойствие, любовь).

В текстах респондентов из КГ эмоциональных элементов меньше и они атрибутированы болеющему персонажу, главному герою рассказа (плачет, испытывает напряжение, отчаяние, чувствует себя несчастным, одиноким). В их текстах не встречается положительных эмоций, которые, видимо, не вписываются в фрейм «болезнь».

2. Активная/пассивная позиция героев рассказа. В данной категории мы оценивали позицию героев рассказа как относящуюся к пассивной, активной или сменяющейся по ходу рассказа: от пассивной к активной или наоборот. *Активная* позиция героя представлена описаниями конкретных поведенческих актов, направленных на совладание с ситуацией.

В тех текстах ЭГ, где фигурируют два персонажа, один из них болен, второй — его родственник или близкий. Часто оба этих персонажа описываются как находящиеся в пассивной позиции: *болеющий* «лежит», «тяжело болеет», «прикован к постели», «умер», у него «нету сил», ему «плохо», ухаживающий *родственник/близкий* «сидит на стуле», «переживает», «разочарован», «расстроен», «усталый», «чувствует боль». В тех текстах, где родственник занимает более активную позицию, его действия описываются или неспецифично для его роли: «прижимается», «пришел проститься», или очень обобщенно: «ухаживает», «лечит». В случаях, когда на картинке и/или в рассказе респондента присутствует только один главный персонаж, — это всегда не тот, кто болеет, а тот, кто за него переживает, его близкий.

В текстах КГ также фигурируют один или два персонажа. Позиция главного героя (болеющего человека) или является активной с самого начала, или сменяется с пассивной на активную: «у него что-то резко заболело...его быстро доставили к врачу — он придет в себя и пойдет дальше»; «это ее загнало в угол — встанет...перенесется на кровать либо что-то будет делать активно...пойдет пить чай»; «ему плохо, ...у него температура — поспит, ...залезет на кровать, укутается». В тех текстах, где герой не один и есть еще помогающие ему персонажи, они с самого начала занимают активную позицию: «кого-то режут...операция»; «человек, склонившийся над ним, тянет руку к его лбу, чтобы дотронуться до него и проверить, какой у него жар...чтобы постараться как-то ему получше помочь».

3. Система отношений между персонажами рассказа. В текстах ЭГ герои рассказа во всех кей-

сах связаны родственными узами («отец—сын»; «ребенок—мама»; «мать—сын», «отец/дядя—сын», или называются «близкими»). Второстепенных персонажей нет. В рассказах КГ герой — или один, или окружен разными людьми, в том числе врачи, родственники, «неизвестный помощник» («не понимаю, кто он... [больного] быстро доставили к врачу... при помощи это человека», «вот это кто — не знаю, честно говоря... как-то помогал ему в лечении»).

4. Связность повествования. Текст относился к связному, если между вводной, основной частью и заключением респондент выстраивал очевидные причинно-следственные связи. Разрыв связности повествования в текстах может происходить в результате выпадения каких-то фрагментов:

— *Ну, женщина сидит, я так думаю, наверное, возле кровати... Переживает...*

— *Что происходило чуть раньше?*

— *Ну, наверное, была обычная семья. Как сказать (пауза)... Ну да, трудности, наверное, как обычная семья — дом, заботы...*

Здесь респондент не выстраивает связь между прошлым, где была «обычная семья», и настоящим, в котором «женщина переживает», сидя у кровати [видимо, больного]. Нечто (болезнь нигде не упоминается прямо в этом рассказе) обрушивается, изменяя кардинально жизнь этой обычной семьи. В этом тексте мы встречаемся с тем, что практики называют «разрывом хронотопа» вследствие травматизации.

Другой вариант разрыва связности — включение в текст фрагментов из собственной жизни респондента.

5. Конкретизация в описании прошлого и будущего. В большинстве случаев в ЭГ мы встречаемся с очень обобщенным описанием прошлого (текст не детализирован и не дает информации о временном промежутке): «заболел... был прикован к кровати»; «ухаживали, лечили»; «долго болела»; «кого-то потеряла»; «была обычная семья — дом, заботы». В текстах респондентов из КГ прошлое описывается как цепь событий и часто непосредственно предшествует актуальной ситуации («резко заболело — доставили к врачу»; «он сходил куда-нибудь на кухню воды попить и вернулся — совсем плохо стало — даже на кровать не лег»; «он пришел, ему стало плохо, он лег...»).

В большинстве текстов ЭГ описание будущего формализовано и обезличено: нет упоминания персонажей, указания конкретных действий («отойдет в мир иной, лучший, чем наш»; «благополучно... потом все удачно заканчивается»; «все будет хорошо»; «жизнь продолжается... все будет хорошо»). В некоторых текстах построение картинки будущего полностью блокируется: «Ну, исхода-то я не знаю, что будет...» Повторяющаяся фраза «все будет хорошо» напоминает магическую формулу.

В текстах КГ будущее описывается через конкретные действия: «он немножко там останется, придет в себя и пойдет дальше...»; «она встанет, а потом... либо перенесется в более удобную позу на кровать, либо... пойдет пить чай».

6. Прямое указание на проекцию происходящего в рассказе на себя. В рассказах респондентов

из ЭГ часто встречаются прямые указания на то, что это рассказ о них (в рассказах респондентов КГ этого нет).

7. Упоминание смерти в рассказах респондентов. ЭГ встречается часто («он умер», «отойдет в мир иной»; «конец жизни»; «кого-то потеряла... кого-то убили»; «пришли проститься»): 13 раз встречается в ЭГ и 2 раза в КГ.

Обсуждение результатов. Психологический анализ результатов возможен при выделении в категории «переживание угрожающего жизни заболевания» трех компонентов: эмоционального, когнитивного и поведенческого. К первому относятся указания на описания чувств, на сходство ситуации на картинке с личными переживаниями. К когнитивному компоненту — такие параметры, как связанность/спутанность повествования, степень его детализированности, представленность прошлого-настоящего-будущего — то, что связано с осмыслением ситуации болезни респондентом. Поведенческий компонент определяется по пассивной/активной позиции героев рассказа.

Столкновение с угрожающим жизни заболеванием ребенка оставляет человека в негативном спектре эмоций (страх, печаль, сожаление, ощущение безысходности, усталость). Болезнь воспринимается как нечто необратимое, непредсказуемое, и это определяет психотравматический характер этой угрозы. Другим полюсом эмоциональности являются спокойствие, любовь, теплота, близость, часто связанные с отмечающейся тенденцией к диадическому слиянию в ответ на витальную угрозу. В отличие от ЭГ, опыт столкновения с болезнью респондентами КГ не оставляет такого эмоционального следа, при этом по данным нашего исследования эмоциональные категории приписываются не ухаживающему персонажу, а болеющему.

Получены данные о том, что болезнь ассоциативно связана у матерей детей-онкопациентов с переживанием смерти. Известно, что этот вид экзистенциального переживания часто является причиной как посттравматического роста, так и различной психопатологии. Необходимо отметить, что симптомы ПТСР вторжения делают вклад в специфику данного переживания и проявляются в переплетении вымышленной истории и воспоминаний о травматическом событии.

Когнитивный компонент переживания столкновения с угрожающим жизни заболеванием связан с осмыслением этого опыта. Показано, что доступ к принятию событий прошлого зачастую заблокирован, а картины будущего обезличены и обобщены (сокращение жизненной перспективы), что может быть рассмотрено как проявление симптомов ПТСР избегания. В литературе представлены данные о том, что травматический опыт воспринимается чуждым, ужасным, непостижимым и не включается в личную историю, в образ «Я» [8]. Опыт переживания данного стрессора делает особенно значимыми родственные отношения.

Поведенческий компонент переживания отражается в специфике восприятия матерями детей-онкопациентов своей жизненной позиции как пассивной, что диссоциирует с реально проявляемой ими поведенческой активностью во время и после болезни.

Заключение. Изучение представления о болезни матерей детей-онкопациентов имеет практическое значение в связи с тем, что семейное окружение формирует отношение ребенка к болезни и определяет способы эффективных стратегий совладания со стрессовой ситуацией.

Библиографический список

1. Кимова С.В., Микаэлян Л.Л., Фарих Е.Н., Фисун Е.В. Основные направления психологической помощи семьям с детьми, страдающими онкологическими заболеваниями [Электронный ресурс] // Журнал практической психологии и психоанализа. 2013. № 1. URL: <http://psyjournal.ru/articles/osnovnye-napravleniya-psiologicheskoy-pomoshchi-semyam-s-detmi-stradayushchimi> (дата обращения: 28.02.18).
2. Корень Е.В., Масихина С.Н. Психопатологические и психосоциальные аспекты «медицинского стресса» у родителей детей с онкологическими заболеваниями в период лечения в стационаре // Социальная и клиническая психиатрия. 2016. Т. 26, № 2. С. 14–22.
3. Леденцова С.Л., Сабутова Д.Р. Особенности внутренней картины болезни детей с онкологическим заболеванием // Наука сегодня. Ключевые проблемы и перспективы развития. СПб.: Изд-во «КультИнформПресс», 2015. 197 с. С. 70–71.
4. Черненко О.А., Чулкова В.А. Психологическое состояние матерей во время лечения их детей в онкологическом отделении // Научные исследования выпускников факультета психологии СбГУ. 2014. Т. 2. С. 298–304.
5. Kazak A.E., Alderfer M., Rourke M.T., Simms S., Streisand R., Grossman J.R. PTSD and PTSS in Families of Adolescent Childhood Cancer Survivors // Journal of Pediatric Psychology. 1 April 2004. V. 29. No. 3. P.211–219.
6. Ljungman L., Hoven E., Ljungman G., Cernvall M., von Essen L. Does time heal all wounds? A longitudinal study of the development of posttraumatic stress symptoms in parents of survivors of childhood cancer and bereaved parents // Psycho-Oncology. December 2015. V. 24. No. 12. P.1792–1798.
7. Ozono S., Saeki T., Ogata A., Okamura H., Yamawaki S. Factors related to posttraumatic stress in adolescent survivors of childhood cancer and their parents // Supportive Care in Cancer. March 2007. V. 15. No. 3. P. 309–317.
8. Van der Kolk B.A., Ducey C.P. The psychological processing of traumatic experience: Rorschach patterns in PTSD // Journal of Traumatic Stress. 1989. V. 2. P. 259–274.

ПРОФИЛАКТИКА ТРУДНОСТЕЙ ОБУЧЕНИЯ: НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД

Васькова О. В., к. псих. н., старший преподаватель,
ФГБОУ ВО «Московский педагогический государственный университет»,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

Проблема школьной неуспешности является крайне актуальной для современного общего образования. В решение этой задачи вовлечены как образовательные учреждения, так и многочисленные специалисты. Эта проблема рассмотрена с точки зрения нейропсихологического подхода, который позволяет по-новому взглянуть на причины неуспешности в обучении и предлагает эффективные методы их решения, отводя особую роль профилактике их возникновения.

Ключевые слова

Школьная неуспешность, нейропсихологический подход, дети, школа, психология, педагогика.

PREVENTION OF LEARNING DIFFICULTIES: NEUROPSYCHOLOGICAL APPROACH

Vaskova O. V., PhD (Psychology), Senior Lecturer,
Moscow State Pedagogical University,
Moscow, Russian Federation

Abstract

The issue of school underachievement is highly important for educational systems. A lot of educational institutions and different specialists are involved in solving this problem. In this article, we consider this issue using a neuropsychological approach which provides new opportunities and effective methods for comprehension of school underachievement and its prevention.

Key words

Learning difficulties, neuropsychological approach, children, pedagogy, psychology, school.

Обучение в школе играет ключевую роль не только в жизни отдельного ребенка и его родителей, но и в жизни общества в целом. Школа является значимым инструментом социализации человека, ведь именно на нее приходится ключевые этапы возрастного развития. Кроме того, в школе большинство современных детей проводят большую часть своего времени. В таком случае школа становится вторым по значимости после семьи институтом социализации ребенка, а эффективность школьного образования напрямую связана с научными достижениями и прогрессом. Таким образом, успешное во всех смыслах обучение в школе является одной из приоритетных задач как для отдельно взятого ребенка, так и для общества в целом. Подобная необходимость нашла свое отражение в распространении такой услуги, как подготовка ребенка к школе, что раньше было скорее исключением, нежели правилом. К сожалению, зачастую содержание подобных программ сводится к «натаскиванию» на определенные школьные дисциплины, а иногда может частично дублировать программу первого класса. Тем не менее готовность к обучению — это естественная профилактика нарушений социализации, эмоци-

ональной сферы. Если залог полноценного усвоения собственными образовательными программами [4].

Мы знаем, что любые трудности проще предупредить, чем преодолевать, поэтому обеспечить ребенку полноценную готовность к школе — значит не дать ему и его родителям столкнуться с большинством трудностей. Чтобы решить эту задачу, необходимо определить, что такое готовность к обучению. Для этого я предлагаю воспользоваться нейропсихологическим подходом, чья ориентация на развитие психики ребенка в полной мере соответствует этой задаче. Стоит отметить, что речь пойдет о детях, у которых отсутствуют какие-либо установленные нарушения психофизического развития.

Для начала обозначим общие представления о готовности к обучению, характерные для нейропсихологического подхода. Ребенку, не имеющему каких-либо нарушений психического развития или здоровья, не требуются специальные подготовительные меры. Лучшей подготовкой к школе является своевременное созревание и развитие психических функций. В нормальных как со стороны психофизиологии ребенка, так и со стороны окружающего мира услови-

ях эти процессы созревания и развития происходят естественным путем в соответствии с возрастной динамикой. Рост уровня нарушений детского развития, а также дисгармоничная и обедненная окружающая среда приводят к тому, что эти естественные процессы искажаются, и к моменту поступления в школу ребенок оказывается к ней не готов. В наших силах помочь ребенку в формировании психических функций как в ходе коррекционной работы, так и с помощью просветительской и профилактической деятельности среди родителей, педагогов, воспитателей и других заинтересованных взрослых [1]. Остановимся подробнее этих положениях.

С ростом уровня информированности и доступности различных бесплатных и платных образовательных услуг широко распространилось мнение, что перед поступлением в школу ребенок должен в обязательном порядке пройти специальную подготовку. Мы оспариваем это мнение и подчеркиваем, что в случае нормативного развития ребенка, которое заключается в своевременном развитии всех психических функций, ребенок готов к обучению в школе. Ему будет требоваться организующая помощь, эмоциональная поддержка, но у него уж есть все, чтобы успешно приступить к обучению. Школьная программа составлена на основе знаний о детском развитии и, следовательно, учитывает возрастные особенности ребенка, структурируя и давая материал в том виде, который доступен первокласснику. Следовательно, для усвоения этой программы достаточно того, что все сферы психического развития ребенка находятся на нормативном уровне, никаких специальных навыков и знаний от него не требуется, их формирование — собственно и есть задача школы.

Но если специальная подготовка не нужна и ребенок готов к обучению в школе, как быть с детьми, не справляющимися с обучением? Чаще всего причиной школьной неуспешности становятся трудности в общении, особенности эмоционально-волевой сферы и, конечно, несформированность базовых психических функций, с помощью которых ребенок осваивает образовательную программу. То есть психические функции ребенка просто не готовы к восприятию, переработке и усвоению той программы и в том виде, который предполагает общее образование. Часто такого рода несформированность незаметна для окружающих и родителей дошкольника, поскольку перед ребенком ранее не ставились задачи, при решении которых подобный дефицит становится очевидным. Но этот дефицит психического развития быстро обнаруживает себя в школьном обучении, когда для решения поставленных задач требуется задействовать эти функции. Увеличение количества таких детей, о котором говорят как врачи, так и педагоги, связано с несколькими факторами: это и рост различных внутриутробных нарушений; условия окружающей среды, в том числе неблагоприятная экология; достижения медицины, которые помогают вынашивать серьезно недоношенных детей; а также изменения в информационной, социальной и воспитательной средах, окружающих ребенка. Таким образом, с одной стороны,

ребенок рождается с незрелыми, нарушенными структурами, отвечающими за нормальный онтогенез, а с другой, современная культурная и социальная среда часто не дают ресурса для адекватного и полноценного развития [3]. Попадая в школу, такой «недоформированный» ребенок неизбежно будет испытывать сложности в освоении образовательной программы.

Итак, с нейропсихологической точки зрения готовность к школе — это, прежде всего, сформированность всех психических функций, которые принимают участие в формировании учебных навыков (чтения, письма, счета и т. д.), а именно [5]:

— произвольной саморегуляции (способности ставить цели, строить программу для их достижения, видеть и исправлять собственные ошибки, понимать, соответствует ли полученный результат тому, чего требовалось достичь);

— нейросоматического статуса или энергетического баланса (у ребенка должен быть оптимальный уровень активности, который позволит ему полноценно функционировать во время всего периода обучения, не выпадая на длительное время и не истощаясь задолго до конца занятий);

— познавательные навыки (внимание, восприятие, память, фонетико-фонематический анализ и синтез, пространственные представления, графомоторные навыки, мыслительные операции).

Например, для полноценного освоения письма ребенок должен быть готов усваивать различную по своей модальности информацию (зрительную, слуховую, кинестетическую), обладать возможностью серийной организации движений и действий, поддерживать свой энергетический потенциал на достаточном уровне, демонстрировать необходимый уровень произвольности и контроля за своей деятельностью. Не говоря о том, что нужно уметь поддерживать рабочую позу за столом определенное количество времени, не вставая с места, не «растекаясь» по парте [2].

Если с нормативно развивающимися детьми все более-менее понятно, что делать родителям, специалистам и другим заинтересованным людям, чтобы помочь ребенку, который все-таки не справляется с обучением? Во-первых, в случае возникновения подозрений о нарушениях или для контроля готовности к школе необходимо убедиться, что все психические функции созрели в той степени, которая позволит ребенку справиться с учебной нагрузкой. Во-вторых, если в обычной жизни ребенку с трудом даются какие-то действия, даже незначительные на первый взгляд, (прыжки на одной ноге, езда на велосипеде, одевание, рисование, счет и др.), не стоит ждать, что по мере взросления он это перерастет [6]. Такого рода трудности могут быть следствием более глубоких проблем, которые нуждаются в актуальной диагностике. Если в ходе диагностики были обнаружены какие-либо нарушения, нужно принять меры по их преодолению. Своевременная помощь — это хороший фундамент для позитивных изменений. Чем раньше начинаются коррекционные мероприятия, тем больше вероятности, что к школе удастся их преодолеть. К сожалению, не редки случаи, когда за помощью обращаются родите-

ли уже первоклассников, а существующие трудности являются результатом несформированности базовых функций. В таком случае коррекционные мероприятия безусловно необходимы и принесут положительный результат. Однако следует помнить, что параллельно с этими мероприятиями ребенок ходит в школу, где к нему уже предъявляются требования в соответствии с возрастными нормативами. А значит, возрастает нагрузка как на ребенка, так и на родителя. Хочу особо подчеркнуть, что в то же время необходимо избегать такого явления, как гипердиагностика, в результате которой страдает сам ребенок, родитель, а для преодоления отсутствующих в реальности трудностей часто требуются существенные финансовые затраты.

Подведем итоги. Нейропсихологический подход к обучению предполагает, что готовность к школе — это нормативное созревание психических функций, а не обладание конкретными, пусть и полезными навыками (чтение, письмо, счет и т. д.). Главная и самая эффективная подготовка к школе — это создание условий для полноценного формирования этих функций. Если этих мер недостаточно, специальные коррекционные нейропсихологические мероприятия помогут преодолеть эти трудности. Такая готовность к школьному обучению — лучшая профилактика школьной неуспешности. Ребенок, который подошел к обучению в школе с уже сформированными познавательными функциями, не будет испытывать больших трудностей в обучении, даже если его не учили читать или писать. В то же время ребенок, которого до школы

научили читать и даже писать, вполне может быть отстающим, если такие функции не сформированы на нужном уровне.

Как мы видим, подготовка к обучению в школе в любом существующем виде, будь то подготовительный класс в школе и детском саду или занятия в многочисленных частных учреждениях, как правило, не направлены на формирование необходимых психических функций, а представляют собой знакомство с процессом обучения и получение конкретных навыков (читать, писать и т. д.). Что само по себе является бессмысленным, так как именно в этом заключается задача начальной школы, и все это ребенок должен освоить именно в процессе основного обучения.

Исходя из вышесказанного, мы можем констатировать, что профилактика трудностей обучения начинается в еще в дошкольном возрасте. Она заключается в поддержании соматического здоровья ребенка, его психофизического развития, физической активности и адекватной интеллектуальной нагрузки, а также в наличии вокруг него богатой и разнообразной окружающей среды, которая даст возможность полноценно развернуться программе психического развития и обязательно сделает ребенка полностью готовым к школьному обучению. В случае если по каким-либо причинам (физиологическим, психологическим, социальным) этого не произошло, то своевременная помощь специалистов, нейропсихологов, логопедов, дефектологов, врачей станет лучшей профилактикой дальнейших проблем в обучении.

Библиографический список

1. Актуальные проблемы нейропсихологии детского возраста / под ред. Л. С. Цветковой. Воронеж: Модэк, 2010. 296 с.
2. Ахутина Т. В., Пылаева Н. М. Преодоление трудностей учения: нейропсихологический подход. СПб.: Питер, 2008. 320 с.
3. Глозман Ж. М. Нейропсихология детского возраста. М.: Академия, 2009. 272 с.
4. Гуткина Н. И. Психологическая готовность к школе. СПб.: Питер, 2004. 208 с.
5. Семенович А. В. Метод замещающего онтогенеза. Сборник нейропсихологических программ. Казань: Центр социально-гуманитарного образования, 2016. Т. 1. 184 с.
6. Семенович А. В., Вологодина Я. О., Ланина Т. Н. Нейропсихологическая профилактика и коррекция. Дошкольники. М.: Дрофа, 2014. 240 с.

МОДЕЛЬ ПСИХИЧЕСКОГО И КОНТРОЛЬ ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ТИПИЧНЫМ РАЗВИТИЕМ И НАРУШЕНИЕМ РЕЧИ*

Виленская Г. А., к. псих. н., **Лебедева Е. И.**, к. псих. н.,
ФГБУН «Институт психологии Российской академии наук»,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

Представлены результаты сравнительного исследования взаимосвязи развития саморегуляции (контроля поведения) и понимания ментального мира (модели психического) в дошкольном возрасте. В исследовании участвовало 25 детей с общим недоразвитием речи и 44 типично развивающихся ребенка 4–5 лет. Проанализированы различия в возрастной динамике контроля поведения и понимания ментального мира, а также взаимосвязи их с вербальным и невербальным ментальным возрастом у разных групп детей.

* Работа выполнена при поддержке гранта РФФИ № 17-29-02155 офи_м «Субъективные факторы психологического здоровья».

Ключевые слова

Модель психического, контроль поведения, дошкольный возраст, нарушения речи.

THEORY OF MIND AND BEHAVIORAL CONTROL IN PRESCHOOL CHILDREN WITH TYPICAL DEVELOPMENT AND LANGUAGE IMPAIRMENT

Vilenskaya G. A., PhD (Psychology), **Lebedeva E. I.**, PhD (Psychology),
Institute of Psychology, Russian Academy of Sciences,
Moscow, Russian Federation

Abstract

The results of a comparative study of the relationship between the development of self-control (behavior control) and the theory of mind in preschool age are presented. 25 children with language impairments and 44 typically developing children (aged 4–5) participated in the study. The paper analyzes the differences in the age dynamics of behavior control and understanding of the mental world. Relationship of verbal and non-verbal mental age in different age groups is defined.

Key words

Mental model, behavior control, preschool age, language impairments.

Представленная работа является частью продолжающегося в настоящий момент исследования взаимосвязи развития саморегуляции и понимания себя и другого в детском возрасте [2]. Рассматривая совместное развитие процессов саморегуляции и понимания ментального мира других людей, нельзя упускать из внимания возможное влияние третьих факторов на развитие этих способностей. Речь, одна из важнейших функций которой — регулятивная [4], становится одним из важнейших факторов, вносящих вклад в развитие как саморегуляции (контроля поведения), так и понимания ментального мира другого человека (модели психического).

Контроль поведения рассматривается как психологический уровень регуляции поведения. Он является индивидуальной основой для развития саморегуляции, обеспечивая своеобразие способов адаптации. Именно дисбаланс или недостаточное развитие регуляции чаще всего лежит в основе социальной дезадаптации. Контроль поведения включает три компонента (когнитивный контроль, эмоциональный контроль, волевой или произвольный контроль) [7].

Модель психического — способность приписывать другим людям различные психические состояния (отличающиеся от наших собственных) и рассматривать эти состояния как причину их поведения [6]. Она развивается и усложняется в течение всей жизни, однако наиболее бурное формирование этой способности приходится на дошкольный возраст.

Большинство исследований демонстрируют важность фактора речевого развития в развитии модели психического. В лонгитюдном исследовании Эстингтон и Дженкинс [8] было продемонстрировано, что синтаксические и семантические показатели речи у детей 3 лет предсказывают уровень развития модели психического через 7 месяцев. Однако обратная зависимость не наблюдается. Мета-анализ результа-

тов исследований глухих детей показал, что развитие модели психического у них не нарушено, но у глухих детей слышащих родителей отстает развитие речи и, как следствие, отстает развитие модели психического [13]. В сравнительном исследовании взаимосвязи модели психического и речевого развития у детей с расстройствами аутистического спектра и нарушениями речи было показано, что дети с нарушениями речи давали меньше правильных ответов в задачах на понимание ментальных состояний других людей, чем их типично развивающиеся сверстники 8–12 лет [12].

В работе Виттке с соавторами обнаружено, что регулятивные способности детей с нарушением речи оцениваются родителями и учителями значительно ниже, чем у типично развивающихся детей, и эта оценка коррелирует с уровнем речевых способностей ребенка [15]. Различные авторы [14, 16] обнаружили, что дошкольники 4–5 лет с нарушением речи отстают от типично развивающихся сверстников в различных компонентах исполнительных функций, которые рассматриваются как показатели когнитивной саморегуляции (рабочая память, когнитивная гибкость, импульсивность).

Цель исследования состоит в выявлении роли речевого развития в понимании ментального мира и саморегуляции у детей 4–5 лет с типичным развитием и нарушениями речи.

В данном исследовании мы ставили перед собой следующие вопросы:

1) различаются ли дети по развитию модели психического и контроля поведения в зависимости от уровня развития речи?

2) связан ли уровень развития речи с уровнем развития модели психического и контроля поведения?

В настоящем исследовании участвовали типично развивающиеся дети (ТР) и дети с нарушениями раз-

вития речи (ОНР 2–3 степени). Дети с нарушениями развития речи — 25 детей в возрасте 4–5 лет (4 года — 14 человек, 11 мальчиков, $Me = 4$ года 8 мес., 5 лет — 11 человек, 9 мальчиков, $Me = 5$ лет 1 мес.), посещающие специализированный детский сад для детей с нарушениями речевого развития г. Москвы (далее — группа ОНР).

Данные по типично развивающимся детям были взяты из предыдущего лонгитюдного исследования взаимосвязи модели психического и контроля поведения [2]: 44 ребенка в возрасте 4 лет на первом этапе исследования (19 мальчиков, $Me = 4$ года 5 мес.) и эти же дети в возрасте 5 лет на втором этапе исследования — 30 детей (13 мальчиков, $Me = 5$ лет 4 мес.) (далее — группа ТР).

Контроль поведения исследовался с помощью комплекса методик: когнитивный контроль — с использованием задачи «День—Ночь» [11], эмоциональный контроль — Детский тест тревожности Теммл—Дорки—Амена [5], контроль действий (аналог произвольного контроля в детском возрасте) — с помощью ряда проб из моторной шкалы теста Бейли (BSID-2) и шкалы Озерецкого [5]; для детей 5-летнего возраста к моторным пробам были добавлены задания из батареи нейропсихологического обследования А. Р. Лурия [1].

Методики, оценивающие развитие модели психического, были разделены на два уровня: исследующие предикторы и собственно модель психического. Развитие предикторов модели психического оценивалось с помощью методик на понимание визуальной перспективы 1-го и 2-го уровней (что именно и как видит другой человек), понимание желаний по направлению взора и понимание источника знаний. Для исследования развития собственно модели психического применялись методики, оценивающие понимание неверных мнений, как собственных, так и других людей, а также понимание неверных мнений и обмана в сказках (сказки «Красная Шапочка» и «Маша и медведь»).

Оценка вербального и невербального ментального возрастов детей проводилась с помощью теста интеллекта Векслера для дошкольного и младшего школьного возраста (WPPSI — Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence) [3]. Для оценки вербального ментального возраста были использованы данные по субтесту «Словарный», а для невербального — субтеста «Кубики Кооса» как наиболее показательные в своей серии.

Результаты. Сравнение уровня вербального и невербального возраста в группах детей 4 и 5 лет с ТР и ОНР показало достоверные различия в уровне вербального ментального возраста в обеих возрастных группах ($U = 187,5$; $p = 0,03$ и $U = 98,0$; $p = 0,049$). Если говорить о возрастной динамике в пределах каждой группы, то в группе ТР обнаруживается значимая положительная возрастная динамика вербального и невербального ментального возраста ($U = 427,00$; $p = 0,009$ и $U = 254,00$; $p = 0,000007$ соответственно).

Анализ результатов развития предикторов модели психического (рис. 1) обнаружил возрастную динами-

ку в понимании визуальной перспективы 1-го уровня: 4-летние дети хуже 5-летних понимали, что другой человек может видеть предмет, только если между предметом и его взором нет препятствий, как при типичном развитии, так и в группе детей с ОНР ($\varphi = 2,424$; $p \leq 0,01$ и $\varphi = 1,658$; $p \leq 0,05$ соответственно). У детей с ОНР также обнаружены достоверные различия между 4-летними и 5-летними детьми в понимании желаний других людей по направлению взора ($\varphi = 2,378$; $p \leq 0,01$).

Межгрупповой анализ результатов развития предикторов модели психического показал, что значимых различий между детьми с ТР и детьми с ОНР в 4–5 лет не наблюдается.

Результаты исследования развития собственно модели психического показали возрастную динамику понимания неверных мнений, как собственных, так и других людей, в обеих группах детей, однако значимые различия выявились только в одной группе (рис. 2). Понимание неверных мнений других людей достоверно улучшалось у детей ТР в возрасте от 4 до 5 лет ($\varphi = 2,01$; $p \leq 0,022$). У детей с ОНР данные различия незначимы. Различия в понимании собственных неверных мнений между 4 и 5 годами незначимы в обеих группах детей.

Положительная возрастная динамика также наблюдается в распознавании и понимании неверных мнений и понимании обманных намерений персонажей в сказках, но только в группе детей с ТР ($\varphi = 3,45$; $p \leq 0,01$ и $\varphi = 5,06$; $p \leq 0,01$ соответственно). В группе детей с ОНР данные различия незначимы.

Возрастная динамика в развитии контроля поведения в группе ТР детей наблюдается только для показателя когнитивного контроля (результаты задачи «День—Ночь») ($U = 459,50$; $p = 0,026$). В группе детей с ОНР значимой возрастной динамики не было обнаружено ни для одного показателя.

Межгрупповой анализ данных развития модели психического обнаружил, что 4-летние дети с ОНР хуже справляются со стандартными тестами на понимание неверных мнений, чем их сверстники с ТР, однако лучше понимают неверные мнения и обман в сказках (различия незначимы). В 5 лет картина меняется: дети с ТР лучше решают стандартные задачи на понимание неверных мнений и лучше распознают неверные мнения и обман, чем их ровесники с ОНР ($\varphi = 2,324$; $p \leq 0,01$ — обман в сказках).

Анализ различий в уровне развития контроля поведения, напротив, показывает значимое превосходство 4-летних детей с ТР в контроле действий (моторные пробы) ($U = 83,00$; $p = 0,000$) над детьми с ОНР и отсутствие различий в показателях контроля поведения между детьми с ТР и с ОНР в 5-летнем возрасте.

При рассмотрении корреляций показателей контроля поведения с вербальным ментальным возрастом у детей с ТР корреляций обнаружено не было ни в 4, ни в 5 лет, у детей с ОНР была обнаружена корреляция вербального ментального возраста с показателем контроля действий (моторные пробы) в 4 года ($r = 0,59$; $p = 0,027$).

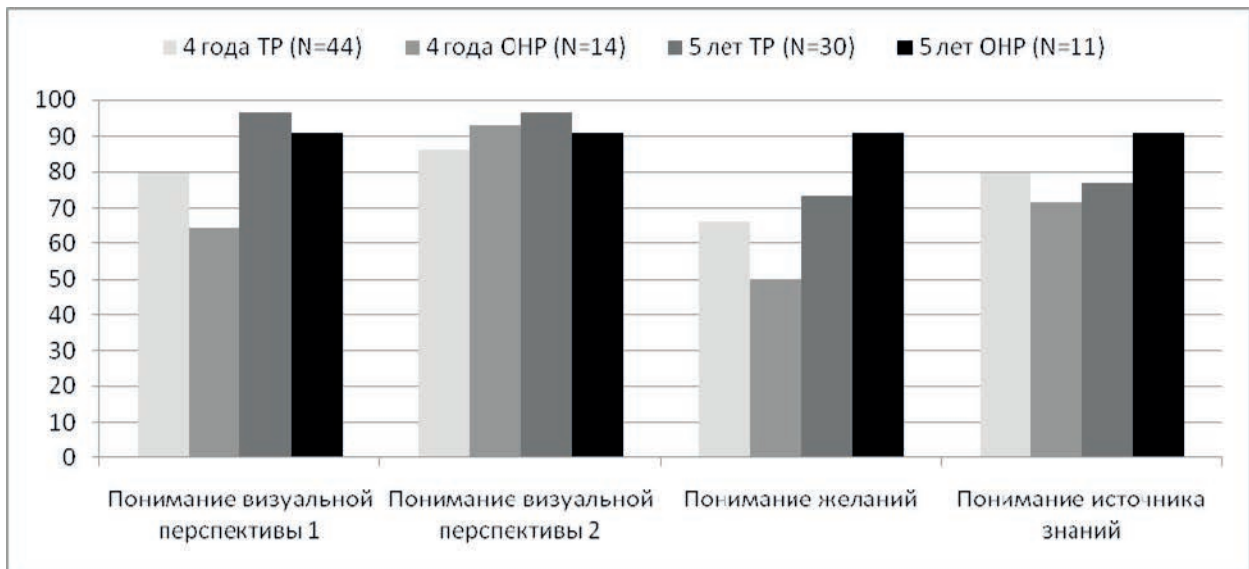


Рис. 1. Возрастная динамика развития предикторов модели психического (%) у детей 4–5 лет с ТР и ОНР

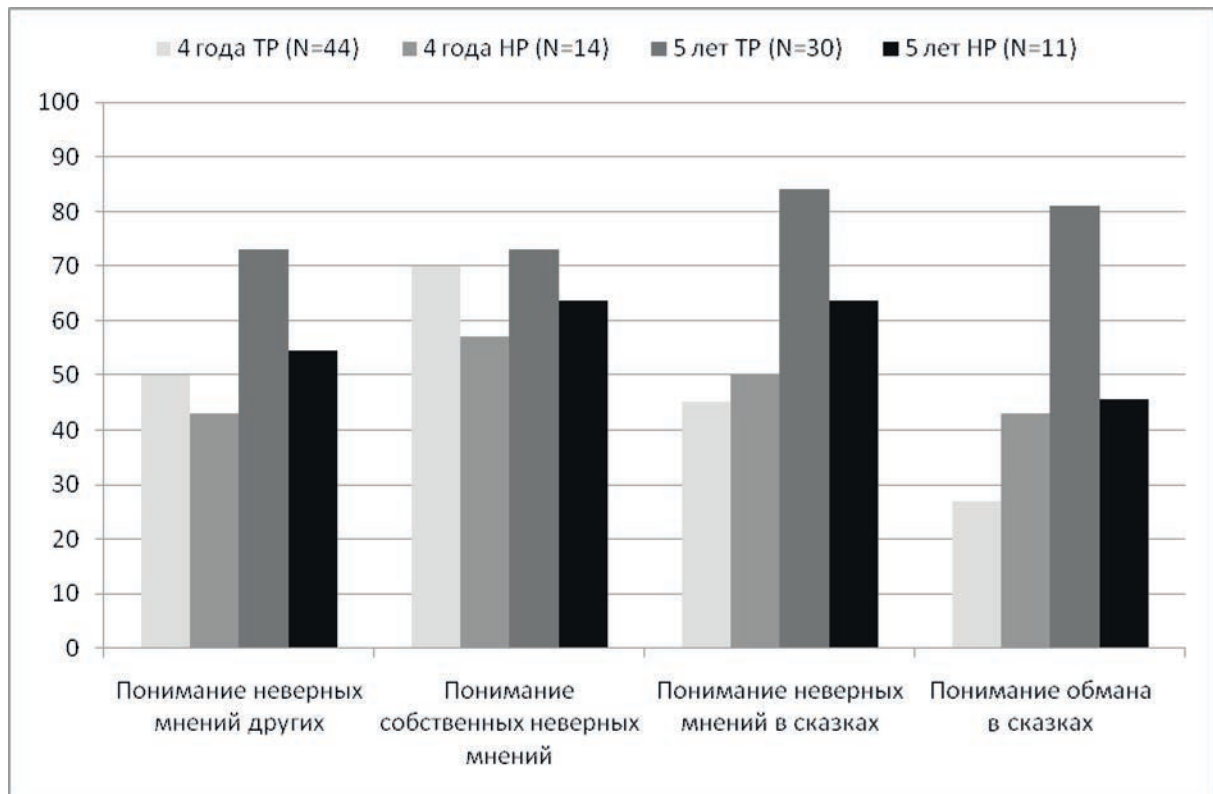


Рис. 2. Возрастная динамика развития модели психического (%) у детей 4–5 лет с ТР и ОНР

Корреляционный анализ показателей ментального возраста и обобщенного показателя развития модели психического (модель психического и предикторы) выявил взаимосвязи между уровнем вербального и невербального интеллекта и уровнем развития модели психического у детей с ТР ($r = 0,253$; $p = 0,03$ и $r = 0,396$; $p = 0,001$). Данные результаты согласуются с результатами, полученными в других исследованиях [6, 10]. Для детей дошкольного возраста при типичном развитии понимание ментального мира действительно сопряжено с уровнем ментального возраста. Это позволяет предпо-

лагать, что интеллектуальные способности обладают ресурсной ролью по отношению к социальному познанию.

У детей с ОНР развитие понимания ментального мира достоверно связано только с уровнем невербального ментального возраста ($r = 0,464$; $p = 0,001$), с уровнем вербального ментального возраста связь имеет только тенденцию ($r = 0,381$; $p = 0,06$). По всей видимости, обусловленный нарушениями речи сниженный вербальный ментальный возраст не является ресурсом для понимания ментального мира у 4–5-летних детей с ОНР.

Выводы.

1. Возрастная динамика развития контроля поведения, модели психического и ее предикторов наблюдается только у детей с ТР. В группе детей с ОНР возрастная динамика отмечается только для предикторов модели психического.

2. Различия между детьми с ТР и с ОНР наблюдаются в уровне развития модели психического — в 5 лет, а в уровне развития контроля поведения — в 4 года.

3. Вербальный ментальный возраст у детей с ТР оказался не связан с контролем поведения, но связан с показателями модели психического. У детей с ОНР, напротив, имеются связи вербального менталь-

ного возраста с контролем поведения и отсутствуют — с моделью психического.

4. Возрастная динамика контроля поведения и понимания ментального мира, а также взаимосвязи их с вербальным ментальным возрастом у детей с ТР и ОНР различны, что необходимо учитывать в коррекционной и развивающей работе с этими группами детей. Однако результаты нашего исследования не дают однозначного ответа на вопрос о том, насколько значимо сказываются нарушения в развитии речи на развитие понимания ментального мира и контроля поведения в дошкольном возрасте, и требуют дальнейшего продолжения исследований с увеличением выборки и охватом других возрастных групп.

Библиографический список

1. Ахутина Т. В., Полонская Н. Н., Пылаева Н. В., Яблокова Н. М. Методы нейропсихологического обследования детей 6–8 лет // Вестн. Моск. ун-та. Сер. 14, «Психология». 2016. № 2. С. 51–58.
2. Виленская Г. А., Лебедева Е. И. Развитие понимания ментального мира и контроля поведения в дошкольном возрасте // Психологические исследования: электронный научный журнал. 2014. Т. 7, № 38. С. 5. URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 26.02.2018).
3. Ильина М. Н. Психологическая оценка интеллекта у детей. СПб.: Питер, 2006. 368 с.
4. Лурия А. Р. Язык и сознание / под ред. Е. Д. Хомской. М: Изд-во Моск. ун-та, 1979. 320 с.
5. Практикум по возрастной психологии: учеб. пособие / под ред. Л. А. Головей, Е. Ф. Рыбалко. СПб.: Речь, 2002. 694 с.
6. Сергиенко Е. А., Лебедева Е. И., Прусакова О. А. Модель психического в онтогенезе человека. М.: Институт психологии РАН, 2009. 415 с.
7. Сергиенко Е. А., Виленская Г. А., Ковалева Ю. В. Контроль поведения как субъектная регуляция. М.: Институт психологии РАН, 2010. 352 с.
8. Astington J. W., Jenkins J. M. A longitudinal study of the relation between language and theory-of-mind development // *Developmental psychology*. 1999. V. 35. No. 5. P. 1311.
9. Baron-Cohen S. Theory of mind and autism: A fifteen year review // *Understanding other minds: Perspectives from developmental cognitive neuroscience*. 2000. V. 2. P. 3–20.
10. Blijd-Hoogewys E. M. A. et al. Measuring theory of mind in children. Psychometric properties of the ToM storybooks // *Journal of autism and Developmental Disorders*. 2008. V. 38. No. 10. P. 1907–1930.
11. Gerstadt C. L., Hong Y. J., Diamond A. The relationship between cognition and action: performance of children 312–7 years old on a stroop-like day-night test // *Cognition*. 1994. V. 53. No. 2. P. 129–153.
12. Gillott A., Furniss F., Walter A. Theory of mind ability in children with specific language impairment // *Child Language Teaching and Therapy*. 2004. V. 20. No. 1. P. 1–11.
13. Pyers J., de Villiers P. A. Theory of mind in deaf children: Illuminating the relative roles of language and executive functioning in the development of social cognition // *Understanding other minds: Perspectives from developmental social neuroscience*. 2013. P. 345–363.
14. Vissers C. et al. Executive functioning in preschoolers with specific language impairment // *Frontiers in psychology*. 2015. V. 6. P. 1574.
15. Wittke K., Spaulding T. J., Schechtman C. J. Specific language impairment and executive functioning: Parent and teacher ratings of behavior // *American Journal of Speech-Language Pathology*. 2013. V. 22. No. 2. P. 161–172.
16. Yang H. C., Gray S. Executive function in preschoolers with primary language impairment // *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 2017. V. 60. No. 2. P. 379–392.

ШКОЛЬНЫЙ БУЛЛИНГ КАК ФАКТОР ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Воликова С. В., к. псих. н., доцент,
Московский научно-исследовательский институт психиатрии
(филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. П. Сербского» Минздрава России),
ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет»,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

Представлены результаты обследования 172 школьников в возрасте 13–15 лет. 35,5% всех обследованных детей регулярно или эпизодически подвергаются издевательствам одноклассников. Дети — жертвы школьной травли чаще подвергаются вербальной агрессии. Поводом для травли становятся внешность, поведение, успеваемость, т. е. то, что может отличать их от сверстников. У детей — жертв школьной травли выше уровень депрессии, тревоги, больше суицидальных мыслей.

Ключевые слова

Школьный буллинг, школьники, депрессия, тревога, суицидальные мысли.

SCHOOL BULLYING AS A FACTOR OF EMOTIONAL DISADAPTATION OF CHILDREN AND ADOLESCENTS

Volikova S. V., PhD (Psychiatry), Associate Professor,
Moscow Research Institute of Psychiatry — Branch of V. Serbsky Federal Medical Research
Center of Psychiatry and Narcology,
Moscow State University of Psychology and Education,
Moscow, Russian Federation

Abstract

The article presents the results of examining 172 schoolchildren, aged 13–15. Regular or occasional bullying is experienced by more than 35,5% of participating children. Victims of bullying are more likely to experience verbal aggression from their peers. Appearance, behavior and school achievement are major factors that differentiate the victims from their peers, and may be the reasons why they are subjected to bullying. Victims exhibit higher levels of depression, anxiety and suicidal thoughts.

Key words

School bullying, pupils, depression, anxiety, suicidal thoughts.

Распространенность школьного буллинга.

Анализ публикаций по теме говорит о том, что школьный буллинг очень распространен практически во всех странах. В пример можно привести результаты кросс-культурального исследования распространенности школьного буллинга в 40 странах (США, Канада, Израиль, станы Европы, Азии) [5]. Было показано, что буллингу подвергаются от 8,6% (Швеция) до 45,2% (Литва) школьников. Согласно этому исследованию, в России 30,8% школьников испытывают на себе те или иные виды преследования и травли со стороны одноклассников.

В 2013 г. были опубликованы данные о работе детских телефонов доверия в разных странах. В докладе сделан вывод, что в период с 2003 по 2012 гг. увеличилось количество обращений по поводу школьного буллинга. Школьный буллинг наряду с физическим и сексуальным насилием, а также с семейными

проблемами занимает одну из первых строчек по числу обращений [11, р. 11].

Данные отечественных исследователей о распространенности этого явления сильно различаются. В некоторых работах показано, что регулярному физическому и/или психологическому насилию подвергались от 0,7 до 4%, а эпизодическому психологическому насилию — до 46% старшеклассников [4]. По результатам исследования Ениколопова С. Н., Гусейновой Е. А. [3], 22% подростков 15–18 лет регулярно испытывают издевательства со стороны одноклассников. По нашим данным [2], жертвами буллинга могут быть примерно 30% учеников средней школы.

Последствия школьного буллинга. Наблюдения психологов и результаты исследований показывают, что ситуация школьного буллинга может приводить к тяжелым последствиям. Такими последствиями могут

быть проблемы с психическим здоровьем, начиная с эмоциональной дезадаптации и заканчивая расстройствами эмоциональной сферы, расстройствами адаптации, психическими нарушениями. Кроме этого к последствиям школьной травли можно отнести случаи насилия, когда жертва многолетней травли не выдерживает и нападает на обидчиков, жестоко мстит им за унижения. Также длительная травля со стороны сверстников может приводить к суицидальным намерениям или действиям. Все эти агрессивные или аутоагрессивные действия проявляются у подростков по типу «эмоционального срыва». Подросток долго терпит издевательства, не может их прекратить, не видит выхода из ситуации, а потом либо не выдерживает психика, либо проявляется агрессия, направленная на одноклассников или на самого себя.

Дети и подростки, подвергающиеся школьному насилию, часто жалуются на головные боли, нарушения сна, нарушения в области желудочно-кишечного тракта, страхи, сниженное настроение, нарушения аппетита и другие симптомы депрессии и тревоги. Уровень депрессии у таких детей от трех до семи раз выше, чем в популяции [6].

Хроническая ситуация школьного насилия может приводить к развитию и проявлению психотических симптомов. Американские специалисты и СМИ приводят пример подростка, подвергавшегося насилию в школе, а потом, на фоне развившейся психотической симптоматики, расстрелявшего не только издевавшихся над ним, но и не участвующих в травле одноклассников [9].

Бердышев И. С. и Нечаева М. Г. [1] указывают, что клинические последствия проявляются у жертв буллинга в виде различных видов дезадаптации (вплоть до диагноза «расстройство адаптации» F43.2), постстрессовых реакций (вплоть до посттравматического расстройства), а также развивающихся параноидальных реакций.

Среди школьников, признающих у себя суицидальные мысли и намерения, 35% указывали, что издевательства сверстников в школе были значимым стрессом, повлиявшим на развитие суицидальных настроений [9]. Дети, подвергающиеся буллингу, могут видеть в смерти единственный способ избавления от насилия, унижения, издевательств, с которыми не могут справиться другими способами [7].

Losey В. [9] ссылается на различные исследования, показавшие, что последствия школьной травли могут проявляться и в течение жизни. Так, исследование группы мужчин, родившихся в 1950-е годы в Дании [9], показало, что у взрослых мужчин, которые помнят, как их травлили в школе, часто выявляется депрессия. Взрослые, которые были жертвами буллинга в детстве, имеют значительно более высокий уровень депрессии и более низкий уровень самооценки, чаще подвержены социальной изоляции, чаще проявляют симптомы социальной тревожности, черты асоциального поведения [10]. Однако в исследованиях не поясняется, являются ли эти симптомы однозначно следствием пережитого насилия в детском возрасте либо ребенок или подросток изначально обладал подобны-

ми чертами, что могло спровоцировать юных агрессоров на травлю.

Ситуация школьного насилия оказывает негативное влияние не только на жертв, но и на агрессоров. Так, Kaltiala-Heino R., Rimpelä M., Rantanen P. [8], обследовав 16 410 подростков 14–16 лет, показали, что повышенный уровень депрессии и суицидальные мысли часто встречались как у жертв буллинга, так и у хулиганов, допускающих акты физической и психологической агрессии по отношению к одноклассникам.

Результаты исследования. Цель данного исследования было изучить связь школьного буллинга и эмоциональной дезадаптации школьников, переживающих ситуацию буллинга.

Всего было обследовано 172 школьника, из них 72 мальчика, 100 девочек. Возраст обследованных детей — 13–15 лет. Все подростки имели разрешение родителей или законного представителя на работу с психологом.

Гипотеза исследования: у школьников, подвергающихся насилию со стороны одноклассников, выше уровень тревоги и депрессии, а также чаще проявляются суицидальные настроения, чем в группе детей, не подвергающихся насилию со стороны одноклассников.

Методы исследования: 1) анкета для выявления детей, подвергающихся физическому и/или психологическому насилию со стороны одноклассников; 2) шкала личностной тревожности (А. М. Прихожан); 3) опросник детской депрессии CDI М. Kovacs.

Обработка результатов проводилась с помощью статистической программы SPSS Statistics 17.0.

На основе оригинальной анкеты были выделены основная исследовательская группа — дети — жертвы школьного буллинга — 35,5% (61 чел.) и группа сравнения — 64,5% (111 чел.) из всей обследованной выборки.

Анализ анкет показал, что основная часть детей — жертв школьного буллинга подвергается психологической травле (высмеивание (36%), обзывательства (36%), унижение (32%), сплетни (19%), угрозы (9%)), но велико и число тех, по отношению к которым одноклассники применяют физическое насилие. 23% жалуются, что одноклассники регулярно избивают их. 39% школьников говорят о том, что их физически задевают, специально толкают. А 23% жалуются на то, что у них регулярно отбирают или портят вещи.

Наиболее частыми причинами травли становятся отличающийся внешний вид (52%), поведение (41%) или низкая успеваемость (23%) жертв школьного буллинга. Реже всего причиной нападок становятся высокая успеваемость и национальность.

Надо отметить, что 26% детей — жертв школьного буллинга сами периодически выступают в роли агрессоров и обижают сверстников. В основном подростки считают, что пресечь случаи буллинга могут школьные учителя. Но велико число тех, кто ни к кому не обращается за помощью (19%), остается одиноким в создавшейся ситуации и кто сам никогда не помогает жертвам травли. Дети часто стараются сделать вид, что не замечают ситуации буллинга.

Таблица 1. Сравнение уровня тревожности (Шкала личностной тревожности А. М. Прихожан) и депрессивности (опросник детской депрессии (CDI) М. Kovacs) у основной и контрольной группы

Параметры	Жертвы школьного буллинга $N = 61$ $M (SD)$	Контрольная группа $N = 111 M (SD)$	Уровень значимости p (критерий Мана–Уитни)
Школьная тревожность	3,31 (2,61)	2,61 (2,01)	0,180
Самооценочная тревожность	2,95 (2,09)	2,39 (1,66)	0,162
Межличностная тревожность	3,11 (2,02)	2,27 (1,75)	0,004*
Магическая тревожность	2,68 (2,74)	2,14 (2,30)	0,170
Общая тревожность	2,62 (1,89)	1,94 (1,58)	0,011*
Общий балл депрессии	16,77 (10,42)	10,47 (9,06)	0,000**

M — среднее значение, SD — стандартное отклонение. * Различия статически достоверны при $p < 0,05$. ** Различия статически достоверны при $p < 0,001$.

Таблица 2. Характеристики школьной ситуации основной и контрольной групп (опросник «Школьная ситуация», В. К. Зарецкий и А. Б. Холмогорова)

Параметры	Жертвы школьного буллинга $N = 61$ $M (SD)$	Контрольная группа $N = 111$ $M (SD)$	Уровень значимости p (критерий Манна–Уитни)
Общий балл благополучия школьной ситуации	86,59 (10,54)	90,04 (8,83)	0,039*
Отношение к учебе и учебным предметам	17,65 (4,34)	18,63 (4,03)	0,179
Трудности в учебе	12,86 (1,48)	12,66 (1,61)	0,531
Прогулы	13,59 (2,43)	14,35 (1,90)	0,031*
Друзья	11,26 (2,54)	12,39 (1,73)	0,008*
Досуг	10,49 (2,82)	10,69 (2,91)	0,502
Отношение с учителями	7,13 (3,64)	7,00 (3,74)	0,797
Отношение родителей к учебе	14,59 (2,83)	15,20 (2,56)	0,334

M — среднее значение, SD — стандартное отклонение. * Различия статически достоверны при $p < 0,05$ (критерий Манна–Уитни).

У подростков — жертв школьного буллинга ожидаемо выше уровень тревоги ($p = 0,011^*$) и депрессии ($p = 0,000^{**}$), чем в группе сравнения (табл. 1).

Подростки — жертвы школьного буллинга испытывают больше тревоги, особенно в межличностных отношениях. Это соотносится с результатами анкетирования. Подростки, подвергающиеся травле, могут бояться сверстников, так как не знают, чего от них ждать. Вдруг одноклассники будут агрессивны. Поэтому они почти не обращаются за помощью к сверстникам. Травматичная ситуация, в которой оказываются жертвы школьного буллинга, может вызывать у подростков основной исследовательской группы депрессивные переживания. Как показывает это и ранее проведенные исследования, у подростков — жертв буллинга чаще выявляются суицидальные мысли. Это также соотносится с результатами анкетирования, результаты которого показали, что часто дети — жертвы буллинга остаются без помощи. Они могут просто не видеть выхода из ситуации буллинга.

Жертвы школьного буллинга оценивают свою школьную ситуацию как менее благополучную ($p = 0,039^*$). У детей — жертв школьного насилия меньше друзей, они чаще прогуливают школу (табл. 2).

Чем выше средние значения по шкалам, тем более благополучная ситуация по соответствующему пара-

метру. Результаты говорят о том, что ситуация в школе у подростков — жертв буллинга неблагополучна. Это соотносится с результатами анкетирования. Подростки, подвергающиеся травле, плохо себя чувствуют в школе, редко к кому обращаются за помощью.

Таким образом, по результатам данного исследования можно сделать выводы:

1. Дети — жертвы школьной травли чаще подвергаются вербальной агрессии со стороны одноклассников. Но достаточно часты и жалобы на физическое насилие. Поводом для травли становятся внешность, поведение, низкая успеваемость, т. е. то, что может отличать их от сверстников.

2. У детей — жертв школьной травли выше уровень депрессии, тревоги, больше суицидальных мыслей.

3. Жертвы школьного буллинга оценивают свою школьную ситуацию как менее благополучную. У детей — жертв школьного насилия меньше друзей, они чаще прогуливают школу.

Выражаем благодарность выпускнице кафедры клинической психологии и психотерапии факультета консультативной и клинической психологии ФГБОУ ВО «Московский городской психолого-педагогический университет» Тюликовой А.А. за помощь в проведении исследования.

Библиографический список

1. Бердышев И. С., Нечаева М. Г. Медико-психологические последствия жестокого обращения в детской среде. Вопросы диагностики и профилактики: практич. пособие для врачей и социальных работников. Санкт-Петербургское государственное учреждение социальной помощи семьям и детям «Региональный центр „Семья“», 2005. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.homekid.ru/bullying/bullyingPart1.html#d> (дата обращения: 20.11.2016).
2. Воликова С. В., Нифонтова А. В., Холмогорова А. Б. Школьное насилие и суицидальное поведение детей и подростков // Вопросы психологии. 2013. № 2. С. 12–16.
3. Гусейнова Е. А., Ениколопов С. Н. Влияние позиции подростка в буллинге на его агрессивное поведение и самооценку [Электронный ресурс] // Психологическая наука и образование. 2014. Т. 6, № 2. С. 246–256. URL: psyedu.ru (дата обращения: 20.10.2017).
4. Собкин В. С., Смылова М. М. Жертвы школьной травли: влияние социальных факторов // Труды по социологии образования. Т. XVI. Вып. XXVIII. М.: Институт социологии образования РАО, 2012. С. 130–136.
5. Craig W., Harel-Fisch Y., Fogel-Grinvald H., Dastaler S., Hetland J., Simons-Morton B. et al. A cross-national profile of bullying and victimization among adolescents in 40 countries // International Journal of Public Health. 2009. V. 54. P. 216–224.
6. Fekkes M., Pijpers F., Verloove-Vanhorick P. Bullying behavior and associations with psychosomatic complaints and depression in victims // The Journal of Pediatrics. 2004. V. 144. No. 1. P. 17–22.
7. Healy M. School bullying and suicide // Psychol. Today. 2012. No. 2. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.psychologytoday.com/blog/creative-development/201202/school-bullying-and-suicide> (дата обращения: 20.10.2017).
8. Kaltiala-Heino R., Rimpel M., Rantanen P. Bullying, depression, and suicidal ideation in Finnish adolescents: School survey // BMJ. 1999. No. 8. P. 319–348. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.bmj.com/content/319/7206/348> (дата обращения: 10.12.2017).
9. Losey B. Bullying, suicide, and homicide. Understanding, assessment and reventing threats for victims of bullying. USA: Routledge, 2011. 171 p.
10. Rigby K. Consequences of bullying in schools // Canadian Journal of Psychiatry. 2003. V. 48. No. 9. P. 583–590.
11. Voices of Young Europe. Child Helpline International 2003–2012. 28 p. [Электронный ресурс] URL: http://www.childhelplineinternational.org/media/60261/eu-rope_10_year_data_publication_final.pdf (дата обращения: 22.10.2016).

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ МЛАДШЕГО ПОДРОСТКА КАК НЕОБХОДИМОЕ УСЛОВИЕ ЕГО АДАПТАЦИИ К НОВОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЕ

Володина С. А., к. п. н.,
ФГБОУ ВО «Московский педагогический государственный университет»,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

В данной статье раскрывается значимость психического здоровья личности обучающегося для успешного прохождения им процесса адаптации при переходе из младшей школы в среднюю. Показана взаимосвязь адаптации и состояния здоровья психики школьников.

Ключевые слова

Адаптация, обучающийся, младший подросток, педагог-психолог, психическое здоровье.

MENTAL HEALTH OF YOUNG ADOLESCENTS AND THEIR ADAPTATION TO NEW EDUCATIONAL ENVIRONMENTS

Volodina S. A., PhD (Pedagogy),
Moscow State Pedagogical University,
Moscow, Russian Federation

Abstract

This article considers the significance of mental health in adapting to the change from primary to secondary school. The relationship between adaptation and the state of mental health of schoolchildren is shown.

Key words

Adaptation, trainee, junior teenager, educator-psychologist, mental health.

В современной системе образования актуализируется проблема сохранения психического здоровья всех субъектов образовательного процесса и, первую очередь обучающихся как развивающихся личностей. Педагогическое образование, осуществляемое с учетом индивидуально-психологических особенностей школьников, позволяет всесторонне раскрыть их интеллектуальный потенциал, сформировать качества личности, необходимые для качественной жизни и эффективной профессиональной деятельности.

Большое значение для развития личности обучающегося имеет состояние его психического здоровья. В связи с этим одной из важнейших задач для коллектива образовательного учреждения является создание и поддержание психолого-педагогических условий, обеспечивающих полноценное когнитивное и личностное развитие школьников. Всемирная Организация Здравоохранения рассматривает психическое здоровье как состояние благополучия, в котором человек реализует свои способности, может противостоять повседневным жизненным стрессам, продуктивно работать и вносить вклад в свое сообщество. В этом позитивном контексте психическое здоровье представляется основой благополучия человека и эффективного функционирования сообщества [5].

Психическое здоровье обучающегося рассматривается как важнейшее условие успешности его обучения, воспитания и развития в школьном возрасте. Его уровень и качество характеризуются показателями социально-психологической и индивидуально-психической адаптации личности. Психическое здоровье также принято рассматривать в качестве важного фактора, детерминирующего процессы адаптации в период школьного обучения, такие как поступление в школу, переход из начальной школы в среднее звено и поступление в старшие классы.

В большом психологическом словаре (под редакцией Б. Г. Мещерякова, В. П. Зинченко) адаптация (от лат. *adaptare* — приспособлять) в широком смысле рассматривается как приспособление к изменяющимся внешним и внутренним условиям. Авторы выделяют биологический, психологический, социальный и другие аспекты процесса адаптации [2, с. 9]. Для социально-психологической адаптации личности человека характерно приспособление к существованию в обществе в соответствии с усвоением требований, норм и ценностей данного общества и с собственными потребностями, мотивами и интересами.

В данной статье уделяется особое внимание взаимосвязи адаптационного периода с состоянием психического здоровья при переходе обучающегося из младшей в среднюю школу. С одной стороны, контент психолого-педагогической литературы и собственная практика автора подтверждают, что психически здоровый ребенок намного легче проходит данный адаптационный период, чем обучающийся, имеющий проблемы психического развития. С другой стороны,

дезадаптация провоцирует развитие или обострение различных заболеваний психики школьника. Так, в структуре функциональных нарушений и хронической патологии ведущее место все больше стали занимать психические расстройства и расстройства поведения, нарушения и хронические заболевания нервной системы [4].

Неадаптированность младшего подростка к новым условиям обучения при переходе из начальной школы в среднюю приводит к ухудшению его психического и физического здоровья, возникновению различных психосоматических заболеваний, а также к повышению уровня тревожности и т. п. Сегодня распространенным симптомом неврозов и функционального психоза у школьников является высокая тревожность, возникающая в результате недостаточной его эмоциональной приспособленности к различным социальным ситуациям.

Социально-психологическая дезадаптация может быть вызвана различными причинами, в том числе связанными с функциональным психическим заболеванием. Степень дезадаптации и потенциальные возможности подростка определяются как тяжестью и специфическими особенностями заболевания, так и характером реакции больного или человека с ограниченными возможностями на социальную ситуацию болезни.

В этой связи важное значение имеет деятельность педагога-психолога по психолого-педагогическому сопровождению младших подростков, направленная на создание оптимальных условий и оказания необходимой помощи в процессе адаптации всех учеников, а также развитию у них достигнутых положительных изменений с целью предупреждения возможных осложнений в психическом развитии обучающегося или становлении его личности. Процесс успешности социально-педагогической адаптации обучающихся пятых классов общеобразовательной школы требует продуманной совместной работы педагога-психолога, классного руководителя и других специалистов сферы образования с целью сохранения психического благополучия школьников. Педагог-психолог использует различные формы работы с младшими подростками, в том числе входящими в «группу риска», по их благополучной адаптации, сохранению и укреплению здоровья: профилактические мероприятия, диагностику, при необходимости проводит коррекционно-развивающие занятия для предупреждения отклонений в их развитии и т. п. Особого внимания в адаптационный период требуют школьники, имеющие проблемы психического здоровья, социальная адаптация которых осуществляется посредством индивидуализации и дифференциации образовательного процесса.

Для этого педагог-психолог должен проводить работу в следующих направлениях:

- индивидуальная работа с младшим подростком, предполагающая его психолого-педагогическую поддержку;

— работа с семьей, направленная на повышение психологической компетентности родителей, в том числе при оказании помощи подростку в успешном прохождении процесса адаптации;

— оптимизация детско-родительских отношений (индивидуальное консультирование, лекции на классных часах и т. п.);

— взаимодействие с педагогами, работающими с пятиклассниками (индивидуальное консультирование, проведение обучающих семинаров, тренингов и т. п.).

Ключевыми задачами адаптационного периода являются как психологическое сопровождение образовательного процесса, так и создание комфортной, эмоционально благоприятной атмосферы в классе и образовательном учреждении в целом.

Период адаптации к условиям средней школы является поворотным пунктом в развитии школьника и рассматривается многими психологами как кризис, сопровождающийся, как и любые переходные периоды в жизни человека, определенными внешними и внутренними проблемами.

К важнейшим внутренним факторам необходимо отнести психическое здоровье обучающегося и начало переходного подросткового возраста, отличающегося сложностью и противоречивостью. Серьезные изменения в пубертатный период происходят практически во всех отраслях жизнедеятельности школьника. При этом ускорение характерно как для психофизиологического развития, так и для социальной активности.

Кроме того, на успешность прохождения процесса адаптации большое влияние оказывают также внешние факторы, существенно изменяющие условия обучения младшего подростка, а именно:

— предметное обучение;

— усложнение учебного материала;

— более высокие требования к интеллектуальному и личностному развитию школьников;

— индивидуальные стили преподавания и разные требования педагогов;

— смена классного руководителя;

— большое число разных кабинетов и т. п.

Все перечисленное выше связано с увеличением нагрузки на психику обучающегося и приводит к снижению его работоспособности, повышению уровня тревожности, как школьной, так и личностной, нередко вызывая состояние стресса и фрустрации.

По мнению психолога М. Р. Битяновой, проблемы адаптационного периода школьников, для которых характерны снижение успеваемости и интереса к учебе, более напряженные и конфликтные межличностные отношения, большая отстраненность от взрослых, связаны, в первую очередь, с организационно-педагогическими причинами, а именно: отсутствие преемственности в обучении начальной и средней школе, «неоправданно резкий и необдуманный переход из одной социальной ситуации в другую» [1].

Среди комплекса педагогических факторов, систематическое и длительное действие на ребенка которых «оказывает отрицательное влияние не только на успеваемость, но и на рост, развитие и здоровье ребенка», М. М. Безруких и другие психологи выделяют следующие факторы: 1) чрезмерная интенсификация учебного процесса; 2) несоответствие программ и технологий обучения функциональным и возрастным особенностям учащихся; 3) недостаточная квалификация педагогов в вопросах развития ребенка и охраны его здоровья [3].

Наличие проблем у школьников в процессе адаптации к новым условиям требует продуманной совместной работы классного руководителя, педагога-психолога, педагогов-предметников и других специалистов с целью сохранения психического здоровья обучающихся. Необходимо создание благоприятных условий для адаптации ребенка к новым условиям обучения: помочь им понять и принять систему новых требований, наладить отношения с педагогами, найти свое место в классном коллективе, который нередко становится новым, и школе, а также научиться самостоятельно выполнять различные виды учебной деятельности и др.

Таким образом, необходимо помнить, что успешность прохождения процесса адаптации школьника в пятом классе в большой степени зависит от его психического здоровья. Но в то же время дезадаптация младшего подростка может привести к проблемам психического развития. Задача педагогов, психологов и других специалистов сферы образования заключается в том, чтобы создать благоприятные условия для вхождения пятиклассников в новую образовательную среду и, при необходимости, оказать им реальную помощь с целью сохранения психического здоровья.

Библиографический список

1. Битянова М. Р. Психолого-педагогическое сопровождение на этапе перехода из начальной школы в среднее звено // Школьный психолог. 2001. № 33.
2. Большой психологический словарь 4-е изд., дополн. и испр. / под ред. Б. Г. Мещерякова, В. П. Зинченко. М.: АСТ, СПб.: Прайм-Еврознак, 2008. 868 с.
3. Дубровинская Н. В., Фарбер Д. А., Безруких М. М. Психофизиология ребенка: психофизиологические основы детской валеологии. М.: ВЛАДОС, 2000. 144 с.
4. Параничева Т. М., Макарова Л. В., Тюрина Е. В. и др. Возрастные и половые особенности здоровья школьников 11–12 лет г. Москвы // Новые исследования. 2015. № 2. С. 62–70.
5. Сайт всемирной организации здравоохранения [электронный ресурс]. URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/ru/> (дата обращения: 01.02.2018).

ЛУРИЕВСКАЯ НЕЙРОПСИХОЛОГИЯ И АДЕКВАТНЫЕ ИНТЕРВЕНЦИИ ДЛЯ ДЕТЕЙ, ПОДРОСТКОВ И ВЗРОСЛЫХ ЛЮДЕЙ*

Глозман Ж. М., д. псих. н., профессор,
факультет психологии,
ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М. В. Ломоносова»,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

Проанализированы отличия Луриевского нейропсихологического обследования от психометрического подхода и Луриевская концепция нейропсихологической реабилитации, основанная на культурно-исторической концепции. Описаны принципы нейропсихологической диагностики и коррекции в детском возрасте. Рассмотрены отличия нейропсихологической коррекции от обучения детей, ее основные задачи в аспекте улучшения и профилактики психического здоровья детей.

Ключевые слова

Нейропсихологическая диагностика, реабилитация и коррекция, Луриевский подход, профилактика психического здоровья детей.

LURIAN NEUROPSYCHOLOGY AND EFFICIENT INTERVENTIONS FOR CHILDREN, ADOLESCENTS AND ADULTS

Glozman J. M., Psy. D., Professor,
Faculty of Psychology, Lomonosov Moscow State University,
Moscow, Russian Federation

Abstract

The paper analyzes the differences in Lurian and psychometric approaches in neuropsychological assessment as well as Lurian principles of neuropsychological rehabilitation. Specific principles of neuropsychological assessment and remediation of children are discussed. Differences between remediative and general education for mental health prevention in the childhood are underlined.

Key words

Neuropsychological assessment, rehabilitation and remediation, Lurian approach, mental illness prevention.

Биология здоровья всегда руководствуется количественным подходом, начиная с подсчета количества измеряемых единиц в анализе крови и заканчивая определением процента снижения кровотока в мозговых сосудах. Но, к сожалению, и психология здоровья очень часто основывается на определении психологом количественных показателей типа числа симптомов, требуемых для постановки диагноза по классификациям DSM-6 или МКБ-10, или баллов IQ для установления умственной отсталости. Пациент при этом остается пассивным объектом наблюдения или измерения, что в корне противоречит методологическим принципам отечественной психологии и основным подходам Луриевской нейропсихологии [6, 7].

Ориентация в медицинской психологии и медицине на субъективный конструкт в большей степени, чем на объективные симптомы болезни, дифференцирует

Луриевский подход, центрированный на больном, от подхода, в центре которого лежит болезнь: ее форма, степень, прогрессирование, прогноз, время дебюта, функциональные и когнитивные расстройства.

Центрация на больном — это ориентация на личный опыт больного, его восприятие болезни и понятия о здоровье, коупинг стратегии и установки, самооценку и социальные взаимодействия.

Эти принципы вытекают из *культурно-исторического подхода к психике человека*, т. е. ориентации при анализе формирования психических функций и их нарушений не на болезнь, не на дефект, но на развитие, на поиск в истории культуры в социальной жизни человека причин психических явлений и способов компенсации дефекта. Эти принципы предполагают сочетание качественного и количественного анализа данных обследования [4]. При этом качество жизни больного и результаты реабилитации необходи-

* Работа выполнена при поддержке гранта РФФИ № 18-013-00721.

мо оценивать не в абсолютных показателях сохранности функций (то, что в западной литературе принято называть "quantities of life"), а в показателях их относительной сохранности по сравнению с преморбидным уровнем.

Перейдем теперь к вопросам *нейропсихологической диагностики и коррекции в детском возрасте*. Во всем мире неуклонно растет число так называемых проблемных детей с трудностями обучения в массовой школе, поведенческими и эмоциональными проблемами, соматически ослабленных и социально дизадаптированных. Прежде всего необходимо подчеркнуть, что биологические и социальные факторы взаимосвязаны при возникновении различных форм аномального развития ребенка. Дефекты биологического развития, такие как перинатальные осложнения, генетическая патология или сенсорная депривация, вызывающие задержки и искажения психического развития, как правило, усугубляются педагогическими ошибками или аберрациями, приводя к трудностям обучения и адаптации ребенка. И наоборот, правильное психологическое сопровождение аномального ребенка существенно компенсирует его проблемы. Лучше всего это иллюстрирует опыт развития слепоглохих детей.

Одной из распространенных причин школьной дизадаптации является синдром дефицита внимания и гиперактивности (ADHD). Он встречается у 7–9% детей в целом по детской популяции и у 81% детей с трудностями обучения в школе. Основной нейропсихологический механизм трудностей обучения и поведения в школе или детском саду заключается в дефектах нейродинамики протекания психических процессов, но это приводит к серьезным социальным последствиям и в детстве, и во взрослом возрасте. Причем этим детям не помогает фармакологическое лечение, единственным эффективным средством помощи является нейропсихологическая коррекция, цель которой — не выключить кнопку гиперактивности, а научить ребенка контролировать ее.

Коррекционно-развивающую работу с детьми необходимо отличать от традиционных форм обучения дошкольников и школьников. Обучение — это то, что имеет конечной целью приобретение знаний, тогда как конечная цель коррекции — формирование функционального органа либо целой функциональной системы, позволяющих правильно осуществляться тому или иному психическому процессу... Коррекционная работа должна предшествовать обучению «особого» ребенка и создавать те базисные системы, те психические структуры, на которых впоследствии и будет строиться обучение» [8, с. 101].

Коррекционно-развивающие занятия необходимы школьникам, не успевающим в школе как из-за отставания (задержки) в развитии отдельных психических функций (иногда сочетающегося с одаренностью в других областях), так и из-за общей психофизической (нейродинамической) ослабленности или несформированности навыков общения и поведения в коллективе, а также детям, успевающим в школе, но достигающим этого в ущерб своему здоровью [1, 2, 5].

Поговорим теперь об основных принципах коррекционно-развивающего обучения, основанных на идеях Л. С. Выготского [3].

Первым принципом коррекционно-развивающего обучения является обязательность нейропсихологической квалификации трудностей ребенка. Только на основании *дифференцированной и системной нейропсихологической диагностики, не ограничивающейся выявлением слабых звеньев в развитии ребенка, но определяющей зону его ближайшего развития* по Выготскому, т. е. возможности и условия коррекции дефектов при диалоговом (по Лурья) режиме проведения нейропсихологического обследования, может быть построена своевременная индивидуальная программа коррекционно-развивающего обучения ребенка. При этом Лурьевские методы нейропсихологической диагностики, в отличие от психометрических методов, измеряют не уровень обучения, достигнутый в прошлом (ретроспективный аспект), но потенциал к обучению (проспективный аспект). Они *ориентированы не на продукт* (успех/неуспех) *но на процесс* выполнения задания ребенком, на анализ стратегии выполнения (в том числе связанной и с латеральной организацией психических функций), природы ошибок или неудачи выполнения, определение и создание условий повышения эффективности деятельности ребенка.

Первостепенным принципом коррекционно-развивающего обучения является *комплексность воздействия, т. е. сочетание (а не последовательное введение) в каждом занятии методов двигательной, когнитивной, дыхательной и эмоционально-личностной коррекции, совместно воздействующих на формирование одной и той же функции*. Методологическое преимущество нейропсихологического подхода к коррекционному воздействию, обеспечивающее его эффективность, заключено в принципе *системности*. Он означает направленность программы коррекции не на преодоление отдельного дефекта, а в целом на гармонизацию психического функционирования и личности ребенка. Этот принцип не исключает необходимости выбора основного, приоритетного направления работы на каждом этапе коррекции каждого индивидуального ребенка на основе данных его комплексного нейропсихологического обследования. Если принцип системности относится преимущественно к стратегии, то принцип избирательности — к тактике: выбору ближайших по значимости мишеней и реализации определенных коррекционно-развивающих технологий.

Игровая форма занятий обеспечивает *эмоциональное вовлечение* ребенка в процесс коррекционно-развивающего обучения. Если ребенок не объект, а один из субъектов обучения, если он эмоционально вовлечен в процесс учения и задания ему по силам, то возникает «аффективно-волевая подоплека» обучения, ибо «аффект есть альфа и омега, начальное и конечное звено, пролог и эпилог всякого психического развития» [3, с. 297]. У ребенка с печальным и травмирующим опытом неуспеха в школе необходимо *сформировать и закрепить переживание успеха, уверенность в собственных силах и возможностях* [5].

Отсюда вытекает *принцип индивидуального подхода* к каждому ребенку, проходящему коррекционно-развивающее обучение. Несмотря на сходство симптомов, выявляемых при нейропсихологическом обследовании, каждый ребенок представляет собой индивидуальность с особенностями онтогенетического развития, условий жизни и воспитания. У каждого проблемного ребенка проблемы свои.

Следующий принцип коррекционно-развивающего обучения предполагает *развитие слабого звена при опоре на сильные звенья*. В процессе взаимодействия взрослый берет на себя сначала функции слабого звена ребенка, а затем в соответствии с закономерностями процесса интериоризации постепенно передает их ребенку с плавным переходом от совместного к самостоятельному действию, от действия, опосредствованного внешними опорами, к интериоризованному действию; от развернутого поэлементного действия по внешней программе к свернутому действию по интериоризированной программе [1].

В этот принцип включен и другой важнейший принцип коррекционных занятий — *поиск методов опосредствования несформированных функций*, а не прямой их тренинг. Опосредствование является естественным и основополагающим механизмом когнитивного развития ребенка и компенсации дефектов когнитивного функционирования у взрослых и детей. Приведу некоторые примеры использования этих методов опосредствования: использование игрушек в качестве пространственных маркеров или работа над развитием памяти через полимодальное (акустическое, зрительное, тактильное и т. п.) опосредствование запоминаемых стимулов. Тактильный стимул (прикосновение к руке) может быть способом активации внутреннего контроля (стоп-сигналом) для гиперактивного ребенка и т. д. Здесь нельзя не вспомнить слова Л. С. Выготского о том, что «волевое действие начинается только там, где происходит овладение собственным поведением с помощью символических стимулов» [3, с. 50].

Все методики следуют дидактическому принципу: от простого к сложному, т. е. психолог выстраивает задания *от простого к сложному относительно слабого звена* в психическом функционировании данного конкретного ребенка не в одной изолированной функции, а во всех вербальных и невербальных функциях, в которые входит это звено. Важно, что помощь психолога, проводящего коррекционно-развивающие занятия, всегда имеет «интерактивный» характер, он сокращает или увеличивает объем своей помощи в зависимости от успехов ребенка, т. е. работает в зоне ближайшего развития ребенка, следуя принципам ин-

териоризации Л. С. Выготского. Эффективность коррекционно-развивающего обучения достигается только при *взаимодействии с родителями ребенка*, направленного на то, чтобы:

— научить родителей выявлять позитивное в ребенке;

— научить родителей видеть и оценивать результаты коррекционной работы;

— помочь родителям понять и принять изменения, происшедшие с ребенком;

— закрепить и поддерживать в семье достигнутые на занятиях результаты;

— создать и поддерживать активную оптимистическую жизненную позицию, создать родителей, создать «семейное мы».

Необходимы специальные меры по нормализации психологического здоровья матери аномального ребенка. Поэтому наиболее эффективно нейропсихологическая коррекция протекает во взаимодействии с работой психолога — семейного консультанта.

Коррекционно-развивающее обучение должно происходить *во взаимодействии с лечащим врачом ребенка, а также с педагогами школы или детского сада, инструктором ЛФК, логопедом, обес- печивая комплексный (бригадный) медико-психолого- педагогический подход к ребенку*. При этом каждый специалист решает общие задачи своими методами. От того, насколько рано, последовательно и полно будет организовано такое взаимодействие, зависит его эффект, т. е. дальнейшая судьба ребенка.

Программа коррекции учитывает двухстороннее взаимодействие между морфогенезом мозга и функционированием: с одной стороны, для появления определенной функции требуется известная степень зрелости нервной системы, с другой, само функционирование и активное коррекционно-развивающее воздействие, проводимое в зоне ближайшего развития ребенка, оказывает влияние на созревание соответствующих структурных элементов.

И в заключение следует сказать, что обучение (в том числе и коррекционное) есть процесс созидательный, а не исправительный. Необходимо понять и преодолеть все то, что мешает ребенку жить в гармонии и согласии с его непосредственным окружением.

По нашему мнению, подбирая адекватные не только болезни, но и сообразные эмоционально-личностным особенностям больного (как взрослого, так и ребенка) методы нейрореабилитации или нейрокоррекции, можно обозначить наиболее важные мишени для коррекции, определить тактику восстановительной работы и выделить критерии оценки ее эффективности.

Библиографический список

1. Ахутина Т. В., Пылаева Н. М. Преодоление трудностей учения: нейропсихологический подход. М.: Питер, 2008.
2. Богоявленская М. Е., Горячева Т. Г. Нейропсихологические особенности одаренных детей, имеющих нарушения в обучении и социальной адаптации / Т. В. Ахутина, Ж. М. Глозман (ред.) // А. Р. Лурья и психология 21 века. Докл 2-й Междунар. конф. памяти А. Р. Лурья. М.: Смысл, 2003, с. 233–236.
3. Выготский Л. С. Детская психология / Собр. соч. в 6 т. Т. 4. М.: Педагогика, 1984.
4. Глозман Ж. М. Нейропсихологическое обследование: качественная и количественная оценка данных. М.: Смысл, 2012.

5. Глозман Ж. М. Нейропсихология детского возраста 2-е изд., испр. и доп М.: Юрайт, 2017.
6. Лурия А. Р. Основы нейропсихологии. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1973.
7. Лурия А. Р. (ред.) Схема нейропсихологического исследования. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1973.
8. Цыганок А. А., Гордон Е. Б. Коррекция пространственных представлений у детей // Особый ребенок: исследования и опыт помощи. 1999. Вып. 2. С. 101–109.

ИЗУЧЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПОСЛЕДСТВИЙ СЕКСУАЛЬНОГО НАСИЛИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ КАК ОСНОВА ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ

Дозорцева Е. Г., д. псих. н., профессор, **Нуцкова Е. В.**,
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии
имени В. П. Сербского» Минздрава России,
ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет»,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

Статья посвящена психологическим последствиям сексуального насилия и злоупотребления (СНЗ) в отношении детей и подростков, в частности, девочек. Выделены признаки таких последствий, относящиеся к различным сферам психической жизни. Описаны четыре уровня выраженности последствий СНЗ, соответствующие им группы признаков и характеристики качества жизни и адаптации потерпевших от сексуальных преступлений. Сделано заключение о том, что для успешной профилактической работы необходима дифференцированная диагностика последствий СНЗ в отношении детей и подростков.

Ключевые слова

Преступления сексуального характера, потерпевшие, сексуальное насилие, сексуальное злоупотребление, психологические последствия, несовершеннолетние, дети, подростки, профилактика.

EXPLORING THE EFFECTS OF CHILD SEXUAL ABUSE AS A BASIS FOR EFFECTIVE PREVENTION MEASURES

Dozortseva E. G., Psy. D., Professor,
Nutskova E. V.,
V. Serbsky Federal Medical Research Center of Psychiatry and Narcology,
Moscow State University of Psychology and Education,
Moscow, Russian Federation

Abstract

The article explores psychological consequences of Child Sexual Abuse (CSA), particularly in underage girls. Indices of these effects related to different spheres of psyche are singled out. The study describes four levels of intensity of CSA consequences with corresponding groups of indices. The characteristics of quality of life and social adjustment in victims of sexual crimes are reported. The conclusion is drawn that differentiated diagnostics of CSA consequences is needed for successful preventive work.

Key words

Sexual crimes, victims, sexual violence, sexual abuse, psychological consequences, minors, children, adolescents, prevention.

Введение. Среди видов жестокого обращения с детьми сексуальное насилие и злоупотребление занимают особое место. Это одно из наиболее тяжких преступлений, имеющих суровые правовые последствия для совершивших его лиц. Тяжесть его связана с тем, что оно наносит не только непосредственную физиче-

скую и психическую травму несовершеннолетним потерпевшим, но и оказывает влияние на их дальнейшее психическое и психосексуальное развитие, формирование их личности. Однако последствия такой травмы имеют различный характер и выраженность. Для того чтобы предупредить негативное развитие пострадав-

шего ребенка в будущем, нужно знать, что должно быть мишенью профилактического психотерапевтического или коррекционно-реабилитационного вмешательства.

Разработка проблемы последствий сексуального насилия и злоупотребления (СНЗ) имеет давнюю историю. В многочисленных эмпирических исследованиях последствия СНЗ разделяют на непосредственные и отсроченные [1, 11, 12], определяемые возрастными особенностями [2, 5, 6], гендерной спецификой [8–10].

Вместе с тем до сих пор не предпринимались исследования, которые учитывали бы различные факторы, связанные с характеристиками как насилия, так и самих несовершеннолетних потерпевших, а также дифференцировали бы медицинские и психологические последствия СНЗ. Кроме того, малоисследованной остается наиболее уязвимая категория потерпевших — несовершеннолетние девочки, которые подвергаются действию СНЗ в 1,5–3 раза чаще, чем мальчики. Именно для них прежде всего требуется профилактическая и реабилитационная работа специалистов. Все это определило направленность нашего эмпирического исследования.

Цель исследования — выявление и описание психологических последствий сексуального насилия и злоупотребления по отношению к несовершеннолетним девочкам.

Материал и методы исследования. Исследуемую группу составила сплошная выборка из 200 несовершеннолетних потерпевших женского пола, прошедших комплексную судебную психолого-психиатрическую экспертизу (КСППЭ) в ФГБУ «ФМИЦПН им. В. П. Сербского» МЗ РФ в 2010–2016 годах. Все подэкспертные находились в возрастном интервале от 3 до 17 лет.

Экспериментально-психологическое исследование включало в себя ряд методик:

1) патопсихологические, опросные и проективные методики, направленные на изучение интеллектуальной и личностной сферы потерпевших;

2) полуструктурированное интервью для выявления признаков посттравматического стресса у детей [4];

3) методика оценки качества жизни ребенка (PedsQL 4.0);

4) карта оценки степени выраженности проявлений школьной дезадаптации [3];

5) дополнительные методы (игровые методы, включенное наблюдение, направленная беседа).

Проводился анализ документов (медицинской документации, материалов уголовного дела).

Результаты и их обсуждение. На первом этапе исследования ставилась задача оценки психического состояния потерпевших. Из 200 девочек 22,0% имели, согласно заключению врачей-психиатров, различные клинически очерченные состояния, в том числе у 14,5% — психогенные состояния в форме расстройства, у 7,5% — в форме реакции. 88% потерпевших были признаны психически здоровыми. Вместе с тем 33% здоровых потерпевших участвовать в дальней-

ших судебно-следственных действиях не рекомендовалось вследствие высокого риска ухудшения их состояния. С учетом психического состояния все потерпевшие были разделены на две категории: проявляющие последствия сексуального насилия и злоупотребления на клиническом и на психологическом уровнях. Это позволило выделить четыре группы последствий, различающихся по степени выраженности: психогенное состояние в форме расстройства (1) и психогенное состояние в форме реакции (2) (клинический уровень); неблагоприятное психологическое состояние (3) и минимально неблагоприятное психологическое состояние (4) (психологический уровень).

Второй этап включал в себя определение признаков последствий СНЗ и их отнесение к четырем группам, выделенным по степени тяжести последствий. Путем детального психологического обследования были выделены 29 таких признаков. Затем с помощью факторного анализа определялись структурно-содержательные и качественные характеристики психологических последствий сексуального насилия и злоупотребления в группах потерпевших с учетом выявленного психического состояния.

В группе психически здоровых потерпевших с минимально неблагоприятным состоянием значимых факторов выявлено не было. Наблюдались отдельные негативные признаки, преимущественно охватывающие эмоционально-волевую сферу: повышенный уровень тревожности (у 30,4% девочек), эмоциональная неустойчивость (26,1%), повышенное психическое напряжение (17,4%).

В трех остальных группах были получены значимые факторы, характеризующие психологические последствия СНЗ. Ниже они представлены в порядке убывания значимости их весов.

В группе психически здоровых потерпевших с неблагоприятным состоянием выделены три значимых фактора:

1) негативные эмоциональные установки в отношении мужчин (негативное отношение к мужским полоролевым образам и неприятие близких отношений);

2) враждебность в межличностных контактах (агрессивность, негативизм и возбудимость);

3) неблагоприятное актуальное эмоциональное состояние (эмоциональная неустойчивость и повышенный уровень тревожности).

Данный комплекс представляет собой психологический симптомокомплекс последствий СНЗ.

В группе потерпевших с психогенным состоянием в виде реакции было выявлено четыре фактора, объединяющих негативные признаки последствий сексуального насилия и злоупотребления:

1) враждебность в межличностных контактах (раздражительность, агрессивность, возбудимость);

2) неблагоприятное актуальное эмоциональное состояние (повторное переживание травматического опыта, повышенная чувствительность, пониженный фон настроения);

3) принятие на себя ответственности за ситуацию насилия и злоупотребления (чувство вины и чувство стыда);

4) трудности в общении (неуверенность в себе и ограничение социальных контактов).

В совокупности выделенные факторы образуют патопсихологический симптомокомплекс психогенных реакций.

Негативные признаки последствий сексуального насилия и злоупотребления, обнаруженные в группе потерпевших с психогенным состоянием в виде расстройства, были объединены в шесть факторов:

1) неблагоприятное актуальное эмоциональное состояние;

2) враждебность в межличностных контактах;

3) изменения самосознания (посттравматические личностные изменения, в том числе изменения Я-концепции, суицидальные мысли);

4) принятие на себя ответственности за ситуацию насилия и злоупотребления;

5) астеническая реакция (снижение продуктивности и повышенная утомляемость);

6) негативные эмоциональные установки в отношении мужчин.

Неблагоприятное актуальное эмоциональное состояние и враждебность в контактах — типичные характеристики, свойственные всем трем группам потерпевших, но более выраженные и интенсивные в двух последних группах. Принятие на себя ответственности за ситуацию насилия и негативные установки в отношении мужчин также встречаются в других группах, однако изменения самосознания и астенизация специфичны именно для девочек с психогенным состоянием в виде расстройства и характеризуют его тяжесть. Кроме того, ряд негативных признаков имеет статистически значимую обратную корреляционную связь с фактором «неблагоприятное актуальное эмоциональное состояние». Эта совокупность признаков относительно изолирована и включает в себя признаки нарушения психосексуального развития: амбивалентное отношение к ситуации насилия и злоупотребления ($r = -0,90$), амбивалентное отношение к обвиняемому ($r = -0,90$) и сексуализированное поведение ($r = -0,87$).

Можно заключить, что у потерпевших с диагностированным психическим расстройством наблюдаются два различных варианта посттравматических состояний. Один из них связан с преимущественными нарушениями эмоциональной сферы вследствие психической травмы. Второй затрагивает психосексуальную сферу и характеризует ее отклоняющееся развитие. Описанные варианты комплекса последствий говорят о широком охвате и глубине пораженных сфер и уровней функционирования несовершеннолетних потерпевших данной группы и могут быть квалифицированы как патопсихологические симптомокомплексы психогенных расстройств. В целом нарастание тяжести психических нарушений у девочек, пострадавших

от преступлений сексуального характера, выражается в расширении спектра и росте интенсивности психологических последствий СНЗ.

На заключительном этапе в соответствии с выделенными четырьмя группами последствий были рассмотрены характеристики качества жизни и адаптации потерпевших девочек. Актуальное состояние первой группы (минимально неблагоприятное психологическое состояние) характеризуется переживанием одной сильной эмоции или/и чувством. Данное состояние является преходящим и не приводит к понижению качества жизни или нарушению адаптации. Потерпевшие второй группы (неблагоприятное психологическое состояние) демонстрировали связанное с эмоциональным состоянием понижение такого показателя качества жизни, как ролевое функционирование. Обнаруженные у них психологические последствия понижали качество их жизни, но не оказывали существенного влияния на адаптацию. У третьей группы потерпевших (психогенное состояние в форме реакции) наблюдаются выраженные нарушения адаптации и понижение качества жизни, касающееся показателей ролевого и социального функционирования. Психологические последствия СНЗ четвертой группы потерпевших (психогенное состояние в форме расстройства) дополнительно сопровождалось понижением показателей ролевого функционирования, социального функционирования, а также снижением жизненной активности. Все эти факторы сказывались на общем состоянии здоровья и психологическом благополучии девочек, резко нарушая качество их жизни и социальную адаптацию.

Выводы. Как показали результаты проведенного исследования, полная диагностика психологических последствий СНЗ несовершеннолетних должна включать как количественную, так и качественную оценку, и невозможна без подробного анализа всех основных сфер психической деятельности и поведения потерпевших. При дифференциальной диагностике посттравматических реакций несовершеннолетних потерпевших следует обращать внимание на наличие специфических психологических и патопсихологических симптомокомплексов последствий СНЗ, а также на характеристики качества жизни и степень адаптации/дезадаптации детей и подростков. Такого рода диагностика позволяет выявить сферы и конкретные проблемы, которые требуют коррекционного и профилактического вмешательства. Следует особо обратить внимание на психически здоровых с клинической точки зрения потерпевших, находящихся в неблагоприятном психологическом состоянии. Учет особенностей последствий сексуального насилия и злоупотребления у детей и подростков позволит повысить эффективность их психологической реабилитации и профилактики негативного развития.

Библиографический список

1. Воронова Е. Л., Шипшин С. С. Дети — жертвы сексуального насилия. Правовые и психологические аспекты. Ростов-на-Дону: Южный РЦСЭ Минюста, 2000. 58 с.
2. Луковцева З. В. К вопросу о структуре психологических последствий жестокого обращения с несовершеннолетними // Психология и право. 2013. № 1 [Электронный ресурс]. URL: <http://psyjournals.ru/psyandlaw/2013/n1/58325.shtml> (дата обращения: 10.03.2018).
3. Мазаева Н. А., Шмакова О. П. Типология, диагностика и коррекция нарушений школьной адаптации у детей и подростков с психическими расстройствами: пособие для врачей. М.: МАКС Пресс, 2005. 34 с.
4. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.: Питер, 2001. 272 с.
5. Трубицина Л. В. Процесс травмы. М.: Смысл, 2005. 218 с.
6. Фурманов И. А., Фурманова Н. В. Психология депривированного ребенка. М.: ВЛАДОС, 2004. 319 с.
7. Alexander P. C., Lupfer S. L. Family characteristics and long-term consequences associated with sexual abuse // Archives of Sexual Behavior. 1987. V. 16. P. 235–245.
8. Gayer-Anderson Ch., Fisher H. L., Fearson P. Gender differences in the association between childhood physical and sexual abuse, social support and psychosis // Social Psychiatry. 2015. V. 50. P. 1489–1500.
9. Hines D. A., Douglas E. M. Sexual aggression experiences among male victims of physical partner violence: prevalence, severity, and health correlates for male victims and their children. Archives of sexual behavior the official publication of the international academy of sex research. New York: Springer, 2014. P. 3–21.
10. Holmes W., Stap G. Sexual abuse of boys: definition, prevalence, correlates, sequelae and management // Journal of the American Medical Association. 1998. V. 280. P. 1855–1862.
11. Kendall-Tackett K. A., Williams L. M., Finkelhor D. Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies // Psychological Bulletin. 1993. V. 113. P. 164–180.
12. Lisak D. The psychological impact of sexual abuse: Content analysis of interviews with male survivors // Journal of Traumatic Stress. 1994. V. 7. P. 525–548.

ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ В СИСТЕМЕ ОБРАЗОВАНИЯ РФ

Ефимова О. И., к. псих. н., доцент,
ФГБНУ «Центр защиты прав и интересов детей»,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

В статье представлены результаты мониторинга состояния работы по профилактике подростковых суицидов в Российской Федерации, которые позволяют делать выводы о системе превенции суицидального поведения несовершеннолетних в субъектах Российской Федерации, в частности о правовом обеспечении превенции; инфраструктуре профилактики; форм межведомственного взаимодействия; системе учета суицидальных попыток; форм реабилитации подростков, совершивших суицидальные попытки.

Ключевые слова

Мониторинг, профилактика, суицидальное поведение несовершеннолетних, образовательные организации, межведомственное взаимодействие.

PREVENTION OF TEENAGE SUICIDE BEHAVIOR IN THE EDUCATIONAL SYSTEM OF THE RUSSIAN FEDERATION

Efimova O. I., PhD (Psychology), Associate Professor,
Center for Protection of Rights and Interests of Children,
Moscow, Russian Federation

Abstract

This article presents the results of the prevention work on teenage suicides in the Russian Federation. This data helps us draw conclusions on the effectiveness of the prevention methods used in different regions of the Russian Federation. The focal points of this work include the legality of the preventive measures, prevention infrastructure, interdepartmental cooperation, control system of suicide attempts and the rehabilitation of the teens who have made suicide attempts.

Key words

Monitoring, prevention, teenage suicide behavior, educational organizations, interdepartmental cooperation.

За последние десятилетия проблематика суицидального поведения приобретает все большую остроту и общественный резонанс. Российская Федерация входит в число стран со средним уровнем самоубийств (19,5 чел. на 100 000 населения). Особую тревогу вызывает статистика по подростковым суицидам. По данным Росстата за 2016 г., к числу наиболее «суицидоопасных» регионов по количеству завершённых суицидов среди несовершеннолетних относятся такие субъекты РФ, как Чукотский АО (29,67 чел. на 100 000), Республика Бурятия (11,05 чел. на 100 000), Забайкальский край (7,7 чел. на 100 000), Камчатский край (6,67 чел. на 100 000), Республика Алтай (5,02 чел. на 100 000).

Необходимость оперативного решения проблем профилактики суицидального поведения среди обучающихся образовательных организаций РФ нашла отражение среди важнейших положений Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012–2017 годы. Отмечается, что «проблемы, связанные с созданием комфортной и доброжелательной для жизни детей среды, сохраняют свою остроту и далеки от окончательного решения», а в качестве первоочередных мер по развитию политики формирования здорового образа жизни детей и подростков называется «система мер по предотвращению подросткового суицида, включая проведения психологическими службами образовательных учреждений профилактической работы с детьми, родителями, социальным окружением ребенка, а также разработка программы противодействия пропаганде молодежных суицидов в интернет-среде».

Образовательная среда выступает в роли системообразующей в сфере превенции суицидального поведения подростков, что обусловлено рядом присущих ей значимых характеристик: имманентной гуманности педагогического процесса; выраженной социальной ответственности специалистов; сформированной системы управления педагогической деятельностью (планирование, оценка, контроль и рефлексия), позволяющей алгоритмизировать профилактическую работу; вариативности форм и методов целенаправленного воздействия на развивающуюся личность [1]. Являясь основным институтом социализации, школа практически единственная в ряду других институтов может выступить субъектом решения серьезной общественной проблемы — превращения большинства индивидуальных психологических девиаций (в том числе суицидального и аддиктивного поведения) в массовые социальные, с соответствующими трансформированными характеристиками.

Анализ зарубежного опыта показал, что ни в одной стране, кроме США, не существует централизованного систематизированного постоянного мониторинга программ профилактики суицида в образовательных учреждениях. В США в 2004 г. был принят Закон Мемориал Гаррет Ли Смит (Garrett Lee Smith Memorial

Act [GLSMA]), который предоставил широкую возможность финансирования программ по всей стране, в том числе финансирование Национальной стратегии по профилактике суицида (NSSP), включая развитие и мониторинг программ профилактики суицидального поведения в общественных и образовательных учреждениях.

ФГБНУ «Центр защиты прав и интересов детей» ежегодно проводит мониторинг состояния работы по профилактике суицидального поведения несовершеннолетних в образовательных учреждениях России, в котором участвуют все субъекты Российской Федерации. Научная и практическая значимость полученных результатов заключается не только в получении массива данных о состоянии работы в регионах Российской Федерации по профилактике суицидального поведения детей и подростков, в сравнении эмпирических показателей, отражающих состояние работы в данном направлении в различных ведомствах (система образования, система социальной защиты, система здравоохранения и т. п.), но и в выявлении механизмов межведомственного взаимодействия, а также путей совершенствования системы профилактической работы среди обучающихся [2].

Профилактика суицидального поведения обучающихся в образовательных организациях Российской Федерации осуществляются различными учреждениями, которые функционируют как в системе образования, так и в системе здравоохранения, реже в других ведомствах. Как свидетельствуют данные мониторинга, на территории РФ функционируют 426 центров психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи; 145 телефонов экстренной психологической помощи; 302 отдела профилактики; 4265 общественных наркопостов; 30 реабилитационных центров; 12 кризисных центров для несовершеннолетних; 339 социально-ориентированных некоммерческих организаций, сотрудничающих с тем или иным ведомством. Центры психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи в своем большинстве функционируют в системе образования РФ, открыты в 75 субъектах РФ (88,2% общего числа субъектов РФ). Большую роль в профилактике суицидального поведения обучающихся играют телефоны экстренной психологической помощи: в системе образования такие телефоны открыты в 59 субъектах РФ; в системе здравоохранения — в 47 (55,2%) субъектах РФ. В рамках системы социальной защиты Российской Федерации работают центры психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи — 330; телефоны экстренной психологической помощи — 135; отделы профилактики — 196; реабилитационные центры — 426; кризисные центры для несовершеннолетних — 11; социально-ориентированные некоммерческие организации — 339.

Одним из важнейших нормативно-правовых актов, регламентирующих работу по профилактике су-

ицидального поведения в регионе, является «Порядок межведомственного взаимодействия субъектов профилактики суицидального поведения», который определяет порядок межведомственного взаимодействия и обмен информацией между органами и учреждениями, входящими в региональную систему профилактики суицидального поведения, и функционирует в 41 регионе (48,2% общего числа субъектов Российской Федерации). Большинство субъектов Российской Федерации (78 регионов или 91% общего числа регионов) используют в своей профилактической работе различные формы межведомственного взаимодействия: участие в профилактических мероприятиях, акциях, расширенных родительских собраниях, проведении совместных совещаний, круглых столов, вебинаров, конференций, разработке социальной рекламы с участием представителей органов системы профилактики. Выездные заседания межведомственных рабочих групп, рейды, совместные выезды (десанты), группы оперативного реагирования существуют лишь в 22 регионах, что составляет 25% общего количества субъектов.

Эффективность системы профилактических мер определяется и наличием регионального (разработанного специалистами региона) мониторинга состояния работы по профилактике суицидального поведения обучающихся, который помогает отслеживать ситуацию в области превенции суицида. Региональные мониторинги состояния работы по профилактике разработаны и систематически проводятся в 20 субъектах РФ (23,5% общего числа регионов РФ). Однако всего 5 субъектов РФ проводят данный мониторинг ежеквартально.

Напомним, что Всемирная Организация Здравоохранения выделяет первичный, вторичный и третичный уровни профилактики, ориентированные на снижение количества суицидов в подростковой среде. Если первичная профилактика (превенция) направлена на минимизацию возможного риска возникновения суицидальных намерений в будущем у психологически благополучных субъектов, а вторичная профилактика (интервенция) — это фактически помощь человеку с выявленными суицидальными намерениями с целью найти выход из сложившейся ситуации, то под третичной профилактикой (поственция) понимается социально-психологическое сопровождение людей, уцелевших после попытки самоубийства, и его окружения. По смыслу третичная профилактика — это реабилитация подростков, совершивших суицидальную попытку.

Организация эффективного выявления и учета суицидальных попыток несовершеннолетних является первым шагом в осуществлении третичной профилактики, направленной на купирование высокой степени суицидального риска. Несомненно, данным видом деятельности должны заниматься не только работники системы образования, но и представители других ведомств. Вместе с тем только в 17 субъектах РФ учетом суицидальных попыток занимаются все ведомства одновременно.

Пристальное внимание должно оказываться несовершеннолетним, которые совершили суицидальную попытку, и их семьям. В качестве составных элемен-

тов психолого-педагогического сопровождения подростков, совершивших суицидальную попытку, применяются такие формы реабилитации, как участие в антикризисных проектах, позитивных профилактических мероприятиях; практикуется систематический ненавязчивый мониторинг поведения, общения; тренинги. К сожалению, респонденты не дали информацию, какой направленности тренинги используются, каков механизм формирования группы тренинга, например, включается ли подросток, совершивший суицидальную попытку, в группу со своими ровесниками или одноклассниками, не совершавшими попытку, известен ли им факт совершения попытки.

Наряду с системой образования другие ведомства также проводят реабилитационную работу с подростками, совершившими суицидальную попытку. Так, в 31 регионе основной формой реабилитации в системе здравоохранения является медико-психологическая помощь (лечебная реабилитация, психотерапевтическая, психиатрическая), как стационарная, так и амбулаторная; основными формами сопровождения являются психологическое, психотерапевтическое и психиатрическое семейное или индивидуальное консультирование.

Вместе с тем представители регионов заостряют внимание на проблемных вопросах организации профилактики. Так, респондентами отмечается, что при реализации профилактической работы с несовершеннолетними по вопросам рисков суицидального поведения методически и нормативно не определен вопрос, касающийся использования понятий «суицид», «суицидальная попытка», «суицидальный риск», «группа смерти» и др. Прямое информирование, откровенный разговор с несовершеннолетними по этому вопросу могут вступить в противоречие с Федеральным законом «О защите детей от информации, причиняющей вред их здоровью и развитию» от 29.12.2010 № 436-ФЗ. Также представители 22 субъектов РФ отмечают несовершенство программ, которые используются в реабилитационной работе, недостаточное современное программно-методическое и материально-техническое обеспечение профилактической деятельности, отсутствие регионального банка технологий работы с детьми и молодежью по профилактике суицидального поведения, банка методических материалов, прошедших экспертизу и рекомендованных к использованию специалистами в системе образования, отсутствие лицензированного валидного и надежного диагностического инструментария по выявлению подростков с высокой степенью суицидального риска, апробированных программ по профилактике интернет-рисков.

Серьезными проблемами при организации и проведении профилактической работы, по мнению представителей 28 (32%) регионов, остаются: дефицит специалистов в области профилактики суицидального поведения детей и подростков; отсутствие центров по реабилитации несовершеннолетних с суицидальным поведением; непрофессиональное освещение темы суицидального поведения в средствах массовой информации; стигматизация психиатрической служ-

бы; проблемы при реализации индивидуальной профилактической работы с обучающимися по причине отказа родителей (законных представителей) от консультаций клинического психолога, психиатра; недостаточный обмен оперативной и статистической информацией между субъектами профилактики.

Представители некоторых субъектов РФ предлагают внести изменения в федеральное законодательство: расширить на законодательном уровне полномочия врача-психиатра в части динамического наблюдения за суицидентом в целях профилактики повторных суицидальных попыток; установить на законодательном уровне ведомство, ответственное за представле-

ние итоговых статистических данных по фактам суицидальных попыток.

Также от регионов поступили предложения разработать на федеральном уровне единую методику регулярных скринингов психологического состояния обучающихся, предусматривающую автоматизированную обработку полученных результатов; увеличить количество кабинетов экстренной кризисной помощи для детей и взрослых на базе медицинских учреждений; организовывать центры реабилитации для несовершеннолетних, совершивших суицидальные попытки, службы экстренного реагирования для выезда к пострадавшим (по типу медицины катастроф).

Библиографический список

1. Ефимова О. И., Салахова В. Б., Сероштанова Н. В. Научно-прикладные аспекты изучения суицидальной активности несовершеннолетних. Наука для образования / сост. и науч. ред. Н. Ю. Синягина, Е. Г. Артамонова. М.: АНО «ЦНПРО», 2015. С. 163–177.
2. Ефимова О. И., Салахова В. Б., Сероштанова Н. В. «Спасти от пропасти», или Научно-прикладные аспекты изучения суицидальной активности несовершеннолетних. Ульяновск: УлГУ, 2017. 332 с.

ШАХМАТЫ ДЛЯ ОБЩЕГО РАЗВИТИЯ И КОРРЕКЦИИ ЕГО НАРУШЕНИЙ: РЕФЛЕКСИВНО-ДЕЯТЕЛЬНОСТНЫЙ ПОДХОД

Зарецкий В. К., к. псих. н., доцент,

ФГБОУ «Московский государственный психолого-педагогический университет»,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

На примере опыта реализации проекта «Шахматы для общего развития» рассматривается связь обучения, развития и психического здоровья детей. В рамках проекта накоплен опыт содействия развитию различным категориям детей. На базе культурно-исторической психологии создан оригинальный подход к ведению занятий шахматами в целях общего развития, разработана компьютерная программа, дающая возможность индивидуализации учебного процесса. Рассмотрена многовекторная модель зоны ближайшего развития. Описывается механизм саморазвития, объясняющий, как один шаг в обучении может дать сто шагов в развитии (идея Л. С. Выготского). Приведен пример динамики развития ребенка-сироты со множественными нарушениями развития в процессе оказания ему помощи в преодолении учебных трудностей.

Ключевые слова

Культурно-историческая психология, дети, развитие, образование, психическое здоровье, шахматы для общего развития, рефлексивно-деятельностный подход.

CHESS FOR GENERAL DEVELOPMENT: REFLECTIVE AND ACTIVITY APPROACH TO CORRECTING BEHAVIORAL DISORDERS

Zaretskiy V. K., PhD (Psychiatry),

Moscow State University of Psychology and Education,
Moscow, Russian Federation

Abstract

This project allowed us to gain considerable experience for the development of different categories of children. Based on cultural and historical psychology, we created an original approach for conducting chess classes for the purposes of overall development. Moreover, a computer program for personalizing educational process was created. The paper looks at the multi-dimensional model of the zone of proximal development and describes a self-development mechanism ("one step in learning represents a hundred steps in development" L. S. Vygotsky).

This research presents a case study of development dynamics of an orphaned child with multiple disabilities who is given assistance in overcoming learning difficulties.

Key words

Cultural-historical psychology, children, development, education, mental health, chess for overall development, reflective and activity approach.

Развитие и психическое здоровье — тесно взаимосвязанные понятия. Развиваться для человека — нормально в любом возрасте, в любом состоянии. В современном динамичном мире способность к развитию становится едва ли не ведущей способностью человека. Человек может либо развиваться, либо деградировать. В этом смысле развитие является условием психического здоровья. В то же время образование рассматривается в отечественной психологии как идущее впереди развития (Л. С. Выготский), как пространство (деятельность, среда), в котором создаются условия для развития. В последние десятилетия эта позиция берется на вооружение последователями Л. С. Выготского по всему миру [10]. Таким образом, возникает связь: образование — развитие — психическое здоровье. В контексте этой связи в данной статье рассматриваются возможности шахмат для создания условий развития в учебной деятельности детей, в том числе детей с нарушениями развития в целях его коррекции.

Дискуссии о целесообразности преподавания шахмат в школе ведутся давно. Позиции дискуссионтов различаются весьма значительно. Одни считают, что шахматы, безусловно, нужно вводить в школу как обязательный предмет. Другие резонно возражают, что все учащиеся никогда не станут шахматистами, и вообще это спорт избранных, поскольку требует высочайших интеллектуальных способностей. Неожиданный поворот в дискуссии был сделан, когда обучение шахматам стало рассматриваться не как самоцель, а как возможность создания условий для развития детей. Одним из первых эту мысль еще в 1979 г. высказал Н. Г. Алексеев, сделав акцент на том, что шахматы — игра, самим Богом созданная для развития способности действовать в уме [1], которая является важнейшим новообразованием младшего школьного возраста. Игра в шахматы предполагает не просто перемещение деревянных фигур по доске, а наличие идей этих перемещений, мысленного представления того, как будет меняться позиция в зависимости от вариантов хода, т. е. предполагает способность действовать мысленно («в уме»). Если исходить из того, что эта способность является не природным даром, а приобретает в процессе образования, т. е. развивается, то логично поставить вопрос: как и чем могут помочь шахматы в развитии этой способности? Достаточно ли как можно больше в них играть или же нужно организовывать занятия шахматами специальным образом? И если нужно, то как?

Несмотря на интерес к шахматам в аспекте их использования для развития в системе образования, исследований их влияния на развитие было на удивление мало [2, 13, 17]. В то же время потенциал шахмат

как игры и деятельности выходит за рамки содействия развитию только лишь способности действовать в уме. Шахматы могут способствовать развитию всех без исключения психических функций, мышления и рефлексии, личностных качеств, становлению культуры переживания поражения, освоению норм спортивной этики и др. И если создать условия для переноса развивающихся на занятиях шахматами способностей на другие виды учебной, и не только учебной деятельности, то можно ставить проблему влияния занятий шахматами на общее развитие ребенка.

Идея решения именно этой проблемы легла в основу проекта «Шахматы для общего развития», задуманного еще при жизни Н. Г. Алексеева его коллегами — международным гроссмейстером ФИДЕ Ю. С. Разуваевым и психологом В. К. Зарецким. С 2004 г. проект начал реализовываться в г. Сатке Челябинской области. К участию в проекте в качестве разработчиков методики «Шахматы для общего развития» были приглашены саткинские учителя и психологи, которым было предложено занять творческую позицию и вести совместный с авторами проекта поиск реализации идеи: как в ходе шахматных занятий можно создавать условия для развития ребенка (прежде всего, способности действовать в уме) и коррекции нарушений развития. В течение первого года реализации проекта такая методика была в общих чертах разработана (эксперимент проводился с второклассниками одной из саткинских школ). Для контроля результатов проводилось сравнительное исследование динамики развития учащихся, занимающихся шахматами в рамках проекта, и двух классов, в одном из которых обучение шахматной игре велось по обычной программе (в рамках шахматного всеобуча), а в другом шахмат не было вообще, хотя проводились другие дополнительные развивающие занятия. По итогам года выяснилось, что экспериментальный класс, в котором изначально дети показывали средние результаты по уровню развития высших психических функций среди трех обследованных классов, показал лучшие результаты по темпу и в конечном итоге по уровню развития [2]. Это стало основанием для дальнейшей трансляции методики и подхода, на котором она была основана.

Проведенная в 2005 г. летняя школа для учителей и психологов г. Сатки и Саткинского района позволила широко транслировать методику и начать реализацию проекта «Шахматы для общего развития» в других школах района, в том числе в коррекционной школе для детей с умственной отсталостью. Первоначально казалось, что занятия шахматами с детьми, имеющими диагноз легкая и тем более умеренная степень умственной отсталости, невозможны.

Однако практика ведения этих занятий показала, что если ориентироваться на ресурс ребенка, на его зону ближайшего развития, то дети даже с такими диагнозами вовлекаются в игру, осваивают ее азы, начинают динамично развиваться [2, 13]. У нескольких учащихся общеобразовательных школ по результатам занятий шахматами был снят диагноз ЗПР.

На сегодняшний день методика «Шахматы для общего развития» разработана только для первого года обучения, идея которого заключается в становлении способности «мысленно сделать шахматный ход», что выражается в умении ребенка решать задачи на мат в один ход любой сложности, с практически любым количеством фигур, в том числе значительно превышающих объем оперативной памяти (для решения задачи «в уме» позицию на доске необходимо запомнить). Заметим, что обычные любители шахмат такой способностью не обладают, и даже у шахматистов-разрядников такие задания могут вызывать серьезные трудности, не говоря уже о задачах на мат в два хода, которые являются качественно более сложными, чем задачи на мат в один ход.

В настоящее время проект продолжает реализовываться, занятия шахматами по методике «Шахматы для общего развития» [13, 15, 16] проводятся не только в школах г. Сатки и Саткинского района, но также в ряде школ г. Москвы, а в Челябинской области принято решение о распространении саткинсокого опыта введения шахмат в школу по всей области.

С 2016 г. распространение саткинсокого опыта стало более доступным, так как были изданы три методических материала: «К развитию через шахматы. Книга 1» [13], «Шахматы для общего развития. Книга 2» [15] и «Рабочая тетрадь для учеников и учителей» [16], которые в 2017 г. были переведены на английский язык при содействии учредителя «Германско-Российского шахматного фонда Сатка» М. Дрегер, и в том же году распространены на конгрессе Международного общества культурно-исторических деятельностных исследований (ИСКАР) в Квебеке (Канада) [10]. Также значительно увеличилось возможности распространения опыта создание компьютерной программы «Шахматы для общего развития» (chess-od.com), воплотившей основные идеи проекта. Программа доступна не только на русском, но и на английском языке.

Возможно, возникают вопросы: почему так долго (более 10 лет) не публиковались материалы по проекту, не предпринимались шаги к более широкому распространению опыта? И почему вдруг инициаторы проекта решили ознакомить профессиональную общественность с его результатами? Если отвечать кратко, то новый виток развития проекта связан с двумя событиями. Первое произошло в Сатке. Дети, которые во 2–4 классах занимались шахматами в рамках проекта «Шахматы для общего развития», окончили среднюю школу. Результаты были впечатляющими. Из 25 детей, участвовавших в проекте, 18 окончили 11 классов, пятеро с золотой медалью. Через два года, в 2016 году окончил среднюю школу еще один класс. В нем из 30 детей, обучавшихся с

первого по четвертый класс шахматами, 11 классов окончил 21 ребенок, из них 7 с золотыми медалями и одна девочка получила отличный аттестат с одной четверкой по физике. Оба результата были достигнуты не в «отборных гимназических» классах, а в обычных классах, где обучались дети из ближайших микрорайонов, и оба были лучшими не только в городе Сатке, но и в Челябинской области (по сути, в этих классах каждый третий ученик, окончивший 11 классов, стал золотым медалистом. Для сравнения — в Московской области, согласно официальной статистике, в эти годы один золотой медалист приходился примерно на 250 выпускников!).

Эти результаты побудили задуматься над тем, если связь между занятиями шахматами детей в начальной школе и столь успешным окончанием средней школы. Пока это лишь гипотеза для дальнейших эмпирических исследований, но теоретическое объяснение возможности такой связи дает теория развития Л. С. Выготского [3, 4, 6], являющаяся, с нашей точки зрения, важнейшим направлением в рамках основанной им культурно-исторической психологии, и рефлексивно-деятельностный подход к оказанию помощи в преодолении учебных трудностей, основанный на теории Л. С. Выготского [7].

Основные положения культурно-исторической психологии, на которые мы опирались в практике построения занятий шахматами, следующие: 1) обучение ведет за собой развитие; 2) развитие происходит в ходе освоения ребенком культурно-исторического опыта человечества в процесс сотрудничества ребенка с взрослым и интериоризации этого опыта; 3) развитие происходит при условии сотрудничества взрослого с ребенком в зоне ближайшего развития последнего [3, 4] и др. Эти положения были развиты и дополнены в опоре на разработки соратников и последователей Л. С. Выготского — П. Я. Гальперина, Д. Б. Эльконина, В. В. Давыдова и др. Наиболее существенными шагами в дальнейшем развитии культурно-исторической теории стали разработки по психологии рефлексии (прежде всего, Н. Г. Алексеева), по «зоне ближайшего развития» как пространства действий, которое может иметь различные измерения (Н. Л. Белопольская, Е. Е. Кравцова, Л. Ф. Обухова, И. А. Корепанова) и представление о ребенке как о субъекте учебной деятельности и саморазвития (В. В. Давыдов, В. В. Слободчиков, Г. А. Цукерман, В. А. Петровский, Б. Д. Эльконин и др.).

Попытки построения практики развивающих занятий на материале шахмат и других учебных предметов и их рефлексия привели к оформлению в особое направление психолого-педагогической помощи детям в преодолении учебных трудностей, которое с 1997 г. мы стали называть рефлексивно-деятельностным подходом. Насколько нам известно, этот термин до последнего десятилетия XX века практически не употреблялся, и в значении «рефлексивно-деятельностного анализа» (в рамках проблематики психологии свободы) использовался лишь в работе Е. И. Кузьминой [14]. Мы стали понимать под рефлексивно-деятельностным подходом систему принципов, ограничений и техно-

логий, которые позволяют взрослому (психологу-консультанту, учителю, родителю) выстраивать с ребенком отношения сотрудничества в деятельности по преодолению им его учебных трудностей, в которой он является субъектом как самой деятельности, так и ее рефлексии [7]. Такие отношения в совокупности с использованием технологии поддержки процессов применения, апробации, рефлексии и перестройки способов деятельности способствуют укреплению субъектной позиции ребенка и — что принципиально важно для коррекции нарушений развития — способствуют включению механизма саморазвития. Суть работы этого механизма можно выразить образом ребенка как «строителя» тех способностей, которые ему нужны. То есть ребенок в буквальном смысле начинает учиться и развиваться (частица «-ся» означает, что ребенок делает это сам) [7, 11]. По нашему предположению, включение механизма саморазвития делает возможным реализацию на практике идеи Л. С. Выготского о том, что «один шаг в обучении может означать сто шагов в развитии» [8]. Схематически работа этого механизма описывается многовекторной моделью зоны ближайшего развития (см. рисунок) [7, 8].

Одним из векторов, по которому происходят изменения в процессе учебной деятельности, является вектор учебного предмета. Например, применительно к шахматам, как выяснилось после издания «Записных книжек Л. С. Выготского» [6], Л. С. Выготский считал важнейшими предметами при освоении шахмат ориентировку в шахматной доске, взаимоотношения «фигуры и фона» (умения выделять на фоне доски «фигуры» линий и конфигурации полей, по которым двигаются шахматные фигуры), психологию шахматного хода. В процессе освоения, рефлексии и перестройки способов ориентировки в пространстве шахматной доски, выделения линий, осуществления шахматных ходов с ребенком могут происходить различные качественные изменения, которые можно называть «актами развития». С нашей точки зрения, в обучении, в котором акцент делается на работу взрослого с собственными способами работы ребенка, которые приводят к ошибкам и трудностям, очень важным является переход от действий ребенка ненадежными способами (с пониманием их ненадежности, с постоянной тревогой и неуверенностью в своих действиях и ожиданием ошибок) к действию безошибочными способами (в традиции поэтапного формирования П. Я. Гальперина такие способы называются действиями с полной ориентировочной основой [5]). Осознание ребенком того, что он владеет безошибочным способом, — способом, который позволяет ему делать то, что он раньше делать не мог, может способствовать позитивным качественным изменениям (развитию) по самым различным векторам, описывающим когнитивные функции, личностные качества, эмоциональные особенности, межличностные отношения и т. д. Таким образом, помощь ребенку в преодолении им учебных трудностей может иметь в том числе психотерапевтический эффект [9].

Особенно ярко эти изменения (шаги в развитии) наблюдаются при оказании помощи детям, для которых характерна «выученная беспомощность» [18].

К такой категории, например, можно отнести детей-сирот с тяжелыми соматическими заболеваниями, которые проходят длительное лечение, обладают крайне ограниченным социальным опытом, не обучались в школе и, как правило, имеют диагноз ЗПР или «умственная отсталость». С 2012 г. работа по налаживанию обучения таких детей, занятия по шахматам для общего развития, психолого-педагогическая помощь в преодолении учебных трудностей — работа, направленная на решение сверхзадачи создания условий для нормального развития, получения образования, социальной адаптации и — в идеале — их профессиональной самореализации началась на базе реабилитационного центра «В гостях у Незнайки», организованного фондом «Дети.мск.ру». Приведем лишь один (не скроем от читателя, что это один из наиболее ярких примеров) пример того, как психолого-педагогическая помощь в преодолении трудностей в деятельности (в том числе учебной) может «дать старт» и способствовать радикальным шагам в развитии.

У Паши (2000 г.р.) диагноз артрогриппоз. Это означает, в числе прочего, что мышечная ткань не обрывается. Репертуар движений Паши крайне ограничен. Он может делать взмахи рукой от плеча, отталкиваться ногой, передвигаясь на коляске, делать движения туловищем. Движения головой, речь в норме. От рождения Паша находился в доме ребенка, затем в детском доме, в больнице, с 2010 года стал воспитанником центра «В гостях у Незнайки». Благодаря видеозаписям, которые достаточно регулярно ведутся в Центре «В гостях у Незнайки», был зафиксирован тот переломный момент в жизни Паши, когда одно событие, происшедшее, кстати, в ходе игры в шахматы, повлекло за собой целую лавину изменений, в том числе личностных.

Когда в начале 2013 года в «Незнайке» начались занятия шахматами, Паша увлекся и начал осваивать шахматы довольно серьезно, быстро добившись определенных успехов.

Однажды ему было предложено поставить на доске мат в один ход. Он быстро сообразил, что мат ставится ферзем, и сказал, куда (на какое поле) нужно поставить ферзя. Игравший с ним консультант предложил ему самому поставить ферзя. «Я не могу», — был ответ Паши. «Мне кажется, ты можешь», — ответил консультант. Тогда Паша, изловчившись, взмахнул рукой и схватил двумя пальцами ферзя. Рука вместе ферзем опустилась вниз. Вторым взмахом руки, Паша, прицелившись, поставил ферзя на нужное поле. Некоторые фигуры, правда, при этом упали, но мат был поставлен. Через неделю Паша ел сам (придумал способ, который позволял ему кушать самостоятельно суп и второе, нажимая локтем на ложку или вилку, лежащую на тарелке). Затем он начал расширять диапазон своих действий. Стал охотно пользоваться ортезами, благодаря которым мог передвигаться на ногах, а не на коляске. Через полгода он мог уже бить по мячу и стал играть со сверстниками в футбол. Он начал ходить в школу. Появилась глав-

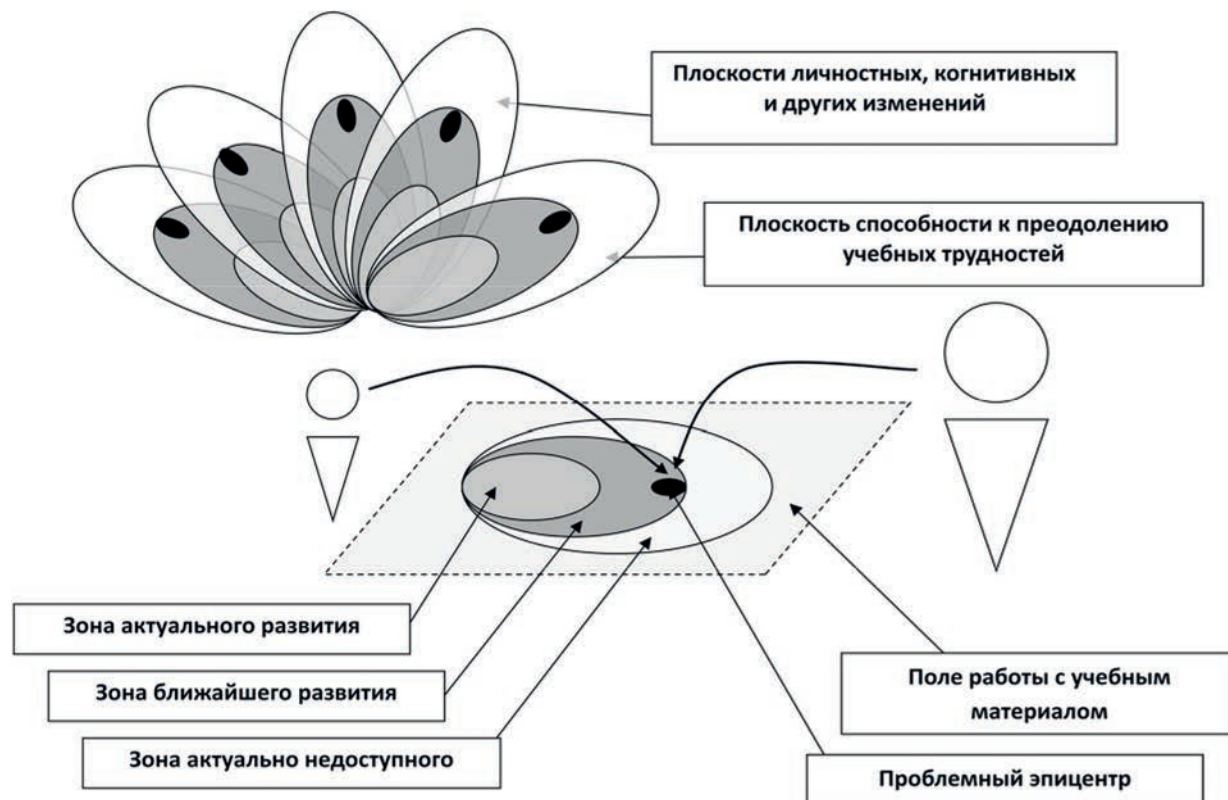


Схема зоны ближайшего развития как совокупности векторов, по которым возможны «шаги» в развитии [7, 8].
Иллюстрация к тезису Л. С. Выготского «один шаг в обучении может означать сто шагов в развитии» [3]

ная цель — стать самостоятельным в жизни. Он начал развивать руки, сам изъявил желание «попробовать научиться играть на пианино» и нашёл способ для себя, сначала на черных клавишах, а потом и на всех остальных. Спустя два года он научился полностью себя сам обслуживать, догнал сверстников в учебе, имеет разносторонние интересы, стал одним из лучших игроков в шахматы в школе.

Динамика Паши за три года отражена в таблице.

По-видимому, самое главное новообразование, которое возникло в игровой и в учебной деятельности Паши, находится на векторе «субъектности». С того

момента как Паша взял курс на самостоятельность, открыл для себя, что все дело в способах, что нужно их искать, проявлять инициативу и упорство, он начал бросать вызовы себе и другим. Вспоминается, как он написал в индивидуальном проекте на летнюю школу 2013 года, что хочет «попытаться познакомиться научиться играть на пианино». На вопрос о том, как он собирается играть на пианино, если у него не действуют пальцы, он ответил: «Но ведь попытаться можно!» Против такой логики возразить что-либо было трудно. В итоге он научился играть не только на пианино, но даже на гитаре и ударных инструментах. Позицию Паши по отношению к жизни можно охарактеризо-

Паша в 13 лет (2013)	Паша в 16 лет (2016)
Практически ничего не делал самостоятельно. До этого времени в школе не учился, но был принят в пятый класс. Мог писать и рисовать, держа ручку или карандаш во рту. Благодаря музыкальному слуху и хорошему голосу пел. Книг не читал. Неохотно пользовался ортезами, так как передвижение на них требовало больших усилий. Не умел играть в шахматы. Выученная беспомощность, обусловленная физическим статусом. Попытки расширить диапазон физических возможностей осуществлялись путем хирургических операций	Живет в квартире самостоятельно с соседом по комнате. Сам себя обслуживает, при необходимости обращается за помощью. Постоянно изобретает различные способы «как что-то сделать». Верит, что «может все». Учится в девятом классе. Научился играть на пианино и гитаре. Один из лучших шахматистов в школе. В ортезах играет в футбол. Выступает в спектакле, поставленном с детьми Центра режиссером РАМТа Н. Шумилкиной, в котором поет, играет на ударных инструментах и губной гармошке. Планирует в будущем работать радиокomentатором, так как в этом случае «его руки и ноги никого волновать не будут», а голос у него в порядке. Регулярно делает упражнения для развития движений (медика, видя его достижения в развитии движений, сказали, что не предполагали таких результатов после намеченных операций, и операций пока больше не проводили). Прочитал «Белое на черном» Рубена Давида Гонзалеса Гальего, любит стихи С. Есенина, начал читать «Фауста» Гете

вать как предельно субъектную, он активно и осознанно ищет способы деятельности, позволяющие ему вести самостоятельный и — в будущем — независимый образ жизни. С 2016 г. Паша стал играть в спектакле «Своими словами», поставленном режиссером РАМТ Н. Шумилкиной (в спектакле участвуют все воспитанники Центра), в 2017 г. стал лауреатом музыкального конкурса, сдал ОГЭ, перешел в десятый класс, параллельно закончил курсы радиокомментаторов.

Случаи, подобные описанному, пока что редки и скорее являются исключением, чем правилом. Но даже если бы такой случай был единственным, это означало бы на практике, что в обучении можно создать условия, при которых каждый шаг в обучении будет приводить к многим шагам в развитии. Как подытожил эту мысль Л. С. Выготского В. П. Зинченко, «если учитель окажется чувствительным к зоне ближайшего развития ребенка, то она превратится в перспективу его бесконечного развития» [12].

В рамках проекта «Шахматы для общего развития» накоплен опыт содействия развитию различным категориям детей, создан оригинальный подход к ведению занятий шахматами в целях общего развития, разработана компьютерная программа, дающая возможность индивидуализации учебного процесса. Опыт использования шахмат для этих целей побуждает обратиться к более общим вопросам, связывающим обучение, развитие и психическое здоровье: связь обучения и развития в аспекте возникновения и коррекции когнитивных и личностных нарушений у детей; создание условий развития различных способностей в ходе специально организованных занятий шахматами; возможности коррекции нарушений в развитии в ходе занятий шахматами и переноса получаемого детьми опыта на другие виды деятельности, в том числе учебной; возможности поддержки субъектной позиции ребенка в учебной деятельности и ее роль для общего развития и коррекции его нарушений.

Библиографический список

1. *Алексеев Н. Г.* Шахматы и развитие мышления // Шахматы: наука, опыт, мастерство. М.: Высшая школа, 1990. С. 41–53.
2. *Воликова С. В., Глухова О. В.* Динамика уровня развития познавательных процессов учеников начальных классов, участвующих в проекте «Шахматы для общего развития» // Актуальные проблемы преподавания учебной дисциплины «Шахматы» в общеобразовательных школах и детских садах России и других стран мира: матер. междунар. науч.-практ. конф. / сост. И. Г. Сухин, А. М. Гилязов; науч. ред. И. Г. Сухин. Сатка, 2012. С. 27–31.
3. *Выготский Л. С.* Мышление и речь // Собр. соч. в 6 т. М.: Педагогика, 1982. Т. 2. С. 5–361.
4. *Выготский Л. С.* Проблемы детской (возрастной психологии) // Собр. соч. Т. 4. М.: Педагогика, 1984. С. 243–432.
5. *Гальперин П. Я.* Обучение и умственное развитие в детском возрасте // *Гальперин П. Я.* Психология как объективная наука. М.: Издательство «Институт практической психологии». Воронеж НПО «МОДЭК», 1998. С. 357–388.
6. Записные книжки Л. С. Выготского. Избранное / под общ. ред. Е. Завершневой и Р. ванн дер Веера. М.: Издательство «Канон+» РООИ «Реабилитация», 2017. 608 с.
7. *Зарецкий В. К.* Становление и сущность рефлексивно-деятельностного подхода в оказании консультативной психолого-педагогической помощи // Консультативная психология и психотерапия. 2013. № 2. С. 8–37.
8. *Зарецкий В. К.* Один шаг в обучении — сто шагов в развитии: от идеи к практике // Культурно-историческая психология. 2016. Т. 12, № 3. С. 149–188.
9. *Зарецкий В. К., Холмогорова А. Б.* Педагогическая, психологическая и психотерапевтическая помощь в процессе преодоления учебных трудностей как содействие развитию ребенка // Консультативная психология и психотерапия. 2017. Т. 25, № 3. С. 33–59.
10. *Зарецкий В. К., Холмогорова А. Б.* Мировая психология и педагогика в поисках теории развития, адекватной вызовам нашего времени: вперед к Выготскому // Консультативная психология и психотерапия. 2017. Т. 25, № 3. С. 170–175.
11. *Зарецкий Ю. В.* Субъектная позиция по отношению к учебной деятельности как ресурс развития и предмет исследования // Консультативная психология и психотерапия. 2013. № 2. С. 110–128.
12. *Зинченко В. П.* Лев Семенович Выготский: жизнь и деятельность // Стиль мышления: проблема исторического единства научного знания. К 80-летию Владимира Петровича Зинченко // под общ. ред. Т. Г. Щедриной. М.: Российская политическая энциклопедия (РОССПЭН). 2011. С. 294–299.
13. К развитию через шахматы: рефлексивно-деятельностный подход. Методическое пособие по ведению занятий в начальной школе // Под ред. В. К. Зарецкого, А. М. Гилязова. М.: Издательство «Райхль», 2016. 94 с.
14. *Кузьмина Е. И.* Психология свободы: теория и практика. СПб.: Питер, 2007. 336 с.
15. Шахматы для общего развития: метод. пособие по ведению занятий в начальной школе / под ред. В. К. Зарецкого, А. М. Гилязова. М.: Издательство «Райхль», 2016. 196 с.
16. Шахматы для общего Развития. Рабочая тетрадь для занятий шахматами / под ред. В. К. Зарецкого, А. М. Гилязова. М.: Издательство «Райхль», 2016. 102 с.
17. *Blanko Y.* Why teach chess in school? — FIDE, Chess in Schools Committee, Milano: Verpal, 1999. 183 p.
18. *Seligman M. E. P.* Power and powerlessness: Comments on “cognates of personal control” // Applied and Preventive Psychology. 1992. V. 1. P. 119–120.

ЦЕЛИ И МИШЕНИ ПРОФИЛАКТИКИ АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ В СТУДЕНЧЕСКОЙ СРЕДЕ

Ивашиненко Д. М., к. м. н., доцент, **Бурделова Е. В.**, **Ивашиненко Л. В.**,
ФГБОУ ВО «Тульский государственный университет»,
Тула, Российская Федерация

Аннотация

Представлены результаты реализации системы мер профилактики агрессивного поведения в молодежной среде на примере Тульского государственного университета. Описаны факторы агрессивного поведения, которые являлись мишенями превентивной работы. Авторы статьи продемонстрировали возможности использования комплексного подхода для снижения уровня агрессивности у юношей и девушек.

Ключевые слова

Агрессия, агрессивность, агрессивное поведение, профилактика, тренинг, психотерапия.

OBJECTIVES AND TARGETS FOR THE PREVENTION OF AGGRESSIVE BEHAVIOR IN STUDENTS

Ivashinenko D. M., PhD (Medicine), Associate Professor,
Burdelova E. V., Ivashinenko L. V.,
Tula State University,
Tula, Russia

Abstract

This paper presents a case study of prevention measures against aggressive behavior among students of the Tula State University. The prevention work targeted major factors of aggressive behavior. The use of the comprehensive approach for reducing aggression is demonstrated.

Key words

Aggression, aggressiveness, aggressive behavior, prevention, training, psychotherapy.

Проблема агрессии в отечественной и зарубежной науке решается в зависимости от целей ее исследований. В настоящий момент ученые, которые занимаются проблемой агрессии и агрессивности, имеют разные позиции в оценке позитивных и негативных аспектов данного феномена [6]. Это обусловлено чрезвычайной сложностью и полиморфностью проявлений агрессии. С целью разработки профилактических и психокоррекционных программ феномен агрессии исследовали: В. И. Гарбузов, А. И. Захаров, М. В. Ермолаева, Кембелл, И. Э. Кондракова, Е. Е. Копченова, И. Лалаянц, П. А. Ковалёв, В. В. Лебединский, Е. К. Лютова, И. Л. Ленденева, Г. Менденфилд, Л. Г. Миланович, Г. Б. Моница, В. Г. Петров, Л. М. Семенюк, Л. А. Соломина, С. И. Сторожук, Р. Семенюк, А. Б. Петрова и др. [9].

Для разработки системы мер профилактики агрессии необходимо понимать, на какие факторы ее развития необходимо и можно оказывать воздействие. В научных работах отечественных психологов Т. Г. Румянцева и И. Б. Бойко агрессия рассматривается в социальном контексте. Поведение считается агрессивным только при выполнении двух условий:

- 1) оно несет в себе негативные последствия для жертвы;
- 2) является нарушением норм поведения [10].

Агрессивность как свойство личности формируется в процессе жизнедеятельности. Соответственно, фундамент ее развития заложен в особенностях темперамента. Эмоция агрессии является врожденной, заложенной филогенетически, но в процессе онтогенеза получает индивидуальную огранку. Можно сказать, что биологически заложенная агрессия в процессе социализации преобразуется в агрессивность. Становление агрессивности зависит от этических норм общества и их усвоения в ходе психического развития.

Таким образом, факторы развития выраженной агрессивности можно подразделить на биологические (врожденные, физиологические) и социально-психологические [4]. Они тесно переплетены между собой, и их можно охарактеризовать как взаимообуславливающие. Социально-психологические факторы развития агрессивного поведения в молодежной среде теснейшим образом связаны с процессами социализации. Социализация личности преимущественно проходит в семейной и образовательной среде. Нарушение данного процесса влечет за собой развитие дезадаптации. Социально-психологическая дезадаптация может являться как фактором развития агрессивного поведения, так и его последствием. Дезадаптированные юноши и девушки могут начать воспринимать в качестве

модели для подражания жестокое, доминирующее поведение более социально успешных сверстников.

Результатом сочетания негативных биологических и социально-психологических факторов является выработка стойких паттернов агрессивного поведения. Агрессивное дезадаптивное поведение можно определить как реакцию на стрессогенные жизненные ситуации. Агрессия становится инструментом для снижения нервно-психического напряжения, демонстрации своей позиции, выражения своих чувств, заявления о своих потребностях.

Социально-психологические факторы закладываются в процессе усвоения морально-нравственных норм, интериоризации гендерных ролей, формирования системы ценностей, получения негативного или позитивного жизненного опыта, фрустрации, переживания психотравмирующей ситуации и т. д. [4, 7]. Распространение насилия в молодежной среде связывают с такими личностными особенностями, как поиск острых ощущений и выраженная недоверчивость [2]. Агрессивным молодым людям также свойственны вспыльчивость, обидчивость и мстительность. Криминальное насилие, совершенное ими, зачастую мотивировано мстостью. Мстительность становится личностной особенностью при склонности к застревающему аффекту. При застревающем аффекте мстительность может стать чертой характера. Развитию агрессивности также способствуют такие качества, как высокий уровень возбудимости нервной системы. Агрессивность молодежи может проявляться в любых жизненных ситуациях, но особенно ярко такое качество можно наблюдать в ситуациях, связанных с ограничением свободы действий административными нормами [1].

В зарубежной научной литературе к основным факторам, способствующим становлению агрессивного поведения, относят:

- общение со сверстниками,
- семейное воспитание,
- средства массовой информации [5].

Ф. С. Сафуанов предложил термин «тормозящая (подавляющая) агрессию личностная структура». Согласно его мнению, этот термин в большей мере отражает психологическое регулирование разнообразными сторонами и уровнями личности. Необходимость этого термина обосновывается тем, что подавление агрессии невозможно описать только с помощью процессов контроля и опосредования [8].

Факторы, снижающие агрессию и агрессивность, в зарубежной литературе обозначаются как «защитные факторы». Их рассматривают в контексте оценки риска проявления физической агрессии. Защитные факторы — это средовые и ситуационные факторы, различные характеристики самого агрессора, снижающие риск возникновения в будущем агрессивного поведения, т. е. можно сказать, что защитные факторы — это личностные и ситуационные переменные [14].

De Vogel определял защитные факторы как факторы, снижающие агрессию и агрессивность личности за счет взаимодействия с проагрессивными. Таким образом, они занимают важное место в оценке риска совершения агрессивных действий [14].

В то же самое время следует отметить, что часть авторов рассматривают защитные факторы только как отсутствие проагрессивных [11] или как факторы-антиподы [12, 13]. Данные авторы предполагают, что фактор риска формирования агрессивного поведения может быть одновременно и защитным фактором, и провоцирующим в зависимости от его направленности.

В настоящее время для оптимизации психоэмоционального состояния студентов в учебно-воспитательный процесс внедряются комплексные рекреационно-образовательные программы тренингов регуляции. Они нацелены на приобщение молодых людей к современным научно обоснованным методам аутотренинга. Это могут быть интегративные дыхательные психотехники, упражнения из телесноориентированной психотерапии, поведенческой психологии и самостоятельные задания для участников тренинга по отработке и закреплению навыков саморегуляции [3].

Соответственно, целями и мишенями профилактики агрессивного поведения в молодежной среде на социальном и психологическом уровне должны являться:

— уровень информированности о проблеме агрессии и агрессивности, а также об эмоциях и их проявлениях в целом;

— способность к рефлексии;

— социальные и коммуникативные навыки, а именно тактики и стратегии эффективного поведения в конфликтных ситуациях;

— способность к саморегуляции;

— принятие себя;

— способность к активному слушанию, пониманию точки зрения и мотива других людей.

В соответствии с этими целями и мишенями в 2016–2017 году в Тульском государственном университете была реализована система мер профилактики агрессивного поведения в молодежной среде. Меры профилактики включали в себя три блока: медицинский, психологический и социальный. На первом этапе реализации был проведен мониторинг агрессивного поведения среди студентов-первокурсников, в котором принял участие 721 человек. Возраст респондентов от 18 до 21 года. Был использован опросник Спилбергера для оценки агрессии (STAXI). По шкале «Агрессия — черта характера» был выявлен 171 человек с высоким уровнем агрессивности. В случайном порядке из них было отобрано 100 юношей и девушек, которые были включены в экспериментальную и исследовательскую группу (по 50 человек в каждой). Экспериментальное воздействие включало в себя психосоциальный тренинг, групповую психотерапию и курс индивидуальной психотерапии.

На занятиях психо-социального тренинга, в вводной части, молодые люди приветствовали друг друга, обсуждали их текущее психоэмоциональное состояние и делали разминочные упражнения. Далее проводились упражнения, направленные на достижение целей и мишеней профилактической работы («горячий стул», ролевые игры, кейсы, и т. п.). В конце занятия подводились итоги, участники делились впечатлениями

ями, пожеланиями и прощались друг с другом. Тренинг строился в рамках когнитивно-поведенческого направления психологии.

Групповая психотерапия была проведена врачом-психотерапевтом, работающим в психодинамическом направлении. Групповая динамика позволила ослабить напряженность психологических защит, раскрыть внутриличностные конфликты и снизить уровень деструкции. Была проведена психотерапевтическая работа, в процессе которой на первый план вышли чувство неуверенности в себе, беспомощности и страх быть отвергнутым. Они оказались наиболее значимыми проблемами участников группы.

Индивидуальная психотерапия проводилась с участниками исследования только по запросу. 62% участников (31 человек) изъявили желание ее пройти.

По результатам работы мы пришли к следующим выводам: агрессивность как черта характера чаще

встречается у девушек, но склонность к физической агрессии более характерна для юношей. Состояние агрессии у лиц мужского пола во время исследования регистрировалось в 2,5 раза реже. Наиболее чувствительными к проведенной работе оказались уровень физической и косвенной агрессии, негативизм, агрессия как состояния.

Респонденты при контрольном обследовании продемонстрировали, что они освоили продуктивные неагрессивные компинг-стратегии и навыки саморегуляции. Их психоэмоциональное состояние стало более стабильным. Уровень агрессивности снизился.

Таким образом, предложенная нами система мер профилактики агрессивного поведения в студенческой среде с совместным использованием медицинских, психологических и социальных воздействий показала свою высокую эффективность.

Библиографический список

1. Агрессия у детей и подростков: учеб. пособие / под. ред. Н. М. Платоновой. СПб.: Речь, 2006. С. 336.
2. Бочарова В. В. Агрессия и насилие как социокультурные феномены: дисс. ... канд. филос. наук. Воронеж, 2012. 165 с.
3. Будыкин А. В., Будыкин С. В., Жигачев А. С. Агрессия: особенности проявления и копинг-стратегии в подростковом возрасте // Психология и право. 2013. № 4. URL: <http://psyjournals.ru/psyandlaw/2013/n4/66186.shtml> (дата обращения: 29.03.2016).
4. Клеп И. П. Социально-психологические особенности агрессивного поведения молодежи неформальных объединений: дисс. ... канд. психол. наук. М., 2010. 224 с.
5. Котова С. С. Семейное воспитание, как фактор, влияющий на формирование агрессивного поведения в подростковом возрасте // Символ науки. 2015. № 6. С. 340–342.
6. Налчаджян А. А. Агрессивность человека. СПб.: Питер, 2007. 736 с.
7. Прохорова Е. Н. Психолого-педагогическое воздействие интерактивной техники «Форум-театр» на формирование адаптивного поведения агрессивных подростков: дисс. ... канд. психол. наук. Нижний Новгород, 2010. 193 с.
8. Сафуанов Ф. С. Психология криминальной агрессии. М.: Смысл, 2003. 300 с.
9. Соломина Л. А. Совместная деятельность педагогов школы и родителей по коррекции агрессивного поведения подростков: дисс. ... канд. пед. наук. Воронеж, 2010. 281 с.
10. Сторожук С. И. Психолого-педагогическая коррекция агрессивности подростков в процессе социально-культурной деятельности: дисс. ... канд. пед. наук. М., 2010. 219 с.
11. Costa F. M., Jessor R., Turbin M. S. Transition into adolescent problem drinking: The role psychosocial risk and protective factors // Journal of Studies on Alcohol, 1999. No. 60. P. 480–490.
12. Fitzpatrick K. M. Fighting among America's youth: A risk and protective factors approach // Journal of Health and Social Behavior, 1997. No. 38. P. 131–148.
13. Hawkins J. D., Catalano R. F., Miller J. Y. Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention // Psychological Bulletin, 1992. No. 112. P. 64–105.
14. VriesRobbè de, Vogel de. Chapter on Protective factors for violence risk: Bringing balance to risk assessment and management // Managing Clinical Risk by Caroline Logan & Lorraine Johnstone. 2012. P. 293–310.

RE-BUILDING DIMENSIONS ON A VIOLENT MIND: THE INNER STRUGGLE HUMAN REALITY

Casseb A., MD, PhD,

Full Psychiatry Member of the British Samaritano Hospital of São Paulo,
Professor of medical psychology at Federal University of São Paulo (UNIFESP) and State
University of Campinas (UNICAMP),

Full Member IPA Psychoanalyst at São Paulo Brazilian Society of Psychoanalysis,
Professor at the Institute of Psychoanalysis,

ex Director of Latinamerican Institute of Psychoanalysis (ILAP),

Co-editor of the Annual Book for Portuguese International Journal of Psychoanalysis,

International Co-editor of the Journal of the Uruguayan Psychoanalytic Society,

Supervisor on training psychotherapists at Prepa-tec Monterrey Mexico,
São Paulo, Brazil

Abstract

Training health workers to deal with difficulties caused by violent situations requires a flexible approach. This article gives a comprehensive account of the issue of a violent mind and emphasizes the importance of exploring one's own mind and all its different states. The case studies illustrating this point are presented.

Key words

Inter-psycho relationships, personality as a weapon, intense emotional reactions.

This is a paper that intends to bring up some of my experience concerning the work with violence. Interpersonal violence is one of the most (common) recurrent causes of young people's increasing mortality rate. This happens everywhere on our globe (WHO)¹. Social violence brings an enormous cost to the society. Police, hospitals, work days lost, disruption on families, these are areas affected by consequences brought by violence. Developing countries are having problems setting professional workers to deal with people who live in areas where violence is almost institutional. Teachers ask to be removed, physicians just do not keep their jobs in these areas, social workers cannot sustain programs, even police sometimes do not take the risk to get into some of this side country area. Definitely violence is something that deserves attention. Searching for factors that build "Violent Situations" there is a tendency to blame it on psychosocial factors. The lack of [1] government participation, along with the poor quality of the state, economic difficulties leading to harsh living conditions within households, allied to [2] lack of governance by its leaders, someone who plays the role of parents, growing in places where a dream is almost a nightmare awake, with no hope for the future, being exposed to increasing information that also produces a denied envy, so to summarize a [3] not appropriate community. These might be important elements, and in this paper, I leave this work to social experts. My main goal is to re-start a discussion on the need to search for psycho-logic elements/mechanisms that need attention by the people who deal with Violence. Either on individual work or managing groups in community programs.

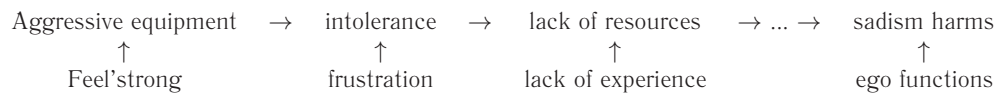
Some inquiries are to be set as points for discussion: What is the function of Violence for one's psychologic world? How does someone come to use violence as their main structure? Is there another way to deal with violence besides punishment?

I know this is a too wide proposition. In terms of our contemporaneous society I think it is something that deserves our careful attention as Mental Health Workers.

Once I take into account "dimensions of the mind" and "*violence*" as keywords, it is useful to discuss the conceptions I use for these terms. (*You can get much farther with a kind word and a gun than you can with a kind word alone.* Al Capone. New York Times Magazine 20 September 1992.)

Concerning intrapsychic force, it is possible to observe that violence has to do with many elements of our mind that are involved with its functioning. I can even state that aggressive elements are an essential part of our functioning. Almost any mammal can survive by itself since birth, human beings cannot. Development of skills also needs another person. The human being needs another person to make life worthy. Violence is a large and complex function of the mind. Ethologic studies have demonstrated that aggressive functioning is necessary for all mammals to get food, to procreate, to deal with dangerous situations, and for some, even to get specific kind of pleasure. Taking into account that aggressive components of the mind are not taken as violence, and that there are aggressive attitudes that cannot receive a violent label, I found it useful to propose a *scope* (see table) where aggression/violence can be thought as part of the human mind.

¹Report on Violence World Health Organization (WHO) 2017.

Table 1. Simplified scope for active side of the mind

This scope goes from the need one has to feel strong, until the pleasure one takes from sadism. A scope that can have one extreme on searching from aggressive strategy and on the other hand, the need to be able to do harm. Between these extremes we may find situations we ourselves were in, and also everyone else that we may have given any attention. Violence usually takes place as physical acts but it can only have psychological goals, so it is always an action searching for psychical movements. One of its goals is to set motion inside one's poor mind. Poor in terms of having and broadening the experience, poor capacity to dream, sense of justice/rights out of the reality to summarize: a very poor Thinking Apparatus. If this movement/motion can have psychical expression we may have violent e-motion. The world around a violent person is felt as having a wide range of stimuli able to bring up what arises from frustration. In violent people, frustration leads to intolerance. A state of unbearable mind leads to using its primitive equipment. There is a lack of ego functions to sustain it, so no thinking components to manage either envy neither frustrations. Both factors, envy and frustration, make the refuge on violence, a mandatory way. This is not the only possible way to see violent people. There are too many different ways of functioning minds in violent people. There are different dimensions on human mind. It operates differently depending on its Emotional State. We need to draw some attention to the complexity of the dimensions on one's mind. (*Mind is a terrible thing to waste.* Popular statement.)

Another conception I want to bring for discussion is on the proposal to see human mind as having psychical dimensions. An issue that has been an object of study since Psychology was part of Theology. These dimensions can be observed through another conception: Emotional State of Mind (ESM). If we look at clinical experience observing certain emotional suffering that occurs on Disturbed Thinking Apparatus, we may be impacted by some elements that drive us to see and feel these States of Mind. Generally, they present a huge state of horror, injustice, and an absolute artificial feeling that only exhibits hate and manipulation on their relationships. A state that avoids thinking and put to work "psychotic functioning" that operates to create a very unique "thinking" strongly based on rage. This pseudo-thinking drives their actions on the use of the side of the mind concerning violence to make the whole apparatus "comfortablecompensate". It creates a non-realistic State of Mind that leads the mind to search for a more primitive dimension.

If we take the metaphor idea of the development of the human mind as a baboon doll, we may understand these dimensions on the basis of Object Relations. Each younger (small doll) I would say: not so experienced

stays under an older one, more experienced. The worse the state of frustration, the more primitive dimension (not experienced) is brought to the surface of actions. This more primitive object that takes the thinking process may lead to use their own equipment. Despair, hate, intolerance, asking for love of another person and the need for care create an emotional background for violence.

If this is so, violence will be set as its source of energy to solve the frustrated mind, a possible intent is to substitute Thinking Apparatus concerning reality switching it to rage source. When we look at a mammal searching for food we see potential violence in progressive course. If it delays rage and violence may take the driving movement. It all will depend on the mammals' source of experience to hunt, to recognize vegetables, or to open left bones. Increasing need for satisfaction may turn to more primitive dimensions. Not all actions on starving state have to do with food. Sometimes this starving state of mind, if this metaphor can be used, is for power, for pride, for any of the psychical eruption from frustrations. A frustrated state of mind has two possible ways: either modify its state by thinking, or escape transforming the unbearable state of mind into uprising mechanisms to get rid of it. Avoiding immediate consequences does not mean finding a solution, but means to give more importance to the energy capable of sustaining one's mind out of collapse: violence. A violent attitude may intend to make the other respond with violence, as if this "victim" can help the violent one to get rid of the unbearable inside, as if the victim can become a container of the violence to be acted. This enactment may bring feelings of importance and existence, but in no way it may built a sense of existence with actual upcoming situations. It needs other mental functions otherwise a repetition of actions may be the addictive source for violence.

Adolescence is a very important period to develop human personality. Adolescents might go through mourning: loss of child parents and child body. This happens at the same time with huge change of psyche functions. Acting out may indicate other attitude towards dangerous and capabilities. Challenging authority, searching for power may facilitate violence. The evolution of the childhood may give the background for this period and as well as the strong impact with frustration. The more the child was overprotected from the "dangerous" world, the worse they suffer from its intense impacts provide by frustration. Adolescents raised on an aristocratic way also may treat frustrations as a shortcut to rage. They become in a negative identification tyrannical persons. Adolescents easily throw parts of their mind into others, an attitude maybe through intolerance. These youngsters frequently develop unbearable reaction

to criticism, or any kind of situation where they are asked to give some of their true limited self.

Taken these conceptions we can focus on the point of this paper: the need *to know* its own violence in order to deal with any kind of violence of the other. One needs to realize its own different states of mind, its own use of different dimensions, its own inner world as a potential anti-violent agent on other' situations. To know its own way of functioning does not mean to passively accept it. It does not intend to create a naïve way to deal with harmful people. On the contrary, it means to be prepared for the unexpected, for the intersubjective feelings of violence that invariably occur when we face these situations. There is no way to have a recipe of actions in order to deal with violent people. The best training one can have is to learn from experience and have some confidence on the capacity to go beyond the violent person that stands on your door. Let's see some examples on this matter: *Jud a poor wealthy girl*.

Jud asked me for treatment because she said she "explodes easily". Wealthy family. In spite of her 18 years of age she has everything that money can buy. It impressed me the way she holds herself out of social and sexual life. It took her months to tell me that her father lives with another man. Another important issue is that her mother passed away, just before she started treatment, due to complications from a lifetime heavy drinking. Her mother was melancholic since her parent's divorce when Jud was 13. Her father's partner was someone that Jud felt was fighting for her space, he was 25 and Jud 18. Her disgusts against feminine conditions was acted by an obesity. These emotional elements she told me about on every session led me to investigate the intersubjective dimension that had been created from her intense way of telling me about her suffering. I had to visit my memories on different kinds of suffering. Once she was telling so strongly her wish to die that I could see myself in a very hard journey where, many years before, I had to take my dog to be sacrificed. Of course, I was somewhat unsatisfied with the work, but I was also trying to recover my way of thinking at those moments that could, at least, help in some way with Jud. This kind of personal investigation did not turn me melancholic, or imprisoned, but very emotional. I told her that she reminded me of those days. She became very interested in my intervention. I started to tell her many details on what had happened. He was old, sick, no hope, no way to save, but I was really suffering, as I was at that moment with her. She was very surprised that a doctor could have such emotional care towards her. She could never think that a doctor also can feel what is going on. Although we started to discuss the differences between that situation and the one we were living, she came back to the same kind of complaints, with an important difference:

she knew I care, and she started to be careful with me, she did not want me to suffer her emotional life. Next step was to show her that feelings may broaden our life, may amplify our understanding, feelings of sadness may be responsible for feelings of happiness. Our conversations allowed me to see that my work was very hard on her understanding. How could I stand to have so many people complaining all day long, all year long, all my life? I told her that I also needed treatment, and after a while we started to get deeper in our own way of being receptive to other's mental life. She decided to be a doctor. She said that I may have treated my own pain and so she may take her own way. A reason, a hope, a way of integrating sides of the personality, I am not sure what happened but we started a long period of treatment, more than a vomitory that she was used to.

Looking at one's own violence and education. A very ideologist student that just had graduated comes to ask for help with his postgraduate thesis. Starving to be important, he presented me a huge project. He wanted to demonstrate epidemiology, ethyopatology and a semiotic use of images, almost build a new nosology and so on. The attitude is, to my understanding, violence against himself, his mind, his coming days that may end on a disaster if he doesn't deal by himself with greed and wish for grandiosity as if the starving state led him to eat poison, which is obey his greedy side of his personality. Concerning the enthusiastic drive, the intense psychological investment set on his starving condition, I needed to take into account a strategy to deal with him as a process. I only had the limited language of the "thesis" and the academic way of becoming important. I thought I needed to see him many times, since I took it as a process. We could schedule many meetings. These first steps need to enable us to build an actual and honest relationship between us. To achieve this possible aim, I also needed to be very careful with his intense desire to produce something big full of light that could set a spotlight over him. I had to go through but not cut any noble tissue as if we were in a delicate surgery. Of course, he sent me back to my own grandiosity and my easy way to return to stupidity. I decided to tell him some of my stories of killing myself because of work, and wanting to have a space in this competitive world. He felt he belonged to what he thought was my world. A world of idealizations, full of success and only positive acquisitions. We had some easy conversations, as about soccer, politics and our everyday lives. One day he brought me a gift. A book. Its original title is: "Zen in der Kunst des Bogenschiessens"—"Zen in the Art of Archery" written by E. Herrigel. He said he would not take my time anymore, he was not paying me for the "sessions". I interrupted him and said those were not sessions. And he said he was taking treatment since the arrow achieved his mind.

ПСИХООБРАЗОВАНИЕ ВО ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПОДРОСТКОВ

Кузнецова Е. А., к. псих. н.,

Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» имени С. С. Мнухина,
ФГБОУ ВО «Российский государственный педагогический университет имени
А. И. Герцена»,
Санкт-Петербург, Российская Федерация

Аннотация

Приведены результаты авторского исследования психологических особенностей подростков с соматоформными расстройствами, в том числе указаны особенности эмоционального состояния и когнитивные особенности восприятия и переработки ими эмоционально значимой информации. На основе проведенного исследования описаны основные компоненты психообразовательной деятельности с подростками, страдающими соматоформными расстройствами, и их семьями.

Ключевые слова

Соматоформные расстройства, эмоциональные особенности, когнитивные особенности, подростки, психообразование.

PSYCHOEDUCATION IN SECONDARY PREVENTION OF SOMATOFORM DISORDERS IN ADOLESCENTS

Kuznetsova E. A., PhD (Psychiatry),

Rehabilitation Center "Children's Psychiatry" named after S. S. Mnukhin,
Herzen State Pedagogical University of Russia,
Saint Petersburg, Russian Federation

Abstract

This article presents an experimental study of psychological characteristics of adolescents with somatoform disorders. The author describes the specific nature of the emotional state, cognitive features of perception and processing of emotionally significant information. Furthermore, the paper defines the main components of psychoeducational activities involving teenagers with somatoform disorders and their families.

Key words

Somatoform disorder, medically unexplained symptoms, emotional characteristics, cognitive characteristics, adolescents, psychoeducation.

В связи с повсеместной распространенностью биопсихосоциального подхода все больше внимания уделяется соматоформным расстройствам. На долю таких расстройств в детском и подростковом возрасте по данным авторов приходится от 13 до 75% всех обращений с неинфекционной патологией [1, 2, 20]. Как отечественные, так и зарубежные авторы указывают на высокую роль стрессовых состояний в возникновении данного расстройства [3, 7, 12, 19, 25, 27]. Наиболее ярко она проявляется у детей и подростков. Это связано как с формированием нервной системы в целом, так и с формированием эмоциональной сферы, психологических защит и копингов, недостаточно развитых в детстве [7]. Наличие стрессовой ситуации вместе с проявлением соматической симптоматики сопровождается изменением эмоционального состояния таких подростков, а предъявляемые физические и эмоциональные реакции на стресс в конечном счете приводят к возникновению сомато-

формного расстройства [12, 19, 27]. Такие подростки демонстрируют повышение тревоги, снижение настроения, склонность к катастрофизации своего состояния, бедность собственных эмоций [4, 6, 7, 15, 18, 19, 21]. Среди личностных особенностей отмечают свойственные таким подросткам повышенная личностная тревожность, социальная незрелость, трудности в поддержании близких отношений, зависимость от группы, несформированные представления о своей личности и слабость собственного «Я», неадаптивные психологические защиты [4, 5, 7, 14, 20, 21, 28]. Когнитивные особенности подростков с соматоформными расстройствами исследованы в наименьшей мере, таких работ практически нет, однако некоторые исследования, выполненные на взрослой популяции, указывают на общее снижение внимания и темпа протекания когнитивных процессов, смещение фокуса внимания на эмоционально насыщенные стимулы, связанные с болезненными переживаниями [16,

17, 22–24, 29]. Существует достаточное количество работ, посвященных медикаментозной терапии и психотерапии взрослых лиц и в меньшей мере — детей и подростков с соматоформными расстройствами, однако работ, посвященных вторичной профилактике этих расстройств у подростков, практически нет. Не исследованным остается вопрос психобразовательной деятельности с такими подростками и их семьями.

Ранее нами было проведено исследование, посвященное изучению психологических особенностей подростков с соматоформной вегетативной дисфункцией [8–11]. В исследовании приняли участие 166 подростков в возрасте от 13 до 17 лет, в том числе 106 подростков с установленной соматоформной вегетативной дисфункцией (СВД) и 60 здоровых подростков, составивших контрольную группу. В ходе исследования изучались наличие и качество стрессовых переживаний у таких подростков, особенности отношения к болезни и ее последствиям самих подростков и их семьи, психическое состояние и уровень адаптивных возможностей, а также особенности умственной работоспособности, внимания, памяти при работе со стимулами различной эмоциональной окрашенности. Также анализировались и учитывались личностные особенности подростков. Использовался метод индивидуального клинико-психологического интервью, стандартизированные методики «Интегративный тест тревожности», шкала депрессии Зунга (в адаптации Т. Н. Балашовой), Торонтская алекситимическая шкала, шкала астенического состояния Л. Д. Малковой в адаптации Т. Г. Чертовой, проективная методика «Незаконченные предложения», многофакторный личностный опросник Р. Кеттелла, модифицированные авторами методики «Эмоциональный Струп-тест», «10 слов», метод семантического дифференциала.

В результате проведенного исследования наличие стрессовых переживаний выявлено у 73% подростков с СВД. Более половины этих переживаний касались проблем в общении со сверстниками, еще треть была связана с увеличением учебной нагрузки, и лишь 10% — с неблагоприятной семейной ситуацией. Кроме того, у подростков с СВД отмечался более высокий уровень тревоги и тревожности в виде повышенной утомляемости, страхов, ощущения социальной незащищенности, неуверенности в себе. Они имели сниженное настроение, проявляли признаки астенизации, эмоциональной неустойчивости и низкой фрустрационной толерантности. Вместе с тем у этих же подростков отмечались признаки алекситимии, они не могли достаточно полно оценить свое эмоциональное и физическое состояние, не были достаточно внимательны к эмоциям других людей. На когнитивном уровне подростки с СВД, в отличие от здоровых, демонстрировали избирательность внимания к стимулам, описывающим болезненное состояние, высокую динамику их запоминания, а также отмечали высокую субъективную эмоциональную значимость таких стимулов, не характерную для здоровых подростков. Таким образом, у подростков с СВД наравне со специфическими личностными особенностями отмечаются также особенности эмоционального состояния и, что важно,

специфические особенности восприятия, переработки и воспроизведения эмоционально значимой информации, что необходимо учитывать в построении как психокоррекционной, так и профилактической, в том числе психобразовательной работы.

Психобразование является одним из важнейших элементов лечения и реабилитации больных как в психиатрической, так и в соматической клинике, включающих работу и с самим пациентом, и с его семьей. Большую роль в психобразовании играет процесс обучения, в том числе процесс обучения способам и стратегиям совладания со стрессом [26]. Вместе с тем, поскольку мы говорим об образовательном процессе, необходимо учитывать также особенности протекания когнитивных функций и особенности переработки поступающей информации. Применительно к психобразованию подростков с соматоформными расстройствами представляется перспективным использование комбинационной психобразовательной модели [13].

Комбинационная модель сочетает в себе признаки информационной модели, поддерживающей модели и модели обучения навыкам распознавания болезни. Информационный компонент данной модели призван предоставить больным и членам их семей знания о психическом расстройстве и его лечении. Предоставляя такую информацию, необходимо подчеркивать связь между наличием стрессовых переживаний, реакцией на них и появлением соматической симптоматики. Важно указать на высокую субъективную значимость болезненных переживаний, информации о них и на наличие типичных ошибок восприятия и переработки такой информации, которые приводят к невозможности объективной оценки своего состояния. Ошибки восприятия, в свою очередь, приводят к усилению тревожных переживаний, что усугубляет состояние пациента. Таким образом, пациент попадает в «замкнутый круг болезни», который невозможно разорвать без его осознания.

Обучающий компонент призван сформировать навык распознавания и последующего принятия болезни. Однако с учетом выраженности алекситимических признаков и недостаточности навыка оценки собственного состояния более важным представляется обучение подростков объективной оценке своего состояния и развитию навыков рефлексии. Своевременное распознавание и отреагирование эмоций, как и объективный анализ самочувствия (с учетом возможных ошибок восприятия), поможет в профилактике рецидива состояния.

Наконец, поддерживающий компонент призван оказать социальную поддержку подросткам и их семьям. Подростки с соматоформными расстройствами изначально находятся или находились в психотравмирующей ситуации, а проявления болезни вторично усугубляют их состояние, вызывая неоднозначную реакцию со стороны социального окружения и родителей подростка. Проведенное нами исследование показало, что подростки с СВД испытывали страх перед своим состоянием из-за субъективно необъяснимой для них симптоматики, однако их родственники при этом либо подозревали подростков в симуляции со-

стояния и оказывали психологическое давление, либо наоборот — окружали чрезмерной опекой и демонстрировали повышенную тревогу. Поэтому подростки с соматоформными расстройствами требуют поддержки не только в разрешении стрессовой ситуации, предшествовавшей появлению расстройства, но и в про-

цессе корректировки собственного отношения к болезни и отношения к ней родственников.

Таким образом, психообразование играет важную роль в процессе терапии и вторичной профилактики соматоформных расстройств у подростков, и данная проблема требует дальнейшей разработки.

Библиографический список

1. Антропов Ю. Ф., Шевченко Ю. С. Лечение детей с психосоматическими расстройствами. СПб.: Речь, 2002. 506 с.
2. Ацель Е. А., Газизов Р. М. Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы у подростков: особенности диагностики и течения // Практическая медицина. 2008. № 28. С. 65–67.
3. Балашова С. В. Зависимость психопатологических и патопсихологических проявлений соматоформных расстройств от типа психотравмирующих переживаний личности: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Оренбург, 2007. 24 с.
4. Бортникова Е. Г. Психологические особенности подростков с соматоформной дисфункцией вегетативной нервной системы: автореф. дисс. ... канд. психол. наук. СПб., 2006. 24 с.
5. Брябрица Т. В. Особенности исследования отношения к болезни у лиц молодого возраста с соматоформной вегетативной дисфункцией с помощью методики ТОБОЛ // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Сер. «Психология». 2009. Вып. 5. № 18. С. 69–75.
6. Гурович О. В., Звягина Т. Г., Ситникова В. П. Анализ взаимосвязи алекситимии и качества жизни у детей с нефропатиями // Вестник новых медицинских технологий. 2010. Т. XVII, № 2. С. 112–114.
7. Исаев Д. Н. Детская медицинская психология. СПб.: Речь, 2004, 384 с.
8. Кузнецова Е. А. Эмоциональные особенности подростков с различными соматоформными вегетативными дисфункциями // Вестник ЮУрГУ. Сер. «Психология». 2014. Т. 7, вып. 2. С. 100–108.
9. Кузнецова Е. А. Личностные особенности подростков с соматоформной вегетативной дисфункцией // Вестник СПбГУ. 2014. Сер. 12, вып. 3. С. 98–104.
10. Кузнецова Е. А. Особенности стрессовых переживаний у подростков с соматоформными вегетативными дисфункциями // Ананьевские чтения 2015. Фундаментальные проблемы психологии / отв. ред. В. М. Аллахвердов. СПб.: Скифия-принт, 2015. С. 128.
11. Кузнецова Е. А. Особенности когнитивных функций подростков с соматоформной вегетативной дисфункцией // Вестник ЮУрГУ. Сер. «Психология». 2016. Т. 7. Вып. 2. С. 84–92.
12. Малкова Е. Е. Соматоформные и соматические расстройства у школьников как психогенные реакции в социально-стрессовых ситуациях // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. 2012. № 2. С. 81–89.
13. Серых А. Б., Иванова А. Р. Модели и фокусы психообразования в медицинской практике // Вестник Балтийского федерального университета имени И. Канта. Сер. «Филология, педагогика, психология». 2012. № 5. С. 61–66.
14. Чугунов Д. Н. Психологические механизмы формирования концепции болезни и качества жизни при соматоформных депрессиях: автореф. дисс. ... канд. психол. наук. СПб., 2006. 24 с.
15. Холмогорова А. Б. Интегративная психотерапия расстройств аффективного спектра. М.: Медпрактика-М, 2011. 479 с.
16. Beck J. E. et al. Attentional bias to pain and social threat in pediatric patients with functional abdominal pain and pain-free youth before and after performance evaluation // Pain. 2011. No. 152. P. 1061–1067.
17. Bailey H. N., Paret L., Battista C., Xue Y. Attachment Anxiety and Attentional Control Predict Immediate and Delayed Emotional Stroop Interference // Emotion. 2012. V. 12. № 2. P. 376–383
18. Beutel M. E. et al. Inpatient psychosomatic treatment of anxiety disorders: comorbidities, predictors, and outcomes // International Journal of Clinical and Health Psychology. 2011. V. 11. No. 3. P. 443–457.
19. Campo J. V., Di Lorenzo C., Chiappetta L., Bridge J. D. et al. Adult Outcomes of Pediatric Recurrent Abdominal Pain: Do They Just Grow Out of It? // Pediatrics. 2013. V. 108. No. 1. P. E1.
20. Compas B. E. et al. Latent variable analysis of coping, anxiety/depression, and somatic symptoms in adolescents with chronic pain // Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2006. V. 74. No. 6. P. 1132–1142.
21. Homack S., Riccio C. A meta-analysis of the sensitivity and specificity of the Stroop Color and Word Test with children // Archives of Clinical Neuropsychology. 2004. No. 19. P. 725–743.
22. Lim S., Kim J. Cognitive Processing of Emotional Information in Depression, Panic, and Somatoform Disorder // Journal Of Abnormal Psychology. 2005. No. 114. P. 50–61.
23. Reinholdt-Dunne M. L., Mogg K., Bradley B. P. Effects of anxiety and attention control on processing pictorial and linguistic emotional information // Behavioral Research and Therapy. 2009. No. 47. P. 410–417.
24. Roelofs K., Spinhoven P. Trauma and medically unexplained symptoms. Towards an integration of cognitive and neurobiological accounts // Clinical Psychology Review. 2007. No. 27. P. 798–820.
25. Walsh J. Psychoeducation in mental health. Chicago, 2010. 243 p.
26. Walker L. S., Garber J., Van Slyke D. A., Smith C. A., Claar R. L. The relation of daily stressors to somatic and emotional symptoms in children with and without recurrent abdominal pain // Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2001. V. 69. No. 1. P. 85–91.
27. White K. S., McDonnell C. J., Gervino E. V. Alexithymia and anxiety sensitivity in patients with non-cardiac chest pain // Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry. 2011. No. 42. P. 432–439.
28. Wingenfeld K., Riedesel K. Impact of childhood trauma, alexithymia, dissociation, and emotion suppression on emotional Stroop task // Journal of Psychosomatic Research. 2011. No. 70. P. 53–58.

INCLUSIVE EDUCATION AND DEVELOPMENTAL DISORDERS

Milovančević M. P.,

Head of Clinic for Children and Adolescents, Institute of Mental Health,
Associate Professor, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, University of Belgrade,
Belgrade, Serbia

Abstract

Education is the gateway to full participation in society. Inclusive education provides meaningful learning opportunities to all students within the regular education system. It is particularly important for vulnerable children, such as children with developmental disorders, disabilities or socio-economically disadvantaged children, who are often socially excluded. Inclusive education provides tremendous opportunities for children with and without disabilities to learn from one another.

Key words

Inclusion, education, development, disorders.

Introduction. Advances in brain research show that children are born learning, and that their first years of life impact the success they experience later in school and life [1]. Science shows that the brain is as influenced by its environment and experiences as it is by its genetics [2]. Majority of the brain's neural connections are established in the early childhood period, which lay the foundation for subsequent learning [3].

Early childhood development (ECD) is an early window of opportunity which can provide the nourishment, stimulation, and security children need for their brains to develop fully—and to help fulfill their own potential. In school-age years child development continues resulting in significant physical, biological, emotional and intellectual changes. This period becomes one of the key factors shaping children's development and future prospects. This also is an important period of transition from childhood to adolescence.

Inclusive education. The basic principles of inclusion are best defined in The Salamanca Statement and Framework for Action on Special Needs Education [4]:

- every child has a fundamental right to education, and must be given the opportunity to achieve and maintain an acceptable level of learning;
- every child has unique characteristics, interests, abilities and learning needs;
- education systems should be designed and educational programmes implemented to take into account the wide diversity of these characteristics and needs;
- Those with special educational needs must have access to regular schools which should accommodate them within a child centered pedagogy capable of meeting these needs working with kids.

Early Childhood Education and Care (ECEC) has significant effect on child's development and can lay the foundations for later success in life in terms of education, well-being, employability, and social inclusion, especially for children from disadvantaged backgrounds [5]. Good quality childhood education improves learning outcomes for children. Researchers have concluded that young children enrolled in pre-school programs usually graduate from high school, attend college, have fewer behav-

ioral problems, and do not become involved with crime in their adolescent and young adult years [6]. Especially for children with developmental disorders, ECEC is of crucial importance. There is a broad understanding at the global level that ECEC should be available for all children [7].

Children with developmental challenges make greater gains when placed in a high quality inclusive classroom. Due to these findings, developed countries require placing children in the least restrictive and natural, inclusive environment according to the best interest of the child. Every effort is made to include children in natural settings with typical peers even if it is only for a portion of the day.

Children with developmental disorders. Surviving and development can be especially difficult for children with disabilities and developmental delays. These children are one of the most marginalized and excluded groups of children, experiencing widespread violations of their rights [8]. Having a child with a disability and developmental delay may place significant stress on families as well.

The number of children who have different development challenges that might grow into permanent challenges or disability should not be ignored. Early detection of development challenges opens the scope for early interventions which can significantly remove or alleviate the effects of development challenges. For children with developmental difficulties, delays and disabilities school period is critical for effective development.

Research [9] shows that investing in early school interventions timed to take advantage of crucial phases of brain development can improve the lives of the most disadvantaged and vulnerable children and their societies and compensate delays in child's development in early years. Disadvantage and lack of opportunity in this foundational period of life are emphasized over the lifecycle, and persist throughout adulthood, with serious human, social and economic consequences for both individuals and their societies. If timely detection and support through interventions is not provided, a child is likely to remain behind, and remediation becomes progressively costlier the later it is attempted [10].

To ensure the well-being of every child with developmental disorder and equal access to high-quality early learning opportunities, it is essential to enhance the equity and availability of educational programs responsive to the needs of children and parents in the community and work towards increasing physical capacities. Vulnerable children stand to benefit most from education and should be given priority in enrolment. Given that only high-quality education programs will yield the desired effects, it is necessary to develop new foundations of education curricula and support professionals within the system, modernize initial teacher training and improve monitoring and evaluation.

Situation and challenges with inclusive education in Serbia. The process of changing the paradigm related to understanding the phenomena and the approach of the society in responding to the need for support to children with development delay and invalidity, including children with learning difficulties and those from socially deprived groups in Serbia is behind other developed countries.

The approach that was dominant in the world in the middle of the past century and also in Serbia perceives invalidity, difficulties and developmental disabilities as a problem of the individual which is caused by disease, trauma or was developed from other mainly health reasons. In the light of this model the efforts of the society and professional services were streamed towards “corrections of deficiency”—the aim was to assist the person by changing her or him to better fit the society. If that was unaccomplished often the person excluded him or herself from the environment and family and was placed in an institution, usually permanently. Certain children stayed in the families but were not included in the community nor education.

In literature this approach is called the medical model and it was equally present in social protection, as well as in health and education. Today many societies are in the transition between traditional so called medical and modern social model that perceived these questions from different perspective.

Social model is developing since 1990's. It is an approach that perceives invalidity and developmental difficulties as consequences of physical, communicational and social boundaries, that disable the participation of individuals with invalidity in the life of community equally with others. Invalidity is not associated with medical diagnosis or state of the person but appears as a result of interaction between human functioning and barriers in the surrounding which make participation more difficult. The focus of intervention within this model is streamed towards eliminating the boundaries that exist or are created by the society. This concept is underlain by WHO through the International Classification of Functioning (ICF).

Despite numerous tendencies, true acceptance of the social model in Serbia happens relatively slowly with resistance and numerous misunderstandings. Serbia is a country with the population of 7.186.862, with 17.6% being children, and the number of children with developmental disabilities and difficulties is unknown. According

to the 2011 Census, children with developmental disabilities and difficulties make up only around 0.7% of the total population of children, and the generally accepted estimate is that children with developmental disabilities and difficulties make up 5% of the population of children. However, the data from the MICS survey carried out in 2005 identified 11.3% of children living with some form of developmental difficulties.

Serbia has good institutional and programmatic infrastructure for children with disabilities [11]. Attitudes towards children with disabilities in Serbia are generally negative which results in a reduction of possibilities and opportunities, and therefore the chances for successful inclusion into society [12].

Inclusive education exists but pre-schools and schools are still lagging behind. Despite clear positive effects of the early childhood education programs, Serbia has one of the lowest rates of child participation in preschool education in comparison to the EU member states—only about 50% of all children age 3 to 5. Early childhood development is also supported by participation in early education programmes that are, in Serbia, mainly provided through the network of public preschool and school institutions. The lowest coverage is observed for children at nursery age, which remains at only 16 per cent despite an increase in past years. This rate is even significantly lower within some of the vulnerable groups, like Roma or children with disabilities. The Government of Serbia works to increase access to high quality, inclusive preschool/school education by strengthening legal and institutional frameworks and developing diversified funding systems and programs aimed to facilitate inclusion of Serbia's most vulnerable children [13].

Children with disabilities may be served through inclusive nursery or preschool/school settings where they learn and play alongside peers without disabilities. Personal assistants are used to provide children with disabilities additional support. Developmental groups are non-inclusive early educational settings where children with disabilities receive services from professionals including defectologists, speech therapists, and psychologists. Some special schools are starting to offer 0–3 home-based services; children may also receive educational services within hospital settings. Daycare services, which tend not to follow an educational curriculum, are provided within special schools.

To date, the majority of municipalities and cities within Serbia have created an inter-sectoral commission (ISC). The purpose of the ISC is to assess the need for additional educational, health, and social support service provision for children with disabilities. As part of their work, commission members meet with the parents and children where they conduct observations and interviews; administer standardized tests; and review medical and educational records to determine eligibility for support services.

Serbia should use potentials which early childhood education and care can provide for further economic development and growth. This requires focusing on several important tasks: ensure accessibility and quality, develop curriculum framework based on modern pedagogy, sup-

port professionals in the system, establish an adequate funding and management method and develop effective and sound monitoring and evaluation. The gains are significant because quality programs pay for themselves many times over. The cost of inaction is a tragic loss of human and economic potential that we cannot afford [7].

Preschool coverage of children with developmental disorders in Serbia aged 3–5 is characterized by high disparities, including significant regional and urban/rural differences in the distribution and availability of preschool services. Only an estimated 1 per cent of children attending preschool are children with disabilities [14]. In addition, most children from vulnerable groups, especially Roma, children in formal care, and those in the poorest households, are excluded from early education programmes [15].

For children with disabilities living in large-scale, specialized residential institutions, only 30 per cent were included in education, predominantly in “special” schools [16]. Cross-sectoral cooperation and harmonization of reform efforts in both the education and social protection spheres are of major importance in this area, given that the processes of de-institutionalization and implementation of inclusive education should be parallel and interconnected. Many children with disabilities are placed in the large-scale residential institutions noted above, usually in remote or rural areas where local mainstream schools do not have the capacity to enroll them all and provide adequate support. Such processes could further lead to the creation of schools segregated by students’ physical, sensory or intellectual abilities.

Secondary education is not compulsory in Serbia, but it has been set as one of the strategic objectives of the education system. A trend of lower attainment in secondary schools exists, especially among poor and disabled adolescents. In 2012, the coverage of children aged 15–18 years in secondary education was 85 per cent [17].

Conclusion. Without additional support in the areas of health care, rehabilitation, social protection, education and pedagogy, and growing up in the family environment, the development and health of children with disabilities can be seriously threatened. There are many recommendations how to promote inclusive education: the classroom and materials must be accessible to all children with specific adaptations made as needed and designed to serve all children, peer interactions should be encouraged, creating teaching assistant positions and a pathway for them to become specialists through additional education and documentation of competencies, consider offering mobile and tele-intervention services for rural children and their families. Children need opportunities to develop the skills to manage their own behavior and direct their learning. These skills need to be explicitly taught and reinforced; they are needed to improve the environment; teacher-child interactions; teacher attitudes toward inclusion; material access; and pedagogy.

Over 20 years of research has consistently demonstrated that the inclusion of students with disabilities in general education classrooms results in favorable outcomes and there are many evidences for this claim. Positive outcomes have been shown for both students with high incidence disabilities (learning disabilities and other “mild” disabilities) and those with low incidence disabilities (intellectual, multiple, and “severe” disabilities). This body of research includes quantitative studies where the standard is replication as well as qualitative studies that aim for complete, detailed descriptions in order to answer ‘how’ questions. “Inclusion is a philosophy that urges schools, neighborhoods, and communities to welcome and value everyone, regardless of differences. Central to the philosophy of inclusion are the beliefs that everyone belongs, diversity is valued, and we can all learn from each other” [18].

Bibliography

1. Institute of Medicine. 2000. *From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development*. Washington, DC: The National Academies Press, 2000.
2. UNICEF. *Building Better Brains: New Frontiers in Early Childhood Development*, 2014.
3. ECD in Post-2015 Development Agenda and Why Early Childhood Development. URL: https://www.unicef.org/earlychildhood/index_68189.html (accessed 12.02.2018).
4. The Salamanca statement and framework for action on special needs education adopted by the World conference on special needs education: access and quality Salamanca, Spain, 7–10 June 1994
5. Moore T. G. Rethinking early childhood intervention services: Implications for policy and practice. Pauline McGregor Memorial Address presented at the 10th Biennial National Conference of Early Childhood Intervention Australia, and the 1st Asia-Pacific Early Childhood Intervention Conference, Perth, Western Australia, 9th August, 2012.
6. Aggio C. et al. Analytical Review of Governance, Provision and Quality of Early Childhood Education Services at the Local Level in Countries of Central and Eastern Europe and the Commonwealth of Independent States (CEE/CIS). Country Report for Serbia (unpublished). Yale University, 2017.
7. Garcia J.L., Leaf D.E., Heckman J.J., Prados M.J. Research Summary: The Lifecycle Benefits of an Influential Early Childhood Program; Discussion paper series, 2017.
8. UNICEF. *Children and Young People with Disabilities Fact Sheet*, 2013.
9. Jolly R. Early childhood development: the global challenge // *The Lancet*. 2007. V. 369. No. 9555. P. 8–9.
10. Heckman J.J. Presentation at the Committee on Economic Development / The Pew Charitable Trusts / PNC Financial Services Group Forum on “Building the Economic Case for Investments in Preschool”, New York, January 10, 2006. URL: <http://www.thrivein5boston.org/pdf/Final%20SWG%20Report.pdf> (accessed 12.02.2018).
11. Hix-Small H., Ilić S. *Situation Analysis of Services for Infants and Young Children with Disabilities in Republic of Serbia*, 2017.

12. Statistical Office of the Republic of Serbia and UNICEF. Serbia Multiple Indicator Cluster Survey and Serbia Roma Settlements Multiple Indicator Cluster Survey. Final Reports. Belgrade, Serbia: Statistical Office of the Republic of Serbia and UNICEF, 2014.
13. Situation Analysis of Services for Infants and Young Children with Disabilities in Republic of Serbia. Development of Early Childhood Intervention Services: Opportunities and Challenges. OSI and UNICEF, 2017.
14. Investing in Early Childhood Education in Serbia, UNICEF, September 2012.
15. Serbia MICS and Serbia Roma Settlements MICS, preliminary data, Statistical Office of the Republic of Serbia and UNICEF, 2014.
16. Synthesis report on the work of residential institutions for children and youth for 2012, Institute for Social Protection. URL: <http://www.zavodsz.gov.rs/PDF/izvestajoradu2013/Izvestaj%20za%20decu%20i%20mlade%202012%20FIN.pdf> (accessed 12.02.2018).
17. Statistical Office of the Republic of Serbia, DevInfo, 2012.
18. *Renzaglia A., Karvonen M., Drasgow E. Stoxen C. C.* Promoting a lifetime of inclusion. Focus on Autism and Other Developmental Disabilities. 2003. V. 18. No. 3. P. 140–149.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЦЕННОСТНОГО ОТНОШЕНИЯ К ЗДОРОВЬЮ ПОДРОСТКОВ И ЮНОШЕЙ

Николаева Н. А., к. п. н., доцент,
ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный педагогический университет»,
Оренбург, Российская Федерация

Аннотация

Рассмотрена проблема ценностного отношения к здоровью в подростковом и раннем юношеском возрасте. Обосновано предположение о том, что именно в этот период у школьников происходят определенные изменения в понимании ценностного значения здоровья. Качественный анализ позволяет утверждать, что именно на этапе взросления, при переходе от подросткового к раннему юношескому возрасту, уровень адекватности и интенсивности ценностного отношения к здоровью возрастает.

Ключевые слова

Ценность здоровья, факторы риска, психологическое здоровье, ценностное отношение к здоровью.

COMPARATIVE ANALYSIS OF VALUE-BASED ATTITUDE TOWARDS HEALTH IN TEENAGERS AND YOUNG ADULTS

Nikolaeva N. A., PhD (Psychology), Associate Professor,
Orenburg State Pedagogical University,
Orenburg, Russian Federation

Abstract

This article deals with the issue of value-based attitude towards health in teenagers and young adults. It is believed that in this period students begin to understand the concept of value-based meaning of health. Quality analysis confirms that when growing up the level of adequacy increases and the value-based attitude becomes more common.

Key words

Health value, risk factors, psychological health, value-based attitude.

В настоящее время проблема отношения к своему здоровью подрастающего поколения приобретает особую значимость и является одним из наиболее актуальных направлений исследований в педагогике, психологии, медицине, социологии. Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) выделяет школу как наиболее перспективный участок воздействия на формирование поведенческих установок детей и под-

ростков в области здорового образа жизни. В документах, посвященных проблемам здоровья, отмечается, что «школьные программы открывают достаточно широкие возможности для просвещения по вопросам профилактики; никакая другая институциональная система не может конкурировать со школой в плане численности молодежи, охваченной такой просветительской работой». Эта работа является «ключевым

компонентом национальных программ, направленных на улучшение здоровья и развития детей и подростков» [7].

В современных условиях развития общества ухудшение состояния здоровья детей школьного возраста все чаще связывают с социальными и поведенческими факторами. Специалисты отмечают, что это является особенно актуальным для детей подросткового возраста, так как, выходя из-под опеки взрослых, они, как правило, оказываются неподготовленными к сложностям взрослой жизни. Подобная неподготовленность проявляется в неумении избежать вредных привычек, вовремя сказать «нет», даже просто проследить за своим здоровьем. В свою очередь, вредные привычки, закрепляясь под негативным влиянием социальной среды, неизбежно приобретают форму чрезвычайно опасных заболеваний. Среди последних — различные виды зависимости. Не меньшую угрозу для здоровья представляют и другие факторы, присутствующие современному обществу: гиподинамия, избыточный вес, повышенная стрессогенность, информационные перегрузки и пр.

Результаты исследований свидетельствуют, что подростки и юноши часто относятся к своему здоровью как к чему-то достаточно важному, но абстрактному, не имеющему к ним непосредственного отношения. Авторы отмечают факт недооценки значимости здоровья на этапе подросткового возраста, и в качестве предполагаемой причины называют восприятие своего здоровья подростками как естественной данности [6].

По утверждению специалистов, ухудшение состояния здоровья детей прослеживается от начала обучения в школе к его концу. «Около половины младших школьников и более 80% учащихся старших классов имеют хронические заболевания, т. е. процесс обучения в школе также может быть отнесен к одному из факторов риска для здоровья учащихся», отмечает Н. В. Сократов [9]. Исследователи сходятся во мнении, что здоровье человека зависит также от его образа жизни, т. е. от поведения. Поэтому проблема сохранения и укрепления здоровья — это, прежде всего, проблема изменения поведения человека, т. е. проблема психологическая. Однако здоровье невозможно объяснить только с точки зрения психологических факторов, как показывает практика, сохранение и поддержание здоровья зависит, в конечном счете, от психологии человека, его специфической активности в решении данной проблемы.

В современной науке понятие «здоровье» не имеет общепринятого унифицированного толкования, характеризуется многозначностью и неоднородностью состава. Следует отметить, что оно относится к разряду культурно-исторических понятий, так как в разное время, в разных культурах граница между здоровьем и нездоровьем определялась по-разному [12].

В настоящее время в науке насчитывается около 300 различных определений здоровья, причем и в отечественной, и в зарубежной литературе понятия «здоровье» и «норма» часто объединяют. В Толковом словаре С. И. Ожегова под здоровьем понимает-

ся «правильная, нормальная деятельность организма, его полное физическое и психическое благополучие» [5].

Термин «психическое здоровье» был введен Всемирной Организацией Здравоохранения. В докладе Комитета экспертов ВОЗ «Психическое здоровье и психосоциальное развитие детей» (1979) подчеркнута особая роль психического развития в здоровье ребенка. Именно данный аспект здоровья находится в центре внимания психологов и педагогов. Психическое здоровье детей рассматривается специалистами ВОЗ как состояние душевного благополучия, характеризующееся отсутствием болезненных психических явлений и обеспечивающее адекватную условиям окружающей действительности регуляцию поведения и деятельности. Основу психического здоровья составляет полноценное психическое развитие человека на всех этапах онтогенеза. Именно развитие высших психических функций обеспечивает психическое здоровье [3].

И. В. Дубровина ввела в научный оборот новый термин «психологическое здоровье». Она утверждает, что термин «психическое здоровье» имеет отношение к отдельным психическим процессам и механизмам, а термин «психологическое здоровье» относится к личности в целом, находится в тесной связи с высшими проявлениями человеческого духа и позволяет выделять собственно психологический аспект проблемы психического здоровья в отличие от медицинского, социологического, философского и других аспектов [8].

В нашей работе мы предприняли попытку изучения психологических особенностей ценностного отношения к здоровью на этапе перехода от подросткового к раннему юношескому возрасту. В экспериментальном исследовании принимали участие школьники 7-го, 9-го и 11-го классов. Были использованы следующие методики: «Уровень соотношения „ценности“ и „доступности“ в различных жизненных сферах» Е. Б. Фанталовой [10] для выявления значимости здоровья в иерархии жизненных ценностей молодых людей, опросник «Отношение к здоровью» Р. А. Березовской [1], тест «Индекс отношения к здоровью», С. Д. Дерябо для определения степени адекватности-неадекватности отношения человека к своему здоровью.

Как показывают полученные данные, уровень ценности и доступности здоровья имеет тенденцию к снижению от 7-го к 11-му классу (см. таблицу). Результаты позволяют предположить, что именно в этот период у учащихся происходят определенные изменения в понимании ценностного значения здоровья.

Соотношение показателей «ценности» и «доступности» здоровья по методике «Уровень соотношения „ценности“ и „доступности“ здоровья в различных жизненных сферах» Е. Б. Фанталовой

Показатели	7 кл.	9 кл.	11 кл.
Ценность здоровья	69%	47%	55%
Доступность здоровья	50%	65%	40%

Эти изменения могут быть связаны с переходом от пассивной к активной форме освоения социаль-

ного опыта, что у некоторых учащихся выражается в стремлении к самостоятельности и независимости от внешних воздействий. На это указывает И. В. Дубровина в своем исследовании ценностных ориентаций школьников при переходе от подросткового к раннему юношескому возрасту на примере социальных норм [11]. Кроме того, она отмечает, что изменения также могут обуславливаться возрастными психологическими закономерностями формирования самих ценностных ориентаций, их механизмов.

Иными словами, если в 7-м классе школьники еще прислушиваются к взрослым, то в 9-м классе подростки переживают пик полового созревания, самой главной ценностью для них является общение со сверстниками, все наставления взрослых о значимости здоровья воспринимаются негативно (в лучшем случае нейтрально). Кроме того, они полагают, что здоровье всегда будет доступно для них. К 11-му классу ценность здоровья несколько повышается, а вот доступность снижается. Возможно, к этому моменту происходит осознание того, что здоровье является ценностью, которая не вполне доступна в современном мире.

Результаты применения методики «Отношение к здоровью» Р. А. Березовской свидетельствуют о том, что все исследованные компоненты отношения к здоровью (когнитивный, эмоциональный, поведенческий, ценностно-мотивационный) у большинства испытуемых имеют в основном адекватные показатели.

Однако следует отметить, что неадекватный уровень отношения к здоровью наиболее явно проявился у респондентов 7-го класса, в несколько меньшей степени — у опрошенных 9-го класса. Возможно, это связано с возрастными особенностями данных групп испытуемых, так как в силу возраста они не обладают достаточным социальным опытом, который позволяет воспринимать здоровье как ценность и относиться к нему соответственно.

Но возможны и иные причины, поскольку в 10% случаев этот уровень проявился и у учащихся 11-го класса. Рассмотрим некоторые характеристики данной группы респондентов. Итак, 66% учеников из всей выборки с неадекватным уровнем отношения к здоровью воспитываются в неполных семьях, 83% учатся на «удовлетворительно», 58% испытуемых данной группы не посещают ни спортивных секций, ни иных внеучебных занятий. Заметим, что все эти дети относятся ко II группе здоровья. Возможно, отсутствие в настоящее время серьезных (хронических) заболеваний позволяет не задумываться о ценности здоровья.

Основываясь на показателях среднего значения, можно отметить, что в целом от 7-го к 11-му классу наблюдается возрастание показателей адекватного отношения к здоровью по когнитивной и поведенческой шкалам. Используя *H*-критерий Крускала—Уоллиса, мы подтвердили статистическую значимость различий ($p \leq 0,01$). Таким образом, по нашим данным, одним из факторов адекватности отношения к здоровью является возраст человека, т. е. чем меньше возраст, тем менее адекватно отношение к здоровью.

В целом результаты исследования указывают, что адекватность отношения к здоровью может зависеть как от возрастных особенностей, так и от иных социально-демографических характеристик, таких как состав семьи; успеваемость в школе; посещение секций, кружков; отсутствие или наличие заболеваний и т. д.

Результаты данных общей шкалы теста «Индекс отношения к здоровью» С. Д. Дерябо [2] позволили выявить уровень интенсивности отношения испытуемых к здоровью. Высокий показатель наблюдается в 11-м классе (35%), затем в 7-м (15%) и менее всего представлен в 9-м (12%). Эти показатели говорят о высокосформированном отношении к здоровью и здоровому образу жизни у этих учащихся. Наиболее низкий показатель интенсивности отмечен в 7-м классе (27%), у одиннадцатиклассников (20%) и у учащихся 9-го класса (12%), что, скорее всего, говорит о несформированности отношения к здоровью у этих испытуемых, практически они находятся в «зоне риска», велика вероятность того, что в дальнейшем они не склонны вести здоровый образ жизни, что, в свою очередь, может привести к заболеваниям.

Таким образом, качественный анализ полученных данных с использованием методов математической обработки позволяет утверждать, что на этапе взросления, при переходе от подросткового к раннему юношескому возрасту, уровень адекватности и интенсивности ценностного отношения к здоровью возрастает. Также полученные результаты позволили выявить интересную особенность, указывающую на снижение показателей у испытуемых 9-го класса, в отличие от семи- и одиннадцатиклассников. В первую очередь это может быть связано с особенностями взросления, поскольку именно в 9-м классе наступает пик полового созревания, меняются мировоззрение школьника, его ценностные ориентации, которые отнюдь не связаны с заботой о здоровье. Кроме того, это может быть связано с накоплением такого жизненного опыта, который в отдельных случаях может опираться на отрицательные стороны действительности. Подобную особенность отмечает в своем исследовании И. В. Дубровина [11].

Наличие ценностного отношения к здоровью свидетельствует об определенном этапе формирования личности школьника, об определенном этапе в становлении мировоззрения. Вместе с тем этот процесс отмечен лишь у части учащихся старших классов.

Если принять во внимание, что юношеский возраст определяется как период закрепления основных психологических структур личности, то обнаруженные в нашем исследовании возрастные особенности ценностного отношения к здоровью открывают перед психологами возможность целенаправленного развития подобного отношения и убеждают в необходимости этого. Причем начинать эту работу стоит еще в период обучения детей в начальной школе, но особое внимание необходимо уделять учащимся подросткового возраста, исходя из психологических особенностей взросления на данном возрастном этапе.

Полученные данные позволяют выделить ряд направлений дальнейшей ее разработки:

- 1) создание эффективных программ по развитию ценностного отношения к здоровью, ориентированных на различные социальные группы;
- 2) разработка концепции развития культуры здоровья личности учителя, родителей, учащихся и др.

Библиографический список

1. Березовская Р. А. Исследование отношения к здоровью: современное состояние проблемы в отечественной психологии // Вестник СПбГУ. 2011. № 1. С. 221–226.
2. Дерябо С. Д. Как вы к себе относитесь? // Здоровье детей. 2010. № 1. С. 58–69.
3. Дубровина И. В. Психическое и психологическое здоровье в контексте психологической культуры личности // Вестник практической психологии образования. 2009. № 3. С. 17–21.
4. Овчарова Р. В. Практическая психология образования: учеб. пособие. М.: Академия, 2005. 456 с.
5. Ожегов С. И., Шведова Н. Ю. Толковый словарь русского языка. М.: Азбуковник, 1999. 944 с.
6. Прокопенко А. А. Некоторые особенности отношения к здоровью в подростковом возрасте // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И.Герцена. 2009. № 12. С. 289–292. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/nekotorye-osobennosti-otnosheniya-k-zdorovyu-v-podrostkovom-vozraste> (дата обращения: 02.07.2017).
7. Родионов В. А. Психология здоровья школьников: технология работы. Курс лекций // Школьный психолог. 2007. № 17. С. 56–61.
8. Руководство практического психолога: психическое здоровье детей и подростков в контексте психологической службы / под ред. И. В. Дубровиной. М.: Академия, 2005. 123 с.
9. Современные технологии сохранения и укрепления здоровья детей: учеб. пособие / под. общ. ред. Н. В. Сократова. М.: ТЦ «Сфера», 2005. 224 с.
10. Фанталова Е. Б. Диагностика и психотерапия внутреннего конфликта. Самара: Издат. дом «БАХРАХ-М», 2001. 87 с.
11. Формирование личности в переходный период: от подросткового к юношескому возрасту / под ред. И. В. Дубровиной. М.: Педагогика, 1987. 184 с.
12. Шувалов А. В. Психологическое здоровье человека: антропологический подход // Вестник практической психологии образования. 2008. № 4. С. 18–24.

ОСОБЕННОСТИ ДЕТСКОЙ РЕЧИ В СВЯЗИ С РАЗЛИЧНЫМИ ТРУДНОСТЯМИ ОБУЧЕНИЯ

Ощепкова Е. С., к. фил. н.,
НИЛ «Клиническая лингвистика»,
ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет»,
Казань, Российская Федерация

Аннотация

В исследовании сделана попытка определить, каким образом связаны нейропсихологическое развитие ребенка и уровень синтаксической сложности его речи. Показано, что хорошее состояние функции программирования и контроля произвольной деятельности в речи проявляется в усложненном синтаксисе и более правильном грамматическом оформлении. Развитие левополушарной стратегии приводит к усложнению синтаксиса в виде инвертированного порядка слов; правополушарная стратегия влияет на прагматику высказывания.

Ключевые слова

Детская нейропсихология, трудности обучения, нейролингвистика, составление рассказа по картинке.

CHILD SPEECH IN CORRELATION WITH LEARNING DIFFICULTIES

Oshchepkova E. S., PhD (Philology),
Research Laboratory “Clinical Linguistics”, Kazan Federal University,
Kazan, Russian Federation

Abstract

Learning disabilities in childhood are often caused by certain delays in language and higher mental functions development. The objective of the present study was to discover relationships between certain characteristics of

speech production, neuropsychological and neurolinguistic development. The results show that neuropsychological development correlates with the neurolinguistical level. We also show that speech patterns correlate with neuropsychological indices.

Key words

Lurian neuropsychology, child neuropsychology, neurolinguistics, neuropsychological development, creating a story based on the series of pictures, speech.

Одной из наиболее актуальных проблем детской нейропсихологии является проблема трудностей обучения детей, их успешности в учебной деятельности. Этот вопрос исследовался и продолжает исследоваться самыми разными специалистами: педагогами, дефектологами и логопедами. Однако именно нейропсихология дает наиболее комплексный подход к этой проблеме, поскольку позволяет не только выявить сами нарушения, но и понять механизмы, которые за ними стоят, а также разработать комплексное решение данной проблемы. Детские нейропсихологи подробно разработали вопрос о том, какие именно нарушения чаще всего наблюдаются и с чем это может быть связано [1, 5, 9, 11].

Трудности обучения ребенка очень часто связаны с недоразвитием речи, поскольку речь опосредует становление других высших психических функций (ВПФ), а также является ключевым условием успешности ребенка в школе через развитие чтения и письма.

Детская речь и различные аспекты этого предметного поля разрабатывались в психологии и в онтолингвистике в различных аспектах. В частности, значительное место было уделено синтаксису [3]. Существуют различные подходы к вопросу о том, до какого возраста можно говорить о развитии синтаксиса, в частности, эта тема хорошо разработана для детей до пяти лет [6, 10].

В отечественной онтолингвистике и психоллингвистике существует точка зрения, согласно которой основные законы языка усвоены к началу школьного возраста, а затем идет закрепление и совершенствование этих законов, их переход из подсознательного владения в «светлое поле сознания» [12–14, 16].

В связи с важностью развития речи для успешного обучения ребенка в школе и для его развития в целом была разработана целая батарея методов диагностики развития различных аспектов речи.

Т. В. Ахутина и ее коллеги наиболее подробно разработали, апробировали и внедрили схему методов нейропсихологического исследования детей, позволяющую выявить сложности в первом, втором и третьем блоках по А. Р. Лурии [4].

Методика предполагает и исследование речевой сферы ребенка: навыки чтения, понимание на слух, объем словарного запаса, а также умение построить монологическое высказывание по серии картинок. Для этого используется, в частности, построение ассоциативных рядов и составление рассказа по серии картинок Х. Бидструпа «Мусор» [4, 7].

Оценка переработки слуховой информации проводится по следующим показателям.

1. Лексическое оформление рассказа. Штрафные баллы начисляются при бедности словаря, вербальных парафазиях, множественных лексических ошибках.

2. Количество параграмматизмов.

Исследования, проведенные на основе этих параметров, показали их применимость к решению диагностических задач, связанных, в первую очередь, с трудностями обучения ребенка и возможностями коррекции этих трудностей.

Кроме указанных параметров, хорошо зарекомендовавших себя, мы предложили ряд синтаксических параметров речи ребенка. В частности, мы выделили те особенности синтаксиса, которые только развиваются у детей в начальной школе, т. е. у части детей они будут уже сформированы, а у части — только находиться в процессе формирования.

Все эти особенности, на наш взгляд, являются частными случаями общего развития ВПФ ребенка, в частности, его речи, описанного в трудах Ахутиной и ее коллег.

Согласно нашей гипотезе, у детей с разным уровнем развитием третьего блока, а также лево- и правополушарной стратегией будут наблюдаться разные показатели синтаксической сложности речи.

Методы и участники исследования. Параметры, использованные нами для нейролингвистического анализа детской речи, следующие.

1. Распространенные и нераспространенные предложения.

2. «Пропущенные валентности» [17].

3. Эллипсис (специально опущенный элемент, легко восстанавливаемый из контекста). Данный признак свидетельствует о связности текста [8] и может использоваться уже при хорошем развитии речевых навыков.

4. Предложения с однородными членами (которые свидетельствуют о «схлопывании» поверхностной структуры, по Хомскому [15]).

5. Атрибуты — слова, характеризующие существительные и глаголы, а также, в ряде случаев, прилагательные. К атрибутам относятся прилагательные, наречия, притяжательные и определительные местоимения.

6. Показатель прономинализации, выделенный Т. В. Ахутиной [2].

7. Количество логических коннекторов. В этот показатель мы включали вводные слова, наречия, союзы и другие части речи, выражающие разного рода логические отношения в тексте.

8. Порядок слов в двух формах: в форме обратного порядка предикативной единицы (т. е. когда сказуемое стоит перед подлежащим) и обратного порядка других

членов предложения (определяющее после определяемого, дополнение перед сказуемым и т. д.).

9. Пассивный залог. В наших текстах пассивного залога как такового обнаружено не было, поэтому мы анализировали частоту использования возвратных глаголов, которые также выражают пассив в языке.

10. Составное сказуемое. Мы выделяли отдельно именное и глагольное составное сказуемое.

11. Параметр «ситуативность». Он означает, что ребенок не мог построить рассказ, полностью оторвавшись от картинок, а делал замечания, касающиеся именно стимульного материала: «а вот здесь», «а тут» и т. п.

12. Параметр «причинность». Он был нужен нам как показатель развития синтаксических возможностей показать причинно-следственные отношения в тексте.

13. Распределение в тексте глаголов совершенного и несовершенного вида.

В нашем исследовании мы использовали материал нейропсихологического обследования детей, представленный лабораторией нейропсихологии факультета психологии. Были также получены аудиозаписи проб на составление рассказа по картинке от 75 детей 2-го класса одного из лицеев г. Москвы. Средний возраст детей составил 8,8 лет, стандартное отклонение 0,29.

Записи были расшифрованы и зафиксированы в письменном виде, после чего подвергнуты анализу по указанным выше параметрам.

Все параметры анализа текстов мы сопоставили с данными нейропсихологического обследования этих же детей по определенным индексам. В частности,

- с показателем индекса функций программирования и контроля произвольной деятельности (нормализованными оценками по этому индексу для корреляционного анализа и выделенными по этому признаку группами для t -статистики);

- с показателем индекса состояния левополушарной стратегии (нормализованными оценками по этому индексу для корреляционного анализа и выделенными по этому признаку группами для t -статистики);

- с показателем индекса состояния правополушарной стратегии (нормализованными оценками по этому индексу для корреляционного анализа и выделенными по этому признаку группами для t -статистики).

Данные индексы были выбраны в связи с тем, что именно они отвечают за производство и регуляцию произвольной монологической речи.

Для того чтобы показать, как отличаются дети с хорошим и слабым развитием соответствующих показателей, мы разделили детей на три группы по каждому индексу:

- 1) детей со слабостью соответствующего индекса (т. е. со слабостью функций программирования и контроля; слабостью левополушарной стратегии и слабостью правополушарной стратегии);

- 2) детей со средними показателями соответствующего индекса;

- 3) детей с хорошими показателями соответствующего индекса.

Для дальнейшего анализа мы выбрали только группы с крайними (хорошими и слабыми) показателями.

Результаты. Дисперсионный анализ показал результаты, схожие с результатами t -статистики, поэтому эти данные мы исключили из дальнейшего рассмотрения. Корреляционный анализ как по Спирмену, так и по Пирсону показал идентичные результаты:

- индекс функций программирования и контроля произвольной деятельности значимо отрицательно коррелирует с частотой составных глагольных сказуемых и с меньшей степенью значимости — с частотой использования возвратных глаголов;

- индекс состояния левополушарной стратегии отрицательно коррелирует с инвертированным порядком слов, причем как с инверсией подлежащего, так и с обратным порядком дополнений, определений и т. д.;

- индекс состояния правополушарной стратегии отрицательно коррелирует с общей продуктивностью (количеством слов), с инверсией подлежащего, с частотой использования составного глагольного сказуемого и положительно сильно коррелирует с «ситуативностью» высказывания.

t -статистика выявила следующие результаты:

- группы с хорошо и плохо развитыми функциями программирования и контроля произвольной деятельности значимо различаются по частоте употребления возвратных глаголов и составных глагольных сказуемых;

- группы с хорошо и плохо развитым состоянием левополушарной стратегии значимо различаются по использованию инверсии как подлежащего, так и дополнений и определений;

- группы с хорошо и плохо развитым состоянием правополушарной стратегии значимо различаются по продуктивности речи (т. е. по количеству слов и количеству предложений).

Показатели монологической устной речи, выявленные в текстах детей 2-го класса, составленных по серии картинок Х. Бидструпа, различаются в группах детей, сформированных на основе нейропсихологических индексов.

Анализ результатов показал следующее:

- 1) дети с хорошо развитыми функциями программирования и контроля при построении рассказа по картинке используют более сложный синтаксис, а именно: составные глагольные сказуемые, возвратные глаголы. У них более правильно грамматическое оформление высказывания. Соответственно, у детей со сниженными функциями программирования и контроля страдает и грамматическая правильность, и грамматическая сложность, что нужно учитывать при разработке программ коррекции;

- 2) дети с хорошо развитым состоянием левополушарной стратегии также используют более сложный синтаксис, а именно инвертированный порядок слов, причем с инверсией как подлежащего, так и других членов предложения. И наоборот, при слабости левополушарной стратегии предложения максимальной простоты и воспринимаются как довольно примитивные;

3) различия в развитии правополушарной стратегии отражаются в особенностях смысловой стороны речи детей. Дети с хорошо развитой правополушарной стратегией хорошо увязывают контекст ситуации и текст, говорят больше, составляют более длинные рассказы. Они также используют довольно сложный синтаксис (инверсии, составные сказуемые), однако, по нашим данным, их отличает «ситуативность» высказывания: они слишком сильно привязаны к опоре (в данном случае — серии картинок), и не столько составляют рассказ, сколько комментируют сами картинки и общаются с экспериментатором. Надо отметить, что эти данные предварительные, они не получили подтверждения в других исследованиях и требуют проверки. Слабость правого полушария приводит к плохому учету изображенного на картинках контекста, выходу из границ ситуации, к допущению нереалистических толкований ситуации. Их рассказы могут быть разной длины, в том числе слишком ко-

роткие, в рассказах часто нет явного развертывания сюжета.

Обобщив параметры общего нейролингвистического анализа текста и синтаксические параметры, релевантные для онтогенеза речевой деятельности, мы выявили, какие из них соотносятся с важнейшими нейропсихологическими показателями: функция планирования и контроля, состояние лево- и правополушарных стратегий.

Применив ряд статистических методов обработки данных, мы получили данные, свидетельствующие о том, что хорошее состояние функции программирования и контроля произвольной деятельности в речи проявляется в усложненном синтаксисе и более правильном грамматическом оформлении. Хорошее развитие левополушарной стратегии приводит также к усложнению синтаксиса в виде инвертированного порядка слов; правополушарная стратегия влияет на прагматику высказывания.

Библиографический список

1. *Агрис А. Р.* Дефицит нейродинамических компонентов деятельности у детей с трудностями обучения: автореф. ... дис. канд. психол. наук. М., 2015. 35 с.
2. *Ахутина Т. В.* Нейролингвистический анализ лексики, семантики и прагматики. М.: Языки славянской культуры, 2014. 424 с.
3. *Ахутина Т. В.* Порождение речи: Нейролингвистический анализ синтаксиса. М.: Издательство ЛКИ, 2007.
4. *Ахутина Т. В.* и др. Методики нейропсихологического обследования детей // Методы нейропсихологического обследования детей 6–9 лет. М.: В. Секачев, 2016. С. 16–170.
5. *Глозман Ж. М.* Практическая нейропсихология. Опыт работы с детьми, испытывающими трудности в обучении. М.: Генезис, 2016.
6. *Гвоздев А. Н.* Вопросы изучения детской речи. М., 1961.
7. *Зубова Е. А.* Нейропсихологический анализ экспрессивной речи у детей с трудностями обучения. Дипломная работа. М., 2015. 90 с.
8. *Каменская О. Л.* Текст и коммуникация. М.: Высшая школа, 1990. 152 с.
9. *Корсакова Н. А., Микадзе Ю. В., Балашова Е. Ю.* Неуспевающие дети: нейропсихологическая диагностика трудностей в обучении. М.: Педагогическое общество России, 2001. 160 с.
10. *Лепская Н. И.* Язык ребенка: онтогенез речевой коммуникации. М.: РГГУ, 2013. 311 с.
11. *Микадзе Ю. В.* Нейропсихология детского возраста: учеб. пособие. СПб.: Питер, 2012. 288 с.
12. *Пиаже Ж.* Речь и мышление ребенка. М., 1994.
13. *Цейтлин С. Н.* Язык и ребенок: Лингвистика детской речи: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. М.: ВЛАДОС, 2000. 240 с.
14. *Chomsky N.* Language and Mind. NY: Harcourt, Brace & World, 1968.
15. *Chomsky N.* Syntactic structures. The Hague: Moulton, 1957.
16. *Nippold M. A.* Later Language Development: School-Age Children, Adolescents, and Young Adults, 2nd Ed. Austin: TX: PRO-ED, 1998.
17. *Tesniere L.* Elements de syntaxe structurale. Paris: Klincksieck, 1988.

САМОПОВРЕЖДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ И МЕТОДЫ ЕГО ПРОФИЛАКТИКИ У ПОДРОСТКОВ*

Польская Н. А., д. псих. н., профессор,
ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет»,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

Рассмотрены современные представления о самоповреждающем поведении и его профилактике в подростковом возрасте. В качестве наиболее важных предикторов самоповреждающего поведения названы нарушения эмоциональной регуляции, факты самоповреждения в дружеском и семейном окружении, насилие в отношении подростка. Обсуждены проблемы психологической помощи подросткам с самоповреждениями. Рассмотрены вопросы организации профилактики самоповреждающего поведения в подростковой популяции.

Ключевые слова

Самоповреждающее поведение, подростки, профилактика.

SELF-INJURIOUS BEHAVIOR AND METHODS OF ITS PREVENTION IN ADOLESCENTS

Polskaya N. A., Psy. D., Professor,
Moscow State University of Psychology and Education,
Moscow, Russian Federation

Abstract

We consider the modern approaches to self-injurious behavior and its prevention in adolescence. Emotion dysregulation, self-injury among friends and family members and history of violence and abuse are the most influential predictors of self-injurious behavior. We discuss the issues of psychological assistance to adolescents with self-injuries and consider the matters of organizing prevention programs outlining prevention goals and methods.

Key words

Self-injurious behavior, adolescents, prevention.

Под самоповреждающим поведением подразумевается широкий спектр действий, связанных с намеренным физическим повреждением индивидуумом собственного тела [3]. Нередко самоповреждающее поведение рассматривается неотрывно от суицидального поведения, что вполне обосновано клинически подтвержденными рисками суицида у пациентов, госпитализированных с намеренными самоповреждениями [1, 5, 6, 7]. Однако многие специалисты считают более целесообразным говорить о несуйцидальном самоповреждающем поведении как об отдельном феномене [8, 18, 20].

Именно этот термин используется в DSM-5, где несуйцидальное самоповреждающее поведение включено в главу «Состояния, требующие дальнейшего изучения» (секция III). Там указаны критерии его оценки, которые касаются частоты самоповреждений (не менее 5 раз за последний год), наличия психологических целей и причин, связанных с намерениями совершить самоповреждения. В качестве таких целей названы следующие: 1) получить облегчение от нега-

тивных чувств или мыслей; 2) решить таким образом межличностные трудности; 3) вызвать (индуцировать) у себя положительное чувство [8].

Самоповреждающее поведение социально неодобряемо, может иметь привычный характер и наиболее часто встречается в подростковом и юношеском возрасте [3]. Самоповреждения не всегда просто выявить, так как они часто утаиваются от окружающих. Это объясняется самостигматизацией подростков с самоповреждающим поведением.

Распространенность самоповреждений. Данная проблема на сегодняшний день является достаточно распространенной как в Российской Федерации, так и во всем мире. Частота актов самоповреждения среди подростков разных стран варьируется от 5 до 17% [3]. Согласно нашим данным ($N = 643$), от 10 до 14% старших школьников и студентов указали на один случай самоповреждения, а 3% отметили высокую частоту самоповреждений. Что касается связи самоповреждений с полом, то наши данные подтверждают результаты аналогичных исследований: у девушек чаще

* Статья подготовлена при поддержке РГНФ (проект № 16-06-01098 «Эмоциональная саморегуляция в структуре самоповреждающего поведения»).

регистрируются самоповреждения, тогда как у юношей они более тяжелые [3].

В роли *психологических предикторов* самоповреждения выступают, прежде всего, нарушения регуляции эмоций, что выражается в руминации, избегании и снижении ментализации [2, 4]. Немаловажная роль в формировании самоповреждающего поведения отводится социальным факторам. Здесь первое место отводится фактам самоповреждения в дружеском и семейном окружении, а также различным формам насилия (травли) в отношении подростка (включая семейное, школьное, уличное насилие) [10, 11, 17, 19, 21].

Проблемы помощи подросткам с самоповреждающим поведением. Организация эффективной профилактики самоповреждающего поведения среди подростков должна учитывать проблемы, которые связаны с выявлением фактов самоповреждения в подростковой популяции. Подростки чаще обращаются за помощью к сверстникам и онлайн-друзьям, чем к взрослым и профессионалам [9]. Высокая стигматизация тех, кто наносит себе повреждения, негативные реакции (страх, непонимание) со стороны родителей, учителей и медицинских профессионалов, отношение к самоповреждению как суицидальной попытке — все это мешает подросткам обращаться за помощью [12].

Профилактика самоповреждающего поведения в подростковой популяции. В профилактике самоповреждающего поведения используются многообразные методы, которые можно подразделить на три большие группы:

1) методы, направленные на *информирование* о проблеме: например, как предотвратить самоповреждение; как помочь тому, кто наносит себе повреждения; как снизить риски осложнений после самоповреждения;

2) методы, направленные на *развитие*: развитие навыков саморегуляции, повышение качества ментализации, эмпатии, эмоционального интеллекта, развитие навыков взаимодействия с другими людьми, включая работу с семьей и педагогами, и т. п.;

3) методы, направленные на *поддержку*: организация поддерживающих социальных групп, групп взаимопомощи, обеспечение доступа к профессиональной психологической и, при необходимости, медицинской помощи и др.

Выбор методов зависит от уровня профилактической работы и от специфических задач, решаемых профилактической программой: в одних случаях это может быть развитие более принимающей и поддерживающей среды, тогда как в других — повышение уровня информированности родителей и педагогов. Но для повышения эффективности профилактического воздействия необходимо использовать методы разной направленности.

Как известно, общие положения превентивных мер были разработаны в 60-е годы прошлого века [15]. Модель профилактики включала три уровня. Первичная профилактика направлена на распространение знаний и обучение навыкам, касающимся общих вопросов охраны здоровья. Вторичная профилактика

направлена на раннее выявление заболевания. Третичная профилактика является, по сути, лечением, она направлена на снижение тяжести последствий заболевания.

В контексте проблематики самоповреждающего поведения первичная профилактика подразумевает разработку мероприятий, связанных с повышением осведомленности о проблеме в общей популяции. Так, уже не один год 1 марта в разных странах мира проходит День осведомленности о самоповреждении (*Self-injury Awareness Day*). В этот день люди, знакомые с проблемой самоповреждения (на своем опыте, опыте своей семьи, друзей или знакомых), проводят акции, цель которых — информировать общество о том, что самоповреждающее поведение — это не что-то постыдное, что следует скрывать, порицать или игнорировать, но это то, о чем можно и нужно говорить.

Всегда возникают опасения, а не является ли открытый разговор о проблеме тем, что может спровоцировать самоповреждения у детей и подростков, которые ранее об этом не знали. Безусловно, нельзя гарантировать, что те, кто впервые услышат о самоповреждающем поведении, никогда не совершат нечто подобное. Как и невозможно узнать, а не совершат ли они самоповреждения и без нашей информации, при этом втайне страдая от стыда и эмоциональной боли, скрывая следы от самоповреждений.

Цель *первичной профилактики* — предотвращение самоповреждающего поведения у подростков. К мероприятиям первичной профилактики относятся издание и распространение листовок и буклетов, связанных с проблематикой самоповреждения. Фокус в этих материалах: где можно получить помощь тому, кто наносит самоповреждения; также рассказывается о приемах самопомощи. Сюда же могут быть отнесены тренинг-семинары для родителей подростков, где они не только получают информацию о самоповреждающем поведении, специалистах и центрах оказания психологической помощи, но и пройдут тренинг по оказанию первичной психологической поддержки своему ребенку, если они заметили, что ребенок наносит себе самоповреждения.

Организация служб поддержки подростков в кризисной ситуации в школах и молодежных центрах и развитие образовательных программ для молодежи могут служить эффективными инструментами первичной профилактики несуицидальных и суицидальных самоповреждений [9]. Интересен опыт разработки когнитивно-ориентированной программы для школ, в рамках которой школьникам предоставляли информацию о копинг-стратегиях и дистрессе, обучали их навыкам адаптивного совладания и давали домашние задания на преодоление негативных иррациональных убеждений [14].

Цель *вторичной профилактики* — развитие психологически поддерживающей среды, инициирование мотивации на отказ от самоповреждений. К мероприятиям вторичной профилактики самоповреждающего поведения может быть отнесена: работа с группами риска (например, жертвы сексуального и физического насилия; подростки из неблагополучных

семей); обучение родителей, педагогов, социальных работников и психологов, работающих в образовательных учреждениях, приемам выявления фактов самоповреждения и приемам взаимодействия с подростком, наносящим самоповреждения.

В этой связи можно упомянуть программу «Знаки самоповреждения» (*The Signs of Self-Injury*). В рамках этой программы педагогов обучали приемам, позволяющим определить самоповреждающее поведение у учащихся; педагоги, в свою очередь, информировали учащихся о том, как помочь сверстникам с самоповреждающим поведением [17]. В случае если у подростка ранее были госпитализации в связи с самоповреждениями, ему может оказываться поддерживающая помощь со стороны клиницистов. Например, помощь по телефону от терапевтов-стажеров [16].

Цель *третичной профилактики* — снижение ущерба от самоповреждений, а также снижение интенсивности и тяжести самоповреждающего поведения у подростков, которые регулярно наносят себе самоповреждения. Как правило, эти подростки находятся под медицинским наблюдением (в клинике или амбулаторно). Разрабатывая программу профилактики самоповреждающего поведения для школ, нужно учитывать следующее. Во-первых, необходимо кон-

кретизировать целевую группу, в которой будут проводиться профилактические мероприятия: это может быть популяция школьников, подростки группы риска либо школьники, находящиеся в стрессовых ситуациях. Во-вторых, следует определить уровень вмешательства: это будет индивидуальная или групповая работа либо работа с обществом в целом. Программа профилактики должна быть экономически выгодной для длительного применения [13].

Заключение. Самоповреждающее поведение подростков — достаточно распространенное явление, требующее серьезной оценки медицинских и социальных рисков, вызывающих подобные аутодеструктивные действия. Специалистам, работающим с подростками, необходимо знать как причины самоповреждающего поведения, так и те психологические трудности, которые стоят за этими действиями. Центральное место в предотвращении самоповреждающего поведения среди школьников должно быть отведено разработкам и реализации профилактических программ в школах, которые обеспечат педагогов и родителей знаниями в области данной проблемы и помогут подросткам развить психологически необходимые навыки и приемы саморегуляции и коммуникации, помогающие предотвратить или прекратить самоповреждения.

Библиографический список

1. Положий Б. С. Суицидальное поведение (клинико-эпидемиологические и этнокультуральные аспекты) М.: РИО «ФГУ ГНЦ ССП им. В. П. Сербского», 2010. 232 с.
2. Польская Н. А. Нарушения эмоциональной регуляции при самоповреждающем поведении // Психологический журнал. 2018. № 3.
3. Польская Н. А. Психология самоповреждающего поведения. М.: Ленанд, 2017. 320 с.
4. Польская Н. А., Разваляева А. Ю. Разработка опросника эмоциональной дисрегуляции // Консультативная психология и психотерапия. 2017. Т. 25, № 4. С. 71–93. DOI: 10.17759/cpp.2017250406.
5. Саморазрушающее поведение у подростков / под ред. А. Е. Личко, Ю. В. Попов. Л.: Изд. ин-та. им. Бехтерева, 1991. 139 с.
6. Сыроквашина К. В., Дозорцева Е. Г. Психологические факторы риска суицидального поведения у подростков // Консультативная психология и психотерапия. 2016. Т. 24, № 3. С. 8–24.
7. Холмогорова А. Б., Гаранян Н. Г., Горшкова Д. А., Мельник А. М. Суицидальное поведение в студенческой популяции // Культурно-историческая психология. 2009. № 3. С. 101–110.
8. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013. P. 803–806.
9. Berger E., Hasking P., Martin G. Adolescents' perspectives of youth non-suicidal self-injury prevention // Youth & Society. 2017. V. 49 (1). P. 3–22. DOI: 10.1177/0044118X13520561
10. Denov M. S. The Long-Term Effects of Child Sexual Abuse by Female Perpetrators: A Qualitative Study of Male and Female Victims // Journal of Interpersonal Violence. 2004. V. 19 (10). P. 1137–1156.
11. Gratz K. L., Chapman A. L. The role of emotional responding and childhood maltreatment in the development and maintenance of deliberate self-harm among male undergraduates // Psychology of Men and Masculinity. 2007. V. 8 (1). P. 1–14.
12. Hasking P., Rees C. S., Martin G., Quigley J. What happens when you tell someone you self-injure? The effects of disclosing NSSI to adults and peers // BMC public health. 2015. V. 15 (1). P. 1039. DOI: 10.1186/s12889-015-2383-0.
13. Heath N. L., Toste J. R., MacPhee S. D. Prevention of Nonsuicidal Self-Injury // The Oxford Handbook of Suicide and Self-Injury / M. K. Nock (ed.). New York, Oxford: Oxford University Press, 2014. P. 397–408.
14. Klingman A., Hochdorf Z. Coping with distress and self harm: the impact of a primary prevention program among adolescents // Journal of Adolescence. 1993. V. 16 (2). P. 121–140.
15. Leavell H. R., Clark E. G. Preventive Medicine for the Doctor in His Community: An Epidemiologic Approach. McGraw-Hill, 1965.
16. Morgan H. G., Jones E. M., Owen J. H. Secondary prevention of non-fatal deliberate self-harm: the green card study // The British Journal of Psychiatry. 1993. V. 163 (1). P. 111–112.
17. Muehlenkamp J. J., Walsh B. W., McDade M. Preventing non-suicidal self-injury in adolescents: The signs of self-injury program // Journal of Youth and Adolescence. 2010. V. 39 (3). P. 306–314.
18. Nock M. K. et al. Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts // Psychiatry Research. 2006. V. 144. P. 65–72.

19. *Nock M. K.* Why do people hurt themselves? New insights into the nature and functions of self-injury // *Current Directions in Psychological Science*. 2009. V. 18 (2). P. 78–83.
20. *Tatnell R., Kelada L., Hasking P., Martin G.* Longitudinal analysis of adolescent NSSI: the role of intrapersonal and interpersonal factors // *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2014. V. 42 (6). P. 885–896. DOI: 10.1007/s10802-013-9837-6.
21. *Walker R. L., Joiner T. E. Jr., Rudd M. D.* The course of post-crisis suicidal symptoms: How and for whom is suicide “cathartic”? // *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2001. V. 31 (2). P. 144–152.

ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ХИМИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ АДДИКЦИЙ У ПОДРОСТКОВ: ТЕНДЕНЦИИ ИЗМЕНЕНИЯ И ВОЗМОЖНОСТИ РЕАЛИЗАЦИИ

Сирота Н. А., д. м. н. профессор,
Ялтонский В. М., д. м. н., профессор,
ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова» Минздрава России,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

Представлены новые тенденции в распространенности химических и поведенческих аддикций и их сочетаний среди подростков. Показаны преимущества позитивного подхода к развитию подростков в сравнении с дефицитным подходом в профилактике зависимостей. Описаны отечественные духовно-ориентированные программы профилактики зависимости от психоактивных веществ среди детей, подростков и молодежи.

Ключевые слова

Первичная профилактика, подростки, сочетанное употребление, позитивное развитие молодежи, аддикции, профилактическая программа.

PRIMARY PREVENTION OF CHEMICAL AND BEHAVIORAL ADDICTIONS IN ADOLESCENTS: CHANGING STRATEGIES AND METHODS OF IMPLEMENTATION

Sirota N. A., MD, Professor,
Yaltonsky V. M., MD, Professor,
A. I. Evdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry,
Moscow, Russian Federation

Abstract

The article describes the new trends in the prevalence of chemical and behavioral addictions and their co-existence among adolescents. The advantages of a positive approach over a deficit-based approach in the prevention of addictions are shown. Original spiritual-oriented programs for the prevention of substance dependences among children, teenagers and young adults are described.

Key words

Primary prevention, adolescents, co-occurrence, positive youth development, addictions, preventive program.

Профилактика химических и поведенческих аддикций в XXI веке становится все более актуальной проблемой медицины, поскольку появились новые тенденции в распространенности расстройств, вызванных злоупотреблением психоактивных веществ и стремительным ростом расстройств зависимого типа, обусловленных поведением.

Во-первых, прежде всего в результате появления на рынке новых психоактивных веществ (ПАВ) (синтетических каннабиноидов и т. д.), обладающих более высоким аддиктивным потенциалом, резко расширился спектр химических зависимостей. В странах Евросоюза более 560 новых психоактивных веществ подлежат регулярному контролю, из которых в 2015 году

было официально зарегистрировано 98 [7, 12]. Во-вторых, все чаще выявляются и обращаются за наркологической помощью подростки с разными типами поведенческих зависимостей (проблемное поведение и зависимости от азартных игр, видеоигр, гиперсексуальность, социально приемлемые, технологические зависимости и расстройства пищевого поведения) [8]. В-третьих, химические и поведенческие зависимости часто сочетаются как внутри каждой из этих групп, так и между собой. Коморбидность аддикций — одновременное наличие двух или более отдельных химических (в том числе пищевых) и поведенческих зависимостей (расстройств), их сочетание у одного человека. Этот термин также подразумевает взаимодействия этих зависимостей (расстройств), которые могут повлиять на их течение и прогноз. Два и более расстройства (зависимости) могут развиваться самостоятельно либо иметь единые этиологические связи, общие или самостоятельные факторы риска, быть прямой причиной развития другого аддиктивного расстройства или обуславливаться наличием психического (соматического заболевания). Распространенность аддикций среди российских подростков, оцениваемая за последние 30 дней, составила: сигареты — 3%, алкоголь — 1%, наркотики — 1%, Интернет — 43%, шопинг — 8%, переедание — 11%, гемблинг — 6%, любовь — 14%; секс — 7%, физические упражнения — 23%, работа — 9%, азартные игры — 15% [14]. В-четвертых, вовлечение подростков в сочетанное употребление ПАВ сопровождается одновременным развитием других типов поведения риска для здоровья и жизни, что требует своевременных и адекватных превентивных мер (непреднамеренные травмы, беременность и насилие, заболевания, передаваемые половым путем, включая ВИЧ-инфекцию; неадекватные физическая активность, школьная неуспеваемость и т. д.).

Подростковый возраст ассоциируется с более заметным поведением риска для здоровья — поведением, которое повышает вероятность травм, смерти и неблагоприятных медицинских и социальных последствий. Оно создает прямые и косвенные угрозы для здоровья, благополучия и безопасности отдельных людей и общества в целом. В XXI веке особую актуальность приобретает стремительно нарастающая распространенность одновременного сочетания нескольких вариантов рискованного для здоровья поведения, что требует инновационных, более действенных профилактических подходов.

Как мы можем предупредить развитие сочетанных психических расстройств и укрепить психическое здоровье детей и подростков? Во взглядах на развитие подростков существует два подхода: «дефицитарный» подход и подход позитивного развития молодежи [9]. От того, какой подход мы используем при планировании и проведении профилактических мероприятий, будет зависеть получаемый нами результат и дальнейшая организация профилактической работы.

Дефицитарный подход к развитию подростков сфокусирован на недостаточности, дефиците биологических, психологических, поведенческих и социаль-

ных характеристик подростков, имеющихся факторах риска, с которыми связаны проблемы психического здоровья, и направлен на коррекцию подростковых проблем и патологии доступными способами. Данный подход недооценивает способности подростков и молодежи, сосредоточен на недостатках личности, а не на потенциале развития. Разработанные на основе такого подхода профилактические программы оказались малоэффективными, были направлены на коррекцию и устранение конкретного вида поведения риска, недостаточности определенного параметра личности, на лечение неадаптивных тенденций.

Неудовлетворенность результатами применения данного подхода привела к развитию подхода позитивного развития. Вместо ориентированных на устранение дефицита развития профилактических программ, «ограниченных» воздействием на определенный вид поведения риска, стали развиваться программы, способствующие позитивному развитию потенциала подростков. Они не ставили своей целью повысить уровень знаний подростков о том, чего они не должны делать. Акцент был сделан на идентификацию собственных позитивных действий подростка и научение их позитивным действиям, которые они способны совершить.

Подход позитивного развития молодежи фокусируется на положительных чертах, способностях и потенциале развития подростков, на способах их направленного развития [10, 12]. В данном подходе позитивное развитие подростка рассматривается в более широкой перспективе, более целостно, чем в дефицитном подходе, и может рассматриваться как забота о развитии позитивных черт и способностей подростка, его таланта, «выращивание» позитивного потенциала развития. Область позитивного развития молодежи фокусируется на интересах, талантах, силах и будущем потенциале каждого ребенка, на его комплексном развитии, в отличие от подхода, который фокусируется на проблемах, которые проявляются в период интенсивного роста подростков, таких как злоупотребление ПАВ, агрессия, насилие и т. д. Внимание сосредотачивается на модели позитивного развития, адаптации во время пубертата, на ряде имеющихся у подростка возможностей и проблем развития молодежи, а не на решении одной проблемы.

На основе позитивного подхода к развитию молодежи были выделены 15 положительных конструктов развития, которые были включены в качестве целей в разработанные профилактические программы. К ним относятся: а) укрепление межличностных связей привязанности; б) развитие устойчивости к невзгодам; в) повышение социальной компетентности; г) повышение эмоциональной компетентности; д) укрепление когнитивной компетентности; е) укрепление поведенческой компетентности; ж) развитие моральной компетентности; з) культивирование самоопределения, самодетерминации; и) развитие самоэффективности; к) повышение духовности; л) развитие представлений о будущем; м) развитие четкой и позитивной идентичности; н) признание положительного поведения; о) предоставление возможностей для про-

социального развития; п) поощрение просоциальных норм [11].

В рамках подхода позитивного развития детей и подростков на кафедре клинической психологии ГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова» Минздрава России на протяжении последних 20 лет интенсивно разрабатываются основанные на идее позитивного развития детей, подростков и молодежи духовно-ориентированные программы профилактики зависимости от психоактивных веществ и формирования здорового жизненного стиля для детей, подростков и молодежи различных возрастов [1–6].

1. Программа для детей 7–9 лет — «Корабль». Она представляет собой систему обучения здоровому жизненному стилю, направленную на развитие ценностных личностных ориентаций, эмоциональной сферы, формирование у детей стремления преодолевать жизненные трудности, справляться со стрессом без использования отклоняющихся форм поведения и в дальнейшем без употребления ПАВ.

2. Программа формирования здорового жизненного стиля, личностных ресурсов и стратегий поведения, препятствующих употреблению наркотических и других психоактивных веществ для подростков и молодежи 15–17 лет — «Точка опоры», задачами которой является формирование духовно-нравственных ценностей личности, осознание и развитие личностных ресурсов, способствующих формированию здорового жизненного стиля, развитие стратегий и навыков поведения, ведущих к здоровью и препятствующих поведению риска, формирования зависимости от наркотиков и других психоактивных веществ.

Под эгидой Русской Православной Церкви за последние 10 лет авторским коллективом под руковод-

ством профессора Н. А. Сирота разработаны и активно внедряются духовно-ориентированные программы «Ладья» (В ладу с собой), «Живая вода» и «Дорога к дому» [1–3].

3. Программа первичной профилактики ВИЧ/СПИДа и рискованного поведения для детей старшего подросткового возраста «Ладья» (14–17 лет). Ее основная задача — формирование ориентации на духовные ценности, профилактика наркозависимости и ВИЧ-инфекции. Другим важным компонентом программы является развитие личностных ресурсов и психологической эмоциональной, когнитивной и поведенческой компетентности.

4. Программа профилактики рискованного поведения и ВИЧ-инфекции для детей младшего подросткового возраста «Живая вода» имеет целью развитие духовных и нравственных ценностных ориентиров личности, адаптивных поведенческих стратегий и личностных ресурсов, способствующих эффективной психосоциальной адаптации и препятствующих риску формирования отклоняющихся и рискованных форм поведения. Она предназначена для детей 10–13 лет и создана с учетом особенностей этого возраста.

5. Ценностно-ориентированная программа для молодежи по профилактике рискованного поведения, ВИЧ/СПИДа и формирования ответственного отношения к созданию семьи и воспитанию детей «Дорога к дому» представляет собой процесс осознания и развития духовно-нравственных ценностей, связанных с подготовкой к высоко нравственным семейным и социальным отношениям. Формирование конструктивной родительской позиции молодых людей, их готовности к родительству, передача духовно-нравственных ценностей из поколения в поколение — основная задача программы.

Библиографический список

1. Сирота Н. А., Воробьева Т. В., Ялтонская А. В., Рыдалевская Е. Е. и др. Дорога к дому. Ценностно-ориентированная программа для молодежи по профилактике рискованного поведения, ВИЧ/СПИДа и формирования ответственного отношения к созданию семьи и воспитанию детей. М.: Российский круглый стол, 2015. 130 с.
2. Сирота Н. А., Воробьева Т. В., Ялтонская А. В., Рыдалевская Е. Е. и др. Живая вода. Программа профилактики рискованного поведения и ВИЧ-инфекции для детей младшего школьного возраста. М.: Российский круглый стол, 2015. 136 с.
3. Сирота Н. А., Воробьева Т. В., Ялтонская А. В., Рыдалевская Е. Е. и др. Ладья — «В ладу с собой». Программа первичной профилактики ВИЧ/СПИДа и рискованного поведения для детей старшего подросткового возраста. М.: Российский круглый стол, 2012. 201 с.
4. Сирота Н. А., Ялтонский В. М. Профилактика наркомании и алкоголизма: учеб. пособие. 5-е изд. М.: Издательский центр «Академия», 2009. 176 с.
5. Сирота Н. А., Ялтонский В. М. Программы формирования здорового жизненного стиля. Профилактика рецидивов. М.: Научно-методический центр «Диагностика. Адаптация. Развитие» имени Л. С. Выготского, 2000. 84 с.
6. Сирота Н. А., Ялтонский В. М. Эффективные программы профилактики зависимости от наркотиков и других форм зависимого поведения. Алматы: Эверо, 2016. 236 с.
7. Ялтонский В. М., Сирота Н. А., Ялтонская А. В. Сочетанное употребление наркотиков и других психоактивных веществ подростками как актуальная проблема наркологии // Вопросы наркологии. 2017. № 7. С. 82–93.
8. Ялтонский В. М., Сирота Н. А., Ялтонская А. В., Московченко Д. В. Множественные аддиктивные расстройства у подростков (сочетание химических, поведенческих и пищевых зависимостей) // Вопросы наркологии. 2017. № 8. С. 170–171.
9. Benson P. L. All kids are our kids: What communities must do to raise caring and responsible children and adolescents. San Francisco: Jossey-Bass, 1997.
10. Benson P. L., Mannes M., Pittman K., Ferber T. Youth development and public policy / R. M. Lerner, L. Steinberg (Eds.), Handbook of adolescent psychology. Hoboken, NJ: John Wiley, 2004. P. 781–814.

11. Catalano R. F., Berglund M. L., Ryan J. A. M., Lonczak H. S., Hawkins J. D. Positive Youth Development in the United States: Research Findings on Evaluations of Positive Youth Development Programs // *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 2004. V. 591. P. 98–124. DOI: 10.1177/0002716203260102.
12. EMCDDA-Europol 2015. Annual Report on the implementation of Council Decision 2005/387/JHA, Implementation reports, Publications Office of the European Union, Luxembourg. 2016.
13. Lerner R. M., Benson P. L. (Eds.). *Developmental assets and asset-building communities: Implications for research, policy, and practice*. New York: Kluwer/Plenum, 2003.
14. Tsai J., Huh J., Idrisov B., Galimov A., Espada J. P., González M. T., Sussman S. Prevalence and Co-Occurrence of Addictive Behaviors Among Russian and Spanish Youth // *Journal of Drug Education*. 2016. V. 46. No. 1-2. P. 32–46. DOI: 10.1177/0047237917704635.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ КОНФЛИКТОВ В СЕМЬЯХ С ОДНИМ И НЕСКОЛЬКИМИ ДЕТЬМИ

Соколова Е. А., психолог, член Межрегиональной общественной организации
«Русское психоаналитическое общество»,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

Представлены результаты исследования особенностей конфликтов в родительско-детских отношениях в семьях с одним и несколькими детьми. Анализ данных проведен с использованием дискриминантного анализа. Результаты его использования позволили выделить не только различия между семьями с одним и несколькими детьми, но и оценить иерархию влияния характеристик отношений на проявление конфликтов.

Ключевые слова

Родительско-детские отношения, причины и особенности конфликтов, психоаналитическое консультирование детей.

PSYCHOLOGICAL FEATURES OF CONFLICTS IN PARENT-CHILD RELATIONSHIPS IN FAMILIES WITH ONE OR MORE CHILDREN

Sokolova E. A., Psychologist, Member of the Interregional Public Organization
“Russian Psychoanalytic Society”,
Moscow, Russian Federation

Abstract

This article investigates the specific features of parent-child conflicts in families with one and several children. For processing data, we used discriminant analysis. The results of the study allowed us to highlight the differences between the families with one child and families with several children. Furthermore, we assessed how the characteristics of the relationships influenced the manifestation of conflicts.

Key words

Parent-child relationship, features and causes of conflicts, psychoanalytic counseling of children.

Любое общение между двумя разными поколениями семьи, такими как дети и их родители, ведет к столкновению различных интересов, иногда настолько противоречивых, что конфликты в отношениях становятся неизбежными.

В исследованиях А. Я. Варга, В. И. Гарбузова, В. И. Дружинина, А. И. Захарова, М. Земска, Г. Крайга, С. В. Ковалева, В. Сатир, Г. В. Семья, А. С. Спиваковской, Э. Г. Эйдемиллера и других накоплен обширный материал по проблемам воспитания в семье и родительско-детских отношениях; описаны разнооб-

разные типы и стили в семейном воспитании, структурные составляющие семейного воспитания, особенности влияния семейного воспитания на личностное и психическое развитие детей.

Изучению влияния роли отца на формирование психики ребенка посвящены исследования Л. А. Артюновой, В. И. Брутмана, Е. И. Захаровой, Т. А. Куликовой, М. Е. Ланцбург, Г. А. Репиной, М. М. Рубинштейна, Н. Е. Румянцева, Н. А. Рыбникова, Г. Г. Филипповой, С. О. Филипповой. Проблемы воспитания в неполной семье рассмотрены в работах И. Ф. Демен-

тьевой, Н. М. Зубаревой, М. А. Костенко, Л. Г. Луняковой и других [1, 3–6, 8–11, 13–15].

Вместе с тем, несмотря на наличие многочисленных исследований, посвященных психологии семейного воспитания, семьи, родительства, наблюдается дефицит исследований, которые посвящены конфликтам в родительско-детских отношениях в семьях с одним или несколькими детьми.

Для исследования психологических особенностей конфликтов в работе использованы общенаучные методы теоретического анализа (обобщение, абстрагирование, систематизация и др.) и специальные психологические методы сбора психологической информации (психодиагностических методик). Это методики, которые предполагают изучение напряжения и нарушений в родительско-детских отношениях, что позволяет определить не только открытое, но и латентное проявление конфликта между родителями и детьми.

В работе использованы следующие психодиагностические методики: методика диагностики родительского отношения к ребенку, тест родительского отношения (А. Я. Варга, В. В. Столин); опросник «Анализ семейных взаимоотношений» (Э. Г. Эйдемиллер и В. В. Юстицкий) (варианты: для подростков и для детей 3–10 лет); методика изучения родительских установок (Е. С. Шефер и Р. К. Белл); проективная рисуночная методика «Кинетический рисунок семьи» (авторы Р. Бернс и С. Кауфман). Результаты эмпирического исследования обработаны с помощью дискриминантного анализа, реализованного в пакете анализа SPSS 17.0.

Эмпирическую базу исследования составили 48 родителей и 73 ребенка в возрасте 3–20 лет. Исследовательская работа проведена на базе перинатального центра. В исследованиях приняли участие 23 семьи с одним ребенком, 25 семей с двумя детьми и более.

В первую группу вошли семьи с одним ребенком (23 семьи), во вторую группу — семьи с несколькими детьми (25 семей, из них 23 семьи с двумя детьми и 2 семьи с тремя детьми).

Основные выводы, полученные в результате работы, можно сформулировать следующим образом.

1. Психологическими особенностями конфликта в родительско-детских отношениях в семьях с одним и двумя детьми являются 15 характеристик родительско-детских отношений.

Для семей с одним ребенком психологически особенностями конфликта между родителями и детьми являются: низкий уровень принятия ребенка, выраженный уровень симбиотических отношений с ребенком, чрезмерная гиперпротекция и недостаточная гипопротекция, высокий уровень «игнорирования потребностей ребенка» и «недостаточность требований — обязанностей ребенка», значимо выражен показатель «недостаточность требований-запретов к ребенку», высокие показатели «расширение сферы родительских чувств» и «воспитательная неуверенность родителя».

В семьях с несколькими детьми психологическими характеристиками конфликта в родительско-детских

отношениях являются выраженный перенос конфликтов между родителями в сферу воспитания, неудовлетворенность матерей ролью хозяйки, выраженность «ограниченность интересов женщины рамками семьи, заботами исключительно о семье», «излишняя эмоциональная дистанция с ребенком» и низкий показатель «излишней концентрации на ребенке».

2. Нарушения родительско-детских отношений в большей степени определяются ситуациями, в которых снижается уровень внимания родителя к своим детям, более явно это выражается в случае семей с одним ребенком, а также при противоречивом воспитании родителями ребенка, если он один в семье. Второй доминирующий показатель нарушения отношений предполагает распространение супружеского конфликта в рамках родительско-детских отношений и наиболее характерен для семей с двумя детьми. Он выражается в недовольстве одного родителя воспитательными методами другого. При этом каждый из них выбирает для реализации своего метода одного из детей и «покупает» его хорошие отношения к себе. Третий показатель («благоприятная ситуация») явно наблюдается в семьях с двумя детьми, что позволяет предположить значительную зависимость распространения конфликта родителей на родительско-детские отношения и согласование такого распространения с уровнем sibлинговых отношений.

3. Анализ результатов дискриминантного анализа позволяет отметить, что наличие благоприятной ситуации в семье и уделение родителями достаточного количества времени, сил и внимания ребенку снижает уровень конфликтности в родительско-детских отношениях в семьях с разным количеством детей, но наиболее это заметно в семьях с одним ребенком.

4. Установленные особенности позволяют выделить эти характеристики в качестве мишеней психологического консультирования родителей и детей по проблемам их отношений.

Далее рассмотрим возможности применения психоаналитического консультирования для решения проблем в родительско-детских отношениях. В рамках психоаналитической парадигмы исследовано, что чем раньше ребенок становится полноправным членом диады «мать-ребенок», тем гармоничнее он развивается и впоследствии становится полноценно функционирующей личностью.

При работе с детьми в рамках психоаналитического консультирования и психотерапии не предполагается применение директивных методов в форме осуждения, наказания с использованием сложившихся стереотипов. В основе психоаналитического подхода лежит рассмотрение общения в диаде «мать-ребенок» как пространства для поиска бессознательного импульса и его анализа. По словам Ф. Дольто, «легко, точно и вовремя» попадать в цель или отстраняться, вести беседу так, чтобы подтолкнуть личность к поиску вопросов и ответов в себе, своем реальном бытии [7].

Сложность в работе с детьми постоянно подчеркивается в психоанализе и предполагает особые трансферные отношения, связи и особую реальность. Те-

чение психоаналитической терапии, ее содержание и длительность во многом определяются здоровьем ребенка, его развитием, его уже сложившимися отношениями в семье, особенно с матерью. Следует отметить, что важен «запрос» как родителя, так и ребенка, поскольку мы взаимодействуем именно с ребенком как субъектом психотерапии. Необходимо учитывать важность личной символической оплаты ребенком своей психотерапии в виде: собственного рисунка, поделок, отдельных предметов. Это делает его более свободным в отношениях с психотерапевтом, а также расширяет его опыт отношений.

В детском психоанализе важно соблюдение условий: гарантировать минимальные вмешательства, предоставлять возможность говорить абсолютно все (не делать все), сохранять конфиденциальность, даже в отношении родителей ребенка, если психотерапия ведется только с ребенком. Особенностью детской психотерапии является довербальная коммуникация, что дает богатейший материал для интерпретации бессознательного. Детские рисунки, ролевые игры, игры с водой и песком служат средством выражения ребенком своих агрессивных и либидинозных импульсов. Данные символы-сообщения являются прекрасной почвой для построения психотерапевтических отношений.

Уникальность детского психоанализа проявляется в чуткости, искренности, бережном «прикосновении» к еще не сформированному Я ребенка. Ф. Дольто говорила: «Мы ничего не делаем», имея в виду: не вмешиваемся, не управляем, а слушаем и говорим. «Наша работа — не делать, а говорить... никогда не делать за ребенка то, что он может сам» [7].

Дети часто хотят быть похожими, например, на свою сестру, брата, маму, папу. Здесь важно объяснить ребенку, что важно быть самим собой, таким, какой ты есть, важно любить и ценить себя как индивидуальную и ни на кого не похожую личность. Но при этом показать, что «хотеть» быть похожим на кого-то еще — это свойственно всем детям, пока они еще не знают, что лучше и интереснее быть собой, иметь собственные желания и устремления, учиться защищать эти желания. «Мы умеем легко показать родителям их стремление к всемогуществу, кастрационные и фрустрационные тенденции в их отношении к собственным детям. Мы показываем им это в непосредственном наблюдении, не осуждая и не оценивая их. Безобидное очевидно» [7].

Своим поведением дети часто ударяют по нарциссизму родителей, ставя их на место маленьких беспомощных детей, и здесь важно внимание третьего лица, психоаналитика, который словом приведет их к взаимопониманию и сотрудничеству. Именно родителю необходимо объяснить, что это не он — плохой воспитатель и не ребенок — ничего не понимающий эгоист, а просто оба забыли, что существует человеческая речь, в которой ребенок может спросить, а родитель — объяснить, необходимо слушать друг друга, проявляя внимание к чувствам другого. В результате коммуникации родителя и ребенка консультант может увидеть нюансы бессознательного родителя, которые возника-

ют в стиле воспитания, реакциях, которые помогают сформировать здоровое Я ребенка или наоборот, разрушают его.

Таким образом, психоаналитическая психотерапия является нежной, но в то же время мощной помогающей силой для налаживания родительско-детских отношений. Атмосфера доверия, защищенности, принятия, которой не хватает родителям и детям, возможно, в силу незнания, привычных паттернов поведения, вынесения методов воспитания из собственного детства родителей, бессознательных агрессивных импульсов помогает преодолеть сопротивление, возобновить прогрессивные коммуникации и справиться с возникшими трудностями.

Когда на прием приходит ребенок раннего, дошкольного, школьного возраста, его сопровождает один из родителей, как правило, мать, консультант постоянно пытается сопоставить то, что он видит на самом деле, и то, что ему рассказывает мать. Это *основной технический прием*, который позволяет выявлять факторы, находящиеся в основе симптоматики ребенка, и на этом основании выстраивать интерпретации и разрабатывать методы вмешательства [15].

При работе с детьми в рамках психоаналитического консультирования очень сложно использовать традиционные методы психоанализа, поэтому чаще всего применяют подход М. Кляйн, которая предлагает трансформацию психоаналитической работы в технику игры с ребенком на сеансе. Она считает необходимым не подавлять детские агрессивные фантазии в процессе взаимодействия с игрушками и ждать возникновения чувства вины за агрессию, что позволяет изменить отношение ребенка к враждебному для него конкретному лицу.

М. Кляйн отмечала, что свободная игра — это интерпретация бессознательного ребенка, которая видоизменяет тревогу детей, оказывает влияние на негативизм ребенка, так как в толковании фантазий ребенка находится точка максимальной тревоги, и происходит сдвиг в позитивном направлении.

М. Малер предполагает сопоставлять наблюдаемые довербальные формы поведения с данными о патологических и регрессивных проявлениях младенческого возраста и интерпретировать их в этом контексте [2, 12].

В раннем подростковом возрасте отмечается искажение Я, снижение поддержки Сверх-Я. Проведение традиционного психоанализа затруднительно, так как подростки склонны к экстернализации конфликтов, отыгрыванию, паранойяльным проявлениям. Аналитiku необходимо сохранять объективное дружелюбие и иногда выступать в качестве «дополнительного Я» [2].

В подростковом возрасте возможно проведение анализа в традиционной форме, за исключением проявления поддержки консультантом в качестве вспомогательного Я.

Таким образом, психоаналитическое консультирование в рамках родительско-детских отношений может проводиться совместно и с ребенком, и с мате-

рию. Источником информации являются оба участника консультации. Детям может быть предложена игровая форма работы, в предподростковом возрасте рекомендуется применять интерпретацию и эмпатическое принятие, в раннем и среднем подростковом воз-

расте можно использовать традиционную форму психоанализа. Указанные технические приемы способствуют преодолению сложных конфликтных ситуаций в отношениях между родителями и детьми с учетом уровня развития ребенка.

Библиографический список

1. Алешина Ю. Е. Индивидуальное и семейное психологическое консультирование. М.: Класс, 2004. 284 с.
2. Винникотт Д. В. Семья и развитие личности. Мать и дитя. Екатеринбург, 2004. 400 с.
3. Гарбузов В. И. Воспитание ребенка. СПб.: Дельта; М.: ООО «Изд-во АСТ», 1997. 432 с.
4. Гиппенрейтер Ю. Б. Общаться с ребенком. Как? М.: «ЧеРо», ТЦ «Сфера», 2001. 240 с.
5. Головей Л. А., Василенко В. Е., Савеньшева С. С. Структура семьи и семейное воспитание как факторы развития личности дошкольника // Социальная психология и общество. 2016. Т. 7, № 2. С. 5–18. URL: http://psyjournals.ru/social_psy/2016/p2/golovey.shtml (дата обращения: 02.09.2017).
6. Дружинин В. Н. Психология семьи. 3-е изд. СПб.: Питер, 2008. 176 с.
7. Дольто Ф. Мы идем в Мезон Верт // Дольто Ф. На стороне ребенка. СПб.—М., 1997. 223 с.
8. Ковалев С. В. Психология современной семьи. М.: Просвещение, 1988. 312 с.
9. Мишина Г. А. Пути формирования сотрудничества родителей с детьми раннего возраста с отклонениями в развитии: автореф. дисс. ... канд. пед. наук. М., 1998. 18 с.
10. Прихожан А. М. Роль детско-родительских отношений в становлении тревожности как личностного образования // Психологические исследования: электрон. науч. журн. 2008. № 2 (2). URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 31.08.2017).
11. Розанова Е. Г. Психологическое консультирование и психотерапия детско-родительских отношений // Психологическая наука и образование. 2008. № 4. С. 91–100.
12. Семья в психологической консультации: опыт и проблемы психологического консультирования / под ред. А. А. Бодалева, В. В. Столина. М., Педагогика, 1989. 148 с.
13. Сытько Т. И. Структура и типы родительских отношений в процессе семейной сепарации: автореф. дисс. ... канд. психол. наук М., 2014. 26 с.
14. Торхтий В. С. Психология социальной работы с семьей: учеб. пособие. М., 1996. 218 с.
15. Хоментаскас Г. Семья глазами ребенка: дети и психологические проблемы в семье. Екатеринбург: Рама, 2010. 233 с.

ДУХОВНАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ В ОБЛАСТИ СОХРАНЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Соколовская И. Э., д. псих. н., профессор кафедры педагогики педагогического факультета ФГБОУ ВО «Государственный гуманитарно-технологический университет», действительный член Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиги, Орехово-Зуево, Московская обл., Российская Федерация

Аннотация

Отсутствие в современном обществе четких представлений о том, какими путями обеспечить духовную безопасность в области сохранения психического здоровья молодежи, позволяет обозначить существенные задачи: какие условия необходимы для обеспечения духовной безопасности в современной социокультурной среде, каковы методы преодоления негативного влияния среды, методы психосоциальной реабилитации и адаптации лиц, страдающих психическими и психосоматическими расстройствами, методы избавления от созависимых токсичных отношений.

Ключевые слова

Духовная безопасность, психическое здоровье, психологическое благополучие, религиозная идентичность.

SPIRITUAL SECURITY IN MENTAL HEALTH

Sokolovsky I. E., Psy. D., DLitt, Professor,
Faculty of Pedagogics, State University of Humanities and Technology,
Member of the All-Russian Professional Psychotherapeutic League,
Orekhovo-Zuyevo, Russian Federation

Abstract

In the contemporary society, there is no clear understanding of how to ensure spiritual security in mental health of young people. Therefore, the following tasks can be determined: identifying necessary conditions for the modern socio-cultural environment, defining methods of overcoming negative impact of the environment and methods of psychosocial rehabilitation and adaptation of persons suffering from mental and psychosomatic disorders, and finding ways of ending co-dependent toxic relations.

Key words

Spiritual security, mental health, psychological well-being, religious identity.

Рассмотрим сначала понятие «безопасность». Интерес к проблемам безопасности существенно усиливается с появлением кризисных и катастрофических ситуаций в обществе и природе. Именно на текущее столетие приходится обострение многих глобальных проблем, которые могут повлечь негативные последствия не только для человечества, но и вообще для всей жизни на планете, что делает особенно важным выбор дальнейшей стратегии человеческой деятельности [4, с. 7].

В настоящее время «безопасность» как общенаучная категория по отношению к личности трактуется следующим образом:

- уровень защищенности интересов объектов безопасности;
- определенное состояние объектов безопасности, при котором они способны противодействовать угрозам и преодолевать опасности;
- состояние и тенденции развития защищенности жизненно важных интересов социума;
- результат социальной деятельности по обеспечению безопасности личности, общества, государства;
- достаточность системы мер предотвращения угроз и преодоления опасности;
- состояние, тенденции развития и условия жизнедеятельности социума, его структур;
- совокупность актуальных факторов, обеспечивающих благоприятные условия;
- система, составными элементами которой являются угрозы, интересы и факторы воздействия на них, а также методы обеспечения национальной безопасности.

С одной стороны, по своей сущности «безопасность» представляет собой субъективно-рефлексивное оформление человеком своего существования по отношению к опасности, которая ощущается им в виде сигналов тревоги и страха, а мотивом обеспечения безопасности является избегание опасности.

С другой стороны, безопасность — проявление закона самосохранения как объективно обусловленного факта бытия, который «определяет уровень качества и продолжительности „жизни“ социальных организованных систем жизнедеятельности общества в зависимости от приоритетов основных, целесообразных, разумных направлений и способов форм организации защиты (сохранения) „жизни“» [2, с. 211].

Актуальность вопроса не снимается при проблеме экологической угрозы и повышения уровня безопасности человека в реальной окружающей объектной среде. Умение обеспечить безопасность жизнедеятельности в чрезвычайных ситуациях природного, техногенного и социального характера во многом

определяется психологической устойчивостью человека и уровнем его психологической грамотности. Кроме того, существующие в настоящее время средства и технологии воздействия на психику, особенно на психику молодежи (манипулирование сознанием), остро ставят вопрос о духовно-психологической безопасности молодого человека. Широкое распространение в нашей стране новых нетрадиционных религиозных объединений, всемирно известных тоталитарных сект, оккультных течений и разнообразных компьютерных игр дают основание говорить о необходимости обеспечения духовной безопасности личности, начиная с раннего возраста. Неумение распознать деструктивные психологически и духовные факторы и защитить себя от них ведет к разрушению личности, к психической и социальной деградации вплоть до суицида.

Безопасность — это многозначное понятие, отражающее в первую очередь защищенность, а также низкий уровень риска как для человека, так и для общества в целом. Жизнь вне опасности очень ценится в обществе, следовательно, безопасность принимает форму социальной ценности.

Духовная безопасность является неотъемлемой составляющей гармоничного развития общества, поскольку включает в себя морально-нравственные ценности, а также духовную культуру, являющуюся частью общей системы социума. Духовная культура, с одной стороны, характеризует внутреннее богатство человека, степень его развития, с другой стороны, предполагает деятельность, направленную на совершенствование человека и общества, созидание новых духовных ценностей. Такие ценности могут быть определены как результаты различных видов умственной и художественной деятельности человека, получившие высокое общественное признание и ставшие фактором культуры. То есть это своеобразный духовный капитал человечества, накопленный за тысячелетия, который не только не обесценивается, но и, как правило, прибавляется.

В условиях глобализации популярные культурные течения вытесняют национальные культуры, соответственно, ценностные ориентиры также претерпевают изменения, а это не всегда положительно сказывается на духовном сознании. Объявленная ЮНЕСКО одна из главных задач мирового сообщества — сохранение культурных и этнических традиций, чему может способствовать укрепление духовно-нравственных ценностей. Императив времени: человечество должно придерживаться моральных принципов, так как «самая страшная из грозящих нам катастроф, это не столько атомная, тепловая и тому подобные вари-

анты физического уничтожения человечества (а может быть, и всего живого) на Земле, сколько антропологическая — уничтожение человеческого в человеке» [5, с. 8].

Таким образом, духовная безопасность играет принципиально важную роль в жизни человека и общества, поскольку именно от степени сформированности духовных ценностей личности в конечном счете зависит безопасное состояние социума.

Утрата смысловых исторических ориентиров общественного развития толкает многих наших соотечественников на поиск в религиозной сфере выхода из духовного кризиса. Зачастую религиозные традиции начинают рассматриваться в качестве маяков, на которые должно ориентироваться в своем движении общество. 90-е годы прошлого столетия явились временем небывалого взлета и расцвета религиозных организаций, в том числе несвойственных российской культуре, зачастую деструктивных культов. Сотни тысяч молодых людей стали носителями религиозного сознания и были вовлечены в структуру и деятельность различных религиозных организаций. Как правило, это малоактивная часть населения, люди с низкой развитой инициативностью и волевым потенциалом. Такие молодые люди скорее и легче всего поддаются под воздействием религиозной пропаганды, угроз духовной безопасности молодежи.

Следует признать, что в связи с этим проблема веротерпимости в нашей многонациональной, много-религиозной стране сегодня становится чрезвычайно сложной. Проблема национальной идентичности, поиска национального самоопределения выдвигает на первый план ряд задач, которые решает весь мир. В частности, в западных странах разрабатывают «межкультурную коммуникацию для безопасности многих культур».

Отсюда возникает необходимость в психологических ресурсах, с одной стороны, обеспечивающих защищенность личности, с другой стороны — обуславливающих социально-безопасное поведение. Важной задачей становится обеспечение безопасности общества, в том числе поддержание нормативного поведения его членов. Религиозное сознание как раз и содержит нормы, ценности, предписания, которые детерминируют поведение верующего и делают его управляемым и контролируемым. Именно поэтому в современных условиях активный рост религиозного сознания является важным фактором как контроля, так и манипулирования массами. В связи с этим изучение нормативно-ценностной составляющей религиозности, нравственных норм, обусловленных религией, представляется чрезвычайно своевременным и актуальным. Необходимо прояснить, какую роль в обеспечении духовной безопасности современной молодежи играет религиозное сознание.

Духовная безопасность и психическое здоровье современной молодежи — это два важнейших показателя современного состояния общества. Большая роль в решении этих вопросов принадлежит семье. Семью привыкли рассматривать как очаг любви, где человека окружают самые близкие и дорогие люди.

Однако при более пристальном рассмотрении оказывается, что это не всегда именно так. Семья все чаще напоминает театр военных действий, арену ожесточенных споров, взаимных обвинений и угроз, доходящих до применения физической силы. Число детей, проживающих в неблагополучных семьях, очень велико. По статистике на учете в полиции сегодня стоит 15 000 родителей, оказывающих отрицательное влияние на своих детей.

Исследование психических состояний и характеристик личности подростков проводилось Косых Г.В. и Полевской И.А., которые отметили, что у 70–90% детей из неблагополучных семей наиболее выражена такая характеристика личности, как «психопатия» и высоко выражены характеристики личности «истерия», «паранояльность», «шизофрения», «гипомания».

Авторы исследования сделали выводы, что «ипохондрия формируется в случае проявления неустойчивого стиля воспитания и расширения сферы родительских чувств; депрессия — в случае проявления воспитательной неуверенности родителя; истерия — при предъявлении чрезмерных требований и запретов с последующей минимальностью санкций в случае их невыполнения; психопатия — в случае проявления расширения сферы родительских чувств; паранояльность — в случае проявления неустойчивости стиля воспитания; психастения — при вынесении конфликтов между родителями в сферу воспитания; шизофрения — в случае отрицания наличия в том числе и женских качеств в ребенке; гипомания — в случае предъявления минимальности санкций даже за значимые проступки» [1, с. 170].

Поэтому от родителей в современной семье требуется духовная концентрация и собранность в вопросах воспитания детей. Любому родителю будет полезно знать о духовном воспитании своих детей, даже если сами родители не религиозны. Важно защитить человека в глобальном мире, а это может только здоровый иммунитет как взрослых, так в последствии и самих детей, организованный внутренний мир, экзистенция свободного «Я», понимание значения дарованной «субъектности» как особого дара.

Юность — это возраст поиска и экспериментов. Однако экспериментирование в этом возрасте может быть чревато угрозами для жизни и здоровья. Поиски новых средств и подходов в воспитании, когда важно показать молодежи возможные психологические и духовные опасности, которые таят в себе информационные средства (реклама, кино, интернет и т.д.), а также общение и духовный опыт, получаемый в эзотерических знаниях, магии, нетрадиционных религиозных течениях и культурах. В настоящее время, когда идет «игра» с понятием толерантности, необходимо, чтобы молодежь осознала, что человек может и должен говорить «нет» в ситуациях, противоречащих его жизненным установкам. Педагогически целесообразно именно в старшем школьном возрасте научить алгоритму принятия решения и способам отстаивания своего решения, научить говорить «нет» в проблемной ситуации.

Важно формировать у молодежи целостного представления об устройстве человека, типологии опас-

ных ситуаций психического и духовного характера, которые могут возникнуть в их жизни, способах распознавания и мерах защиты, предвидении последствий, иными словами, формировать духовно-нравственную компетентность. Поэтому глобальными задачами для сохранения психического здоровья могут являться «формирование самостоятельного мышления, нравственной позиции, внимания к внутреннему миру, способу рассуждения и различения близкого, но разного, рефлексии своей субъектности и идентично-

сти, а также ознакомление с опасностями психологического, психического и духовного характера, угрожающими человеку в современной жизни» [3].

Можно сделать вывод, что средствами формирования духовно-нравственной компетентности как высшего уровня духовной безопасности и сохранения психического здоровья молодежи являются нравственное воспитание, ценностные ориентации, приобщение к духовным традициям, формирование религиозной идентичности.

Библиографический список

1. Косых Г. В., Полесская И. А. Особенности формирования социально-психологической безопасности личности в неблагополучных семьях // Safety of a Person and Society. Materials of the International Scientific Conference. December 7–8, 2014. Prague, 2014. С. 167–173.
2. Соловьев В. С. Теория социальных систем: в 3 т. Т. 1: Теория организации социальных систем. Новосибирск, 2005.
3. Соколовская И. Э., Битехтина Л. Д. Духовная безопасность подрастающего поколения как залог здоровой нации XXI века. Материалы Международной научно-практической конференции. 16–19 мая 2011 г. Лейбек-Збруй. Польша, 2011. 205 с.
4. Урсул А. Природа безопасности // Безопасность Евразии. 2008. № 1.
5. Шрейдер Ю. А. Утопия или устроительство // Глобальные проблемы и общечеловеческие ценности. М., 1990. С. 7–25.

ОСОБЕННОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ КОГНИТИВНЫХ ЗАДАЧ ДЕТЬМИ С РАЗНОЙ ИНТЕНСИВНОСТЬЮ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЦИФРОВЫХ УСТРОЙСТВ*

Солдатова Г. У., д. псих. н., член-корр. Российского авторского общества,
профессор факультета психологии
ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М. В. Ломоносова»,
Вишнева А. Е., клинический психолог Центра патологии речи и нейрореабилитации,
факультет психологии
ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М. В. Ломоносова»,
Фонд Развития Интернет,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

Представлены результаты исследования особенностей выполнения когнитивных задач детьми дошкольного и младшего школьного возраста с разной длительностью пользования цифровыми устройствами в день. Для исследования особенностей использования цифровых устройств была разработана специальная анкета, для исследования состояния когнитивных функций использовалась батарея нейропсихологических методик, адаптированных Ахутиной Т. В. для данной возрастной категории. Полученные результаты согласуются с современными исследованиями в том, что дети со средним диапазоном цифровой активности оказываются наиболее эффективными при выполнении когнитивных задач.

Ключевые слова

Инфокоммуникационные технологии, нейропсихологическая диагностика, высшие психические функции, пользовательская активность.

* Работа выполнена при поддержке гранта РФФИ № 17-06-00762.

INFLUENCE OF THE USE OF DIGITAL DEVICES ON THE PERFORMANCE OF COGNITIVE TASKS BY CHILDREN

Soldatova G. U., Corresponding Member of Russian Academy of Education,
Professor, Faculty of Psychology, Lomonosov Moscow State University,

Vishneva A. E., Clinical Psychologist of Speech Pathology and Neurorehabilitation Center,
Lomonosov Moscow State University,
Faculty of Psychology, Lomonosov Moscow State University,
Foundation for Internet Development,
Moscow, Russian Federation

Abstract

The article investigates the performance of cognitive tasks by children considering how much time they spend using digital devices. To study the features of the use of digital devices, a special questionnaire was developed. A battery of neuropsychological techniques adapted for a given age category (Akhutina T. V.) was used to study the state of cognitive processes. Children of primary school age with an average level of Internet activity turned out to be the most successful in performing cognitive tasks. The results are consistent with the data obtained in the studies on the impact of digital technologies on the cognitive development of children.

Key words

Infocommunication technologies, neuropsychological diagnostics, higher mental functions, Internet activity.

Инфокоммуникационные технологии (ИКТ) с каждым годом все больше трансформируют повседневную жизнь как взрослых людей, так и детей. ИКТ становятся значимым культурным орудием, опосредующим личностное, эмоциональное, поведенческое и когнитивное развитие детей и подростков. Использование ИКТ предоставляет новые возможности в обучении, развитии, творчестве, общении с близкими. Но наряду с перечисленными возможностями цифровые технологии определяют возникновение ряда существенных и еще мало изученных рисков, связанных с чрезмерной увлеченностью цифровыми устройствами, столкновением с несоответствующей возрасту информацией, формированием нездоровых отношений в семье.

Недостаточно изученным и спорным остается вопрос о влиянии ИКТ на развитие высших психических функций детей. Существуют две принципиально противоположные точки зрения о влиянии ИКТ на высшие психические функции: положительная [Small, Vorgan, 2008] и отрицательная [Шпитцер, 2014]. Однако в настоящее время появляется все больше исследований, доказывающих, что цифровые технологии предоставляют подрастающему поколению больше преимуществ, чем недостатков.

Так, А. Фиш с коллегами показали, что дети, пользующиеся домашними цифровыми устройствами, имеют более высокие показатели когнитивного развития, чем дети, не имеющие компьютера дома [Fish, Li, McCarrick, Partridge, 2008]. Аналогичные результаты были получены другой группой исследователей [Jackson, Witt, Games et al., 2012], показавших, что у детей, пользующихся Интернетом, выше успеваемость по сравнению с детьми, которые не использовали Интернет. В последнее десятилетие появились исследования, доказывающие положительное влияние

цифровых технологий на развитие визуального интеллекта: способность контролировать несколько визуальных стимулов одновременно, визуализацию пространственных отношений [DeBell, Charman, 2006], распознавание образов, развитие зрительной памяти [Van Deventer, White, 2002], метакогнитивные функции планирования, выбора стратегии поиска и оценки информации [Tarpley, 2001].

Учитывая неотвратимость внедрения новых технологий в повседневную жизнь, большинство исследователей все чаще применяют безоценочный подход — изучают и констатируют изменения когнитивных процессов детей и подростков под влиянием ИКТ, а не рассматривают ИКТ как нечто плохое или хорошее [Agosto, 2002; Barr, Pennycook, Stolz, Fugelsang, 2015; George, Odgers, 2015; Mills, 2016 и др.].

Несмотря на возрастающую актуальность данного вопроса, до настоящего времени наблюдается недостаток систематизированных исследований влияния ИКТ на развитие высших психических функций (памяти, внимания, мышления) детей.

Описание исследования

Цель данного исследования. Изучение влияния пользовательской активности (ПА) — длительности (интенсивности) и частоты пользования цифровыми устройствами — на развитие когнитивных функций детей дошкольного и младшего школьного возраста.

Задачи исследования:

— изучение особенностей пользовательской активности: частоты и длительности использования Интернета детьми;

— исследование состояния высших психических функций (ВПФ) у детей с разной пользовательской активностью при помощи батареи нейропсихологических методик.

Характеристики респондентов. В исследовании приняли участие дети двух возрастных групп: дошкольники 5–7 лет ($N = 50$ чел.) и младшие школьники 7–11 лет ($N = 50$ чел.), имеющие опыт использования цифровых устройств, а также их родители ($N = 100$ чел.), проживающие в Москве. Выборка детей была уравновешена по полу и возрасту. Дети дошкольного возраста: 26 девочек и 24 мальчика. Дети младшего школьного возраста: 25 девочек и 25 мальчиков.

Процедура и методы исследования. Исследование проводилось на основе специально разработанного научным коллективом методического комплекса, скорректированного по результатам апробации, который предусматривал: 1) нейропсихологическое обследование, 2) социально-психологический опросник для каждой возрастной группы, включающий в себя несколько блоков вопросов, а также специальные психологические методы и методические приемы. Исследование проводилось на дому в семьях в форме индивидуального интервью с каждым ребенком, родители заполняли социально-психологический опросник.

Нейропсихологическое обследование для обеих возрастных групп детей включало в себя следующие методики [Ахутина, 2016]: 1) динамический праксис; 2) слухоречевая память (запоминание двух групп по три слова); 3) счетные операции; 4) отсроченное воспроизведение слов; 5) зрительно-пространственная память (воспроизведение по памяти четырех трудновербализуемых фигур); 6) составление рассказа по серии сюжетных картинок; 7) графическая проба «Забор»; 8) тест точки (на компьютере); 9) отсроченное воспроизведение фигур (из пробы по зрительно-пространственной памяти).

Перечисленные нейропсихологические методики были направлены на диагностику следующих нейропсихологических индексов [Ахутина, 2016]: 1) программирование и контроль; 2) серийная организация движений; 3) переработка слуховой информации; 4) переработка зрительно-пространственной информации; 5) левополушарные функции; 6) правополушарные функции; 7) функции первого блока мозга (тонус, утомляемость, гиперактивность).

Обработка полученных результатов проводилась в статистической программе IBM SPSS Statistics 22. Проводился корреляционный и однофакторный дисперсионный анализ (ANOVA), с помощью которого выявлялись различия в группах детей с разной цифровой активностью.

В настоящей работе сравнивается результативность выполнения нейропсихологических методик детьми с разной длительностью использования цифровых устройств в день. Нейропсихологические методики отражают развитие определенных зон мозга, отвечающих за разные когнитивные функции. Остальные результаты не вошли в настоящую работу по причине ограниченного формата статьи.

Результаты исследования и их обсуждение. Все респонденты были разделены на группы в зависимости от возраста (дошкольники/школьники) и пользовательской активности. В таблице представлены резуль-

таты распределения детей по группам в зависимости от пользовательской активности. В дошкольном возрасте 44% (22 ребенка из выборки в 50 человек) редко пользуются Интернетом и цифровыми устройствами, 48% детей пользуются Интернетом и другими цифровыми устройствами 1–3 ч в день и только 8% детей пользуются цифровыми устройствами 1–3 ч в будни и более 3 ч в выходные (см. таблицу). В младшем школьном возрасте картина пользовательской активности меняется. Только 14% детей редко используют цифровые устройства; 66% (33 человека из 50) детей пользуются Интернетом и цифровыми устройствами от 1 ч до 3 ч в день (средняя пользовательская активность); 20% детей пользуются цифровыми устройствами более 3 ч в день (высокая пользовательская активность).

Полученное статистическое распределение детей по пользовательской активности отражает реальную социальную ситуацию частоты и длительности пользования цифровыми устройствами детьми дошкольного и младшего школьного возраста в Москве [Солдатова, Шляпников, 2015; Soldatova et. al., 2014].

Особенности развития когнитивных процессов у детей с разной увлеченностью цифровыми устройствами и Интернетом оказались различными в группе дошкольников (5–7 лет) и в группе младших школьников (7–10 лет).

В группе **дошкольников** было получено меньше различий в выполнении нейропсихологических методик в зависимости от пользовательской активности, чем в группе младших школьников. Значимые различия наблюдались только в индексе функций *серийной организации движений* и на уровне тенденции в индексах переработки слуховой информации и правополушарных функций. Отмечалась следующая закономерность: чем выше пользовательская активность у детей дошкольного возраста, тем хуже в среднем они выполняли нейропсихологические методики. Дети, которые больше времени пользуются Интернетом, демонстрировали худшее выполнение графической пробы «Забор» ($mean = 3,25$; $p < 0,01$). У них отмечались тенденции к расширению программы, отрывы руки от листа бумаги, наличие «площадок» и упрощение программы в методике на динамический праксис. Дети с низкой пользовательской активностью лучше всех выполняли графическую пробу ($mean = 1,36$). Дети со средней пользовательской активностью показывают средние результаты. Дети с высокой пользовательской активностью на уровне тенденции хуже других детей повторяют предъявляемые на слух слова (при первом предъявлении) и хуже удерживают в памяти данные слова при произвольном запоминании (первая серия).

Также на уровне тенденции были получены различия при составлении рассказа по серии картинок. Дети со средней и высокой пользовательской активностью в среднем имели больше ошибок при составлении рассказа из-за слабости правополушарных функций, т. е. допускали малореалистичное толкование событий, изображенных на картинке, с игнорированием нескольких компонентов картинке. Значимых разли-

Количество детей дошкольного и младшего школьного возраста с разной пользовательской активностью

Возрастная категория	Пользовательская активность (пользование Интернетом)		
	Низкая (менее 1 ч и в будни, и в выходные)	Средняя (1–3 ч и в будни, и в выходные)	Высокая (1–3 ч в будни и более 3 ч в выходные)
Дошкольники (5–7 лет) $N = 50$	22 (44%)	24 (48%)	4 (8%)
Младшие школьники (7–10 лет) $N = 50$	7 (14%)	33 (66%)	10 (20%)

чий в других нейропсихологических индексах между группами детей с разной цифровой активностью дошкольного возраста обнаружено не было.

У **детей младшего школьного возраста (7–11 лет)** отмечалось больше различий в зависимости от цифровой активности, по сравнению с детьми дошкольного возраста. В отличие от детей более раннего возраста наиболее продуктивными при выполнении нейропсихологических методик оказались дети со **средней пользовательской активностью** (пользование Интернетом 1–3 ч и в будни, и в выходные).

Данные дети лучше усваивают двигательную программу в методике на мануальный динамический праксис ($\text{mean} = 0,21$; $p < 0,05$), им требуется меньше времени при составлении рассказа по серии сюжетных картинок (индекс *программирования и контроля произвольной деятельности*). Продуктивность выполнения графической пробы достаточно высокая (у них больше всего «пачек» на листе бумаги), но им требуется больше времени на выполнение данного задания, чем другим детям. Данные дети допускают меньше всего ошибок зеркального изображения фигур и трансформации фигуры в знак в методике на зрительную память при одинаковой для всех детей продуктивности выполнения задания (индекс *переработки зрительно-пространственной информации*).

Различия в индексе *функций переработки слуховой информации* касаются воспроизведения заучиваемых слов. Дети со средней пользовательской активностью демонстрируют лучшие показатели при запоминании слов в методике на слухоречевую память ($\text{mean} = 5,7$; значимость различий $p < 0,01$). Максимальные различия обнаружены только относительно второго воспроизведения, в первом воспроизведении — различия на уровне тенденций, в третьем и отсроченном воспроизведении значимых различий нет. Дети со средней пользовательской активностью меньше делают ошибок в лексическом оформлении рассказа по серии картинок. У них отмечается меньшая утомляемость и нарушение тонуса рук при выполнении пробы на динамический праксис (индекс *функций первого блока мозга*). В индексах развития *левополушарных и правополушарных функций* эти дети демонстрируют средние результаты.

Дети с **низкой пользовательской активностью** (менее часа и в будни, и в выходные), по сравнению с детьми со средней пользовательской активностью, хуже усваивают двигательную программу в мануальном динамическом праксисе ($\text{mean} = 0,57$; $p < 0,05$),

им требуется больше времени для выполнения компьютерного теста «точки», особенно третьей серии заданий (индекс *функций программирования и контроля*). Но данные дети лучше других выполняют графическую пробу на листе бумаги, для выполнения им требуется меньше времени (низкая цифровая активность — 27,86 с, средняя — 46,15 с, высокая — 47,10 с, уровень значимости $p < 0,05$) (индекс *серийной организации движений*). При одинаковой продуктивности зрительной памяти у всех исследуемых детей дети с низкой ПА чаще остальных допускали ошибки зеркального изображения и трансформации фигур в знак (индекс *переработки зрительно-пространственной информации*). Они лучше удерживают строку при выполнении графомоторной пробы (индекс *функций первого блока мозга*).

Дети с **высокой пользовательской активностью** (более 3 ч в день) лучше других детей ориентируются в компьютерных заданиях. В тесте «точки» они быстрее всех выполняли задания, особенно в третьей, наиболее сложной пробе, требующей хорошей концентрации и распределения внимания. Однако по продуктивности выполнения компьютерных заданий они не отличаются от детей из других групп. При выполнении нейропсихологических методик они демонстрировали или средние результаты, или результаты ниже среднего. В методике на мануальный динамический праксис они хуже других усваивали двигательную программу ($\text{mean} = 0,90$; $p < 0,05$) (индекс *программирования и контроля*). Данные дети медленнее других выполняли графическую пробу (индекс *серийной организации движений*). При составлении рассказа эти дети допускали больше лексических ошибок (значимость различий на уровне тенденции), их словарь оказался более бедным, отмечался поиск нужного слова, вербальные замены слов (индекс *переработки слуховой информации*). В методике на динамический праксис данные дети быстрее других утомлялись, у них чаще наблюдался гипертонус рук, избыточная амплитуда движений при выполнении пробы (индекс *функций первого блока мозга*). При выполнении графомоторной пробы они хуже других удерживали ровную строку (значимость различий $p < 0,05$).

Полученные результаты указывают на положительное влияние цифровых устройств на развитие когнитивных функций детей, что согласуется с выше упомянутыми зарубежными исследованиями. Важно отметить, что положительную роль играет умеренное пользование Интернетом (средний уровень цифровой активности). Дети с высокой цифровой активностью

были менее продуктивны при выполнении методик, как и дети с низкой цифровой активностью. Однако положительное влияние цифровых устройств в нашем исследовании касалось детей младшего школьного возраста. У дошкольников увеличение цифровой активности было связано с ухудшением продуктивности, особенно в функции переключения в рамках одного задания и с одного задания на другое (серийная организация движений). Возможно также, что данные результаты связаны с неравномерностью выборки и с малочисленностью группы детей дошкольного возраста с высокой цифровой активностью.

Выводы

Была получена разная картина состояния когнитивных функций у дошкольников и младших школьников в зависимости от времени, которое дети в среднем проводили с электронными устройствами.

Основные различия были получены в группе младших школьников. У детей дошкольного возраста вы-

явилась следующая закономерность: чем больше ПА, тем хуже развита функция серийной организации движений, хуже переключение и ниже продуктивность в графических пробах.

Дети младшего школьного возраста со средним уровнем ПА оказывались наиболее эффективными в выполнении нейропсихологических методик. У них в среднем лучше развита функция включения в задание и переключения с одного задания на другое; они лучше контролируют процесс выполнения заданий, избегая ошибок; при устном составлении рассказа используют разнообразную лексику; у них меньше утомляемость и лучше тонус рук.

Результаты, полученные в исследовании, позволяют предположить, что использование цифровых технологий и Интернета (средний уровень цифровой активности) может быть эффективно для когнитивного развития детей младшего школьного возраста при правильном планировании учебного времени и времени отдыха.

Библиографический список

1. Методы нейропсихологического обследования детей 6–9 лет / под ред. Т. В. Ахутиной. М., 2016. 239 с.
2. Солдатова Г. У., Шляпников В. Использование цифровых устройств детьми дошкольного возраста // Нижегородское образование. 2015. № 3. С. 78–84.
3. Шнумцер М. Антимозг // Цифровые технологии и мозг. М.: АСТ, 2014.
4. Agosto D. E. Bounded rationality and satisficing in young people's Webbased decision making // Journal of the Association for Information Science and Technology. 2002. V. 53. No. 1. P. 16–27.
5. Barr N., Pennycook G., Stolz J. A., Fugelsang J. A. The brain in your pocket: Evidence that Smartphones are used to supplant thinking // Computers in Human Behavior. 2015. V. 48. P. 473–480.
6. DeBell M., Chapman C. Computer and Internet Use by Students in 2003 // Statistical Analysis Report. NCES 2006–065. Washington (D. C.): National Center for Education Statistics, 2006.
7. Fish A. M., Li X., McCarrick K., Partridge T. Early Childhood Computer Experience and Cognitive Development among Urban Low-Income Preschoolers // Journal of Educational Computing Research. 2008. V. 38 (1). P. 97–113.
8. George M. J., Odgers C. L. Seven fears and the science of how mobile technologies may be influencing adolescents in the digital age // Perspectives on psychological science. 2015. V. 10. No. 6. P. 832–851.
9. Jackson L. A., Witt E. A., Games A. I., Fitzgerald H. E., von Eye A., Zhao Y. Information technology use and creativity: Findings from the Children and Technology Project // Computers in Human Behavior. 2012. V. 28 P. 370–376.
10. Mills K. L. Possible effects of internet use on cognitive development in adolescence // Media and Communication. 2016. V. 4. No. 3. P. 4–12.
11. Soldatova G., Rasskazova E., Zotova E., Lebesheva M., Geer M., Roggendorf P. Russian Kids Online: key findings of the EU Kids Online II survey in Russia // Foundation for Internet Development, 2014. [Электронный ресурс]. URL: http://eprints.lse.ac.uk/60575/1/__lse.ac.uk_storage_LIBRARY_Secondary_libfile_shared_repository_Content_EU%20Kids%20Online_Russian%20Kids%20Online_EU%20Kids%20Online_Russian%20Report_2014.pdf (accessed 02.02.2018).
12. Tarpley T. Children, the Internet, and other new technologies // D. Singer, J. Singer (Eds.). Handbook of Children and the Media. Thousands Oaks (CA): Sage Publications, 2001. P. 547–556.
13. Van Deventer S. S., White J. A. Expert behavior in children's video game play // Simulation & Gaming. 2002. V. 33. No. 1. P. 28–48.

ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ ДОШКОЛЬНИКОВ В УСЛОВИЯХ ФОРСИРОВАНИЯ ИХ РАЗВИТИЯ

Старостина Ю. А., к. псих. н.,
факультет психологии,
ФБГОУ ВО «Московский государственный университет имени М. В. Ломоносова»,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

Цель исследования — рассмотреть особенности эмоциональной сферы дошкольников, связанной с мотивационной направленностью матерей на форсирование их развития. Дети, чьи матери стремятся к форсированию их развития, менее позитивно относятся к своим матерям и не ощущают с ними близости, а в их мотивационной сфере зафиксировано четкое стремление к достижениям.

Ключевые слова

Форсирование развития ребенка, дошкольник, отношение к матери, тревожность, стремление к достижениям.

EMOTIONAL SPHERE OF PRESCHOOLERS IN THE CONTEXT OF FORCING THEIR DEVELOPMENT

Starostina Y. A., PhD (Psychology),
Faculty of Psychology, Lomonosov Moscow State University,
Moscow, Russian Federation

Abstract

The study investigates the emotional sphere of a preschooler in the situation when the mother forces her child's development. It is a common response that these children have a weaker emotional connection with their mothers, while acquiring a distinct pursuit of achievements.

Key words

Motivational sphere, emotional aspects of parent-child interaction, maternity, forcing development, pre-school age.

Сегодня в популярных и широко распространенных изданиях по воспитанию и развитию детей обучение ребенка рекомендуется начинать уже с 6–8 месяцев, а в некоторых — даже до рождения [3, 8]. Декларируемая причина столь раннего начала обучения в том, что основа интеллекта человека, а следовательно, и его образованности, достижениях всей будущей жизни закладываются в первые годы жизни ребенка — от рождения до 4–5 лет [1, 4].

Индустрия «раннего развития» обрела восприимчивую аудиторию со стороны родителей, которые поддерживают идею о том, что детям раннего и дошкольного возраста недостаточно учиться спонтанно, благодаря собственному любопытству, игре и помощи со стороны близких взрослых. Категория развивающих игр и фильмов для детей раннего возраста представляет сегодня бизнес, чья ежегодная прибыль — около 1 миллиарда долларов [7]. Родители стремятся тщательно организовать раннее и дошкольное детство ребенка, сделать полезным даже досуг, но зачастую так заняты «развитием» своих детей, что времени на обычное общение в семье просто не остается.

Родителям, не желающим, чтобы их дети принимали участие в гонке за акселерацией развития, приходится непросто. Американские авторы утверждают, что сегодня интеллект ребенка «наряду с машиной последней модели и самой лучшей домашней техникой стал еще одним важным достижением в соревновании за то, чтобы все было „не хуже, чем у людей“» [7, с. 35].

В данном случае мы считаем возможным говорить о форсировании развития детей. Под термином «форсирование развития» мы понимаем стремление родителя ускорить развитие ребенка за счет более раннего перехода ребенка на последующую возрастную ступень развития [5, 6]. Подразумевается, что родители путем специальной организации жизни ребенка (например, познавательных или интеллектуальных занятий) стараются достичь появления у ребенка определенных качеств и видов деятельности, характерных для детей старшего возраста. Мы считаем, что форсирование развития ребенка — это скорее искусственная акселерация развития ребенка, чем простое введение дополнительных стимулов в окружающую ребенка

ка среду. Это опережение норм развития, принятых в возрастной психологии, а не обогащение среды ребенка, не «амплификации условий детского развития» [2]. Для дошкольника форсирование развития заключается в чрезмерном акценте на интеллектуальных видах деятельности, раннем обучении чтению, счету, письму, чрезмерной регламентации жизни ребенка, когда не остается времени и возможности на игровую и свободную активную деятельность ребенка.

Нами было проведено диссертационное исследование, в котором приняли участие 114 детей дошкольного возраста (5,5–7 лет). Выборка была поделена на две равные группы (по 57 человек) в связи с направленностью матерей на форсирование развития ребенка: группа 1 — дошкольники, чьи матери стремятся к форсированию развития ребенка, группа 2 — дошкольники, для чьих матерей не характерно стремление к форсированию развития ребенка. Группы были выделены по 2 основаниям: прямому заявлению матери о своем желании, чтобы «ребенок развивался быстрее, чем сверстники» (фиксируемому в ответе на вопросы авторского опросника) и реальной социальной ситуации развития ребенка: посещению двух и более кружков (суммарное количество посещений — не менее 4 раз в неделю, помимо занятий в детском саду), посещению групп раннего развития в прошлом и познавательным занятиям с мамой дома.

Рассмотрим результаты, полученные с помощью двух методик («Рисунок семьи» и методики мотивационных индукций «Цветик-семицветик»), направленных на диагностику эмоционально-мотивационной сферы ребенка-дошкольника.

Посещение детьми дошкольного возраста разного рода дополнительных занятий, цель которых — получение определенных навыков, развитие познавательных и творческих способностей, направленных на физическое развитие ребенка — сегодня очень распространенная практика. Согласно полученным нами результатам, большинство современных дошкольников посещают занятия трех типов: интеллектуальные, творческие и спортивные. Для детей, чьи матери стремятся к форсированию их развития, характерно посещение гораздо большего количества занятий, и интеллектуальные среди них преобладают. Этот результат подчеркивает ценность интеллектуального развития ребенка для современных матерей и хорошо согласуется с данными, полученными в первой части исследования: о возможных мотивировках стремления к форсированию. И матери добиваются успеха: показатели уровня интеллекта в среднем выше у детей, чьи матери стремятся к форсированию их развития.

Большое количество дополнительных занятий, помимо посещения детского сада, приводит к дефициту общения внутри семьи, свободного нерегламентированного общения со сверстниками, дефициту соб-

ственной активности ребенка и возможностей для проявления его собственной инициативы. По сути, можно говорить об особой социальной ситуации развития этих детей, когда депривированными оказываются свободная игра и общение с родителями. Не стоит забывать, что в условиях жизни в городе посещение большого количества секций ведет к тому, что большая часть времени ребенка тратится не только на сами занятия, но и на подготовку к ним и на то, чтобы добраться до места проведения занятия. Таким образом, даже если ребенок физически проводит это время с родителем — качество общения ребенка и родителя снижается. Это, в свою очередь, может быть причиной таких зафиксированных переживаний ребенка, чье развитие форсируется, как дефицит близости с матерью и позитивного отношения к ней.

У более половины всех обследуемых дошкольников зафиксирована тревожность, и меньше половины детей воспринимают свою семью сплоченной и целостной. Видимо, в целом в современном обществе и в семьях складывается ситуация, не способствующая снижению тревожности ребенка, гармонизации и благополучию его развития. Тем не менее дошкольники из второй группы, чьи матери не стремятся к форсированию развития ребенка, больше ощущают свою близость к матери, значимо чаще ($\chi^2 = 4,331$; $p < 0,05$) относятся к своей матери позитивно. Фигура матери значима для них и не вызывает страха и угрозы, отношение к ней явно положительное. Поэтому, возможно, форсируя развитие ребенка, матери лишают его очень важного — ощущения безопасности, эмоциональной поддержки и ощущения беспрепятственной возможности обратиться за помощью. Мы связываем это с тем, что дошкольники, чьи матери стремятся к форсированию развития ребенка, ощущают условность материнского принятия себя как объект материнской оценки, и, возможно, уже свое несоответствие требованиям родителя.

В мотивационной сфере дошкольников, чье развитие форсируется, значимо чаще присутствуют желания, свидетельствующие об их стремлении к достижениям, в частности учебным ($p < 0,01$ по критерию χ^2 -квадрат Пирсона). Как нам представляется, возможные причины этого желания ребенка лежат в материнском стремлении к воспитанию ребенка как предмета гордости и его условном принятии [6]. Здесь важно, что дети не заявляют о желании что-то новое узнать, понять, чему-то научиться, отмечается сразу стремление к результату и успеху: «хочу получать пятерки», «хочу стать отличником». Таким образом, мы видим неблагополучие не только в актуальной ситуации детско-родительских отношений дошкольников в ситуации форсирования их развития, но и серьезный фактор риска для будущей школьной жизни ребенка.

Библиографический список

1. Доман Г. Как научить ребенка читать. М.: АСТ, Астрель, 2004. 256 с.
2. Запорожец А. В. Избранные психологические труды: в 2 т. Т. 1: Психическое развитие ребенка. М.: Педагогика, 1986. 320 с.

3. Лазарев М. Л. Музыкальный интеллект как основа модели гармонизации развития ребенка на разных стадиях онтогенеза, включая пренатальный возраст // Вестник МГУКИ. 2012. № 4. С. 158–164.
4. Маниченко А. А. 10 законов обучения с пеленок. Челябинск: Умница, 2013. 80 с.
5. Старостина Ю. А. Материнские представления о развитии ребенка как основа стремления к его форсированию // Вестник Московского государственного областного университета. Сер. Психологические науки. 2012. № 4. С. 40–43.
6. Старостина Ю. А. Особенности мотивационной сферы матерей дошкольников и специфика эмоциональной стороны детско-родительского взаимодействия в условиях форсирования детского развития // Педагогическое образование в России. 2015. № 11. С. 163–167.
7. Хирш-Пасек К., Михник Голинкофф Р. Эйнштейн учился без карточек. М.: Эксмо, 2015. 464 с.
8. Van de Carr R. Enhancing early speech, parental bonding and physical development using prenatal intervention in standard obstetric practice // Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health. V. 1. No. 1. 1986. P. 20–31.

PROMOTING ADOLESCENTS' MENTAL HEALTH IN EDUCATIONAL SETTING USING CHARACTER STRENGTHS INTERVENTIONS

Khodayarifard M., PhD, Professor, Hassaniraad M., PhD student,
University of Tehran,
Tehran, Iran

Abstract

Adolescence is a critical developmental stage for laying the foundations of good mental health. Since schools are the most important ground outside the family for the development of adolescent's mental health, they play a key part in healthy development. Positive mental health promotion models in educational settings seek to foster individual competencies, resources, and psychological strengths, prevent mental disorder and enhance well-being of the adolescents. Among many branches of positive psychology, character strengths model has focused on the strengths of adolescents which have unfortunately remained largely unasked. Experts in the field of education have found enormous benefits in making educational settings more character strengths-based. As a result, the need to focus more on strength-based health and education services to better promote adolescent's healthy development and reduce pathological prevalence through prevention seems highly desired.

Key words

Adolescence, character strengths, positive psychology, mental health.

Introduction. Adolescents spend many hours in school during at least 5 days a week. In fact, they spend more time in this educational setting than in any other formal institution. As such, the educational setting is the most important arena outside the family for the development of adolescent's mental health, and schools play a key part in their development, socially, intellectually and academically, physically, morally, et cetera which are all reciprocally affected by mental health. In other words, schools are now perceived as institutions whose role extends beyond academic competence in preparing the whole child [Huitt, 2010].

Mental health is defined by WHO as a state of well-being in which every individual realizes their own potential, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to her or his community. Thus, mental health is not merely the absence of illness. Mental health and mental illnesses are determined by multiple and interacting social, psychological and biological factors [Herrman Saxena, Moodie, & WHO, 2005].

The importance of mental health in education lies in the fact that the foundation of good mental health is laid in childhood and adolescent years, and has a major im-

pact on multiple outcomes later in life. In fact, incorporating mental health into educational policies has many benefits and contributes to developing, maintaining and protecting society's highly potent and still not highly developed resource, the mental health of adolescents. Early learning in schools strengthens social-emotional coping, cognition, bringing about strongest effects, may compensate for negative home environments, stabilizes difficult periods in life, has long term effects on mental and physical health, educational consequences and employment success, also is economically very cost-effective, and may reduce and prevent mental health problems. Therefore, it appears that schools have a duty to care more than before about well-being and optimal functioning of the students.

Increases in recognition of the effect of unique platform that schools provide in promoting mental health and preventing mental health problems has led to an expansion of school-based mental health interventions. In fact, experts have come to this insight that inclusion of mental health in educational policies—nationally, regionally and locally—releases large societal resources in terms of well-being with all its dimensions like cognitive, emotional and social skills, which again have a

broad range of positive impacts. School-based mental health interventions consist of many different interventional modalities among which positive strength-based interventions are very popular, considered effective, and empirically accepted these days.

Positive mental health in educational setting.

Positive psychology shares a strong connection with mental health. This is because the most important goal of positive psychology is to focus on what is right about a person, what positive traits an individual has, and how those traits can be increased. Mental health from the perspective of positive psychologists is connected to gaining an understanding of and facilitating happiness, well-being, positive traits, engagement in absorbing activities and the development of meaningful and positive relationships, social systems and institutions [Lopez, Snyder, 2009; Seligman, 2002, as cited in: Carr, 2011]. In other words, "Positive Psychology is concerned with the pleasant life, the engaged life, and the meaningful life. These three orientations to happiness are associated with well-being." [Carr, 2011 (p. 2)].

Furthermore, in response to the deficit model in psychology, Martin Seligman and Christopher Peterson wrote the Character Strengths and Virtues (CSV) handbook of human strengths and virtues: "By providing ways of talking about character strengths and measuring them across the life span, this classification will start to make possible a science of human strengths that goes beyond armchair philosophy and political rhetoric. We believe that good character can be cultivated, but to do so, we need conceptual and empirical tools to craft and evaluate interventions." [Peterson, Seligman, 2004].

Likewise, mental health promotion models seek to foster individual competencies, resources, and psychological strengths, prevent mental disorder and enhance well-being and quality of life for individuals [Kobau et al., 2011]. Common to both mental health promotion and positive psychology is a focus on "positive mental health," an empowering resource, broadly inclusive of psychological assets and skills essential to human fulfillment and well-being [Kobau et al., 2011; Friedli, & WHO, 2009]. As Park and Peterson, two outstanding positive psychology scholars noted (2008), the basic proposition of positive psychology is that the happiness and fulfillment of children and youth entail more than the identification and treatment of their problems.

Mental health services in schools are provided by staff whose training or employment might be within education or health-care systems. Mental health professionals in schools can work in a range of disciplines, including counselling, social work, occupational therapy, psychology, coaching, and psychiatry [Allen-Meares, Montgomery, Kim, 2013; Robinson, Oades, Green, 2018]. Three broad models of integrating mental health professionals in schools are commonly proposed: contracting individuals from an outside agency to work in a school, including a mental health clinic operated by professionals who deliver mental health services in the school, and establishing a health center with mental health as a subspecialty in the school. However, counsellors including educational counsellors and

social workers are more likely to provide school-based mental health services than their psychology or psychiatry colleagues. Furthermore, some schools partner with psychologists, occupational therapists and psychiatrists to provide consultation and intervention for specific students with more serious and complex challenges [Grady, Lever, Cunningham, Stephan, 2011; MacLachlan, Dunbar, Walter, Kramer, 2017].

Beyond traditional providers of mental health, so-called natural supports, such as special education staff is becoming very favorable in many educational settings. Evidence supports the positive effect of the use of school resources (e.g., teachers and school counsellors). Training and support of staff within schools in this role is a practical model that seems sustainable. This fact shouldn't be overlooked that teachers are able to effectively identify mental health problems in students, which makes them good gatekeepers and referral sources for mental health care [Fazel, Hoagwood, Stephan, Ford, 2014]. But it should be noted that because of the demands placed on teachers to support the academic achievement of their students, introduction of an additional role of supporting student mental health is less feasible unless teachers are given sufficient training and time to do these responsibilities [Shepherd et al., 2013]. Therefore, models that integrate mental health promotion into the natural teaching context and incorporate coaching to increase a teacher's belief in their own abilities should be further developed and worked on.

Recent educational studies support the positive potentials of involving teachers in school mental health interventions and the level of efficacy associated with teachers providing these services. Nowadays, teachers are increasingly considered as the primary school-based service providers, and are known to effectively collaborate with other professionals to provide mental health services [Franklin, Kim, Ryan, Kelly, Montgomery, 2012].

On the other hand, providing mental health services in schools is rather new, mainly addresses the academic effect of mental health difficulties, and incorporates mental health promotion, prevention, and treatment. Fortunately, nowadays apart from focusing excessively on academic effect of mental health problems, the ultimate aim is becoming to promote student happiness and well-being, prevent the development or worsening of mental health problems, and improve the effectiveness of education [Barrett, Eber, Weist, 2013; Lean, Colucci, 2013].

However, questioning specifically about the strengths of adolescents has unfortunately remained largely unasked and underexplored. A bibliographic database search (as of July 2, 2012) of PsycINFO and ERIC with scoping search using descriptors assessment and psychopathology and children and adolescents covering the period of 2000 through 2012, yielded 24,129 peer reviewed journals article whereas only 3,330 articles were found when the descriptor psychopathology was replaced with strengths. This clearly suggests that we have a long way to go in integrating what is "wrong" with what is "strong" [Rashid et al., 2013].

The development of the *Character Strengths and Virtues* (CSV) handbook [2004] represented the first attempt by Seligman and Peterson to identify and classify positive psychological traits of human beings, in response to the deficit model in psychology. The CSV does not sit in reprisal to the deficit model but rather is accepted as a previously neglected component in psychology. CSV in its nature, offers a possibility for prevention of mental health disorders, and also assumes the ability to show improvements in all clients, irrespective of mental health status and age.

The CSV provided a theoretical framework to assist in understanding strengths and virtues and for developing practical applications for positive psychology. This manual identified 6 classes of virtues (i.e., “core virtues”), underlying 24 measurable character strengths. Classification of strengths is as follows:

- 1) wisdom and knowledge: creativity, curiosity, judgment, love of learning, perspective;
- 2) courage: bravery, perseverance, honesty, zest;
- 3) humanity: love, kindness, social intelligence;
- 4) justice: teamwork, fairness, leadership;
- 5) temperance: forgiveness, humility, prudence, self-regulation;
- 6) transcendence: appreciation of beauty and excellence, gratitude, hope, humor, spirituality [Michael, 2017].

The CSV suggested these 6 virtues have a historical basis in the vast majority of cultures, religions and philosophical traditions throughout history; in addition, these virtues and strengths can lead to increased well-being or mental health when built upon [Park, 2004].

From theory to practice. A fundamental concept in school-based positive psychology interventions for adolescents is improving their well-being [Dawood, 2014]. In fact, research in school-based interventions shows that positive experiences within schools are capable of promoting accumulative experiences of well-being. Recently, several studies in the positive psychology movement have begun to identify factors that contribute to adolescents’ well-being [Seligman et al., 2009]. Specifically, factors such as positive emotions [Fredrickson, 2004; Fredrickson, Le Nguyen, 2017], gratitude [Froh et al., 2008; Passmore, Oades, 2016; Gulliford, Morgan, 2017], hope [Snyder et al., 2003; Park, Chen, 2016], goal setting [Locke and Latham, 2002; Wehmeyer, Shogren, 2017], and specially character strengths [Peterson and Seligman; 2004; Shogren, Niemiec, Tomasulo, Khamsi, 2017] have been shown as associated with well-being in youth as well as decreasing psychiatric symptoms.

Moreover, results from a longitudinal study investigating the reciprocal effects of positive school experience and happiness, show the effect of an ‘upward spiral’ of both variables during the course of the secondary school academic year [Stiglbauer, Gnambs, Gamsjager, Batinic, 2013]. The implication of an upward spiral (foundation for future happiness) here is especially promising for a child and adolescent age group who can benefit greatly from a healthy foundation during the course of developmental changes. According to another study, in-

roducing positive psychology interventions among adolescents is found to provide improvements in mental health conditions such as stress, anxiety and also increase health promoting behaviors [Foret et al., 2012].

Another possible mechanism by which well-being is created in adolescents is revealed in a study by Hunter and Csikszentmihalyi who conducted a 5 year longitudinal project to investigate the difference in well-being measures of those with an attitude towards their environment that was either interested or bored; interested adolescents prospered in their well-being [Hunter, Csikszentmihalyi, 2003, cited in Dawood, 2014], signifying that the school environment is an opportunity for interesting experiences, and supports the development of positive emotion.

We see therefore that the school environment provides an appropriate and critical location for promoting the well-being and mental health of adolescents. Also, *The Handbook of Positive Psychology in Schools* [Furlong, Gilman, Huebner, 2009] provides many examples of scientifically evaluated positive psychology interventions that schools may utilize. However, many of these examples are single component positive psychology interventions (e.g., gratitude or teamwork interventions). A meta-analysis conducted by Sin and Lyubomirsky [2009] found that an approach in which individuals practice multiple positive psychology intervention activities, might be more effective than engaging in only one activity.

A very effective approach, the new science of character that has emerged in the last 10 years offers a significant change to traditional approaches to character education in schools through which the vast field of education has found enormous benefits in teaching students, teachers, trainers, and entire schools on becoming more character strengths-based [Linkins, Niemiec, Gilham, Mayerson, 2014]. A longitudinal study of character and purpose development among middle school students indicated that the three character strengths studied (gratitude, perseverance, and compassion) showed significant correlations with purpose [Malin, Liauw, Damon, 2017; Weber, Wagner, Ruch, 2016].

In a well-known study, Proctor and colleagues [2011] examined the impact of Strengths Gym, a character strength-based positive psychological intervention program, on adolescent life satisfaction, positive and negative influence and character strength-based exercises in the school curriculum. Adolescents who participated in the program experienced significant increases in life satisfaction compared to adolescents who did not participate.

In a study of students taking the VIA Youth Survey, zest, love of learning, perseverance, and social intelligence found the strongest positive relations to school-related positive influence, while teamwork, hope, self-regulation, and love showed the strongest negative correlations with negative influence at school. Character strengths also showed an important relationship to school achievement. Shankland & Rosset [2016] in their article review specific, successful, and brief positive psychology interventions around strengths, grati-

tude, mindfulness, and positive relationships for benefiting not only students' learning and well-being, but also teachers' well-being. Bates-Krakoff, McGrath, Graves, Ochs [2016] in their paper discuss a comprehensive character strengths program (Thriving Learning Communities) being implemented in various public schools, and strategies for the gifted classroom setting to apply, balance, and appropriately match character strengths in the right situation. Also, study of a hope intervention at a camp for children exposed to domestic violence showed that hope and character strengths are positively correlated. Additionally, children's scores on hope were positively associated with the character strengths of zest, grit, self-control, optimism, gratitude, social intelligence, and curiosity obtained from counselor observations [Hellman, Gwinn, 2016]. Oppenheimer et al., [2014] reported that students participating in an intervention program involving five, 1-hour character strengths classroom activities had significant benefits to overall well-being compared to those in a comparison group.

Another perspective emphasizes on the integration of character strengths and the field of positive humanities, such literature classes. FitzSimons [2015] notes that learning about and cultivating character strengths through and in conjunction with literature can be achieved via robust classroom pedagogy that cultivates higher-order student understanding and personal reflection. Moreover, an article by Linkins, Niemiec, Gillham, Mayerson [2014] on VIA in education has argued for a more individualized approach to the application of character strengths in education as distinguished from monolithic and one-size-fits-all (traditional) approaches to character, presenting research-based strengths practices for classrooms, schools, and educators [Linkins, Niemiec, Gillham, Mayerson, 2014].

Discussion. This paper attempts to highlight the significance of prevention and early intervention for adolescents who are at high risk of mental health complications due to the developmental process affecting them both biologically and psychologically especially in terms of identifying formation. For the same reasons this client group is also likely to see benefits from the prevention interventions implied in the framework of character-strengths.

We also want to emphasize that character strengths programs have much to offer schools. The initial findings from the interventions including the ones mentioned in this paper provide support for the potential of character strengths school-based intervention program for improving students' sense of well-being. They also indicate that the interventions can effectively be delivered by teachers and school counsellors and do not necessitate external experts for delivering the curriculum, except for cases with extreme problems. In addition, there is strong evidence for the effectiveness of school-wide interventions, in which all educational staff and students are trained in positive psychology strategies.

Another issue that we believe needs thoughtful consideration is that character strengths school-based interventions can be utilized to work alongside deficit models. Character strengths interventions have been hypothesized to have their basis in other modalities such as humanistic and cognitive-behavioral [Kristjansson, 2012] and it wouldn't be wise to assume that interventions from different modalities work in completely different ways from one another. To ensure sustainability, though, requires the successful integration and strategic application of this approach in school-based interventions and trainings for students, teachers and school staff. Therefore, the strategic use of character strengths interventions by a school might increase and sustain optimal functioning for both staff and students.

It appears that educational settings need to extend applications of character strengths interventions to enhance outcomes for students, staff, and school. Also, utilizing multi-initiative, large-scale positive education programs is needed. It is important to consider the wider and clinical implications in implementing school-based character strengths interventions. This paper therefore advises implementing prevention programs utilizing character strengths in educational settings, especially schools. As a result, the paper is concluded by emphasizing the need to reconfigure both strength-based health and education services to better promote adolescents' learning and development for the reason that providing psychological services for all children within schools may provide a reduction in pathological prevalence through prevention.

Bibliography

1. Allen-Meares P., Montgomery K.L., Kim J.S. School-based social work interventions: A cross-national systematic review // *Social work*, 2013. V. 58. No. 3. P. 253–262.
2. Barrett S., Eber L., Weist M. Advancing education effectiveness: Interconnecting school mental health and school-wide positive behavior support. Center for School Mental Health, 2013.
3. Bates-Krakoff J., McGrath R.E., Graves K., Ochs L. Beyond a deficit model of strengths training in schools: Teaching targeted strength use to gifted students. *Gifted Education International*. 2016. DOI: 10.1177/0261429416646210.
4. Dawood R. Positive Psychology and Child Mental Health; a Premature Application in School-Based Psychological Intervention? // *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 2014. V. 113. P. 44–53.
5. Fazel M., Hoagwood K., Stephan S., Ford T. Mental health interventions in schools in high-income countries // *The Lancet Psychiatry*, 2014. V. 1. No. 5. P. 377–387.
6. Franklin C.G., Kim J.S., Ryan T.N., Kelly M.S., Montgomery K.L. Teacher involvement in school mental health interventions: A systematic review // *Children and Youth Services Review*. 2012. V. 34. No. 5. P. 973–982.
7. Fredrickson B.L., Le Nguyen K.D. Positive Emotions and Well-Being // *Positive Psychology*. Routledge. 2017. P. 43–59.
8. Friedli L., & World Health Organization. Mental health, resilience and inequalities. 2009.

9. Grady B.J., Lever N., Cunningham D., Stephan S. Telepsychiatry and school mental health // Child and Adolescent Psychiatric Clinics, 2011. V. 20. No. 1. P. 81–94.
10. Gulliford L., Morgan B. The meaning and valence of gratitude in positive psychology // Critical positive psychology. London: Taylor & Francis, 2017.
11. Hellman C.M., Gwinn C. Camp hope as an intervention for children exposed to domestic violence: A program evaluation of hope, and strength of character // Child & Adolescent Social Work Journal. 2016. Np. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s10560-016-0460-6>.
12. Herrman H., Saxena S., Moodie R., & World Health Organization. Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: a report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne. 2005.
13. Huitt W. A holistic view of education and schooling: guiding students to develop capacities, acquire virtues, and provide service. Paper presented to the 12th Annual International Conference sponsored by the Athens Institute for Education and Research (ATINER), 24–27 May, Athens, Greece. 2010.
14. Kobau R., Seligman M.E., Peterson C., Diener E., Zack M.M., Chapman D., Thompson W. Mental health promotion in public health: Perspectives and strategies from positive psychology // American Journal of Public Health. 2011. V. 101. No. 8. P. e1–e9.
15. Kristjansson K. Positive Psychology and Positive Education: Old Wine in New Bottles? // Educational psychologist. 2012. V. 47. No. 2. P. 86–105.
16. Lean D.S., Colucci V.A. School-based mental health: a framework for intervention. Rowman & Littlefield, 2013.
17. Linkins M., Niemiec R.M., Gillham J., Mayerson D. Through the lens of strength: A framework for educating the heart // Journal of Positive Psychology. 2014. DOI: 10.1080/17439760.2014.888581.
18. MacLachlan J., Dunbar S., Walter J.R., Kramer J. The Effect of Sensory-Based Coping Strategies on Adolescents With Mental Illness // American Journal of Occupational Therapy. 2017. V. 71. P. 7111520269p1. DOI: 10.5014/ajot.2017.71S1-RP104C.
19. Malin H., Liauw I., Damon W. Purpose and character development in early adolescence. Journal of Youth and Adolescence. 2017. Np. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s10964-017-0642-3>.
20. Michael B. Strengths of Character and Virtues: What We Know and What We Still Want to Learn. Praeger Publishers. 2017.
21. Oppenheimer M.F., Fialkov C., Ecker B., Portnoy S. Teaching to strengths: Character education for urban middle school students // Journal of Character Education. 2014. V. 10. No. 2. P. 91–105.
22. Park J., Chen R.K. Positive Psychology and Hope as Means to Recovery from Mental Illness // Journal of Applied Rehabilitation Counseling. 2016. V. 47. No. 2. P. 34.
23. Park N., Peterson C. Positive psychology and character strengths: Application to strengths-based school counseling // Professional School Counseling. 2008. V. 12. No. 2. P. 85–92.
24. Passmore J., Oades L. Positive Psychology Coaching Techniques: Gratitude // The Coaching Psychologist. 2016. V. 12. No. 1.
25. Proctor C., Tsukayama E., Wood A.M., Maltby J., Eades J.F., Linley P.A. Strengths gym: The impact of a character strengths-based intervention on the life satisfaction and well-being of adolescents // The Journal of Positive Psychology. 2011. V. 6. No. 5. P. 377–388.
26. Rashid T., Anjum A., Lennox C., Quinlan D., Niemiec R.M., Mayerson D., Kazemi F. Assessment of character strengths in children and adolescents // Research, applications, and interventions for children and adolescents. Springer, Dordrecht, 2013. P. 81–115.
27. Robinson P.L., Oades L.G., Green L.S. Positive education programmes: integrating coaching and positive psychology in schools // Coaching in Education Routledge. 2018. P. 115–132.
28. Shankland R., Rosset E. Review of brief school-based positive psychological interventions: A taster for teachers and educators // Educational Psychology Review. 2016. Np. DOI: 10.1007/s10648-016-9357-3.
29. Shepherd J.P., Dewhirst S., Pickett K., Byrne J., Speller V., Grace M., ..., Roderick P. Factors facilitating and constraining the delivery of effective teacher training to promote health and well-being in schools: a survey of current practice and systematic review // Public Health Research. 2013. V. 1. No. 2.
30. Shogren K.A., Niemiec R.M., Tomasulo D., Khamsi S. Character Strengths // Handbook of Positive Psychology in Intellectual and Developmental Disabilities. Springer, Cham. 2017. P. 189–199.
31. Sin N.L., Lyubomirsky S. Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice-friendly meta-analysis // Journal of Clinical Psychology. 2009. V. 65. No. 5. P. 467–487.
32. Strengths gym: The impact of a character strengths-based intervention on the life satisfaction.
33. Weber M., Wagner L., Ruch W. Positive feelings at school: On the relationships between students' character strengths, school-related affect, and school functioning // Journal of Happiness Studies. 2016. V. 17. P. 341–355. DOI: 10.1007/s10902-014-9597-1.
34. Wehmeyer M.L., Shogren K.A. Goal Setting and Attainment and Self-regulation // Handbook of Positive Psychology in Intellectual and Developmental Disabilities. Springer, Cham. 2017. P. 231–245.

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ, ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЕЖИ В СОВРЕМЕННОМ ИНФОРМАЦИОННОМ ОБЩЕСТВЕ

Холмогорова А. Б., д. псих. н., профессор,
ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет»,
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии
имени В. П. Сербского» Минздрава России,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

Рассмотрены современные данные о распространенности расстройств аффективного спектра среди детей, подростков и молодежи в разных странах, включая Россию, а также о культуральных тенденциях, обуславливающих их рост у современной молодежи. Обосновывается необходимость эпидемиологических исследований в России и подчеркивается потребность в организации эффективных служб психического здоровья для молодого поколения.

Ключевые слова

Культурно-историческая психология, дети, подростки, студенты, депрессия, социальная тревожность, неудовлетворенность своим телом, перфекционизм, виртуальное общение, образование, служба психического здоровья.

MENTAL HEALTH OF CHILDREN, ADOLESCENTS AND YOUNG PEOPLE IN MODERN INFORMATION SOCIETY

Kholmogorova A. B., Psy. D., Professor of Psychology,
Moscow State University of Psychology and Education,
V. Serbsky Federal Medical Research Center of Psychiatry and Narcology,
Moscow, Russian Federation

Abstract

The study presents current data on the prevalence of affective spectrum disorders among children, adolescents and young people in different countries, including Russia. Cultural trends which determine their development in modern youth are considered. The paper emphasizes the need for further epidemiological research and effective health services for younger generation.

Key words

Cultural-historical psychology, children, adolescents, students, depression, social anxiety, body dissatisfaction, perfectionism, virtual communication, education, mental health service.

Эпидемия расстройств аффективного спектра характеризует современное состояние здравоохранения во многих странах, включая Россию. Депрессивные и тревожные расстройства, расстройства пищевого поведения «молодеют» и все чаще становятся причиной кризисных состояний, суицидального поведения и социальной дезадаптации детей, подростков и юношества. Исследования более 13 000 подростков в возрасте от 12 до 17 лет в США в 2009–2014 гг. зафиксировало угрожающие цифры по детской депрессии — 13,6% у мальчиков и 36,1% у девочек [21]. Обследование 10 000 школьников в возрасте от 7 до 17 лет Китае на основе Шкалы детской депрессии М. Ковак (CDI) также выявило значительную группу риска по депрессии — 23,9% [24]. Понять эти тенденции невозможно на основе биологического подхода к психическим расстройствам, но обращение к положению культурно-исторической психологии

Л. С. Выготского об определяющей роли социальной ситуации в развитии детей позволяет выявить истоки неблагополучия молодого поколения [14].

В России депрессии являются одной из распространенных форм психической патологии среди детей и подростков [8, 9]. Так, в 1990-х гг. примерно 19% московских школьников страдали депрессией той или иной степени тяжести [7]. Приведенные данные в целом согласуются с данными исследования детей из разных социальных групп, различающихся своей социальной ситуацией развития, собранными в 2000-х годах сотрудниками кафедры клинической психологии и психотерапии МГППУ и одноименной лаборатории Московского НИИ психиатрии (ныне филиал ФМИЦПН им. В. П. Сербского).

С целью выявления и описания различных групп риска было проведено масштабное популяционное исследование в различных учебных заведениях г. Моск-

вы на основе Шкалы детской депрессии М. Ковак (CDI), которая широко используется во всем мире для выявления групп риска среди детей и подростков. Специалистами кафедры и лаборатории этот опросник был переведен и валидизирован [3], что сделало возможным его научно обоснованное применение в системе образования и здравоохранения нашей страны. Всего в исследовании приняли участие 1011 школьников 11–16 лет из гимназий, общеобразовательных школ, детских домов и приютов г. Москвы и Московской области [4]. Группа высокого риска с выраженными симптомами депрессии оказалось самой большой среди гимназистов (около 25%), на втором месте — дети из детских домов (около 20%), группа риска среди детей из общеобразовательных школ составила около 10%. Можно сделать вывод, что пресс успеха и перфекционистских стандартов во многих гимназиях (учебных заведениях с повышенными нагрузками) так же опасны для эмоционального благополучия детей, как бедность, алкоголизм и плохая забота, характерные для социально неблагополучных семей, из которых были изъяты дети, проживающие в детском доме [2].

Сравнение показало, что чаще всего суицидальные мысли и намерения имеют место у детей и подростков, проживающих в детских домах, — это около трети всей выборки, что в 2 раза больше, чем у подростков, проживающих в семьях и обучающихся в гимназиях и обычных школах. Среди детей из детского дома в 2 раза больше как тех, кто думает о самоубийстве (33,5%), так и тех, кто имеет такое намерение (5%). Данные исследования выборки из 142 детей-сирот в 2011–2012 гг. не только не внесли серьезных изменений в указанную статистику (28% сирот в группе риска по показателям депрессии), но даже показали рост процента детей, сообщающих, что готовы убить себя прямо сейчас — 8,5% [1].

Обследование выборки из 240 студентов с помощью Шкалы депрессии Бека (адаптация Н. В. Тарабриной [15]) показало, что около 30% обследованных отмечают симптомы депрессии, из них — 10,4% легкой степени, 18,2% — средней и тяжелой степени [11]. При этом отмечается тесная связь суицидальной направленности с выраженностью социальной тревожности у студентов, что остро ставит вопрос о своевременном выявлении повышенной социальной тревожности как клинического, так и доклинического регистра [18]. Между тем необходимо отметить серьезные расхождения в статистике тревожных расстройств в России и других странах (и в целом дефицит клинических эпидемиологических исследований в нашей стране в последние годы). Так, исследования, проведенные Российским обществом психиатров в 2017 году, показывают, что имеет место крайне низкая выявляемость тревожных расстройств — всего 0,3% заболевших в течение года среди российского населения против 7–8 % в европейских странах [12].

Под нашим руководством в 2009–2013 гг. был проведен ряд популяционных исследований, направленных на оценку уровня социальной тревожности у детей, подростков [13] и студенческой молодежи [6].

Из 101 обследованного ребенка-дошкольника в возрасте 6–7 лет у 30% процентов согласно экспертной оценки воспитателей и психологов детских садов на основе критериев, выделенных Ф. Зимбардо, уже отмечаются черты социальной тревожности. Согласно данным Шкалы социального избегания и дистресса — SADS [10, 27], широко используемой в мировой практике для оценки уровня социальной тревожности, повышенный уровень социальной тревожности в выборке из 183 подростков в возрасте от 12 до 16 лет отмечается у 30%. При стандартизации опросника его авторами такие показатели были отмечены у людей, обращавшихся за помощью по поводу тревожного расстройства [13]. 12% подростков отмечает в самоотчете наличие суицидальных мыслей, 6% сообщают о готовности совершить суицид в любой подходящий момент, что вдвое превышает данные исследования общеобразовательных школ в 2005–2007 гг.

Результаты исследования студенческой популяции в 2010-х годах также свидетельствуют о выраженной эмоциональной неблагополучии в исследуемой выборке [10, 11]. Высокие показатели по шкале социальной тревожности имеют 20% из 553 опрошенных студентов, у 35% студентов отмечаются симптомы депрессии в самоотчете, причем 18% отмечают симптомы депрессии средней и тяжелой степени. Кроме того, результаты исследования свидетельствуют о достаточно высоком суицидальном риске: 28% студентов отмечает в самоотчете наличие суицидальных мыслей, 4% сообщают о готовности совершить суицид в любой подходящий момент. На выборке студентов из 550 студентов, обследованных в 2006–2009 гг. были получены данные о том, что студенты, имевшие в прошлом суицидальные попытки и практикующие самоповреждающее поведение, составляют 6% выборки и значительно отличаются от выборки с симптомами депрессии без суицидальных мыслей и намерений высокими показателями социальной тревожности [18].

Дополнительным фактором, способствующим росту социальной тревожности у молодого поколения в современном информационном обществе, согласно нашим данным, является нарушение баланса непосредственного общения офлайн и виртуального общения онлайн. Данные, полученные в ходе выполнения гранта Российского научного фонда, убедительно показали, что подростков и молодежь, предпочитающих общение онлайн живому общению, отличают более высокие показатели социальной тревожности и более низкие показатели способности к социальному познанию — пониманию психических состояний другого человека [14].

Еще одним важным фактором эмоционального неблагополучия подростков и молодежи в современном информационном обществе является пропаганда нездоровых стандартов телесной красоты и резкий рост числа юношей и девушек, неудовлетворенных своей внешностью, готовых на опасные хирургические вмешательства и высокие временные и финансовые затраты для достижения этих стандартов и идеалов [16, 19]. Было также показано, что закладываются эти стандарты еще в дошкольном возрасте

с помощью индустрии модных кукол и гламурных журналов для девочек [21]. Исследования молодежных выборок общим объемом более 600 человек в 2010–2017 гг. показывают, что физический перфекционизм как дезадаптивная черта у современной молодежи формируется под воздействием давления масс-медиа и семейного окружения, причем наиболее неблагоприятная ситуация отмечается у молодежи из мегаполиса [16, 17].

Британские ученые Т. Сигган и А. Hill показали, что уровень перфекционизма у студенческой молодежи значительно вырос в период с 1989 по 2016 г. Выраженная ориентация на достижения и высокий уровень конкуренции в образовательной среде негативно сказывается на психическом здоровье молодежи [22]. Исследования, проведенные в России, подтверждают данные о дезадаптирующей роли перфекционизма в студенческой популяции [5]. На необходимость активизировать популяционные психологические исследования, направленные на выявление групп риска в образовательных учреждениях, указывает авторитетный исследователь Mark Nielsen из университета Квинсленда (Австралия): «То, что мы обнаружили,

вызывает тревогу — 90% опубликованных работ полагались на данные исключительно из западных культур. В странах Центральной и Южной Америки, Африки, Азии, на Ближнем Востоке и в Израиле проживает порядка 85% населения мира, а дают они лишь 3% участников исследований» [26]. Было показано, что около 75% взрослых с психическими расстройствами имели выраженные признаки болезни уже в возрасте до 18 лет, причем даже в западных высокоразвитых странах лишь 25% из них диагностируются и получают адекватную помощь [23]. При этом вошедшие в контакт с сервисами в системе охраны психического здоровья в период обучения значительно реже болеют психически во взрослом возрасте по сравнению с теми, кто не получил соответствующей помощи [25].

Из всего сказанного можно сделать вывод о необходимости создания служб психического здоровья, находящихся в тесном контакте со школами и вузами, а также психологических служб в системе образования, способных выявлять группы риска с учетом социальной ситуации развития детей и молодежи и оказывать квалифицированную помощь психологическими методами [20].

Библиографический список

1. Воликова С. В., Авакян Т. В. Связь социальной ангедонии и социальной тревожности с трудностями ментализации у детей-сирот // Консультативная психология и психотерапия. 2014. Т. 22, № 4. С. 155–167.
2. Воликова С. В., Галкина А. М., Холмогорова А. Б. Родительский перфекционизм — фактор развития эмоциональных нарушений у детей, обучающихся по усложненным программам // Вопросы психологии. 2006. № 5. С. 23–32.
3. Воликова С. В., Калина О. Г., Холмогорова А. Б. Валидизация опросника детской депрессии М. Ковак // Вопросы психологии. 2011. № 5. С. 121–132.
4. Воликова С. В., Холмогоров А. Б. Проявления эмоциональной дезадаптации у школьников из различных социальных групп / Другое детство // Сборник научных статей / под ред. Л. Ф. Обуховой, Е. Ю. Юдиной, И. А. Корепановой. М., МГППУ, 2009. С. 108–118.
5. Гаранян Н. Г., Щукин Д. А. Частые социальные сравнения как фактор эмоциональной дезадаптации студентов // Консультативная психология и психотерапия. 2014. Т. 22, № 4. С. 182–206.
6. Горчакова В. А., Ланда Л. А., Матыцына В. А., Краснова В. В., Клименкова Е. Н., Холмогорова А. Б. Психологическая дезадаптация у студентов системы среднего и высшего профессионального образования: сравнительный анализ // Психологическая наука и образование. 2013. № 4. С. 5–15.
7. Иовчук Н. М., Батыгина Г. З., Депрессии в школьной подростковой популяции // Российский психиатрический журнал. 1999. № 3. С. 37–40.
8. Иовчук Н. М., Северный А. А., Морозова Н. Б. Детская социальная психиатрия для непсихиатров. СПб.: Питер, 2006. 416 с.
9. Кравченко Н. Е. Современные представления о депрессивных расстройствах настроения в подростковом возрасте и некоторых проблемах их терапии (аналитический обзор) // Терапия психических расстройств. 2007. № 3.
10. Краснова В. В., Холмогорова А. Б. Социальная тревожность и ее связь с эмоциональной дезадаптацией, уровнем стресса и качеством интерперсональных отношений у студентов // Вопросы психологии. 2011. № 3. С. 49–59.
11. Краснова В. В. Социальная тревожность как фактор нарушений интерперсональных отношений и трудностей в учебной деятельности у студентов: дисс. ... канд. психол. наук. М., 2013. 174 с.
12. Незнанов Н. Г., Мартынихин И. А., Мосолов С. Н. Диагностика и терапия тревожных расстройств в Российской Федерации: результаты опроса врачей-психиатров // Современная терапия психических расстройств. 2017. № 2. С. 2–15.
13. Павлова Т. С. Психологические факторы социальной тревожности в детском и подростковом возрасте: дисс. ... канд. психол. наук. М., 2014. 171 с.
14. Социальное познание как высшая психическая функция и его развитие в онтогенезе / под ред. А. Б. Холмогоровой. М.: НЕОЛИТ, 2016. 312 с.
15. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. М.: Когито-Центр, 2001. 268 с.
16. Тарханова П. М. Физический перфекционизм как фактор эмоциональной дезадаптации у современной молодежи: дисс. ... канд. психол. наук. М., 2014. 181 с.
17. Холмогорова А. Б., Рахманина А. А. Давление культуры, физический перфекционизм и эмоциональная дезадаптация в у современной молодежи // Консультативная психология и психотерапия. 2018. № 3. (в печати).
18. Холмогорова А. Б., Гаранян Н. Г., Горшкова Д. А., Мельник А. М. Суицидальное поведение в студенческой популяции // Культурно-историческая психология. 2009. № 3. С. 101–110.

19. Холмогорова А. Б., Тарханова П. М. Стандарты внешности и культура: роль физического перфекционизма и его последствия для здоровья подростков и молодежи в нашу эпоху // Вопросы психологии. 2014. № 2. С. 24–31.
20. Холмогорова А. Б., Якубова Л. Н., Горшкова Д. А., Евдокимова Я. Г., Москова М. В., Матыцина В. А. Служба психологического сопровождения студентов вузов: проблемы становления, основные направления, методы и принципы работы // Вопросы психологии. 2010. № 4. С. 55–63.
21. Шалыгина О. В., Холмогорова А. Б. Роль модных кукол в усвоении нереалистичных социальных стандартов телесной привлекательности у девочек-дошкольниц // Консультативная психология и психотерапия. 2014. Т. 22, № 4. С. 130–154.
22. Curran T., Hill A. P. Perfectionism is increasing over time [Электронный ресурс]: a meta-analysis of birth cohort differences from 1989 to 2016 // Psychological Bulletin. 2017. 71 p. URL: <https://www.researchgate.net/publication/321012074> (дата обращения: 19.03.2017).
23. Fazel M., Hoagwood K., Stephan Sh., Ford T. Mental health interventions in schools in high-income countries [Электронный ресурс] // The Lancet Psychiatry. 2014. V. 1, No. 5. P. 319. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2215036614703128> (дата обращения: 19.03.2017).
24. Lifei Wang, Zhengzhi Feng, Guoyu Yang, Yaling Yang, Kaifa Wang, Qin Dai, Mengxue Zhao, Chaobing Hu, Rui Zhang, Keyu Liu, Yu Guang, Fan Xia. Depressive symptoms among children and adolescents in western china [Электронный ресурс]: An epidemiological survey of prevalence and correlates // Psychiatric Research. 2016. V. 246. P. 267–274. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178115301736> (дата обращения: 19.03.2017).
25. Neufeld Sh. A. S., Dunn V. J., Jones P. B., Croudace T. J., Goodyer I. M. Reduction in adolescent depression after contact with mental health services [Электронный ресурс]: a longitudinal cohort study in the UK // The Lancet Psychiatry. 2017. V. 4, No. 2. P.120–127. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2215036617300020> (дата обращения: 19.03.2017).
26. Nielsen M., Haun D., Kärtner J., Legare C. H. The persistent sampling bias in developmental psychology [Электронный ресурс]: A call to action // Journal of Experimental Child Psychology. 2017. V. 162. P. 31–38. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022096517300346> (дата обращения: 19.03.2017).
27. Watson D., Friend R. Measurement of social-evaluative anxiety [Электронный ресурс] // Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1969. V. 33. P. 448–457. URL: <https://www.researchgate.net/publication/17374704> (дата обращения: 19.03.2017).

РОЛЬ СВЕРСТНИКА В ОБЕСПЕЧЕНИИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА

Хузеева Г. Р., к. псих. н., доцент кафедры возрастной психологии,
ФГБОУ ВО «Московский педагогический государственный университет»,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

Рассмотрена роль общения со сверстниками в обеспечении психического и психологического здоровья дошкольника. Выделены особенности коммуникативного развития и аспекты коммуникативной компетентности детей. Предложены принципы проектирования и психологического сопровождения сферы коммуникативного развития дошкольника, способствующие успешной социализации ребенка в пространстве взаимодействия со сверстниками.

Ключевые слова

Психическое и психологическое здоровье дошкольника, пространство общения со сверстниками, принципы психологического сопровождения.

ROLE OF THE PEER IN SUPPORTING CHILDREN'S MENTAL HEALTH

Khuzeeva G. R., PhD (Psychiatry),
Moscow State Pedagogical University,
Moscow, Russian Federation

Abstract

The article deals with the role of communication with peers in maintaining mental and psychological health of a preschool child. Features of communicative development and aspects of communicative competence of children are singled out. The paper proposes principles of psychological support for communicative development of preschoolers which help children succeed in peer relations.

Key words

Mental and psychological health of a preschooler, communication with peers, principles of psychological support.

Коммуникативное развитие дошкольника служит сферой проявления и условием обеспечения психического и психологического здоровья ребенка. Психическое здоровье определяется И. В. Дубровиной как состояние душевного благополучия, характеризующееся отсутствием болезненных психических проявлений и обеспечивающее адекватную условиям окружающей действительности регуляцию поведения и деятельности, а понятие «психологического здоровья», с точки зрения автора, позволяет выделить психологический аспект здоровья человека и имеет отношение к личности в целом [2].

Сверстник, согласно точке зрения Ж. Пиаже, понимается как личность, действующая на схожем уровне поведения. В рамках деятельностного подхода проблема коммуникативного развития рассматривалась в работах М. И. Лисиной, Е. О. Смирновой [3, 5]. Как отмечает М. И. Лисина, сверстник с четырех лет становится наиболее значимым партнером по общению. Многие исследователи отмечают роль сверстника в психическом развитии ребенка. Ж. Пиаже рассматривает сверстника как равного партнера, общение с которым способствует личностному развитию ребенка [4]. Конструктивное общение со сверстниками обеспечивает чувство эмоционального благополучия и удовлетворение базовых потребностей ребенка в принятии, уважении, признании, самовыражении и самоутверждении, что и является условием развития самосознания ребенка [3]. При этом данная сфера развития ребенка находится в сфере стихийной социализации и слабо регулируется со стороны взрослых.

Коммуникативное развитие современного дошкольника подчиняется общим закономерностям развития и идет параллельно по всем направлениям, протекает путем дифференциации, согласно общему закону развития от общего к частному [7]. В качестве результата коммуникативного развития дошкольника можно рассматривать его коммуникативную компетентность в общении со сверстниками. Коммуникативная компетентность является сложным системным качеством, следствием интеллектуального и личностного развития ребенка и предполагает наличие качеств, которые позволяют ребенку самостоятельно создавать средства и способы достижения его собственных целей общения в различных ситуациях. Изучение изменений, происходящих в данной области развития детей, является крайне актуальным направлением исследований.

В основе коммуникативной компетентности лежат предпосылки, основными из которых являются возрастные особенности развития (социальная ситуация развития, ведущая деятельность, особенности психического развития ребенка) и индивидуальные особенности самого ребенка (индивидуальность ребенка и его индивидуальный опыт).

В дошкольном возрасте детям доступны три области проявления коммуникативной компетентности:

— в ситуации достижения собственных (индивидуальных) целей общения (способен договориться, учитывая интересы и чувства других (что-то попросить, договориться о принятии в игру, что-то узнать, уточнить и т. п.), конструктивно решить проблемную ситуацию);

— в ситуации достижения совместных целей (совместная деятельность, организация и проведение совместных игр, совместные задания, упражнения, подвижные игры, выполнение совместных поручений и т. п.);

— в ситуации проявления просоциальных форм поведения (содействие, сочувствие, сопереживание, бескорыстная помощь, взаимовыручка).

Все эти ситуации проявления коммуникативной компетентности связаны с чувствительностью к другому, способностью ориентироваться на другого.

Для целенаправленного формирования коммуникативной сферы в условиях Федерального государственного образовательного стандарта дошкольного образования (ФГОС ДО) необходима система мониторинга коммуникативной компетентности и разработка программ сопровождения коммуникативного развития детей дошкольного возраста.

Наиболее эффективным способом оценки и мониторинга коммуникативной компетентности дошкольника в общении со сверстниками, на наш взгляд, является определение особенностей решения детьми различных коммуникативных задач.

В ходе исследования, в котором приняли участие 120 детей старшего дошкольного возраста (5–6,5 лет), посещающих ГБОУ «Школа № 806» СЗАО г. Москвы, были выявлены особенности социализации в пространстве взаимодействия со сверстниками в процессе решения следующих коммуникативных задач:

1) в процессе решения проблемных ситуаций общения (связанных с достижением индивидуальных целей общения);

2) в ситуации достижения совместной цели общения;

3) в ситуации просоциального поведения (предполагающие сочувствие, содействие, бескорыстную помощь).

Результаты исследования. В ходе изучения способов решения проблемных ситуаций были выявлены следующие особенности. Детям предлагались четыре картинки с изображением конфликтной ситуации, где нужно описать происходящее на картинке и предложить несколько вариантов решения проблемы с позиции ребенка, оказавшегося в данной ситуации, обосновать данное решение [1].

В роли основных показателей коммуникативной компетентности в пространстве взаимодействия со сверстниками выступают конструктивный характер решения проблемных ситуаций, а также гибкость, разнообразие и обоснованность способов решения коммуникативных задач. Большинство детей старшего до-

школьного возраста испытывают трудности в ситуации решения проблемных ситуаций. Данные трудности обусловлены преобладанием неконструктивных способов решения проблемных ситуаций (70%), узким репертуаром поведения (86%) при низкой степени осознанности использования стратегий выхода из конфликта. При этом 15% детей старшего дошкольного возраста демонстрируют высокий уровень понимания ситуаций, предлагают разнообразные и конструктивные способы решения проблемных ситуаций, могут обосновать свой выбор.

Еще одним из направлений изучения коммуникативной компетентности в пространстве взаимодействия со сверстниками может служить характер взаимодействия в ходе осуществления совместной деятельности. Для изучения данной способности была использована экспериментальная ситуация «Совместный рисунок», в ходе которой дети должны были договориться и выполнить совместный рисунок [1].

Основным показателем социализации детей в ситуации совместной деятельности является способность достигать цели, т. е. результативность взаимодействия и степень удовлетворения от совместной деятельности. Рассмотрим полученные результаты.

Дети старшего дошкольного возраста способны к достижению совместной цели (22%), при этом 78% детей продемонстрировали затруднения в данной области взаимодействия.

Трудности социализации определяются низким уровнем чувствительности к сверстнику (66%), низким уровнем удовлетворенности результатами совместного взаимодействия (70%), низкими показателями результативности.

Из сильных сторон в процессе осуществления совместной деятельности можно отметить то, что 68% детей старшего дошкольного возраста демонстрируют способность к совместному планированию результата совместной деятельности, т. е. замысел совместного результата предшествует действию, что является особенностью продуктивной деятельности дошкольника. Также 76% детей демонстрируют положительное эмоциональное отношение, у 64% детей отмечается высокий интерес к совместной деятельности.

По результатам проведенного исследования, только 25% детей проявляют способность к просоциальному поведению, т. е. способность проявить высокую чувствительность по отношению к потребностям сверстника и оказать бескорыстную помощь.

Результаты исследования позволяют сделать вывод о том, что коммуникативными качествами, расширяющими «коридор социализации» в пространстве взаимодействия со сверстниками, являются высокая чувствительность к партнеру по общению, широкий и гибкий репертуар поведения в ходе решения проблемных ситуаций.

Таким образом, взаимодействие со сверстниками является многомерным пространством, в рамках которого проходит социализация дошкольника. Полученные результаты показывают, что данная область развития требует целенаправленного проектирования и планомерного сопровождения со стороны взрослых.

В ходе изучения данной сферы нами были подобраны и апробированы следующие принципы психологического сопровождения коммуникативного развития детей.

Принципы профилактики нарушений психического и психологического здоровья детей дошкольного возраста в условиях дошкольных образовательных учреждений (ДОУ) в соответствии с требованиями ФГОС ДО.

- Обеспечение чувства психологической и эмоциональной безопасности. Фундамент психического здоровья дошкольника составляет уважение к человеческому достоинству детей, формирование и поддержка их положительной самооценки, уверенности в собственных возможностях и способностях. Эмоциональное благополучие ребенка обеспечивается через безусловное, безоценочное, личностное принятие ребенка, в противовес условному, оценочному, предметному отношению. Негативные социальные переживания создают отрицательное отношение к социальному миру. Принятие можно определить как признание прав ребенка на присущую ему индивидуальность, непохожесть на других. Общение со взрослым должно создавать у ребенка ощущение успешности, результативности действий, на основе которых формируются позитивные представления о себе и благоприятные социальные переживания, активность ребенка.

- Опережающая инициатива взрослого [5]. Необходимо включать ребенка в разные ситуации общения. Взрослый должен обеспечить условия для расширения опыта конструктивного взаимодействия со сверстниками в ситуациях достижения индивидуальной цели общения, в ситуациях совместной деятельности и в ситуациях просоциального поведения. Постепенно ребенок должен овладеть разными способами общения со сверстниками и уметь использовать их в повседневной жизни.

- Наличие четких правил взаимодействия в системе «ребенок—взрослый» и «ребенок—ребенок». Ребенку должны быть понятны и доступны данные правила. Он должен видеть их эффективность. Задаваемые с помощью четких правил границы позволяют ребенку общаться более свободно и осознанно.

- Игра является наиболее эффективным средством профилактики нарушений в сфере общения со сверстниками, а также средством расширения репертуара поведения детей в пространстве взаимодействия со сверстниками.

Содержание профилактической работы, направленной на предупреждение нарушений психического здоровья дошкольника в условиях ДОУ.

Определяющим успешность психолого-педагогического сопровождения является *осознание педагогом целей своей деятельности* в сфере коммуникативного развития дошкольника. Для каждого ребенка, в соответствии с его возрастными и индивидуальными особенностями, должен быть предоставлен максимально широкий коридор возможностей позитивной социализации. Необходимо учитывать то, что умение общаться формируется исклю-

чительно в ситуациях реального взаимодействия со сверстниками.

Психолого-педагогическое сопровождение сферы взаимодействия со сверстниками может осуществляться:

— в **ситуации моделирования**, когда педагог создает определенные условия для формирования коммуникативной компетентности (игры на взаимодействие, театрализованные игры, моделирование ситуаций взаимодействия, ситуаций совместной деятельности, чтение художественной литературы и т. д.)

— в процессе столкновения ребенка с разными, в том числе проблемными **ситуациями взаимодействия со сверстниками в условиях повседневной жизни** (ребенок хочет стоять первым; кто-то быстро сделал, а другой не успевает; не могут поделить игрушку, роль, друга; кто-то нарушил правило, обидели, толкнули, отняли; поделился, помог, уступил, понял, послушал, предложил выход из конфликтной ситуации и т. д.). Необходимо «высвечивать» для ребенка, «делать выпуклым», значимым именно позитивные, конструктивные способы взаимодействия со сверстниками. *Мастерство педагога заключается в том,*

что даже проблемные, конфликтные ситуации он использует для приобретения ребенком позитивного опыта общения. Ребенку нужно давать «инструменты» конструктивного, позитивного выхода из конфликтных ситуаций. Работа должна быть направлена не столько на исправление уже имеющихся стратегий общения, сколько на расширение репертуара конструктивной коммуникации со сверстниками.

Опираясь на данные принципы, мы разработали и апробировали комплексную программу психологического сопровождения коммуникативного развития дошкольника [6].

Таким образом, пространство общения ребенка со сверстниками может способствовать, а может препятствовать сохранению психического и психологического здоровья дошкольника. Только квалифицированное сопровождение данной сферы со стороны взрослого, направленное на развитие и расширение позитивного и конструктивного опыта общения со сверстниками, может обеспечить психологическое благополучие детей дошкольного возраста. Конструктивный опыт общения и взаимодействия со сверстниками является важным валеологическим фактором.

Библиографический список

1. *Изотова Е. И., Авдулова Т. П., Хузеева Г. Р.* Социальная психология детства: диагностический практикум. М.: МПГУ, 2018.
2. *Дубровина И. В.* Психическое и психологическое здоровье в контексте психологической культуры личности // Вестник практической психологии образования, 2009. № 3. С. 7–21.
3. *Лисина М. И.* Общение, личность и психика ребенка М.: МОДЭК, 2001.
4. *Пиаже Ж.* Моральное суждение у ребенка М.: Академический проект, 2015.
5. *Смирнова Е. О., Холмогорова В. М.* Межличностные отношения дошкольников. Диагностика, проблемы, коррекция. М.: Владос, 2005.
6. *Хузеева Г. Р.* Диагностика и развитие коммуникативной компетентности дошкольника: психолого-педагогическая служба сопровождения ребенка. М.: Владос, 2014.
7. *Чуприкова Н. И.* Теория развития: дифференционно-интеграционная парадигма // Психологические исследования. 2009. № 1 (3). URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 12.11.2017).

МНОГОУРОВНЕВЫЙ ПОДХОД К ИССЛЕДОВАНИЮ ОСОБЕННОСТЕЙ ОБРАБОТКИ ЗРИТЕЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ И ИХ ВЛИЯНИЯ НА ПРОГНОЗ КОГНИТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ РЕБЕНКА

Черенкова Л. В., д. б. н., доцент, **Соколова Л. В.**, д. б. н., доцент,
ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»,
Санкт-Петербург, Российская Федерация

Аннотация

Приведены результаты изучения специфики участия парво- и магноцеллюлярной систем обработки зрительной информации при формировании целостного образа у детей дошкольного возраста с типичным и атипичным развитием. Выявлен специфический дисбаланс в интеграции информации, отражающийся на когнитивном развитии ребенка: при задержке психического развития влияние магноцеллюлярной зрительной системы ослаблено, тогда как при расстройствах аутистического спектра преобладает влияние парвоцеллюлярной зрительной системы.

Ключевые слова

Зрительное восприятие, парво- и магноцеллюлярный пути зрительной системы, дети дошкольного возраста, расстройство аутистического спектра, задержка психического развития, целостный образ.

MULTILEVEL APPROACH TO ANALYZING VISUAL PERCEPTION IN PRESCHOOLERS WITH DEVELOPMENTAL DISORDERS AND THEIR INFLUENCE ON COGNITIVE ABILITIES OF A CHILD

Cherenkova L. V. Doctor of Biology, Associate Professor,
Sokolova L. V. Doctor of Biology, Associate Professor,
Saint Petersburg State University,
Saint Petersburg, Russian Federation

Abstract

This study examines the role of the involvement of parvo- and magnocellular systems of visual information processing in the formation of global image in preschool children with typical and atypical development. A specific imbalance in information integration has been revealed, which affects the cognitive development of the child. In children with delayed mental development, the effect of the magnocellular visual system is weakened, whereas in children with autism spectrum disorders, the influence of the parvocellular visual system predominates.

Key words

Visual perception, parvo- and magnocellular pathways of visual system, children of preschool age, autistic spectrum disorders, mental retardation, global image.

Актуальность проблемы психического здоровья подрастающего поколения в современном мире не вызывает сомнений. К достаточно значимым неврологическим нарушениям можно отнести расстройства аутистического спектра (РАС), которые наряду с задержкой психического развития (ЗПР) и умственной отсталостью влияют на речевое, когнитивное и социальное развитие ребенка. При этом РАС входит в четверку самых распространенных заболеваний детского возраста, уступая лишь сахарному диабету, бронхиальной астме и эпилепсии. Статистика распространенности данного расстройства в мире за последние десять лет выросла в 10 раз. По данным Всемирной Организации Здравоохранения, сегодня люди с таким диагнозом составляют порядка 1% населения Земли, и количество детей с расстройством аутистического спектра ежегодно растет на 13%.

Таким образом, первоочередная задача современной науки — выявление путей ранней диагностики и коррекция аутистических расстройств. Несмотря на то что основное внимание в проблеме реабилитации детей с РАС, как правило, уделяется коррекции их психоэмоционального и социального поведения, важное значение имеет проведение многоплановых фундаментальных исследований по поиску базовых механизмов работы мозга, нарушение которых приводит к появлению специфических дефицитов в когнитивной, речевой и коммуникативной сферах.

Среди различных форм дизонтогенеза особое внимание уделяется атипичному детскому аутизму и задержкам психического развития, которые характеризуются проявлением системных нарушений перцептивной и речевой деятельности. Многочисленные дан-

ные, полученные в ходе изучения структуры перцептивных дефектов у детей с аутистическими расстройствами, свидетельствуют о том, что при этой форме нарушения развития наблюдаются сниженные возможности распознавания целостных образов, которые связаны с дефицитом обработки информации в пределах зрительной системы. В проводимых нами ранее исследованиях [5, 6] было указано, что именно у этой категории детей отмечается нарушение таких признаков зрительного восприятия, как обнаружение направления и инвариантное опознание зрительных объектов. Большинство современных исследователей указывают на то, что дети с атипичным развитием имеют первичный когнитивный дефицит, обусловленный нарушением начальных этапов переработки информации в зрительной системе.

Предполагается, что в основе этих дефицитов может лежать специфический дисбаланс в функционировании двух параллельно действующих и взаимодополняющих каналов обработки зрительной информации — магно- и парвоцеллюлярного, сбалансированная работа которых обеспечивает процесс формирования целостного интегрального зрительного образа и приводит к возможности эффективно использовать «априорную» (т. е. предваряющую текущую стимуляцию или хранящуюся в долговременной памяти субъекта) информацию [7]. Существование и активное задействование подобных превосходящих перцептивных схем обеспечивают своеобразную подготовку индивида к принятию информации строго определенного типа, модификацию жизненного опыта и тем самым самую высокую адаптивность и вариабельность поведения [3].

В связи с этим нами было предпринято комплексное многоуровневое исследование степени влияния особенностей взаимодействия магно- и парвоцеллюлярного каналов обработки зрительной информации на восприятие многокомпонентных стимулов у детей дошкольного возраста с разным неврологическим и речевым статусом. Исследование дефицита формирования процессов зрительного восприятия в период дошкольного детства важно и в том плане, что именно в этот период происходят качественные преобразования в мозговой организации когнитивных процессов и развитие управляющих функций мозга [1, 2, 4, 8].

В исследовании приняли участие дети дошкольного возраста (5–6 лет) с типичным развитием (ТР) и с нарушениями психического развития разного генеза («задержка психического развития на резидуально-органической основе» — ЗПР, и «детский аутизм» (ДА), обусловленный органическим заболеванием головного мозга, сопровождающийся ЗПР). В работе был использован многоуровневый методологический и методический подход, позволяющий: а) комплиментарно тестировать особенности обработки зрительной информации на разных уровнях мозга с целью определения вклада магно- и парвоцеллюлярной систем в процесс восприятия целостных образов у детей дошкольного возраста и природы возможных нарушений зрительного восприятия; б) выявить степень влияния нарушений процессов зрительного восприятия на эффективность интегративной деятельности мозга и адекватность реализации когнитивных функций ребенка; в) определить степень соотношенности нарушений зрительного восприятия с индивидуальным речевым и когнитивным профилем ребенка и формой отклонения его психического развития.

Для изучения особенностей взаимодействия парвоцеллюлярного (высокочастотного) и магноцеллюлярного (низкочастотного) каналов обработки зрительной информации при распознавании зрительных объектов детьми дошкольного возраста с типичным и атипичным развитием использовался комплекс методов тестирования прайминг-эффекта.

В качестве тестовых (целевых) стимулов предъявляли локальные объекты, которые преимущественно активируют парвоцеллюлярный канал обработки зрительной информации (стимулы с высокой пространственной частотой и малые значимые объекты, на которые необходимо совершать соответствующую реакцию). В качестве прайм-стимулов использовали глобальные формы, которые преимущественно активируют элементы магноцеллюлярного канала (стимулы с низкой пространственной частотой, большие фигуры, построенные из таких же малых значимых фигур). Дополнительно использовали процедуру повторного прайминга, когда тестовый и прайм-стимулы одинаковы, но разнесены по времени, что позволило выявить механизмы дозирования информации у детей с разным неврологическим статусом.

Полученные данные показали, что при типичном развитии превалирует процесс обработки информации в магноцеллюлярном (низкочастотном) канале зрительной системы, который оказывает влияние на

процесс обработки информации в парвоцеллюлярном (высокочастотном) канале зрительной системы. При ЗПР наблюдаются замедление проведения информации по магноцеллюлярному каналу и ослабление его влияния на процесс опознания стимулов с высокой пространственной частотой. При РАС отмечено значительное замедление проведения импульсации по магноцеллюлярному каналу и нарушение его влияния на процессы обработки информации в парвоцеллюлярном канале. Последнее не позволяет нервным элементам зрительной коры быстро и эффективно настроиться на восприятие стимулов как с высокой, так и с низкой пространственной частотой. Таким образом, при отклонениях в развитии имеет место специфический дисбаланс в интеграции информации: у детей с ЗПР влияние магноцеллюлярной зрительной системы ослаблено, тогда как у детей с РАС преобладает влияние парвоцеллюлярной зрительной системы.

Для выявления скорости проведения информации в пределах магно- и парвоцеллюлярного каналов и определения значимости априорной зрительной информации для формирования адекватного зрительного образа нами были проведены нейрофизиологические исследования, направленные на выявление процессов взаимодействия двух каналов обработки зрительной информации на разных уровнях мозга при распознавании зрительных объектов. Сравнительное исследование характеристик вызванных потенциалов окципитальной, медиотемпоральной и орбитофронтальной областей коры при предъявлении стимулов, отдельно активирующих магно- и парвоцеллюлярный каналы обработки зрительной информации, с учетом неврологического статуса и уровня нарушения речи у детей дошкольного возраста позволило определить степень эффективности взаимодействия магно- и парвоцеллюлярных каналов при целостном восприятии зрительных стимулов.

Было показано, что при типичном развитии имеет место сформированность входов магно- и парвоцеллюлярных каналов обработки зрительной информации на уровне окципитальной, медиотемпоральной и орбитофронтальной областей коры. У детей с ЗПР, сопровождающейся высоким уровнем нарушения речи (ОНР II), наблюдается ослабление входа магноцеллюлярной афферентации на уровне затылочно-теменных областей коры. Задержка прихода информации по магноцеллюлярному каналу к зрительной коре вместе со снижением ее интенсивности была выявлена и для детей с высокой выраженностью проявления РАС, что свидетельствует о еще большем ослаблении активности всего магноцеллюлярного канала обработки зрительной информации у детей данной группы. При этом поздний приход импульсации по магноцеллюлярному каналу, по-видимому, ослабляет процессы обработки информации и в пределах парвоцеллюлярного канала, что может приводить к нарушению процессов, связанных с выделением не только глобальных, но и локальных элементов зрительного объекта.

Эти данные имеют большое прогностическое значение, поскольку степень снижения амплитуды компонентов N100 вызванных потенциалов в зритель-

ной коре, а также уменьшения амплитуды компонента Р300 в теменной области коры в ответ на предъявление стимулов с низкой пространственной частотой могут служить нейрональным маркером нарушений процессов идентификации зрительных объектов как при ЗПР, так и при РАС.

Особый интерес представляют полученные нами данные о корреляции между выраженностью аномалий зрительного восприятия и уровнем речевых расстройств детей. В работе найдено подтверждение выдвинутой нами ранее гипотезы о том, что в основе когнитивных и речевых нарушений лежит единый физиологический механизм, являющийся ключевым звеном формирования перцептивной, речевой и когнитивной сфер [5, 6]. На основе проведения сравнительного исследования характеристик вызванных потенциалов затылочной, медиотемпоральной и орбитофронтальной областей коры при предъявлении стимулов, раздельно активирующих магно- и парвоцеллюлярные каналы обработки зрительной информации, были получены данные о специфике их взаимоотношений в зависимости от неврологического статуса ребенка и уровня речевых нарушений. Показано, что чем более выражено нарушение речевой функции, тем большая степень нарушения зрительного восприятия отмечается у ребенка. В отличие от типично развивающихся детей, для которых характерна тенденция к обобщению отдельных элементов изображения, восприятие его как целостного образа, у детей с речевыми нарушениями восприятие направлено преимущественно на обработку информации об отдельных элементах зрительного объекта. Это позволяет рассматривать нарушения речевого развития в более широком контек-

сте — как одно из проявлений дефекта познавательного развития. В основе речевых нарушений и ослабления зрительного восприятия лежит малоэффективная реализация процессов интеграции локальных признаков в единый обобщенный образ. Таким образом, эффективность деятельности высших уровней магноцеллюлярной системы является залогом полноценного процесса интеграции локальных динамических признаков и вместе с тем одним из ключевых звеньев в формировании связной речи. Ослабление связи магноцеллюлярного канала зрительной системы со структурами мозжечка и фронтальной коры, участвующими в речедвигательном программировании, может приводить к трудностям в построении грамматической структуры. Выявленная в нашем исследовании зависимость эффективности деятельности магно- и парвоцеллюлярной систем обработки зрительной информации от уровня развития речевой функции открывает возможности для выделения среди детей дошкольного возраста определенных групп риска, которые в рамках школьного обучения могут иметь достаточные трудности при овладении письменной речью и чтением.

В целом использование разработанного комплексного многоуровневого подхода позволило практически впервые выявить возрастную специфику функционирования магно- и парвоцеллюлярных каналов обработки зрительной информации в норме и при нарушениях развития, ее отражение в перцептивных и когнитивных возможностях ребенка, что является существенным в плане разработки подходов к ранней диагностике нарушений психического развития и поиска возможных маркеров дестабилизации интегративной работы мозга.

Библиографический список

1. *Мачинская Р. И.* Нейрофизиологические механизмы произвольного внимания (аналитический обзор) // ЖВНД. 2003. Т. 53, № 2. С. 133–151.
2. *Мачинская Р. И.* Функциональное созревание мозга и формирование нейрофизиологических механизмов избирательного произвольного внимания у детей младшего школьного возраста // Физиология человека. 2006. Т. 32, № 1. С. 26–36.
3. *Найсер У.* Познание и реальность. Смысл и принципы когнитивной психологии. М.: Прогресс, 1981. 232 с.
4. *Фарбер Д. А., Бетелева Т. Г., Горев А. С., Дубровинская Н. В., Мачинская Р. И.* Функциональная организация развивающегося мозга и формирование когнитивной деятельности // Физиология развития ребенка. М.: РАО, 2000. С. 82–103.
5. *Черенкова Л. В., Соколова Л. В.* Особенности инвариантного опознания зрительного изображения у детей дошкольного возраста с типичным и атипичным развитием // Физиология человека. 2016. Т. 42, № 3. С. 74–81.
6. *Черенкова Л. В., Соколова Л. В., Наумова А. Ю.* Особенности обнаружения общего направления движения зрительных объектов у детей дошкольного возраста при типичном и атипичном развитии // Физиология человека. 2014. Т. 40, № 5. С. 22–29.
7. *Pellicano E., Burr D.* When the world becomes 'too real': a Bayesian explanation of autistic perception // Trends Cogn Sci. 2012. V. 10. No. 16. P. 504–510.
8. *Rueda M. R., Fan J., McCandliss B. D., Halparin J. D., Gruber D. B., Lercari L. P., Posner M. I.* Development of attentional networks in childhood // Neuropsychologia. 2004. V. 42. P. 1029–1040.

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ПЕДАГОГА КАК УСЛОВИЕ КАЧЕСТВА ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Шабас С. Г. к. псих. н.,
АНО ВО «Гуманитарный университет»,
Екатеринбург, Российская Федерация

Аннотация

Рассмотрены актуальные проблемы психического здоровья педагогов дошкольного образования. Переутомление психоэмоциональной деятельности и формирование профессионального выгорания снижает качество взаимодействия всех субъектов в детском саду. На примере психологической работы с педагогами детских садов Ленинского района г. Екатеринбурга показаны этапы повышения психологической культуры в области психического здоровья и формирования установок на его сохранение и укрепление.

Ключевые слова

Психическое здоровье, профессиональное выгорание, педагоги дошкольного образования.

MENTAL HEALTH OF TEACHERS AS AN INDICATOR OF QUALITY PRESCHOOL ENVIRONMENT

Shabas S. G., PhD (Psychology),
University of Humanities,
Yekaterinburg, Russian Federation

Abstract

The article is devoted to the relevant issues of mental health in preschool teachers. Occupational strain and professional burnout reduce the quality of preschool educational activities. A case study of psychological work with preschool teachers from the Leninsky District of Ekaterinburg demonstrates how to improve psychological culture in teachers and promote their mental health.

Key words

Mental health, professional burnout, preschool teachers.

В современных условиях постоянно меняющейся социальной жизни и трансформирующегося общества возрастают требования к психической устойчивости и профессиональному здоровью людей профессий субъект-субъектного типа. Законодательное определение дошкольного образования как самостоятельного уровня общего образования России и переход на федеральные государственные стандарты привел к кардинальным изменениям его содержания, форм и методов организации. В результате возникла проблема трансформации социально-психологических условий деятельности педагогов детских садов, сопровождающаяся напряженной психоэмоциональной деятельностью, ростом ответственности за исполняемые функции и повышенными требованиями к качеству образования.

Профессия педагога является одним из наиболее эмоционально напряженных видов деятельности, где существуют риски, связанные с инновационными процессами, модернизацией в системе образования, повышенной ответственностью за результаты обучения и воспитания детей, а также с изменившимися способами коммуникации всех участников воспитательно-образовательного процесса. В результате у педагогов

часто наблюдаются плохое самочувствие, переутомление и формирование профессиональных заболеваний [2].

Интенсивное восприятие и эмоциональное переживание профессиональной деятельности может приводить к эмоциональному напряжению и дезорганизации межличностных отношений [1].

Педагогические работники дошкольного образования постоянно испытывают интеллектуальные, физические и эмоциональные перегрузки, что приводит к переутомлению, нарушению сна и деятельности сердечно-сосудистой системы и свидетельствует о наличии «психического нездоровья». Все это протекает на фоне повышения требований к качеству профессиональной деятельности педагогических работников. Эта проблема приобретает масштабный характер, поскольку психологическое неблагополучие педагога отражается на взаимоотношениях как с воспитанниками, так и с их родителями [3].

Несомненно, что нестабильное психоэмоциональное состояние педагога может стать фактором влияния на эмоциональное благополучие воспитанников в детском саду и способности освоения ими образовательной программы. Согласно исследованиям, в

случае профессионального выгорания специалистов педагогический процесс становится малоэффективным и у части педагогов снижается качество выполнения ими профессиональных обязанностей. Психологическое переутомление приводит к изменению стиля общения педагога с детьми на авторитарный или либерально-попустительский. Негативизм в профессиональной деятельности создает конфликтные и проблемные ситуации во взаимодействии с администрацией, коллегами и родителями воспитанников [4].

Отмечается, что наиболее эффективно можно профилировать проблему профессионального выгорания педагогов социально-психологическими тренингами, которые позволяют работать с глубинными внутренними структурами личности, мастер-классами, дискуссионными и педагогическими мастерскими [1, 3].

Эффективным механизмом профилактики психического нездоровья может быть саморегуляция, активно применяемая педагогами в профессиональной деятельности. Восстановление внутреннего комфорта воспитателя повышает его работоспособность и качество работы, что оказывает влияние на эмоциональное благополучие воспитанников в детском саду [5].

Если психическое здоровье понимать как состояние душевного благополучия, отсутствие болезненных психических проявлений, адекватную условиям действительности регуляцию поведения и деятельности, то методологией данного исследования является системный подход, где система рассматривается как совокупность взаимодействующих элементов, образующих при взаимодействии определенную целостность.

В детском саду как в первом социальном институте начинается взаимодействие детей, родителей и педагогов. В результате социальной коммуникации происходят личностные и социальные изменения всех участников воспитательно-образовательного процесса, подвергающихся эмоциональному воздействию друг на друга.

В процессе изучения проблемы психического здоровья педагога как условия качества дошкольного образования были проанализированы:

1) результаты многолетнего опыта работы с детьми, родителями и педагогами детских садов Ленинского района г. Екатеринбурга на базе районного методического объединения педагогов-психологов Отдела образования Администрации района г. Екатеринбурга;

2) результаты 20-летней психолого-педагогической работы с родителями, детьми, педагогами МБ ДОУ «Детский сад № 26 Ленинского района г. Екатеринбурга».

В работе использовались следующие методики: беседы, наблюдение, опросник «Что в моей жизни есть хорошего», составление «Карты психофизического здоровья педагога», семинары и тренинги по позитивизации мышления и изменению негативных поведенческих стереотипов, индивидуальные и групповые психологические консультации по проблемам профессионального выгорания и формированию адекватной мотивации к деятельности.

Целью работы являлось повышение у педагогов и специалистов дошкольного образования психологической культуры по проблемам психического здоровья, осознание собственной ответственности за свое эмоциональное состояние и укрепление психического здоровья через овладение навыками саморегуляции и активизации внутренних ресурсов.

Для реализации данной цели было организовано управленческое, научно-методическое и психологическое сопровождение профилактики профессиональных рисков для минимизации последствий профессионального выгорания.

Результатами явились следующие виды деятельности.

I этап включал:

1) выявление особенностей проявления синдрома профессионального выгорания и эмоционального напряжения. Было выявлено, что для многих педагогов характерна неустойчивая самооценка, эмоциональная нестабильность, повышенная тревожность, высокий самоконтроль при подавлении отрицательных эмоций, нарушения вегетативной регуляции (плохой сон, изменение аппетита, головные боли, нестабильность артериального давления и т.д.), психосоматические недомогания;

2) определение уровня представлений педагогов о проблемах психического здоровья в дошкольном образовании. Многие педагоги оказались недостаточно осведомленными о факторах риска педагогической деятельности, о последствиях негативных психоэмоциональных состояний и способах профилактики синдрома профессионального выгорания.

II этап включал:

1) формирование у педагогов системных представлений о причинах возникновения, видах и последствиях профессиональных рисков;

2) формирование мотивации педагогов на овладение методами и средствами укрепления психического здоровья, предотвращение профессиональных деформаций;

3) снижение уровня эмоционального напряжения, улучшение общего фона настроения, применение в повседневной практике физических нагрузок, элементов закалывания, оптимизация сна и активизация интереса к собственному психическому здоровью;

4) формирование умений снижать эмоциональную напряженность и переключать свою деятельность и деятельность воспитанников.

III этап включал:

1) анализ результатов применения эффективных мер по преодолению и профилактике профессиональных рисков;

2) формирование установок на сохранение и укрепление психического здоровья;

3) улучшение психологического климата в коллективе.

В результате проведенной работы можно сделать вывод, что сознательность и активность педагогов детских садов в сохранении ими психического здоровья, уверенность в эффективности применяемых ими приемов профилактики являются значимым компо-

нением профессиональной культуры и необходимы для повышения качества дошкольного образования. Профилактика проблем эмоционального неблагополучия связана с самовоздействиями и саморегуляцией, которые повышают профессиональную активность, осознание и принятие смысла профессиональной деятельности, способность к профессиональной саморегуляции, обеспечивают хорошее самочувствие, активность, эмоциональную и деятельностную готовность к неожиданным и эмоционально напряженным ситуациям. Поэтому одним из главных направлений деятельности в психологическом сопровождении в дошкольном образовании должна быть психологическая поддержка педагогов для оптимизации их эмоционального благополучия и поиска личностных ресурсов в управлении взаимодействия с детьми и родителями при повышении качества воспитательно-образовательного процесса.

Библиографический список

1. Буянкина М. А., Онуфриева В. В. Феномен психического выгорания и возможности его коррекции у сотрудников дошкольного учреждения // European journal of education and applied psychology. 2015. № 1. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/fenomen-psiicheskogo-vygoraniya-i-vozmozhnosti-ego-korreksii-u-sotrudnikov-doshkolnogo-uchrezhdeniya> (дата обращения: 27.01.2018).
2. Вержибок Г. В. «Общество риска» и профессиональная рискогенность педагога // PEM: Psychology. Educology. Medicine. 2015. № 3–4. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/obschestvo-riska-i-professionalnaya-riskogennost-pedagoga> (дата обращения: 25.01.2018).
3. Ермакова В. В. Психологическое здоровье воспитателей дошкольных образовательных организаций как условие их эффективной деятельности в соответствии с требованиями ФГОС ДО и профессиональных стандартов // Педагогика: традиции и инновации: матер. VII междунар. науч. конф. (г. Челябинск, январь 2016 г.). Челябинск: Два комсомольца, 2016. URL: <http://moluch.ru/conf/ped/archive/186/9392/> (дата обращения: 17.01.2018).
4. Костин Е. Ю. Эмоциональное выгорание в профессиональной деятельности педагогов дошкольного образовательного учреждения // Педагогика и психология образования. 2013. № 2. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/emotsionalnoe-vygoranie-v-professionalnoy-deyatelnosti-pedagogov-doshkolnogo-obrazovatel'nogo-uchrezhdeniya> (дата обращения: 22.01.2018).
5. Сазонова Н. П. К вопросу о формировании профессионального здоровья педагогов дошкольного образования // Управление ДОУ. 2013. № 2. С. 48–52.
6. Buyankina M. A., Onufrieva V. V. The Phenomenon of Mental Burnout and the Possibility of its Correction among Employees of Preschool Institutions // European Journal of Education and Applied Psychology. 2015. No. 1. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/fenomen-psiicheskogo-vygoraniya-i-vozmozhnosti-ego-korreksii-u-sotrudnikov-doshkolnogo-uchrezhdeniya> (accessed January 27, 2018).
7. Verzhibok G. V. "Risk Society" and the Professional Riskogenics of a Teacher // PEM: Psychology. Educology. Medicine. 2015. No. 3–4. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/obschestvo-riska-i-professionalnaya-riskogennost-pedagoga> (accessed January 25, 2018).
8. Ermakova V. V. Psychological Health of Educators of Preschool Educational Organizations as a Condition for their Effective Activity in Accordance with the Requirements of FSES DO and Professional Standards // Pedagogy: Conventions and Innovations: Materials of the 5th Intern. Sci. Conf. (Chelyabinsk, January 2016). Chelyabinsk: Two Komsomol members, 2016. URL: <http://moluch.ru/conf/ped/archive/186/9392/> (accessed January 17, 2018).
9. Kostin E. Yu. Emotional Burn-Out in the Professional Activity of Teachers of Preschool Educational Institutions // Educational Pedagogy and Psychology. 2013. No. 2. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/emotsionalnoe-vygoranie-v-professionalnoy-deyatelnosti-pedagogov-doshkolnogo-obrazovatel'nogo-uchrezhdeniya> (accessed January 22, 2018).
10. Sazonova N. P. On the Issue of the Development of the Professional Health of Teachers of Preschool Education // Management of a Preschool Educational Institution. 2013. No. 2. P. 48–52.

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ С АНОВУЛЯЦИЕЙ

Шилов С. Н.¹, д. м. н., профессор, Алимбаева М. А.¹, аспирант,
Шилова О. Ю.², к. м. н., доцент,

¹ФГБОУ ВО «Красноярский государственный педагогический университет
имени В. П. Астафьева»,

Красноярск, Российская Федерация,

²ФГБОУ ВО «Хакасский государственный университет имени Н. Ф. Катанова»,
Абакан, Российская Федерация

Аннотация

Развитие ановуляции и олигомерореи имеет сильную зависимость от полноценности нейро-трансмиссивной (НТ) регуляции ЦНС. Эти состояния репродуктивной системы можно отнести к типичным психосоматическим заболеваниям. В связи с этим проведена сравнительная оценка уровня личностной тревожности (ЛТ) и качества жизни (КЖ) как клинических маркеров НТ-неполноценности у девушек-подростков с овуляторным менструальным циклом и ановуляцией. Показатели КЖ у девушек с ановуляцией были ниже, а уровень ЛТ был выше, чем в контрольной группе (при $p < 0,05$). Выявленные особенности психоэмоционального статуса, вероятно, могут быть рассмотрены как триггерный механизм ановуляции, что требует обязательной коррекции в ходе лечения пациенток этой группы.

Ключевые слова

Ановуляция, девушки-подростки, личностная тревожность, качество жизни.

MENTAL HEALTH AND QUALITY OF LIFE OF TEENAGE GIRLS WITH ANOVULATION

Shilov S. N.¹, MD, Professor, Alimbaeva M. A.¹, PhD Student,
Shilova O. Yu.², PhD (Medicine), Associate Professor,

¹Krasnoyarsk State Pedagogical University named after V. P. Astafiev,
Krasnoyarsk, Russian Federation,

²Khakassia State University named after N. F. Katanov,
Abakan, Russian Federation

Abstract

There is a high dependence of the development of anovulation and oligomenorrhea from the full value of neurotransmitter (NT) regulation of the central nervous system. These conditions of the reproductive system can be attributed to the typical psychosomatic diseases. In this regard, a comparative assessment of trait anxiety (TA) and quality of life (QL) as clinical markers of NT inferiority of adolescent girls with ovulatory menstrual cycle and anovulation was carried out. The QL of girls with anovulation was lower, and the level of TA was higher than in the control group (at $p < 0.05$). The revealed features of the psycho-emotional status can probably be considered as a trigger mechanism of anovulation which requires treatment.

Key words

Anovulation, teenage girls, trait anxiety, quality of life.

В настоящее время отмечают неблагоприятные перемены в картине психического здоровья подрастающего поколения [5, 11].

Среди основных критериев психического здоровья современные авторы выделяют качество жизни. В качестве субъективных составляющих качества жизни, субъективными составляющими которого являются удовлетворенность физическим, социальным и пси-

хическим состоянием человека [7], а также отсутствие выраженной тревожности.

Высокая актуальность проблемы психического здоровья и качества жизни девушек с гинекологической патологией объясняется тем, что репродуктивное здоровье женщины характеризуется состоянием полного физического, психического и социального благополучия.

Оценка качества жизни и уровень личностной тревожности девушек-подростков с различным состоянием менструального цикла

Девушки-подростки	ЛТ, баллы	УФУ, %	УПУ, %	УСУ, %
С ановуляцией, $n = 51$	$48,23 \pm 0,9$	$66,82 \pm 2,8$	$63,45 \pm 2,9$	$65,86 \pm 4,3$
С овуляторным МЦ, $n = 50$	$44,04 \pm 1,1$	$80,98 \pm 3,2$	$74,12 \pm 3,0$	$86,00 \pm 3,8$
Достоверность различий	$p < 0,01$	$p < 0,01$	$p < 0,05$	$p < 0,001$

Примечание. ЛТ — личностная тревожность, УФУ, УПУ, УСУ — уровень физической, психической и социальной удовлетворенности.

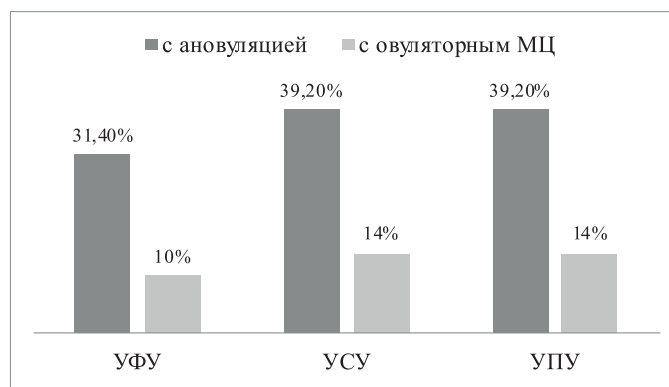


Рис. 1. Процентное соотношение по степени выраженности низкого уровня физической, психической и социальной удовлетворенности девушек с ановуляцией и овуляторным МЦ (достоверность различий при $\varphi_{эмп}^* \geq 2,31$)

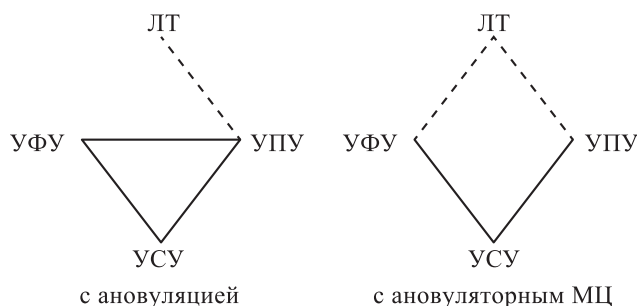


Рис. 2. Схема корреляционных связей уровней удовлетворенности (физической, психической и социальной) и личностной тревожности девушек исследуемых групп.

Примечание. Сплошной линией обозначены прямые корреляционные связи; пунктирной линией — обратные корреляционные связи (на рисунке отображены связи при $r \geq 0,3$)

Рядом авторов отмечается значительное негативное влияние нарушения менструального цикла (МЦ) на качество жизни девушек [4, 12]. Это выражается в виде ограничений повседневной и социальной деятельности [13], а также наличия психоэмоционального напряжения [14, 15]. Между тем физические, социальные и психологические стрессоры могут являться факторами, способствующими возникновению сбоев МЦ [6]. Как показывают исследования последних лет, нарушения менструального ритма, вызванные эмотивными факторами, значительно чаще проявляются у девушек-подростков [10]. Целью исследования явилось изучение уровня личностной тревожности и качества жизни девушек-подростков с ановуляцией.

Материалы исследования. В исследовании участвовала 101 девушка в возрасте от 14 до 18 лет (средний возраст испытуемых $16,58 \pm 1,38$ лет) с разным состоянием менструальной функции. Респондентки были разделены на две группы. В первую группу вошла 51 девушка (50,5%) с ановуляцией. Во вторую группу было отнесено 50 девушек (49,5%) с регулярным МЦ. Экспериментальной базой служил молодежный центр «Академия молодой семьи» г. Красноярск.

Качество жизни оценивалось с помощью интегративного теста И. А. Гундарова [3], отражающего общий уровень соматического и психического здоровья и позволяющего провести самоанализ удовлетворенно-

сти жизнью. В основе оценки лежал принцип единства физических, психических и социальных составляющих с использованием метода трех шкал: физической, психической и социальной удовлетворенности (И. А. Гундаров, В. А. Полесский, 1991; С. В. Ковалев, 1991; Н. А. Литвинцева, 1996, 1997; И. Г. Леонов, 1998; В. А. Ананьев, 1998). В норме уровень психической, социальной и физической удовлетворенности должен быть выше 60, иные показатели указывают на сниженный уровень удовлетворенности.

Данные по уровню личностной тревожности были получены с помощью шкалы тревожности Спилберга—Ханина [1]. Оценку уровня тревожности как устойчивой характеристики личности проводили по трем уровням: низкий уровень тревожности ≤ 30 баллов, средний 31–44 балла, высокий уровень ≥ 45 баллов.

Для статистической обработки данных шкалы был использован t -критерий Стьюдента (достоверность данных при $p < 0,05$). Степень зависимости между переменными по всем наблюдениям вычисляли с помощью коэффициента корреляции Пирсона.

Полученные результаты. Результаты исследования показали (см. таблицу), что девушки-подростки при ановуляции имеют достоверно более низкие показатели по уровню психической, социальной и физической удовлетворенности и более высокие по уровню личностной тревожности.

На рис. 1 представлено соотношение низкого уровня удовлетворенности у девушек с разным состоянием МЦ.

Таким образом, показано, что нарушение МЦ сочетается со сниженной удовлетворенностью каче-

ством жизни и, соответственно, падением уровня индивидуального здоровья.

При этом у девушек с ановуляцией, в отличие от девушек с овуляторным МЦ, высок тревожный радикал (в среднем по группе $48,23 \pm 0,9$), что указывает на склонность к частым интенсивным тревожным переживаниям, а следовательно, на низкую резистентность к ее возникновению [2, 8]. Значительное повышение уровня тревожности у 41,2% девушек-подростков с ановуляцией (≥ 50 баллов) свидетельствует об ухудшении их психического здоровья [9].

Для выяснения тесноты связи между физическим, психическим и социальным уровнями удовлетворенности и личностной тревожности применен метод корреляции Пирсона. Схема корреляционных связей представлена на рис. 2.

Полученные положительные корреляционные связи исследуемых показателей у девушек с ановуляцией, в отличие от девушек контрольной группы, демонстрируют взаимозависимость психического, физического и социального благополучия. У девушек с овуляторным МЦ выявлена отрицательная корреляционная связь между личностной тревожностью и уровнем физической удовлетворенности. При этом чем ниже уровень личностной тревожности, тем выше их физическое благополучие.

Таким образом, можно заключить, что выявленные особенности психоэмоционального статуса девушек-подростков, вероятно, могут рассматриваться как триггерный механизм ановуляции, что требует обязательной коррекции в ходе лечения пациенток этой группы.

Библиографический список

1. Батаршев А. В. Базовые психологические свойства и самоопределение личности: Практическое руководство по психологической диагностике. СПб.: Речь, 2005. С. 44–49.
2. Брагина М. А., Наливайко Н. Д., Лисова Н. А., Шилов С. Н. Особенности типов темперамента и уровня тревожности девушек-студенток с нарушением менструального цикла // Актуальные проблемы современной педагогики и психологии в России и за рубежом. Сб. науч. тр. по итогам междунар. науч.-практ. конф. № 2. Новосибирск, 2015. С. 138–141.
3. Гундаров И. А., Полесский В. А. Актуальные вопросы практической валеологии // Валеология. Диагностика, средства и практика обеспечения здоровья. СПб., 1993. С. 25–32.
4. Зараковский Г. М. Качество жизни населения России: психологические составляющие. М.: Смысл, 2009. 319 с.
5. Положий Б. С. Психическое здоровье как отражение социального состояния общества // Обзорение психиатрии и мед. психологии. 1998. № 4. С. 6–11.
6. Кузнецова И. В., Бурчакова М. Н., Бурчаков Д. И., Хаджиева Н. Х., Филиппова Г. Г. // Медицинский алфавит № 10. 2017. Т. 2: Современная гинекология. С. 54–61.
7. Кушков Л. В. Детерминанты удовлетворенности жизнью // Общество и политика / под ред. В. Ю. Большакова. СПб.: Изд-во С.-Петербургского ун-та, 2000. С. 476–510.
8. Насырова Р. Ф. и др. Психическое здоровье и качество жизни женщин с олигоменореей // Сибирский медицинский журнал. 2011. Т. 26, № 1, вып. 1. С. 102–105.
9. Психодиагностика стресса: практикум / сост. Р. В. Куприянов, Ю. М. Кузьмина; М-во образ. и науки РФ, Казан. гос. технол. ун-т. Казань: КНИТУ, 2012. 212 с.
10. Волель Б. А. и др. Современные представления о стресс-зависимых нарушениях менструального цикла: обзор // Акушерство и гинекология. 2016. № 12. С. 34–40.
11. Сухотина Н. К. Психическое здоровье детей и определяющие его факторы // Журнал неврологии и психиатрии имени С. С. Корсакова. 2013. Т. 113. № 5, вып. 2. Детская неврология и психиатрия. С. 16–22.
12. Bushnell D. M., Martin M. L., Moore K. A., Richter H. E., Rubin A., Patrick D. L. Menorrhagia Impact Questionnaire: assessing the influence of heavy menstrual bleeding on quality of life // Curr. Med. Res. Opin., Dec. 2010. V. 26. No. 12. P. 2745–2755.

13. *Chapa H. O., Venegas G., Antonetti A. G., Van Duyne C. P., Sandate J., Bakker K.* In-office endometrial ablation and clinical correlation of reduced menstrual blood loss and effects on dysmenorrhea and premenstrual symptomatology // *J. Reprod. Med.* Apr. 2009. V. 54. No. 4. P. 232–238.
14. *Heliövaara-Peippo S., Hurskainen R., Teperi J.* et al. Quality of life and costs of levonorgestrel-releasing intrauterine system or hysterectomy in the treatment of menorrhagia: a 10-year randomized controlled trial // *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2013. V. 209. No. 535. P. e1–14.
15. *Matteson K. A., Raker C. A., Clark M. A., Frick K. D.* Abnormal uterine bleeding, health status, and usual source of medical care: analyses using the Medical Expenditures Panel Survey // *J. Women's Health (Larchmt).* 2013. V. 22. P. 959–965.

ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ АУТИЗМА В ЖИЗНЕННОМ ЦИКЛЕ ЧЕЛОВЕКА

EDUCATIONAL ASPECTS OF AUTISM WITHIN THE CONCEPT OF THE HUMAN LIFE CYCLE

РЕЧЕВОЙ СТАТУС В ДИАГНОСТИКЕ И ПОСЛЕ КОРРЕКЦИИ (РЕЗУЛЬТАТЫ СКРИНИНГА)

Азова О. И., к. п. н., доцент,
Директор медицинского центра «Логомед прогноз»,
ОАНО ВО «Московский психолого-социальный университет»,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

Описаны неврологические маркеры и биомаркеры аутизма, выявлено, когда и кто должен диагностировать аутизм. Приведены методы диагностики и параметры фиксации особенностей при аутизме, методы лечения расстройств аутистического спектра (РАС). Представлены результаты скрининг-обследования, которое проводилось с целью анализа результативности применяемых методов лечения у пациентов детского возраста, обратившихся в медицинский центр.

Ключевые слова

Аутизм и его маркеры, расстройства аутистического спектра, методы диагностики и параметры фиксации особенностей при аутизме, речевой диагноз, методы лечения аутизма.

SPEECH POSITION IN DIAGNOSIS AND AFTER CORRECTION (RESULTS OF SCREENING)

Azova O. I., PhD (Pedagogy), Associate Professor,
Director of medical center “Logomed Prognoz”,
Moscow Psychological and Social Institute,
Moscow, Russian Federation

Abstract

The present paper looks at the neurological markers and biomarkers of autism and determines who and when should diagnose ASD. The author describes the methods of diagnosis and characteristics of identifying features of autism as well as treatment options. Furthermore, the article presents the results of the screening program which was conducted among pediatric patients of the medical center in order to assess treatment effectiveness.

Key words

Autism, markers of autism, ASD, diagnostics methods, characteristics of identifying features of autism, speech diagnosis, methods of treating autism.

К неврологическим маркерам и биомаркерам аутизма (в том числе и неспецифическим) относятся: нарушение коммуникации, стереотипии (повторяющиеся движения, позы, голосовые реакции), сенсорные нарушения, нарушение поведения — гиперактивность — «полевое поведение», вегетативные нарушения, нарушение обменных и иммунных процессов,

нарушения в работе желудочно-кишечного тракта, эпилепсия и др. Если начать считать признаки аутизма, то их окажется более 150. «Красные флажки» расстройств аутистического спектра (РАС) — клинические признаки РАС детей от года до 3 лет [5]:

1) не показывает, не привлекает внимание других к чему-либо;

Таблица 1. Специализированная диагностика развития у пациентов с РАС

Кто проводит?	Какие методы используют?
Медицинские психологи	<ul style="list-style-type: none"> ● Шкала наблюдения и диагностики аутизма (ADOS) ● Полуструктурированное интервью с родителями (ADI-R) ● Психологический профиль развития ребенка (PEP) ● Таблицы Шульте ● Тест Векслера и др. [4, 6]
Дефектолог, логопед	<ul style="list-style-type: none"> ● Тест для оценки сформированности рецептивной речи (ROWPVT) ● Тест для оценки сформированности экспрессивной речи (EOWPVT) ● Шкала речевого развития для дошкольного возраста (PLS) ● Шкала Рейнел оценки речевого развития (RDLS) [5]

Таблица 2. Методы лечения РАС, основанные на принципах доказательной медицины

Эффективность	Вмешательство
Рекомендовано	<i>Подтверждена (уровень доказательности А)</i> Поведенческие вмешательства (АВА-терапия); применение рисперидона (при сопутствующей тяжелой раздражительности или разрушительном поведении)
Условно одобрены	<i>Слабые доказательства (уровень доказательности В)</i> Слуховые терапии; сенсорная интеграция; психотерапия; витамины и БАДы; безглютеновая/казеиновая диета (БКБГ); тренинг социальных навыков; альтернативная коммуникация
Рекомендованы только в рандомизированных контролируемых исследованиях	Лечение и обучение детей с аутистическими и другими нарушениями общения (ТЕАССН); когнитивно-поведенческая терапия; применение селективных ингибиторов обратного захвата серотонина у взрослых с РАС (при коморбидной депрессии)
Рекомендованы	Психостимуляторы у детей и взрослых с РАС (при коморбидном СДВГ)
<i>Не подтверждена (уровень доказательности С)</i>	
Не рекомендовано	Метод Домана—Делакато, линзы Ирлена; метод облегченной коммуникации; психодинамическая психотерапия; секретин; противогрибковая терапия; хелирование; иммуномодулирующая терапия; противовирусная терапия; краниосакральная терапия (остеопатия); анималотерапия (дельфинотерапия, иппотерапия и др.)

Таблица 3. Программы реабилитации детей с различными диагнозами

Диагноз/Заключение	Логопедическое направление	Психолого-педагогическое направление	Медикаментозное и немедикаментозное направление
Дислалия	Занятие: постановка звуков	—	Хирург: иссечение уздечки (если нужно)
Дизартрия	Массаж, занятие: постановка звуков; занятие: работа с просодикой	Психолог, н/психолог, музыка, ремесло	ДЦП: невролог, функциональная диагностика, БОС-лого, ЛФК, массаж, мозж. стимул, физиопроцедуры
Ринолалия	Массаж, занятие	Психолог, н/психолог, музыка, ремесло	Хирург, невролог и другие врачи, фонепед
Фонематическое нарушение	Занятие	—	Томатис, БАК, Fast For Word
Алалия — системные речевые нарушения (афазия), ОНР (1-й уровень), ЗПРР (ЗПР)	Занятие: фонетико-фонемат. Занятие: лексико-граммат.	Психолог, н/психолог, музыка, ремесло	невролог, функциональная диагностика, психиатр, БОС-лого, ЛФК, массаж, мозж. стимул, физиопроцедуры, Interactive Metronome, Томатис, Томатис, БАК и др. физио, Fast For Word
Заикание	Расслабляющий массаж; занятие: ?	Психолог (психотерапия), музыка	Невролог, БОС-лого, Томатис, Interactive Metronome
Нарушения письма и чтения	Занятие	Психолог, н/психолог,	Томатис, БАК, Fast For Word, Play Attention
Нарушения письменной речи (при ОНР и ЗПР)	—	—	Томатис, БАК, Interactive Metronome, Play Attention
Аутизм (РАС)	Занятие: после медицинского, псих-пед, немедик. направления	АВА-терапия, Floortime, сенсорная интеграция, ремесло, музыка, психолог, н/психолог	Гастроэнтеролог, невролог, функциональная диагностика, БОС-лого, ЛФК, массаж, мозж. стимул, физиопроцедуры, Томатис, Interactive Metronome

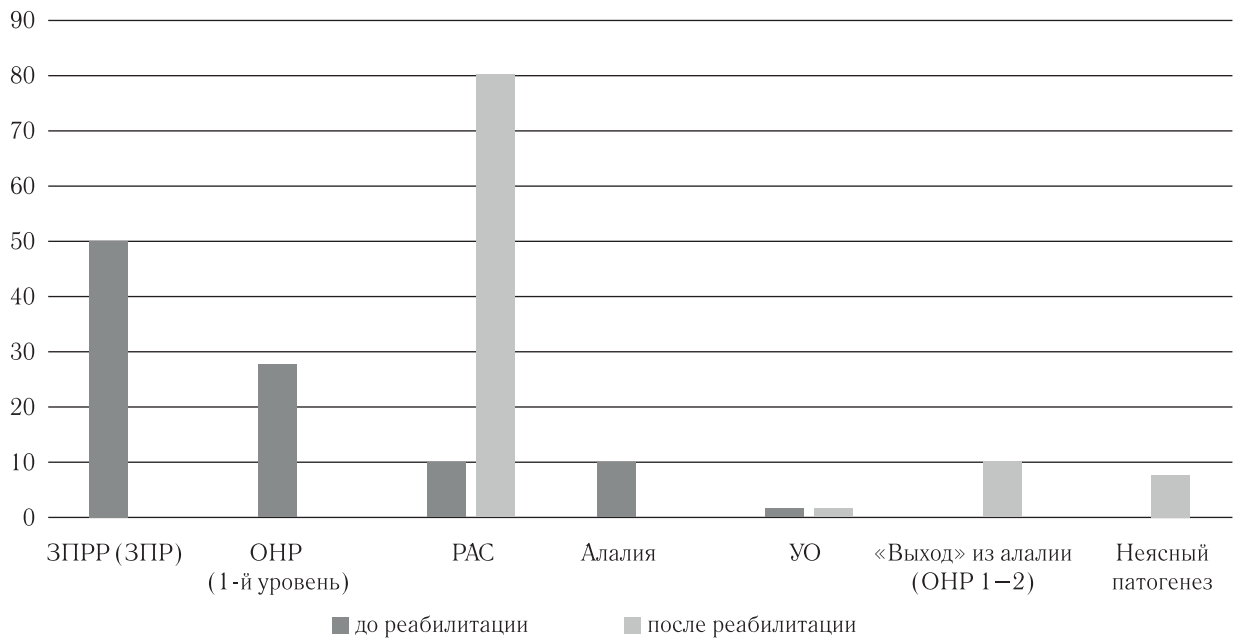


Рис. 1. Диагнозы неврологов, психиатров до реабилитации (из карт и документов детей) и диагнозы на основе заключений неврологов, логопедов до и после реабилитации

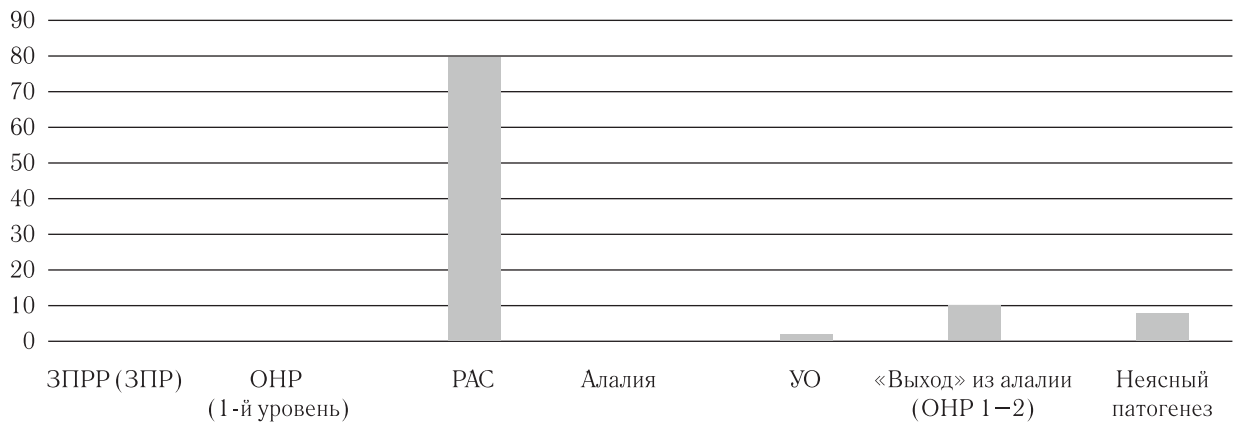


Рис. 2. Диагнозы неврологов, психиатров после реабилитации

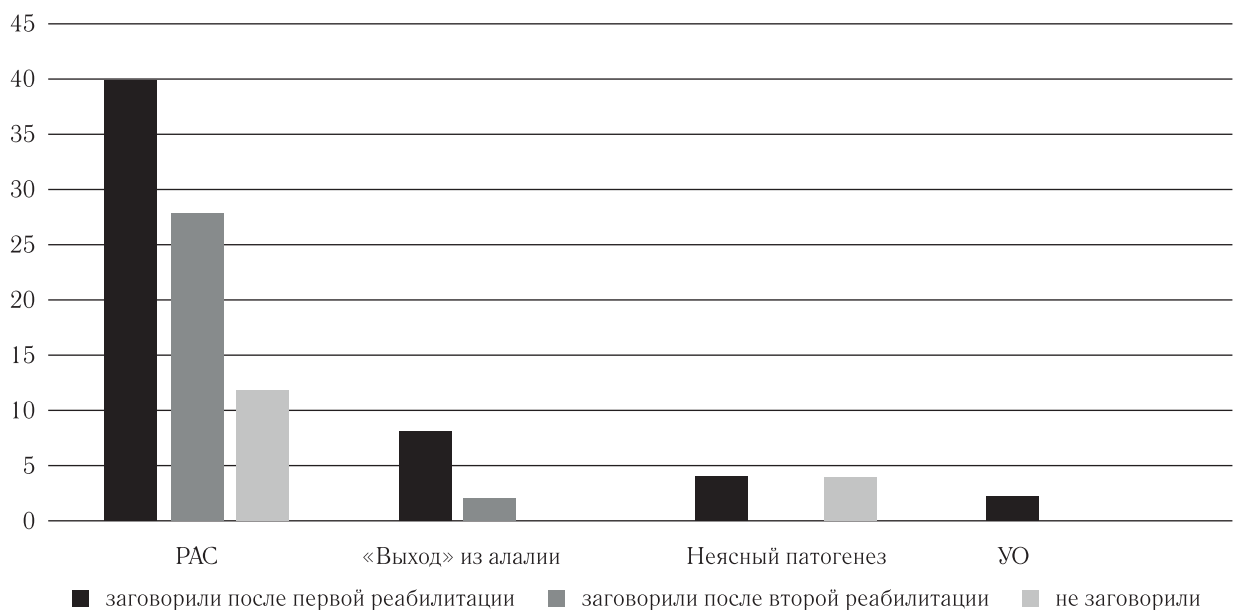


Рис. 3. Ожидаемый результат лечения

- 2) не проявляет согласованной, понятной другим невербальной коммуникации;
- 3) не пытается разделить с кем-нибудь интересы или удовольствие;
- 4) не демонстрирует или мало демонстрирует имитационную деятельность;
- 5) не удерживает направленный взгляд;
- 6) не отзывается на имя;
- 7) не проявляет теплоты и радости;
- 8) склонен к необычным интонационным модуляциям речи;
- 9) повторяет одинаковые движения или принимает одни и те же позы.

Диагностику и дифференциальную диагностику РАС с официальным установлением диагноза проводит врач-психиатр независимо от возраста при наличии задержки речевого развития, потере ранее приобретенных речевых и социальных навыков, а также других психических нарушениях [3]. При этом врач использует клиническое патопсихологическое исследование, физикальное исследование, а также применяет специализированные шкалы (CARS) [3, 4].

Среди неврологических маркеров РАС, которые не специфичны и встречаются при других заболеваниях у детей на ранних этапах развития, отмечаются двигательные нарушения, пароксизмальная активность на ЭЭГ, нарушения сна, речевые расстройства. Но сколько бы признаков и методов доказательной медицины мы не перечисляли, главная доминанта для родителей — отсутствие речи или ее плохое развитие.

В отечественной литературе обозначены ранние маркеры нарушений речевой функции у детей с РАС, которые связаны с отсутствием:

- 1) гуления и лепета к 6 месяцам жизни ребенка;
- 2) реакции на свое имя к 7–8 месяцам;
- 3) активного лепета или указательного жеста к 12 месяцам;
- 4) спонтанных слов к 16 месяцам;
- 5) элементарной фразовой речи к 24 месяцам;
- 6) простых грамматических конструкций к 36 месяцам.

В коррекции аутизма помимо маркеров можно опираться на методы лечения, основанные на принципах доказательной медицины. Нами было организовано скрининговое обследование, которое проходило с января 2017 по январь 2018 г.

Цель обследования — анализ результативности применяемых методов лечения у пациентов детского возраста, обратившихся в медицинский центр «Логомед прогноз» и центр развития и коррекции ребенка «Логоцентр О.И. Азовой» в период с января 2017 по январь 2018 г. (табл. 1).

Итак, диагностическая картина приобрела другой вид. Если предварительные диагнозы (рис. 1 и 2) были: задержка психоречевого развития (ЗПРР) или задержка психического развития (ЗПР) — 50% детей, общее недоразвитие речи (ОНР), 1-й уровень, — 28%, РАС — 10%, алалия — 10%, умственная отсталость (УО) — 2% детей, то после прохождения реабилитации и повторной консультации невролога (рис. 1 и 2) демонстрировались следующие результаты: не подтвердились диагнозы ЗПРР (ЗПР), ОНР (1-й уровень), тогда как возросло количество диагностированного РАС — 80% детей (до реабилитации всего 10%), количество детей с УО прежнее — 2%. После реабилитации появилось ранее не диагностированное нарушение неясного патогенеза — 8% детей, а у детей с алалией до реабилитации (10%) наметился выход из названного диагноза.

Реабилитация детей с различными диагнозами проходила по трем направлениям: медицинское, психолого-педагогическое и немедикаментозное.

Для детей с различными диагнозами были разработаны программы реабилитации [1, 2], которые представлены в табл. 3.

Ожидаемый результат лечения представлен на рис. 3:

- первоочередные результаты (интенсивный курс — 15 дней);
- последующие результаты (через 6 месяцев от начала лечения);
- среднесрочные результаты (через 2–3 года от начала лечения).

Так, после первой реабилитации (15 дней) у 40% детей с РАС и 8% детей с алалией появилась речь. После второй реабилитации число говорящих детей увеличилось: у 28% детей с РАС и 7% детей с алалией начали говорить отдельные слова. Тем не менее 12% детей оставались безречевыми как после первой, так и после второй реабилитации.

Еще раз акцентируем внимание на том, что среднесрочные результаты лечения наступают только через 2–3 года от начала лечения. Это развитие коммуникативных способностей ребенка, интеграция в социум, адаптация в дошкольных, школьных учреждениях и семье.

Были сделаны следующие выводы:

- 1) нужно подходить к лечению и коррекции с позиции заболевания всего организма;
- 2) необходимо как можно раньше начинать реабилитационные мероприятия;
- 3) требуется применять комплексный мультидисциплинарный подход и индивидуальные методики реабилитации.

Библиографический список

1. Азова О.И. Аутизм, алалия: реабилитационный маршрут. М.: ТЦ «Сфера», 2014. 80 с.
2. К вопросу об аутизме // Актуальные проблемы специальной психологии и коррекционной педагогики: матер. II Междунар. конгр. по сложным нарушениям речи и поведения «Аутизм. Алалия. Инновации». Москва, 1–3 апреля 2016 г. / под общ. ред. Ж.В. Антиповой, О.И. Азовой. М.: Изд-во Московского психолого-социального университета, 2016. 400 с.

3. Симашкова Н. В. Расстройства аутистического спектра у детей / под ред. Н. В. Симашковой. М.: Авторская Академия, 2013. 264 с.
4. Lord C., Risi S., Lambrecht L., Cook E.H., jr., Levental B.L., DiLavore P.C., Pickles A., Rutter M. The Autism Diagnostic Observation Schedule. Generic: A Standard Measure of Social and Communication Deficit associated with Spectrum of Autism // *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2000. V. 30. No. 3. P. 205–223.
5. Lord C., Rutter M., LeCouteur A. The Autism Diagnostic Interview. Revised: A Revised Version of a Diagnostic Interview for Caregivers of Individuals with Possible Pervasive Developmental Disorders // *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2006. V. 36. P. 659–685.
6. Tadevosyan-Leyfer O., Dowd M., Mankoski R., Winklosky B., Putnam S. et al. A Principal Component Analysis of the Autism Diagnostic Interview—Revised // *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2003. V. 42. No. 7. P. 864–872.

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ И ТРУДОВОЙ ЗАНЯТОСТИ МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Волкова О. О., к. х. н., Головина Г. А.,

Центр социальной адаптации и профессиональной подготовки ГБПОУ города Москвы
«Технологический колледж № 21»,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

Представлены принципы и опыт организации профессионального обучения лиц с расстройствами аутистического спектра с разной степенью выраженности интеллектуальных нарушений в условиях государственного профессионального образовательного учреждения. Рассмотрены перспективы организации сопровождаемой трудовой занятости.

Ключевые слова

Адаптация, трудовая деятельность, учебная деятельность, обучающиеся со множественными нарушениями развития, психолого-педагогическое сопровождение, жизненные и трудовые компетенции, сопровождаемое трудоустройство.

EXPERIENCE OF VOCATIONAL TRAINING AND EMPLOYMENT FOR YOUNG PEOPLE WITH AUTISM

Volkova O. O., PhD (Chemistry), Golovina G. A.,

Center of Social Adaptation and Professional Training, State Technical College No. 21,
Moscow, Russian Federation

Abstract

The article presents the principles and the experience of organizing professional training for persons with autism with varying degrees of mental disorders at a state professional educational institution. The authors reviewed the prospects of supported employment for college graduates.

Key words

Adaptation, work activity, educational activity, students with multiple disabilities, psycho-pedagogical support, vital and basic labor competency, supported employment.

Жизнь любого человека проходит по неизбежному пути: детство—школа—обучение профессии—трудовая деятельность. Мы абсолютно уверены, что жизненный путь человека с ограничениями жизнедеятельности, в том числе и человека с расстройствами аутистического спектра (РАС), в принципе не отличается от жизненного пути обычного, формально ничем не огра-

ниченного человека. Только для того, чтобы достойно пройти свой путь, человеку с особыми потребностями нужны поддержка, постоянная или эпизодическая, и сопровождение знающих чутких специалистов, а иногда просто добрых внимательных людей.

В 2006 году в ГБПОУ «Технологический колледж № 21» в Москве был создан эксперименталь-

ный Центр социальной адаптации и профессиональной подготовки (ЦСА и ПП) для молодых людей с выраженными психическими и интеллектуальными расстройствами (с такими диагнозами, как ранний детский аутизм, глубокая умственная отсталость, органическое поражение мозга, шизофрения, генетические синдромы и др.). Более 70% обучающихся имели расстройства аутистического спектра. До этого ни в одном образовательном учреждении Москвы (да и России в целом) не обучались профессиональным навыкам учащиеся со столь сложными ограничениями. На тот момент было известно много примеров социальных мастерских, созданных на базе общественных организаций, которые скорее носили характер центров дневного пребывания для людей с инвалидностью, чем места их профессионального обучения. В последние годы ситуация с приемом на профессиональное обучение молодых людей со сложными нарушениями развития, в том числе с РАС, несколько изменилась, колледжи стали их принимать. Но наиболее сложных ребят многие из них просто не могут взять из-за отсутствия условий и специалистов, необходимых для данной работы. Преимуществом ЦСА и ПП явилось то, что в 2006 году сюда пришли опытные сотрудники РБОО «Центр лечебной педагогики», первой в России организации, где уже в 1989 году начали помогать детям и подросткам с РАС. Сейчас в шести мастерских колледжа обучаются 160 молодых людей с I и II группами инвалидности. Отметим, что если в первые годы работы в ЦСА и ПП в основном поступали молодые люди, ранее нигде не обучавшиеся, то сейчас основу контингента поступающих составляют выпускники специальных коррекционных школ VIII вида, что связано с усложнением контингента этих школ. Такая ситуация лишним раз подчеркивает актуальность организации их профессионального обучения и трудовой занятости, иначе все усилия государственного образования, как дошкольного, так и школьного, по абилитации детей с РАС и их социальной адаптации будут бессмысленными.

Опыт специалистов ЦСА и ПП и Центра лечебной педагогики показал, что при специальной организации обучения и соответствующем психолого-педагогическом сопровождении трудовые умения и профессиональные навыки обучающихся с РАС могут быть доведены до компетентного уровня, что создает в перспективе возможность дальнейшей трудовой деятельности после окончания обучения [7, с. 10]. Нет смысла говорить, что трудоустройство — это невероятно важная составляющая активной жизни любого человека, значимо влияющая на ее качество, что уже само по себе имеет огромное социальное значение: снимается социальная напряженность в семьях, воспитывающих детей-инвалидов; родители получают возможность жить более полноценной жизнью и даже работать; происходит оздоровление всего общества.

При выборе направления трудовой деятельности для обучающихся мы обратились к традиционным ремеслам, которые включают две составляющие — технологию и творчество [8, с. 14]. Оказалось, что подростки с тяжелыми нарушениями могут осваивать до-

статочно сложные технологические цепочки при условии наличия творческой составляющей в процессе. Таким образом, в наших мастерских мы сознательно объединяем технологию и творчество. По мнению американского психолога Д. Сьюпера, профессиональное развитие любого человека формируется поэтапно, сначала как некоторая мечта или надежда о профессии, а затем уже и как конкретный план получения профессиональных знаний и навыков [4]. Через творчество формируется ощущение доступности, успешности, позитивного отношения к труду. Следовательно, мы можем говорить о формировании мечты у наших обучающихся, мечты о жизни как у всех.

Сегодня в ЦСА и ПП реализуются образовательные программы по девяти профессиям в пяти ремесленных мастерских: столярной, швейно-ткацкой, художественно-полиграфической, керамической и цветоводческой мастерских [1]. В учебно-производственных мастерских обучающиеся получают профессиональные навыки, объем которых определяется индивидуально для каждого в форме так называемых индивидуальных маршрутов обучения. Все профессиональные навыки, которые осваиваются обучающимися, рассматриваются как последовательность определенных простых операций. Кто-то осваивает всю последовательность операций и самостоятельно производит ту или иную работу, кто-то — только некоторые операции. Обучение в условиях ремесленных мастерских не только позволяет привить молодым людям навыки традиционных ремесел, но и способствует личностному развитию и формированию трудовой мотивации. С первых дней обучения мы вводим пришедшего к нам для обучения молодого человека в мастерскую, где работают мастер и старшие ученики-подмастерья, которые уже многому научились. Новый ученик просто проводит какое-то время в мастерской, наблюдая за тем, что происходит вокруг него, что делают другие. Постепенно в его сознании складывается образ мастерской, в работу которой ему становится интересно включиться самому. И вот сформированность образа мастерской, где всем интересно, где у каждого есть свое место, своя задача, активизирует врожденное побуждение быть причастным, в данном случае — к общей творческой трудовой деятельности. Если этот этап прошел успешно, то дальнейшее освоение тех или иных навыков в данной мастерской проходит также успешно. Наш опыт постоянно подтверждает эту взаимосвязь.

Обучение в ЦСА и ПП проводится по адаптированным образовательным программам профессионального обучения, рассчитанным на три года и десять месяцев [2]. Согласно мнению профессора И. Ю. Левченко, адаптированные образовательные программы и сроки обучения для лиц с тяжелыми и множественными нарушениями необходимо формировать с учетом их психолого-педагогических характеристик. Поэтому с учетом темпа и специфики формирования у них профессиональных навыков сроки обучения были увеличены до трех лет и десяти месяцев [5]. За основу обучения взяты стандарты по профессиям. В

каждой учебной группе по 6–7 обучающихся. Для каждой группы есть свой мастер производственного обучения и воспитатель. Каждую мастерскую курирует педагог-психолог, в обязанности которого входит индивидуальное сопровождение и консультирование обучающихся, создание комфортной атмосферы в группе, поиск условий совместимости обучающихся, консультирование педагогов и родителей обучающихся, разрешение кризисных ситуаций. В обязанности психологов также входит помощь в профессиональной ориентации поступающих, помощь в определении профессиональных предпочтений и склонностей, выявление индивидуальных особенностей [3].

Концепция модернизации российского образования ориентирована на реализацию компетентностного подхода в образовании, на формирование ключевых (базовых, универсальных, общетрудовых, профессиональных) компетенций. Специфической особенностью учебного плана профессионального обучения в ЦСА и ПП является то, что он своим содержанием и структурой направлен не только на формирование профессиональных навыков по соответствующей профессии, но и на развитие социальной адаптации, личностный рост обучающихся и формирование профессиональных, общепрофессиональных и жизненных компетенций. Компонент «жизненные компетенции» был введен в структуру образования детей с ограниченными возможностями здоровья как овладение знаниями, умениями и навыками, уже сейчас необходимыми ребенку в обыденной жизни. По мнению И. Ю. Левченко, овладение академическими знаниями, трудовыми умениями и навыками направлено преимущественно на обеспечение будущей реализации человека, а формируемые жизненные компетенции обеспечивают развитие отношений с окружением уже в настоящем [6]. Учебный план состоит из двух блоков — профессионального цикла и адаптивного цикла, включающего социальную адаптацию, этику и психологию общения, эстетическое воспитание и адаптивную физическую культуру.

Целью всей нашей работы является формирование субъекта трудовой деятельности. Обратимся к нашему концептуальному подходу при формировании субъекта трудовой деятельности. Он может быть выражен в следующей графической модели, где в схематичном изображении тела человека показаны взаимосвязь и подчиненность основных направлений работы по формированию субъекта труда (см. рисунок). Сам субъект трудовой деятельности на схеме условно обозначен как *голова человека*. Профессиональные навыки и базовый уровень социально-бытовой адаптации, приобретенные в период профессиональной подготовки, являются необходимым фундаментом для возможности дальнейшего формирования субъекта труда, на схеме условно показаны как *ноги человека*.

Трудовая деятельность на адаптационных рабочих местах в учебных мастерских в условиях, максимально приближенных в реальным производственным, — основной процесс формирования субъекта труда, на схеме условно обозначена как тело человека, имеющего форму стрелки, направленной к главной цели.

Психолого-педагогическое сопровождение, обеспечивая возможность и эффективность трудовой деятельности, является ее неотъемлемой составляющей. На схеме она показана как правая рука. Профессиональная поддержка художественного мастерства — необходимая составляющая, которая позволяет поддерживать уровень трудовых навыков и обеспечивает расширение спектра труда — на схеме она изображена как левая рука человека.

Подробнее остановимся на особенностях обучения высокофункциональных аутистов. По классификации О. С. Никольской, данную категорию аутистов можно отнести к четвертой группе, т. е. это наиболее легкий вариант аутизма, где на первый план выходят повышенная ранимость, тормозимость в контактах (контакт прекращается при ощущении малейшего препятствия или противодействия), неразвитость самих форм общения, трудности сосредоточения и организации [9]. Спектр РАС многогранен и неустойчив. Молодые люди с РАС могут быть гиперактивными или заторможенными, агрессивными или пугливыми, иметь невероятно тонкий слух или не воспринимать обращенную к ним речь, интеллект может колебаться от глубокой умственной отсталости до нормы. В то же время в некоторых случаях у аутистов четвертой группы по О. С. Никольской интеллектуальные способности могут быть уникально высокими. В общепринятых классификациях аутизма нет такого понятия, как высокофункциональный аутизм, но на практике людей с аутизмом с сохранным интеллектом, когнитивные способности которых оцениваются как «высокофункциональные», принято называть высокофункциональными аутистами [3]. Характерными чертами высокофункционального аутизма считаются трудности с пониманием социальных сигналов и разговорного стиля языка, негибкость к нарушению постоянного распорядка, склонности к ритуалам, стереотипии, нетолерантное отношение к другим обучающимся, гипертрофированно настойчивое влечение к знаниям из сфер особых интересов. Эта категория аутистов также испытывает большие трудности в период школьного обучения и, как показывает практика, большинство из них получает общее среднее образование надомно, что само по себе только усугубляет ситуацию коммуникации такого молодого человека в социуме. Перечисленные выше особенности чаще всего не позволяют данной категории лиц удержаться в коллективе сверстников в колледже, педагоги не находят к ним подхода за неимением времени и опыта работы с аутистами. Как правило, в число сфер особых интересов данной категории людей с РАС входит компьютер. Работа на компьютере является для них сверхинтересной, увлекательной и развивающей, в процессе которой имеющиеся нарушения аутистического спектра нивелируются. При этом обучающиеся с РАС способны удерживать внимание и высокий уровень сосредоточенности в течение нескольких часов без перерыва, у них не наступает истощение, а, как правило, наоборот, формируется погружение в процесс. С сентября 2015 года мы начали обучение высокофункциональных аутистов по профессии «Оператор электронно-



Модель концептуального подхода к формированию субъекта трудовой деятельности

вычислительных и вычислительных машин» по адаптированной программе профессионального обучения. Актуальность организации обучения этой категории аутистов абсолютно бесспорна: десятки, если не сотни, ребят, которые безусловно смогут работать, получив необходимые профессиональные навыки, обречены сидеть в четырех стенах, будучи невостребованными обществом. При этом во всем мире среди лучших специалистов IT-технологий успешно работают тысячи аутистов. Обучение осуществляется в условиях социальной инклюзии: занятия профессионального цикла проводятся в том же здании, где обучаются обычные студенты, там же ребята посещают столовую, отдыхают на переменах. Как мы увидели, для наших обучающихся это крайне необходимое общение, возможность почувствовать себя в среде условно нормативных сверстников. Занятия же адаптивного цикла проходят в ЦСА и ПП колледжа, где аудитории приспособлены для проведения занятий этого цикла.

Описанные выше принципы сопровождения профессионального обучения позволяют подготовить выпускников ЦСА и ПП к труду в специально организованных условиях, к так называемой поддерживаемой трудовой занятости. На сегодняшний день 67% наших выпускников заняты трудовой деятельностью, причем 10% всех выпускников работают на открытом рынке, остальные трудятся в специально созданных

защищенных мастерских, в мастерских профильных некоммерческих организаций, на специально созданных участках предприятий города, на адаптационных рабочих местах, организованных в производственных мастерских ТК № 21. Наши выпускники чаще всего не могут выдерживать конкуренцию на открытом рынке труда, но, освоив основные профессиональные навыки и сформировав общепрофессиональные компетенции, они невероятно мотивированы на выполнение общественно-полезного труда. Для них труд — это самая большая награда, возможность быть полезным кому-то, быть полноценным членом общества, быть как все. Те молодые люди, которые нашли свое место в профессии, могут проявить себя как поистине уникальные профессионалы со своим неповторимым стилем и характерной для людей с РАС преданностью любимому делу.

Для того, чтобы обучение данной категории людей с инвалидностью стало успешным, необходимо разработать и внедрить систему сопровождения их профессионального обучения и трудовой занятости. В настоящее время в нашей стране такой системы просто не существует, как не существует и системы подготовки кадров — педагогов-психологов, тьюторов, социальных помощников, трудовых кураторов — для работы со взрослыми людьми с ментальными и психическими нарушениями.

Библиографический список

1. Волкова О. О., Долгова Т. А., Каменская Е. В., Лаврентьева Т. Е., Лычагина И. С., Пекарская М. Е., Печенина Е. В., Рахманова Е. Ю., Селедкова М. С., Швайков В. А. Производственное обучение молодых людей с тяжелыми психическими и интеллектуальными нарушениями в специальном подразделении колледжа // Сборник статей. М.: ИП «ЗИМ», 2012. 60 с.
2. Волкова О. О., Головина Г. А. Адаптация и профессиональная подготовка молодых людей с выраженными психическими нарушениями // Научные исследования в образовании. Приложение к журналу «Профессиональное образование. Столица». 2012. № 10. С. 34–40.
3. Головина Г. А., Карпова Н. А., Волкова О. О. Профессиональная подготовка обучающихся с расстройствами аутистического спектра // Горизонты современного образования. 2017. № 9 (120). С. 2.

4. Гудкова Г. А. Основы профориентации и профессионального консультирования: учеб. пособие / под общ. ред. Е. Л. Солдатовой. Челябинск: ЮУрГУ, 2004. 125 с.
5. Жигорева М. В., Левченко И. Ю. Дети с комплексными нарушениями развития. Диагностика и сопровождение. М.: Национальный книжный центр, 2016. 208 с.
6. Левченко И. Ю., Волковская Т. Н., Ковалева Г. А. Психологическая помощь в специальном образовании. М.: Инфра-М, 2017. 314 с.
7. Липес Ю. В. Ремесленные мастерские: от терапии к профессии. М.: Тервинф, 2004. 136 с.
8. Липес Ю. В. Творческие профессии для людей с инвалидностью. М.: Тервинф, 2009. 200 с.
9. Никольская О. С., Баенская Е. Р., Либлинг М. М. Аутичный ребенок: пути помощи. М.: Тервинф, 1997. 341 с.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОНЦЕПЦИИ DIR В РАБОТЕ С ДЕТЬМИ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Гомозова Е. С., логопед-дефектолог,
эксперт и преподаватель DIR/Floortime (институт ICDL, USA),
директор Floortime центра «РечеЦветик»,
руководитель ЦППМС «Девятая планета», МБОУ «Образовательный центр № 1»,
Ивантеевка, Московская область, Российская Федерация

Аннотация

Статья посвящена использованию комплексного междисциплинарного построенного на отношениях подходе (Developmental, Individual Differences, Relationship-based Approach — DIR) при работе с детьми, имеющими расстройства аутистического спектра. Описаны основные принципы подхода DIR, подробно рассмотрена основная методика подхода — Floortime (время, проведенное на уровне собеседника, или, буквально, игра с ребенком на полу).

Ключевые слова

Эмоциональное развитие, индивидуальность, взаимоотношения, расстройство аутистического спектра, терапия аутизма, функциональное эмоциональное развитие, концепция DIR, DIR/Floortime.

DIR CONCEPT IN WORKING WITH CHILDREN WITH ASD

Gomozova E. S., Logopedist, Speech Pathologist,
Expert and Teacher of DIR/Floortime (ICDL Institute, USA),
Director of Floortime Center “Rechetsvetik”,
Head of Psychological, Pedagogical, Medical and Social Assistance Center
“Devyataya Planeta”,
Educational Center No. 1,
Ivanteevka, Moscow Region, Russian Federation

Abstract

DIR/Floortime Model is used to promote social, emotional and intellectual development in children with autism spectrum disorders. This article describes major components and principles of this approach and rates their effectiveness.

Key words

DIR/Floortime, autism spectrum disorder, autism therapy, functional and emotional development.

DIR (Developmental, Individual Differences, Relationship-based Approach) — это комплексный междисциплинарный основанный на отношениях подход, разработанный доктором Стенли Гринспеном (Stanley Greenspan) и клиническим психологом Сереной Уидер (Serena Wieder). В рамках данного подхода взаимоотношения строятся с учетом уровня развития функциональных эмоциональных ступеней и индивидуальных особенностей. Он фокусируется на способностях (или возможностях) ребенка взаимодействовать с другими людьми, а также на умениях ребенка, которые он проявляет во всех областях развития, включая социально-эмоциональное функционирование, общение, мышление, внимание, моторику и способность к обучению. Подход меньше фокусируется на отдельных академических навыках, поскольку эти навыки

развивают легче, если заложена основа — ребенок со-регулирован, внимателен, отвечает на активность взрослого и способен проявлять свою собственную инициативу. Философия, на которой базируется подход, утверждает, что ребенок должен быть эмоционально привязан к окружающим его людям, иметь возможность взаимодействовать с ними для того, чтобы развиваться и эмоционально, и познавательно. В связи с этим в рамках подхода DIR мы утверждаем, что обучение не происходит отдельно от эмоционального развития. Эти процессы взаимосвязаны. Поэтому работа в рамках подхода DIR изначально строится на интересах ребенка, хотя ими, в конечном счете, не ограничивается.

Чем объяснить сложности в построении взаимоотношений с другими людьми, с которыми сталкиваются аутисты? В первую очередь это обусловлено трудностями сенсорной обработки информации (зачастую биологически заложенными), которые осложняют способности ребенка воспринимать окружающий мир или препятствуют им. Как следствие, возможность обучения и взаимодействия с другими людьми нарушается, ребенок начинает избегать сложных для него взаимоотношений. При использовании подхода DIR выделяют начальную цель — помочь ребенку возобновить отношения с родителями в обход проблем сенсорной обработки информации.

Подход DIR призван учитывать уникальность каждого ребенка и каждой семьи. Принципы подхода заложены в его названии.

1. Развитие (Developmental). Подход рассматривает 6 ступеней функционального эмоционального развития, которые ребенок в норме осваивает примерно к 4-м годам.

2. Индивидуальные отличия (Individual Differences). Специфичные биологические проблемы, испытываемые ребенком, влияют на то, как ребенок строит отношения с другими, поэтому понимание конкретной схемы его особенностей является ключевым для организации помощи и построения реабилитационного маршрута. При составлении индивидуального профиля принимают во внимание следующие аспекты:

- слуховая обработка информации;
- степень невербального общения жестами;
- способность понимать обращенную речь;
- возможность использования речи;
- особенности визуально-пространственной обработки информации;
- сложности с моторным планированием и последовательностью действий;
- индивидуальные сенсорные реакции.

3. Взаимоотношения (Relationship-based Approach). Построение отношений, развитие отношений с ребенком. Это все те отношения, которые необходимы для эмоционального развития ребенка. В первую очередь с мамой и папой (воспитателями), потом со специалистами и окружающими людьми. Это то, ради чего строится вся программа DIR.

Основная методика подхода DIR — Floortime. Поскольку эту методику можно использовать при ра-

боте с людьми разных возрастов, я предлагаю более широкий перевод термина. Floortime — время, проведенное на уровне собеседника. Однако чаще всего под этой методикой подразумевают в буквальном смысле игру с ребенком на полу.

Можно выделить основные принципы Floortime:

- следование за интересами ребенка, актуальными на данный момент времени (здесь и сейчас);
- подключение к ребенку на его уровне развития и построение дальнейшего общения исходя из его естественных интересов;
- открытие и закрытие кругов общения (циклов коммуникации);
- стремление вызвать искру интереса в глазах ребенка (стремление обнаружить пути к эмоциональному контакту, интересу, мотивации и любопытству).

Специалист DIR/Floortime удерживает фокус своего внимания на поддержании длящегося потока взаимодействия, чтобы ребенок и взрослый ощущали связь в процессе общения, а не просто концентрировались на обучении отдельным навыкам или инструкциям к игре.

Следует отметить, что Floortime — это больше, чем просто игра с ребенком на полу или простое следование за его желаниями и интересами. Это принятие ребенка как лидера, присоединение к нему и поддержание игры на уровне реципрокных взаимодействий.

Модель DIR учит ребенка важности общения с помощью мимики, жестов и других невербальных знаков, далее она побуждает ребенка самому использовать данные средства в общении с другими. После этого, когда начальные ступени эмоционального развития освоены (см. рисунок) и ребенок научился поддерживать продолжительный поток общения и вовлеченности, внимание специалистов концентрируется на использовании символов в игре с целью развития у ребенка понимания более полного спектра эмоций и навыков межличностного решения проблем. И тут уже фокус переносится на организацию помощи ребенку в формировании абстрактного мышления через сравнения и оценки, базирующиеся на его собственном эмоциональном опыте.

Методика Floortime учит специалистов оценивать актуальное состояние ребенка в развитии эмоциональных ступеней развития, нацеливает учитывать индивидуальный профиль и дает знания того, какие игры, какие стратегии взаимодействия следует выбрать в зависимости от актуального развития ребенка и его индивидуальных особенностей.

В реализации программы DIR обычно принимают участие специалисты следующих направлений:

- логопеды;
- дефектологи;
- физические терапевты;
- специалисты по сенсорной интеграции;
- музыкальные терапевты;
- другие специалисты по специфичным звуко-речевым, моторным и сенсорным методам терапии;
- DIR-консультант.



Ступени функционального эмоционального развития
(используется с разрешения Cecilia Breinbauer, MD, MPH)

Привлечение конкретных специалистов определяется индивидуальными потребностями ребенка. Большинство программ включают от 3 до 5 часов интенсивной терапии в день, проводимых 20–30-минутными сессиями на протяжении дня (большинство сессий проводится родителями). Роль родителей в модели DIR очень важна. Им часто приходится вносить существенные изменения в стиль общения с ребенком в течение дня. Выполнение рекомендаций мотивирует родителей к увеличению времени, проводимому с ребенком, это подразумевает реакцию на его движения и действия с целью предоставления большого числа возможностей для закрытия и открытия кругов общения. Постепенно модель DIR становится стилем жизни семьи, одновременно требующим больших усилий и приносящим удовольствие от достигаемых успехов и совместно проведенного времени.

Согласно одному из исследований [3], из 200 детей, получавших терапию по модели DIR и наблюдавшихся у докторов Гринспена (Stanley Greenspan) и Уидер (Serena Wieder), 58% детей достигли от-

личного и хорошего результата. Эти дети проявляли эмоциональное тепло и привязанность к окружающему миру. Они могли творчески пользоваться идеями, увлекались в спонтанное общение и могли отвечать на вопросы типа «почему?». Они проявляли меньше стимулов и погруженности в свой мир. У группы из 20 детей, достигших особенно хороших результатов, не было отмечено существенных отличий в ступенях функционального эмоционального развития (см. рисунок) от группы 20 типично развивающихся детей. Оценки определялись профессиональными клиницистами, не знавшими об изначальных диагнозах.

В завершение хочу отметить, что Floortime — это намного шире, чем просто игра на полу, Floortime — это не только следование за ребенком и по его правилам, Floortime — это и ограничения, и постановка задач, и не всегда согласие с тем, что делает ребенок, Floortime — это удовольствие от совместной деятельности, где главным является ребенок, а ведущим — взрослый.

Библиографический список

1. Гринспен С., Уидер С. На ты с аутизмом: использование методики Floortime для развития отношений, общения и мышления. М.: Теревинф, 2013. 512 с.
2. Гринспен С., Сэлмон Ж. Ребенок-тиран: как найти подход к детям пяти «трудных» типов. М.: Ломоносовъ, 2010. 464 с.
3. The Journal of Developmental and Learning Disorders. 1997. V. 1. No. 1.

ИММУНОДИАГНОСТИКА РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА: ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ

Клюшник Т. П., д. м. н., профессор, Симашкова Н. В., д. м. н., профессор,
Андросова Л. В., к. б. н., Отман И. Н., к. б. н.,
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

Приведены результаты определения энзиматической активности лейкоцитарной эластазы (ЛЭ), функциональной активности α 1-протеиназного ингибитора (α 1-ПИ), а также уровня аутоантител (аАТ) к нейротрофинам — нейротрофину S100b и основному белку миелина (ОБМ) в сыворотке крови пациентов с различными формами расстройств аутистического спектра (РАС). При сопоставлении клинических и иммунологических показателей в динамике течения заболевания показано, что иммунная система вовлечена лишь в обострение заболевания, а сформированные ранее нарушения в мозге, находящие отражение в той или иной клинической симптоматике различной степени тяжести, не сопровождаются иммунными реакциями. Это положение определяет различный подход к терапии РАС на разных этапах заболевания, учитывающий активность и тяжесть патологического процесса в мозге.

Ключевые слова

Расстройства аутистического спектра, иммунная активация, воспалительные маркеры, психотропная терапия.

IMMUNODIAGNOSIS OF AUTISTIC SPECTRUM DISORDERS: OPTIMIZATION OF THERAPY

Klyushnik T. P., MD, Professor, Simashkova N. V., MD, Professor,
Androsova L. V., PhD (Biology), Otman I. N., PhD (Biology),
Mental Health Research Center,
Moscow, Russian Federation

Abstract

This paper presents the results of activity evaluation of leukocyte elastase (LE) and α 1-proteinase inhibitor (α 1-PI), autoantibodies (aAB) to neurotrophin S100b and myelin basic protein (MBP) in serum of patients with different forms of ASD. The comparison of clinical and immunological parameters in the disease dynamics revealed immune activation in the exacerbation of the disease. Autistic symptoms in remission are determined by a formed defect in the brain, not accompanied by immune reactions. These results determine the approach to the treatment of ASD based on the activity of the pathological process in the brain.

Key words

Autism spectrum disorders, immune activation, inflammatory markers, psychotropic therapy.

Расстройства аутистического спектра (РАС) в детском возрасте представляют собой нозологически гетерогенную группу заболеваний, их распространенность составляет 62 человека на 10 000 детского населения. Аутизм как негативный симптом болезни способствует остановке психического развития, нарушению социализации, коммуникации, сопровождается стереотипным поведением. Патогенетические механизмы РАС до конца не исследованы, весьма актуальным является также вопрос о фармакотерапии этих расстройств.

Распространенным заблуждением является представление о назначении исключительно нейрометаболической терапии детям и подросткам с аутистически-

ми расстройствами, поскольку подобная терапия не оказывает должного эффекта на психотическую составляющую и недостаточна для преодоления когнитивного дефицита. Вместе с тем очевидно, что при назначении психофармакотерапии недостаточно ориентироваться лишь на клиническую тяжесть пациента, поскольку она может не соответствовать активности патологического процесса в головном мозге.

В связи с многочисленными данными о вовлеченности воспаления в патофизиологию расстройств аутистического спектра [8, 9], а также вследствие существования тесных взаимосвязей между нервной и иммунной системами [5, 12] резонно предположить, что уровень тех или иных воспалительных и аутоим-

мунных маркеров, определяемых в крови, может отражать тяжесть патологического процесса в мозге. Полученные данные могут быть использованы в качестве дополнительного параклинического критерия для оптимизации терапии пациентов.

В связи с вышесказанным целью настоящего исследования явилось сопоставление психометрических данных выраженности аутистических расстройств, а также тяжести состояния пациентов с объективной оценкой состояния их иммунной системы по уровню воспалительных и аутоиммунных маркеров и использование полученных данных для оптимизации терапии пациентов.

В качестве воспалительных маркеров использовалась энзиматическая активность лейкоцитарной эластазы (ЛЭ) и функциональная активность $\alpha 1$ -протеиназного ингибитора ($\alpha 1$ -ПИ), в качестве аутоиммунных маркеров — уровень аутоантител к нейроантигенам — белку S100b и основному белку миелина (ОБМ). Повышение активности ЛЭ в крови в ходе развития воспалительного ответа является результатом дегрануляции активированных нейтрофилов — главного клеточного компонента врожденного иммунитета, инициирующих и координирующих иммунный ответ как на внедрение инфекционного агента, так и на тканевое повреждение [6, 7]. $\alpha 1$ -ПИ относится к острофазным белкам, синтезирующимся в печени, его основным индуктором синтеза является провоспалительный интерлейкин ИЛ-6. Функциональная роль $\alpha 1$ -ПИ заключается в ингибировании активности протеаз, в первую очередь — лейкоцитарной эластазы, что ограничивает ее деструктивный потенциал.

Пациенты, материалы и методы. Исследовано 250 пациентов детского возраста с разными типами РАС:

1-я группа — непсихотический эволютивно-конституциональный аутизм (ЭА) при синдроме Аспергера (F84.5) и детский эволютивно-процессуальный аутизм Каннера (F84.0) — 30 детей в возрасте — медиана [25;75 перцентили] = 7 [6;7] лет; 2-я группа — инфантильный психоз (ИП) (F84.02) — 150 человек в возрасте — 5 [4;6] лет; 3-я группа — атипичный детский психоз (АДП) (F84.11) — 70 человек в возрасте — 7 [6;7] лет. Часть пациентов обследована дважды: на этапе обострения психопатологической симптоматики при поступлении в клинику, а также на этапе становления (при выписке из клиники).

Контрольную группу составили 67 соматически и психически здоровых детей, сопоставимых по возрасту и полу с пациентами исследуемых групп.

Критериями включения в исследование пациентов служили: наличие психотического приступа (или становление ремиссии) с преобладанием нозологически неспецифических кататонических расстройств и когнитивных нарушений; при непсихотических формах — отсутствие способности к социальному взаимодействию, стереотипность поведения, наличие когнитивного дефицита; информированное согласие родителя или опекуна ребенка на участие в исследовании.

Критериями невключения являлись клинические и лабораторные признаки воспалительной, инфекцион-

ной или аутоиммунной патологии, выявленной в течение 1–2 месяцев, предшествующих обследованию, а также поствакцинальный период.

При клиническом обследовании пациентов с РАС использовали шкалу количественной оценки выраженности детского аутизма (CARS) [10]. Оценка по шкале CARS основывается на анализе 15 аспектов поведения, каждый имеет оценку от 1 до 4 баллов; возможные итоговые суммарные оценки могут варьироваться от 15 до 60 баллов. Итоговая оценка в диапазоне от 15 до 29 баллов соответствует отсутствию клинической картины аутизма, 30–36 баллов — легкому/умеренно выраженному аутизму, 37–60 баллов — тяжелому аутизму.

По шкале кататонии BFCRS оценивали выраженность кататонических расстройств. Кататония менее 25 баллов определялась как легкая; 25–35 баллов — умеренная; свыше 35 баллов — как тяжелая.

Тяжесть клинической симптоматики оценивали по шкале общего клинического впечатления (CGI-S) [11]. По шкале CGI-S баллы 1 и 2 соответствовали легким, баллы 3 и 4 — умеренным, баллы 5–6 — тяжелым, балл 7 — крайне тяжелым расстройствам.

Воспалительные и аутоиммунные маркеры определяли в сыворотке периферической крови, забор которой осуществляли из пальца в сухую пробирку типа Эппендорф. Эластазную активность определяли ферментативным методом, предложенным Доенко В.Л. с соавторами [1], (нмоль/(мин · мл)).

Измерение функциональной активности $\alpha 1$ -ПИ осуществляли с помощью спектрофотометрического метода [4] (ингибиторные единицы на мл (ИЕ/мл)).

Определение уровня аАТ к S100b и ОБМ проводили методом стандартного твердофазного иммуноферментного анализа (ИФА) (единицы оптической плотности (ОП)).

На основе определения обозначенных выше воспалительных и аутоиммунных маркеров выполняли также комплексную оценку состояния иммунной системы пациентов, учитывающая корпоративное взаимодействие врожденного (воспалительные маркеры) и приобретенного иммунитета (аутоиммунные маркеры) [3]. Условно выделено три уровня состояния иммунной системы: 1-й уровень — «нормальный». Активность/уровень определяемых иммунных показателей — в диапазоне значений контрольной группы, 2-й уровень — «активация преимущественно врожденного иммунитета» (повышение активности ЛЭ и $\alpha 1$ -ПИ выше 75 перцентилей контрольной группы), 3-й уровень — «активация врожденного и приобретенного иммунитета» (повышение активности ЛЭ и $\alpha 1$ -ПИ, а также уровня аутоантител выше 75 перцентилей контрольной группы).

Результаты. В табл. 1 приведены психометрические показатели обследованных групп больных по соответствующим психометрическим шкалам, в табл. 2 — иммунологические показатели, включая уровень активации иммунной системы.

Показанные в табл. 1 результаты свидетельствуют, что все рассмотренные типы РАС характеризуют-

ся умеренно выраженным или тяжелым аутизмом по шкале CARS.

Как видно из табл. 2, обследованные группы пациентов с РАС значительно различаются по уровню (активности) анализируемых воспалительных и аутоиммунных маркеров. Так, при ЭА исследуемые иммунологические показатели не отличаются от контроля. У пациентов с ИП и АДП на психотической стадии выявлено статистически значимое повышение активности ЛЭ, $\alpha 1$ -ПИ и уровня аутоантител к S-100b ($p < 0,0001$; $p < 0,0001$; $p < 0,05$ соответственно) по сравнению с контролем. При этом активность ЛЭ в психозе при АДП выше ($p < 0,05$), чем при ИП. Таким образом, в психозе при ИП и АДП наблюдается повышение уровня как воспалительных, так аутоиммунных маркеров, однако доля сывороток с выра-

женным аутоиммунным компонентом при ИП (14%) меньше, чем при АДП (39%) ($\chi^2 = 7,93$; $p = 0,0049$). Отметим, что, как было показано ранее, появление в крови повышенного уровня аутоантител к нейроантигенам свидетельствует о значительной тяжести патологического процесса [2].

У пациентов, находящихся в ремиссии или на стадии ее становления, иммунные показатели значительно ниже по сравнению с показателями на психотической стадии, как при ИП, так и при АДП. Однако при АДП активность $\alpha 1$ -ПИ остается достоверно выше контрольных значений ($p < 0,05$).

При сопоставлении психометрических данных выраженности аутизма с комплексной оценкой состояния иммунной системы пациентов отмечается, что как умеренно выраженный, так и тяжелый аутизм при

Таблица 1. Психометрические показатели в группах детей с расстройствами аутистического спектра (медиана [25; 75 перцентили])

Исследуемые группы	CARS, баллы	BFCRS, баллы	CGI-S, баллы
ЭА (общая группа)	42 [33,5; 46,5]	25 [19,5; 26]	5 [4; 5] Min-3, Max-5
Синдром Аспергера	32 [32; 33,5]	—	3,5 [3; 4] Min-3, Max-4
Синдром Каннера	45 [42; 49]	25 [22; 26]	5 [5; 5] Min-4, Max-5
ИП	45* [42; 50]	35** [30; 37]	6** [5; 6] Min-3, Max-6
Психотическая стадия	46^^ [42; 52]	35,5^^ [32; 37]	6 [5; 6] Min-3, Max-6
Ремиссия или ее становление	41,5 [37; 44]	26 [25; 33,5]	6 [5; 6] Min-4, Max-6
АДП	54**### [52; 56]	37**### [36; 38]	6**# [6; 6] Min-5, Max-6
Психотическая стадия	55### [53; 56]	37###^ [37; 38]	6# [6; 6] Min-6, Max-6
Ремиссия или ее становление	52## [46; 54]	36 [34; 36]	6 [6; 6] Min-5, Max-6

Примечание. * $p < 0,01$; ** $p < 0,0001$ — достоверные различия по сравнению с эволютивно-конституциональным аутизмом (ЭА); # $p < 0,01$; ## $p < 0,001$; ### $p < 0,0001$ — достоверные различия по сравнению с инфантильным психозом (ИП); ^ $p < 0,05$, ^^ $p < 0,01$ — достоверные различия по сравнению с ремиссией или ее становлением.

Таблица 2. Иммунологические показатели у детей с РАС (медиана [25; 75 перцентили])

Исследуемые группы	Показатели				Комплексная оценка иммунологических показателей
	ЛЭ, нмоль/(мин·мл)	$\alpha 1$ -ПИ, ИЕ/мл	аАТ к S-100b, ОП	аАТ к ОБМ, ОП	
Контроль	205,2 [173,0; 222,5]	33,4 [28,0; 37,0]	0,69 [0,6; 0,77]	0,66 [0,58; 0,70]	1
ЭА	200,3 [179,3; 211,7]	37,4* [34,4; 39,4]	0,65 [0,55; 0,73]	0,65 [0,50; 0,69]	1 [1; 1]
ИП					
Психотическая стадия	254,9**@ [231,1; 271,1]	41,8** [36,6; 47,3]	0,73* [0,65; 0,85]	0,66 [0,56; 0,82]	2 [2; 2]
Ремиссия или ее становление	200,9 [179,3; 213,0]	35,0 [32,02; 42,7]	0,70 [0,62; 0,89]	0,7 [0,55; 0,79]	
АДП					
Психотическая стадия	264,6**@# [252,7; 275,2]	43,7** [37,3; 46,0]	0,75* [0,62; 0,92]	0,6 [0,52; 0,75]	2 [2; 3]
Ремиссия или ее становление	222,4 [180,4; 243,6]	39,5* [31,2; 47,7]	0,64 [0,55; 0,82]	0,54 [0,51; 0,89]	

Примечание. * $p < 0,05$; ** $p < 0,0001$ — достоверные различия по сравнению с контрольной группой; @ $p < 0,01$ — достоверные различия по сравнению с ремиссией или ее становлением; # $p < 0,05$ — достоверные различия по сравнению с инфантильным психозом (ИП).

эволютивно-конституциональных формах РАС, представляющих собой преимущественно непрогредиентные формы, характеризуется иммунными показателями, статистически не отличающимися от показателей контрольной группы ($p > 0,05$). Вместе с тем при психотических прогредиентных формах аутистических расстройств (ИП и АДП) в острой фазе заболевания тяжелый и умеренно выраженный аутизм сопровождается статистически значимым повышением иммунологических показателей. Снижение уровня активации иммунной системы наблюдается в стадии ремиссии заболевания, однако этот уровень не достигает контрольных значений по активности $\alpha 1$ -ПИ при наиболее тяжелой форме — АДП. Необходимо отметить, что как при эволютивно-конституциональных формах, так и в ремиссии при психотических формах аутистические расстройства в различной степени сохраняются.

Совокупность полученных результатов свидетельствует, что аутистические расстройства, не сопровождающиеся активацией иммунной системы, являются, вероятно, отражением сформировавшегося ранее дефекта и могут быть отнесены к негативным расстройствам. Обострение заболевания при психотических формах РАС сопровождается активацией иммунной системы и углублением имеющихся аутистических и кататонических расстройств. Отмеченные закономерности подтверждаются выявлением клинко-биологических корреляций: выявлена прямая связь между

уровнем активации иммунной системы и стадией заболевания ($r = 0,49$; $p < 0,05$), а также выраженностью аутистических расстройств по шкале CARS ($r = 0,48$; $p < 0,05$) и выраженностью кататонических расстройств по шкале BFCRS ($r = 0,42$; $p < 0,05$), оценкой по шкале CGI-S ($r = 0,61$, $p < 0,05$).

Таким образом, количественная оценка уровня воспалительных и аутоиммунных маркеров в крови пациентов с РАС может служить дополнительным параклиническим тестом, помогающим врачам объективизировать состояние пациентов, оценивать наличие и тяжесть течения патологического процесса в мозге и на основании полученных данных оптимизировать терапию на каждом этапе заболевания. При аутистических расстройствах различной степени тяжести, не сопровождающихся повышением уровня воспалительных маркеров, психофармакотерапия не назначается.

Назначение психофармакотерапии обосновывается выявлением активно текущего патологического процесса в мозге, сопровождающегося умеренными или тяжелыми аутистическими расстройствами по шкале CARS и кататоническими симптомами по шкале BFCRS. Длительность этой терапии определяется динамикой клинических и биологических показателей. Лечение проводится с учетом психопатологической структуры обострения болезни, а также особенностей терапевтической или спонтанной трансформации синдрома в процессе лечения.

Библиографический список

1. Доценко В. Л., Нешкова Е. А., Яровая Г. А. Выявление лейкоцитарной эластазы человека из комплекса с плазменным $\alpha 1$ -протеиназным ингибитором по ее энзиматической активности с синтетическим субстратом // *Вопр. мед. хим.* 1994. № 40 (3). С. 20–25.
2. Ключник Т. П., Андросова Л. В., Симашкова Н. В., Зозуля С. А., Отман И. Н., Коваль-Зайцев А. А. Состояние врожденного и приобретенного иммунитета у детей с психотическими формами расстройств аутистического спектра // *Ж. Неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова.* 2011. № 111 (8). С. 41–45.
3. Ключник Т. П., Андросова Л. В., Симашкова Н. В., Зозуля С. А., Отман И. Н., Шушпанова О. В., Брусов О. С. Клинико-лабораторная диагностика расстройств аутистического спектра у детей // *Лабораторная служба.* 2016. № 5 (2). С. 22–27. DOI: 10.17116/labs20165222–27.
4. Нартикова В. Ф., Пасхина Т. С. Унифицированный метод определения активности $\alpha 1$ -антитрипсина и $\alpha 2$ -макроглобулина активности в сыворотке крови человека (плазмы) // *Вопр. мед. хим.* 1979. № 25 (4). С. 494–499.
5. Ashwood P., Krakowiak P., Hertz-Picciotto I., Hansen R., Pessah I., Van de Water J. Elevated plasma cytokines in autism spectrum disorders provide evidence of immune dysfunction and are associated with impaired behavioral outcome // *Brain Behav. Immun.* 2011. V. 25 (1). P. 40–45. DOI: 10.1016/j.bbi.2010.08.003.
6. Lehnardt S. Innate immunity and neuroinflammation in the CNS: the role of microglia in Toll-like receptor-mediated neuronal injury // *Glia.* Feb. 2010. V. 58 (3). P. 253–63. DOI: 10.1002/glia.20928.
7. Mantovani A., Cassatella M. A., Costantini C., Jaillon S. Neutrophils in the activation and regulation of innate and adaptive immunity // *Nat. Rev. Immunol.* Jul. 25, 2011. V. 11 (8). P. 519–531. DOI: 10.1038/nri3024.
8. Mitchell R. H., Goldstein B. I. Inflammation in children and adolescents with neuropsychiatric disorders: a systematic review // *J. Am. Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2014. V. 53 (3). P. 274–296. DOI: 10.1016/j.jaac.2013.11.013.
9. Onore C., Careaga M., Ashwood P. The role of immune dysfunction in the pathophysiology of autism // *Brain Behav. Immun.* 2012. V. 26 (3). P. 383–392. DOI: 10.1016/j.bbi.2011.08.007.
10. Schopler E., Reichler R. J., DeVellis R. F., Daly K. Toward objective classification of childhood autism: Childhood Autism Rating Scale (CARS) // *J. Autism Dev. Disord.* 1980. V. 10 (1). P. 91–103.
11. Spearing M. K., Post R. M., Leverich G. S., Brandt D., Nolen W. Modification of the Clinical Global Impressions (CGI) Scale for use in bipolar illness (BP): the CGI-BP // *Psychiatry Res.* 1997. V. 73 (3). P. 159–171.
12. Vargas D. L., Nascimbene C., Krishnan C., Zimmerman A. W., Pardo C. A. Neuroglial activation and neuroinflammation in the brain of patients with autism // *Ann Neurol.* Jan. 2005. V. 57 (1). P. 67–81.

SEX DIFFERENCES IN THE SCREENING OF AUTISM SPECTRUM DISORDER: A CALL FOR FUTURE RESEARCH

Ludwig N.N., PhD, Postdoctoral Fellow in Pediatric Neuropsychology,
Kennedy Krieger Institute/Johns Hopkins School of Medicine,
Baltimore, Maryland, USA,

Robins D.L., PhD, Professor and Research Program Leader,
Early Detection and Intervention Program,
A. J. Drexel Autism Institute,
Drexel University,
Philadelphia, Pennsylvania, USA

Abstract

There is a pressing need to reduce the age of diagnosis of autism spectrum disorder (ASD) to promote access to early intervention. ASD is 4.5 times more common in males compared to females and there may be sex differences in screening and the clinical presentation of ASD. Future research is warranted to better understand how early screening may differ based on sex as this will inform the development of improved early detection and diagnosis for males and females with ASD.

Key words

Autism spectrum disorder, early screening, M-CHAT, sex differences.

Autism spectrum disorder (ASD) is a neurodevelopmental disorder, characterized by deficits in social communication and the presence of restricted, repetitive, and stereotyped patterns of behavior [American Psychiatric Association, 2013]. Early diagnosis of ASD in toddlerhood is becoming more common since the development of early autism screening practices; however, the average age of diagnosis is typically later (Christensen et al., 2016). Given the benefits of early intervention on developmental outcomes [Anderson, Liang, Lord, 2014; MacDonald, Parry-Cruwys, Dupere, Ahearn, 2014; Makrygianni, Reed, 2010; Vivanti, Dissanayake, Victorian ASELCC Team, 2016], there is a pressing need to implement early screening methods that will effectively streamline the diagnosis of ASD in very young children.

Early autism screening is used to identify children at risk for ASD who require further evaluation. Screening tools are categorized into two types that differ based on methodology and the population in which they are used. Level 1 screening tools are used in the general population to identify individuals who are at risk, and are often in the form of parent questionnaires. Level 2 screening tools are utilized in high-risk populations, and often involve direct observation by a trained professional. Given that no screening tool is 100% accurate, there are children who screen at risk for ASD who are not diagnosed with ASD after receiving a comprehensive diagnostic evaluation. Although many of these children are diagnosed with some other developmental delay [Chlebowski, IMFAR, 2012], access to the specialists who conduct these ASD specific evaluations is limited due to long wait-lists and the dearth of specialists in certain regions. Therefore, there is a need to refine current screening methods in order to reduce the number of false-positive cases, which will increase access to diagnostic specialists for those with ASD.

It is widely known that ASD is more prevalent in males than females, with current prevalence estimates being 4.5 males for every female with the disorder [Christensen et al., 2016]. Evidence suggests that there also may be sex differences in the clinical presentation of individuals with autism. One of the most consistent findings is that comorbid Intellectual Disability (ID) is more prevalent in females, with current estimates of comorbid ID occurring in 37% of females versus 30% of males diagnosed with ASD [Christensen et al., 2016]. With regard to other aspects of the clinical presentation, the number of studies examining sex differences is limited and findings are inconsistent, which limits the ability to draw general conclusions that have theoretical and clinical utility.

Although findings about sex differences in the clinical presentation of ASD are equivocal, preliminary evidence suggests that there may be sex differences in the way in which early screening tools function. Given the current sex prevalence estimates of 4.5:1 [Christensen et al., 2016], it is expected that the ratio of boys to girls who screen positive on Level 1 screening tools, such as the Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT; Robins, Fein and Barton, 1999a), would be consistent with this prevalence ratio. If this were the case, about 81% of screen positives would be male and about 19% would be female. Despite this, findings suggest that out of a sample of 18,741 low-risk children between the ages of 15 to 30 months screened with the M-CHAT, only 60% of those who screened positive ($N = 1,707$) were male [Ludwig, Robins, Fein, IMFAR, 2012]. Because the ratio of children eventually diagnosed with an ASD in this sample was similar to the sex prevalence estimates, females were more likely to score as false positives on the M-CHAT, which led to a positive predictive value (PPV), or precision rate, more than three times higher

for males than for females. Notably, when the structured M-CHAT Follow-Up was administered after the M-CHAT, 70% of those who continued to screen positive were males [Ludwig et al., IMFAR, 2012; Robins, Fein and Barton, 1999b]. This unexpected finding could be due to the way in which parents endorse items on the M-CHAT. For example, in the same sample, Ludwig and colleagues [IMFAR, 2012] showed that 11 out of 23 M-CHAT items were endorsed more often in males than females, and the remaining 12 were endorsed equally. One possibility is that over-endorsement of these 12 items contributed to a higher false positive rate in females; however further research is warranted to inform ways to reduce the false positive rate of the M-CHAT in females.

There is also preliminary evidence suggesting sex differences in the types of symptoms included on screening measures that best predict a diagnosis. In a sample of over 15,451 low-risk toddlers aged 15 to 29 months screened using the M-CHAT, there were separate, but overlapping, subsets of M-CHAT items that best predicted a diagnosis of ASD for males and females [Ludwig et al., IMFAR, 2011]. Specifically, there were seven items that best predicted a diagnosis for males and eight items that best predicted a diagnosis for females. The *point to*

request and *imitation* items were predictive for females but not for males, and the *response to name* item was predictive for males but not for females. Another study examining sex differences in the function of the M-CHAT in a low-risk sample demonstrated that females were more likely to show risk on the item about *imitation* compared to males and males were more likely to show risk on the *follows point* item compared to females in the subsample of toddlers diagnosed with ASD [Oien et al., 2017]. Taken together, understanding the predictive value of specific items that reflect behavioral symptoms of ASD in males and females could contribute to the development of sex specific algorithms that may improve the predictive power of early screening measures.

Although the current research examining sex differences in early screening is limited, research thus far suggests that there may be differences in the way in which widely used early ASD screening tools, like the M-CHAT, function based on sex. Given the dearth of research in this area, there is a pressing need to conduct further research examining these differences in order to improve the clinical utility of these tools for males and females. This will be important in an effort to reduce the age of diagnosis and facilitate access to early intervention for both males and females with ASD.

Bibliography

1. Anderson D. K., Liang J. W., Lord C. Predicting young adult outcome among more and less cognitively able individuals with autism spectrum disorders // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2014. V. 55. No. 5. P. 485–494.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013.
3. Chlebowski C., Robins D. L., Barton M., Fein D. The Modified Checklist for Autism in Toddlers: A follow-up study investigating the early detection of autism spectrum disorders in a low risk sample // *International Meeting for Autism Research (IMFAR)*, Toronto, CA, 2012.
4. Christensen D. L., Baio J., Braun K. V. N., Bilder D., Charles J., Constantino J. N., ..., Yeargin-Allsopp M. Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years—Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2012 // *MMWR. Surveillance Summaries*, 2016. V. 65. No. 3. P. 1–23.
5. Ludwig N., Robins D. L., Fein D. A. Oral Presentation: Sex Differences in the early screening of autism spectrum disorders // *International Meeting for Autism Research (IMFAR)*, San Diego, California, 2011.
6. Ludwig N., Robins D. L., Fein D. A. Oral Presentation: Examining sex differences in item endorsement on the Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT) // *International Meeting for Autism Research (IMFAR)*, Toronto, Canada, 2012.
7. MacDonald R., Parry-Cruwys D., Dupere S., Ahearn W. Assessing progress and outcome of early intensive behavioral intervention for toddlers with autism // *Research in Developmental Disabilities*, 2014. V. 35. No. 12. P. 3632–3644.
8. Makrygianni M. K., Reed P. A meta-analytic review of the effectiveness of behavioral early intervention programs for children with autistic spectrum disorders // *Research in Autism Spectrum Disorders*, 2010. V. 4. No. 4. P. 577–593.
9. Øien R. A., Hart L., Schjølberg S., Wall C. A., Kim E. S., Nordahl-Hansen A., ..., Shic F. Parent-endorsed sex differences in toddlers with and without ASD: utilizing the M-CHAT // *Journal of autism and developmental disorders*, 2017. V. 47. No. 1. P. 126–134.
10. Robins D. L., Fein D., Barton M. Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT). Self-published. 1999 a.
11. Robins D. L., Fein D., Barton M. Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT) Follow-Up Interview. Self-published. 1999 b.
12. Vivanti G., Dissanayake C., Victorian ASELCC Team. Outcome for Children Receiving the Early Start Denver Model Before and After 48 Months // *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2016. P. 1–9.

РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ ОБРАЗОВАНИЯ ДЕТЕЙ С АУТИЗМОМ В ИНКЛЮЗИВНОЙ ШКОЛЕ. УСПЕХИ И РИСКИ. АНАЛИЗ ПРАКТИЧЕСКОГО ОПЫТА

Розенблюм С. А., Хотылева Т. Ю., к. п. н.,
ГБОУ «Школа № 1540»,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

Несмотря на принятие нового закона «Об образовании» в 2013 году на сегодняшний день в Российской Федерации нет построенной системы образования детей с аутистическими нарушениями. Многолетний опыт работы специалистов школы № 1540 по организации инклюзивного обучения детей с расстройствами аутистического спектра и работы с их семьями позволяет авторам проанализировать результаты, успехи и характерные риски.

Ключевые слова

Расстройства аутистического спектра, инклюзивная школа, психолого-педагогическая служба, взаимодействие.

A CASE STUDY OF INCLUSIVE EDUCATION FOR CHILDREN WITH AUTISM. RISKS AND OPPORTUNITIES

Rosenblum S. A., Khotyleva T. Y., PhD (Pedagogy),
School No. 1540,
Moscow, Russian Federation

Abstract

There is no well-established system of education for children with autism disorders in the Russian Federation, despite the enactment of the law "On Education" in 2013. Many years of experience gained by the specialists of the inclusive school No. 1540 in educating ASD children and supporting their parents allowed the authors of the paper to analyze successes, failures, and typical risks.

Key words

Autism spectrum disorders, inclusive school, psychological and pedagogical service, interaction.

В 2010 году был принят московский закон «Об инклюзивном образовании». Школа № 1540 к этому времени уже работала по модели инклюзивного образования в течение 5 лет. От стихийной инклюзии школа на основе анализа накопленного опыта и изучения опыта других стран перешла к инклюзии, базирующейся на модели разноуровневого обучения в средней и старшей школе (5–11 классы). После вступления в силу в 2013 году нового закона РФ «Об образовании» в России появились различные модели инклюзивного образования учащихся с расстройствами аутистического спектра (РАС). Самые распространенные из них:

— модель ресурсного и автономного класса, работа в которых опирается на метод прикладного поведенческого анализа (АВА);

— модель, которая строится на подходах, описанных классиком отечественной дефектологии О. С. Никольской и ее коллегами.

С учетом реальных финансовых и кадровых возможностей нашего образовательного учреждения и

анализа ситуации в российском и московском образовании в целом мы построили свою собственную эффективно работающую модель. На различных ступенях образования ребенка с РАС реализация инклюзивного подхода строится по-разному. Чем ребенок младше, тем интенсивнее оказываемая ему помощь.

Наша модель не универсальна. Мы разделяем понятия «социальной инклюзии» и «образовательной инклюзии». Так как мы вынуждены рассматривать не идеальную, а реальную ситуацию, приходится признать, что не всем категориям детей с РАС в современных условиях подходит образовательная инклюзия в массовой школе с учетом имеющихся для этого ресурсов.

В этой статье мы описываем и анализируем собственный опыт организации инклюзии детей с РАС, которые не могут получить ценное образование без создания для них специальных условий, но реально способны освоить общеобразовательную программу.

Одновременно с принятием нового закона «Об образовании» в 2013 году в нашей школе появилась воз-

возможность открыть начальные классы. До этого обучение начиналось с 5-го класса. Начальная школа сразу создавалась как инклюзивная, и это уникальный опыт в российской практике — создание «с нуля» системы обучения, при которой все классы и все дополнительные занятия (кружки) являются инклюзивными. Преобладающее число инклюзивных учащихся в нашей школе (70%) это — учащиеся с РАС (в основном синдромом Аспергера).

Кроме этого у нас учатся:

- дети с инвалидностью по зрению и слуху;
- дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата;
- дети с нарушениями речи и др.

Как дети должны попадать в инклюзию?

Поместить неподготовленного ребенка с РАС в неподготовленную среду сверстников и их родителей — это лучший способ дискредитировать саму идею инклюзии. У нас сформировались два основных способа подготовки к инклюзивному обучению.

Первый способ — это занятия в малой группе подготовки к школе (не более 6 человек), которые ведет высококвалифицированный учитель-дефектолог, владеющий поведенческим подходом. Второй способ — занятия в большой инклюзивной группе подготовки к школе (не более 15 человек), которые ведет учитель начальной школы, владеющий арсеналом психолого-педагогических методов, необходимых для конструктивной работы в неравномерной группе учащихся.

В обоих вариантах основной целью занятий является в первую очередь формирование у детей учебного поведения, и только потом — формирование и развитие академических навыков.

В инклюзию в средней школе дети приходят либо из нашей инклюзивной начальной школы, либо это дети, прошедшие в начальной школе подготовку к инклюзивному обучению по другим моделям, например, в школе Федерального ресурсного центра проблем аутизма МГППУ.

Грамотная организация инклюзивного образовательного пространства в начальной школе строится на комплексной работе, включающей в себя поведенческий, нейропсихологический и эмоционально-смысловой подходы. В команде специалистов помимо учителей начальных классов есть педагоги-психологи, нейропсихологи, учителя-дефектологи, учителя-логопеды, тьюторы и волонтеры.

В средней школе реализуется модель разноуровневого обучения. На все основные предметы параллельно делится на $N + 1$ учебные группы (N — число классов): базовые, повышенного уровня, малые. Это дает возможность учитывать неравномерность развития учащихся и обеспечивает индивидуализацию учебных траекторий. В малой группе (наполняемость не более 10 человек) обучаются дети, которые нуждаются в максимально индивидуализированном подходе. Дети с РАС могут обучаться в любой из этих групп.

В старшей школе реализуется модель профильного обучения. С учетом личностных и учебных особенностей учащихся с РАС мы разрабатываем для них индивидуальные учебные планы, строим для каждо-

го свою учебную траекторию, позволяющую ему быть максимально успешным.

Необходимыми условиями успешной организации инклюзивной образовательной среды являются следующие.

Административная поддержка. Понимание и принятие администрацией необходимости и смысла инклюзивного обучения детей с РАС. Экспертиза принимаемых административных решений психолого-педагогической службой (ППС) на соответствие принципам инклюзии.

Финансовое обеспечение. Финансовая возможность сформировать в школе команду психолого-педагогического сопровождения, включающую в себя специалистов различного профиля.

Кадровое обеспечение. Существование в школе службы ППС, наличие у всех педагогов базовых знаний из смежных областей: психологии, дефектологии, нейропсихологии, а также специфике развития людей с РАС.

Командная работа всех специалистов школы. Общая система педагогических и этических ценностей. Постоянная поддержка и взаимозаменяемость. Коллегиальное решение стратегических и проблемных вопросов.

Выстроенная система психолого-педагогической поддержки всех участников образовательного процесса: детей, родителей, сотрудников школы. Формирование взаимного доверия.

Преимственность между всеми ступенями образования. Общие принципы работы, передача информации о каждой семье, совместные консилиумы при переходе ребенка со ступени на ступень и во время адаптации на новой ступени.

Работа с родителями всех учащихся, не только детей с ОВЗ. Родительские клубы, индивидуальные консультации, консилиумы, обучение родителей, реализация совместных проектов.

Вариативность методов работы и образовательной среды. Различные формы проведения уроков, использование широкого диапазона методов и дополнительных учебных материалов, в том числе поведенческого подхода и логопедических, дефектологических, нейропсихологических методик, учебников по программам различного вида; зонирование образовательного пространства школы и кабинетов, наличие ресурсных зон.

Непрерывное профессиональное развитие педагогов. Систематические внутренние семинары, взаимобучение, участие педагогов в широком профессиональном сообществе, анализ и обобщение собственного опыта, представление его на психолого-педагогических конференциях, семинарах, круглых столах.

Таким образом, в школе № 1540 выстроена вертикаль сопровождения детей с РАС в инклюзивной общеобразовательной среде от этапа подготовки до окончания 11-го класса. Накоплен достаточно большой опыт работы с самыми разными детьми и их родителями, есть представление о том, как складываются их судьбы дальше.

На основе анализа этого опыта мы видим успехи, риски и системные противоречия.

Прежде всего — целеполагание. В чем НУЖНО измерять успех обучения людей с РАС? Процесс образования, школьный период — это подготовка к сдаче экзаменов, получению профессии или самооценная часть жизни человека?

На сегодняшний день очевидно выраженное противоречие между существующей системой организации контроля качества образования и объективной неравномерностью развития людей с РАС. Система контроля качества образования не настроена на инклюзию. Школа как институт ориентирована в первую очередь на получение академических результатов. Именно их наличие систематически контролируется в процессе обучения: мониторинги, всероссийские проверочные работы и т. д. Это начинается с первого класса и проходит через весь период обучения.

Однако особенности людей с РАС таковы, что процесс их развития практически всегда проходит не линейно, а скачкообразно. На этапе предпубертата и пубертата, как правило, происходит обострение психического состояния подростков. Снижается учебная мотивация, становится более видимой разница в социальном плане, очевидная социальная наивность. Выраженность сверхинтересов делает маловозможным обучение по стандартной программе. Увеличивается дистанция между «особыми» подростками и нормотипичными сверстниками. Для высокофункциональных аутистов в этом возрасте характерно осознание своей «инакости». Возникает риск суицидальных попыток. Социальная наивность и потребность быть принятым хоть кем-нибудь ведут к беззащитности перед любыми манипуляторами. Появляется высокий риск попадания в компании девиантных подростков, криминальных групп.

Все эти проявления происходят в школе, поэтому у образовательной организации должен быть ресурс для того, чтобы заниматься каждой проблемной ситуацией индивидуально. И основная работа должна быть направлена на решение именно этих проблем, так как они являются основными в жизни ребенка и семьи на данном этапе. Однако в этот же период увеличивается давление, связанное с тем, что ребенок приближается к этапу сдачи государственных экзаменов ОГЭ и ЕГЭ.

Дело здесь не только в организации процедуры экзаменов и необходимости создания адаптированных контрольно-измерительных материалов. Но и в том, что из-за неравномерности развития подросток с РАС может одновременно быть чрезвычайно одаренным в одном предмете и неуспешным — в некоторых других.

Такой человек может, например, успешно изучать математику и информатику по программе 11-го класса, но в силу своих особенностей быть не в состоянии усвоить программу по русскому языку, литературе и истории даже за 5–6-й класс. На данный момент такой человек лишается возможности получить аттестат о среднем образовании и, как следствие, получить профессиональное образование, устроиться на работу в той области, в которой он мог бы быть успешен.

Также нужно сказать о некоторых других рисках.

В настоящий момент параллельно происходят два противоречащих друг другу процесса. С одной стороны, идет становление инклюзивного образования. С другой, реформирование системы образования создает нестабильность. Это приводит к тому, что образовательной организации трудно строить долгосрочные планы и сохранять микросоциум, к которому ребенок адаптируется. Финансовая «оптимизация» приводит к сокращению штата, увеличению нагрузки на каждого сотрудника, профессиональному выгоранию.

Еще одним фактором риска является то, что родители знают, что в соответствии с законом школа «обязана». Однако ресурс каждой отдельно взятой школы очень ограничен. Это часто создает конфликтные ситуации между родителями и школой, что снижает желание образовательных организаций заниматься инклюзией по-настоящему, а не имитационно.

Очень высоким является риск «выпадения» человека с РАС из социума после окончания школы. Соответственно, в школе нужно готовить и его, и родителей к тому, что именно он должен делать, чтобы не «выпасть». Зачастую в старших классах родители думают, что их ребенок должен стать «как все», отказываются от помощи, считают, что таким образом он привыкнет к самостоятельной жизни. Однако специфика развития людей с РАС остается на всю жизнь. Должен быть разумный баланс между приучением к самостоятельности и необходимой для жизни в социуме поддержкой. Даже в случае успешного получения людьми с РАС как среднего, так и высшего образования они нуждаются в сопровождении. К сожалению, на сегодняшний день в России не существует института сопровождаемого трудоустройства и проживания. Соответственно, работа с родителями должна строиться так, чтобы они осознавали необходимость и были достаточно компетентны для обеспечения поддержки своих взрослых детей.

Недооценка сложности ситуации и степени рисков может привести к дискредитации самой идеи инклюзивного образования, сторонниками которого мы, условно, являемся.

Библиографический список

1. Гилберт П., Питерс Т. Аутизм. Медицинское и педагогическое воздействие: книга для педагогов-дефектологов. М.: Владос, 2003. 144 с.
2. Костин И. А. Помощь в социальной адаптации людям с аутистическими расстройствами. М.: Теревинф, 2017. 144 с.
3. Идеи Виктора Васильевича Лебединского в психологии аномального развития: сб. статей. М.: Акрополь, 2012. 498 с.
4. Коэн Ш. Как жить с аутизмом? Психолого-педагогические рекомендации по работе и взаимодействию с детьми. М.: В. Секачев, 2017. 204 с.
5. Никольская О. С. Проблемы обучения аутичных детей // Дефектология. 1995. № 1.

6. Никольская О. С., Баенская Е. Р., Либлинг М. М. Аутичный ребенок. Пути помощи. М.: Теревинф, 2007. 288 с.
7. Никольская О., Фомина Т., Цыпотан С. Ребенок с аутизмом в обычной школе // Библиотечка Первого сентября. Сер. «Школьный психолог». 2006. № 2 (18).
8. Питерс Т. Аутизм. От теоретического понимания к педагогическому воздействию. М.: Владос, 2003. 192 с.
9. Семаго Н. Я., Хотылева Т. Ю. и др. Обучение детей с расстройствами аутистического спектра. Методические рекомендации для педагогов и специалистов сопровождения основной школы / отв. ред. С. В. Алехина; под общ. ред. Н. Я. Семаго. М.: МГППУ, 2012. 80 с.
10. Розенблюм С. А. Что ждет ребенка с аутизмом в обычной школе // Аутизм и нарушения развития. 2009. № 2.
11. Розенблюм С. А., Моисеева М. В. Обучение детей с РАС в школе с углубленным изучением ряда предметов и гимназии // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. 2010. № 5.
12. Розенблюм С. А. Непросто, но очень нужно // Здоровье детей. Первое сентября. 2010. № 19.
13. Розенблюм С. А. Дети-аутисты в средней школе. Достижения и проблемы // Здоровье детей. 2011. № 16.
14. Хотылева Т. Ю., Розенблюм С. А. Иллюзии инклюзии. Из опыта инклюзивной школы. Готовность родителей к инклюзивному обучению детей или типичные ошибки родителей детей с РАС // Аутизм и нарушения развития. 2017. № 3.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ СИСТЕМАТИКА АУТИСТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И СПЕЦИФИЧЕСКИЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПОМОЩИ

Семаго Н. Я., к. псих. н., доцент, **Семаго М. М.**, к. псих. н., доцент,
ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет»,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

Статья посвящена особенностям диагностики и коррекционно-развивающим направлениям деятельности специалистов по работе с детьми, имеющими расстройства аутистического спектра (РАС). Показана современная систематика расстройств и авторская психолого-педагогическая типология. Выделены основные дифференциально-диагностические показатели состояния детей с РАС, направления анализа особенностей развития вариантов аутистических расстройств. Представлены возможные комплексы абилитационной помощи.

Ключевые слова

Расстройства аутистического спектра, типологические варианты, критерии оценки, направления коррекционной работы.

PSYCHOLOGICAL CLASSIFICATION OF AUTISTIC DISORDERS AND GUIDELINES FOR SUPPORT

Semago N. Y., PhD (Psychology), Associate Professor,
Semago M. M., PhD (Psychology), Associate Professor,
Moscow State University of Psychology and Education,
Moscow, Russian Federation

Abstract

The article explores the features of diagnostics and correction-developing activities of specialists when working with children with autism spectrum disorders (ASD). The study presents the modern taxonomy of the disorder and the author's psycho-pedagogical typology. Basic differential-diagnostic indicators of the state of ASD children are defined. Guidelines for the analysis of ASD variants are outlined and possible rehabilitation assistance is proposed.

Key words

Autism spectrum disorders, typological variants, evaluation criteria, treatment plan options.

Дети с расстройствами аутистического спектра (РАС) — очень неоднородная группа. Невозможно описать то многообразие аффективных, регулятивных, моторных, речевых нарушений, которые отмечаются при аутизме, как производные когнитивного или лишь

аффективного дефицита [2]. Сегодня уже понятно, что существуют и разные внутренние механизмы возникновения аутистических проблем [4, 6].

Сложность оценки состояния ребенка состоит в том, что для определения и образовательного марш-

рута, и направления коррекционно-развивающей помощи со стороны специалистов сопровождения необходимо учесть абсолютно все особенности ребенка: и особенности коммуникации, и особенности поведения, и наличие/отсутствие стереотипий, особенности раннего развития (ранний анамнез) и т. п. Подобная диагностика, а не просто оценка тяжести проявления аутистических проблем является основой для адресного подбора специфичной помощи.

Скажем больше — понять и увидеть, что ребенок имеет аутистическое расстройство, несложно, гораздо сложнее *качественно* квалифицировать его состояние и его специфику, что создаст основу для определения варианта аутистического расстройства. Самое главное — это даст понимание того, какие коррекционные технологии будут для ребенка адекватны и эффективны, а какие — противопоказаны или даже запрещены на определенном этапе развития. Решение этих задач требует значительно большего профессионального опыта и владения определенными технологиями анализа.

Одним из главных компонентов профессионального анализа является определенная методология анализа, принятая специалистом. В настоящее время в нашей стране действует классификация МКБ-10, в ближайшем времени планируется введение ее новой модификации МКБ-11. В МКБ-10 выделяется по крайней мере семь вариантов аутистических расстройств, в целом под шифром F84.xx [1]. В планируемой МКБ-11 (модификация DSM-V, введенная в Европе и США в 2012 году) все это многообразие вариантов сведено к единой категории — «Расстройство аутистического спектра» (шифр 299.00). Внутри этой обобщенной категории выделяются отдельные особенности расстройства, определяющие наиболее важные (с точки зрения авторов классификации) компоненты: интеллектуального состояния, в том числе речи, связей с клиническими, в том числе неврологическими, генетическими и т. п. факторами, и др. Положительным моментом является дополнительная графа, определяющая уровни необходимой поддержки (три градации).

Рассматривая данную систематику, можно сделать два взаимоисключающих вывода: либо каждый ребенок совершенно уникален, либо все эти дети примерно одинаковы и могут быть «подведены» под одну категорию расстройства. Такой подход крайне ограничивает возможность какой-либо систематизации, в том числе и психолого-педагогической, опираясь на которую, можно разработать и реализовать специфичный комплекс мер, необходимый для развития, социализации и образования ребенка в соответствии с его возможностями. Именно это является основной задачей сопровождения ребенка.

Таким образом, основной целью нашей работы является разграничение разных вариантов аутистических расстройств для подбора специфичных методов помощи ребенку как в психолого-педагогическом, так и в медицинском контексте.

Наша психолого-педагогическая типология искаженного развития (отечественный термин всего симптомокомплекса расстройств аутистического спек-

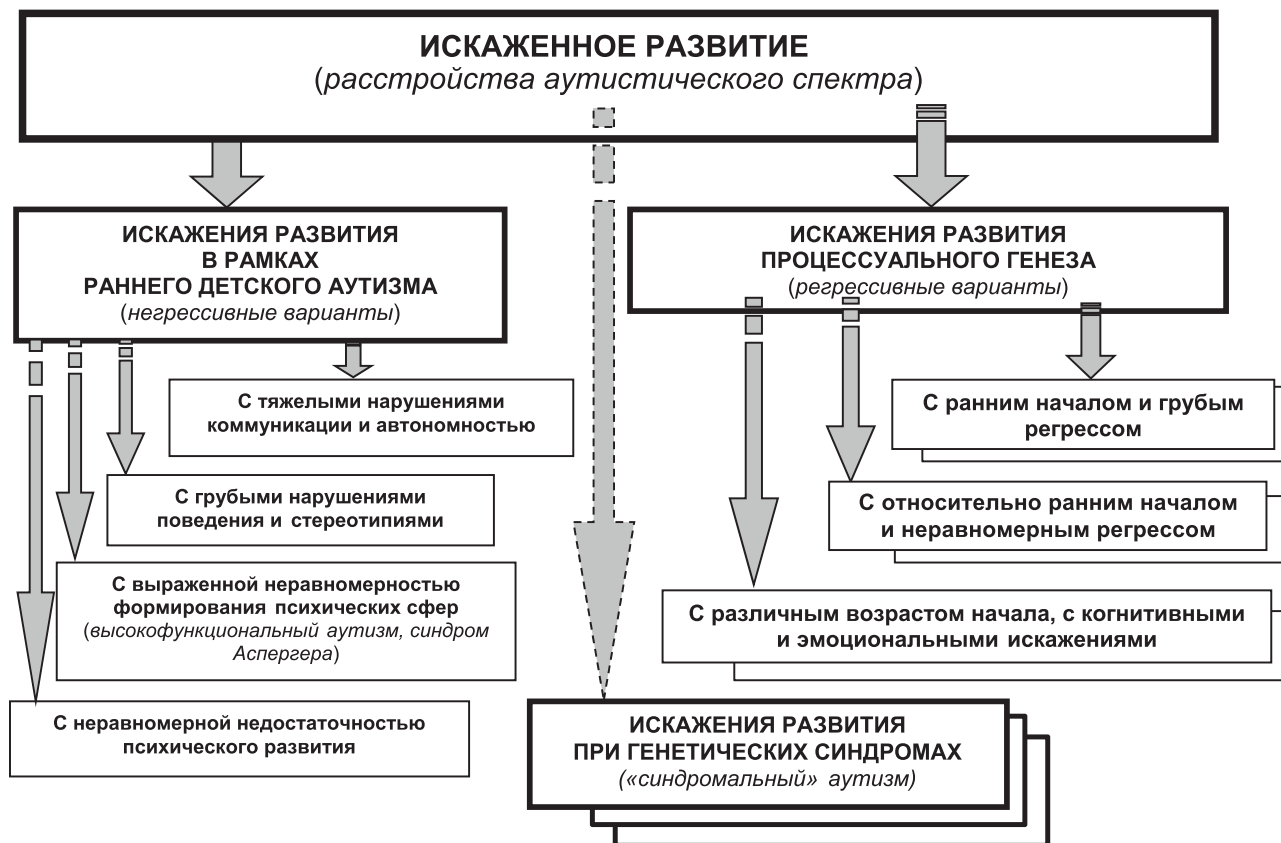
тра) базируется на теоретических подходах школы К. С. Лебединской и О. С. Никольской [3, 7], а также на собственном более чем 20-летнем опыте работе с детьми с искажениями развития в различных образовательных и медицинских организациях, учреждениях социальной защиты г. Москвы, аккумулированном в наших работах [5].

Основные варианты искаженного развития представлены на рисунке.

Как видно из представленной типологии основным является принципиальное разделение всего спектра аутистических расстройств на три большие группы: группу *искажений развития нерегрессивного характера* в рамках раннего детского аутизма — РДА (описанного в 80-х годах XX столетия в работах отечественных авторов); группу *искажений развития процессуального генеза* и группу *искажений при генетических синдромах*, выделяемую в первую очередь зарубежными авторами [4]. Последнюю с точки зрения психолого-педагогической квалификации скорее следует рассматривать в контексте наличия аутистических черт, «парааутистических» проявлений при других вариантах отклоняющегося развития (главным образом, при тотальном недоразвитии), нежели как одну из категорий истинно аутистического расстройства.

Первую группу можно оценивать как нерегрессивные аутистические расстройства, т. е. не дающие регресса, а только пусть и медленное, но неуклонное развитие. У детей второй группы наблюдается существенный регресс, утрата развития различных сторон психической деятельности. При этом подобный регресс имеет вариативность и различные степени выраженности. Все группы имеют не только различный характер расстройства, но и степень тяжести, рассматриваемой в плане социальной и образовательной адаптации.

Можно привести ряд критериев, на основе которых и проводилось предлагаемая дифференциация вариантов РАС. Отметим, что большинство этих критериев также впервые были представлены в работах школы К. С. Лебединской и О. С. Никольской [3, 7]. Среди основных можно выделить *раннее начало* проявлений социально-эмоциональных особенностей, возникающих уже в первые 6–8 месяцев жизни (и даже в первом полугодии жизни); *изменение порогов* сенсорной чувствительности, в том числе болевой и тактильной (как повышение порогов, так и значительное их снижение — гипо- и гиперсензитивность); *выраженную специфику речевой коммуникации* (ее неориентированность на социальное взаимодействие), а также *выраженную неравномерность* развития психических функций, психических сфер в целом. Последняя особенность отмечается практически при всех вариантах искаженного развития. Наиболее важными и ключевыми являются показатели выраженности проблем социально-эмоционального взаимодействия и речевой коммуникации. Эти критерии в целом позволяют сделать отдаленный вероятностный прогноз об особенностях социальной и образовательной адаптации ребенка.



При внимательной оценке особенностей психического развития ребенка с РАС необходимо проанализировать ряд показателей, приобретающих статус *дифференциально-диагностических критериев*. Среди них: особенности развития от рождения до трех лет (анамнез раннего развития); характерные поведенческие феномены и динамика их изменений с возрастом; особенности социального взаимодействия, коммуникации и игры; особенности развития психических функций и сенсорики, речевого развития, а также наличие генетических аномалий, неврологических и соматических заболеваний. Эти показатели необходимо обязательно оценить даже при наличии данных опроса родителей посредством стандартизированных анкет или анкет, заполняемых специалистом при наблюдении за поведением ребенка и взаимодействием с ним [4].

Одним из наиболее важных для нас является особенности развития ребенка от рождения до трех лет (анамнестический критерий). Здесь важной оказывается вся специфика развития и поведения ребенка, в том числе в диаде «мать—дитя»: как принимал пищу, принимал ли позу кормления, «приудабливался» на руках, какую коммуникацию демонстрировал. Очень важным показателем является динамика изменений, поскольку с возрастом дети «наживают» некоторую поведенческую адаптивность — большую или меньшую, стереотипную или нет, и т. п. Отдельно следует выделить особенности речи, ее специфики или нарушения (при регрессивных вариантах) и ее восстановления. Развитие этого множества «речевых тонкостей» позволяет сделать отдаленный прогноз социальной и образовательной адаптации ребенка.

При этом наиболее существенным для дифференциации групп является показатель особенностей развития в раннем возрасте, поскольку именно при регрессивных вариантах (см. рисунок) в *обязательном порядке* (выделено авторами) есть период нормативного (иногда даже несколько акселеративного — в основном когнитивных функций) психического развития. Эта категория детей до определенного момента не имеет никаких знаков искаженного развития. А далее после какого-либо провоцирующего момента (а иногда и без него) возникают различного рода утраты. В первую очередь, это утраты социально-эмоционального взаимодействия, навыков речи, опрятности и др.

Эта группа также может быть подразделена на отдельные варианты. Подобная дифференцировка определяет особенности комплексной помощи в целом. Имеет смысл говорить о варианте *раннего начала с грубым регрессом* (утратами); с относительно ранним началом и очень *неравномерными утратами*, которые, как правило, в основном касаются эмоциональной сферы; с *когнитивными и эмоциональными искажениями*, которые могут начаться в различное время, но чаще всего ближе к началу школьного возраста. Здесь часто возникают специфические нарушения мышления.

Всю эту группу аутистических расстройств следует рассматривать исключительно в рамках *психического заболевания* (выделено авторами). В настоящее время мы наблюдаем значительное «омоложение» начала регресса — в большом количестве случаев это возраст от 1 до 2 лет, когда в норме большинство психических функций начинает интенсивно формироваться. С точки зрения прогноза дальнейшего развития

ранний регресс считается наиболее неблагоприятным. Для всей группы *регрессивного аутизма* на первый план выходит сопровождение врача-психиатра и медикаментозная коррекция в различных ее вариантах, без которой в большинстве случаев эффективная адаптация ребенка в различных социальных средах представляется маловероятной. Повторимся, что здесь требуется, по крайней мере, наблюдение психиатра и при необходимости — лечение, особенно в ситуации тяжелых поведенческих нарушений, при которых весь ресурс ребенка «уходит» на защиту от собственных страхов и тревог, от невыносимых социальных воздействий. Наш опыт показывает, что дети, получающие адекватную медикаментозную поддержку, показывают значительно более лучшую адаптацию, чем дети без лечения.

Упомянем также о коррекционно-развивающих практиках, которых и в мире, и в нашей стране только основных направлений насчитывается более 15–18 видов [4, 6]. Каждое из этих направлений (эмоционально-уровневый подход, поведенческие практики, социально-коммуникативные, кинезиологические и т. д.), технологий оказывается адекватным и эффективным для *конкретного варианта искажений развития*, в конкретный период психического развития ребенка. Таким образом, для каждого из приведенных выше вариантов искажений развития можно

подобрать конкретные технологии и тактики специфической помощи ребенку.

Поэтому точная, «мишенная» оценка всей совокупности психического развития, позволяющая отнести это состояния к тому или иному варианту аутистического расстройства, оказывается предельно важной, определяющей в целом направленность и траекторию комплексной помощи.

Здесь нельзя не остановиться и на работе с окружением такого ребенка. Наша практика показывает, что помимо оценки стадии психоэмоционального состояния, на которой находятся родители (в соответствии с моделью горя Р. Антли), на особенности работы с семьей точно так же влияет характер поведенческих и аффективных нарушений ребенка. Понимание этих двух параметров в значительной степени повышает эффективность работы с семьей.

Таким образом, мы считаем предельно важной и необходимой в современных условиях развития комплексной помощи детям с РАС значительно большую дифференциацию состояния ребенка и отнесение его к определенному *варианту аутистических расстройств*, чем это предусматривают и медицинская систематика, и бытующие в настоящее время среди специалистов психолого-педагогического сопровождения подходы и тактики выбора коррекционно-абилитационных технологий.

Библиографический список

1. Многоосевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте. Классификация психических и поведенческих расстройств у детей и подростков в соответствии с МКБ-10. М.—СПб.: Смысл; Речь, 2003.
2. Морозов А. С. Современные подходы к коррекции детского аутизма (обзор и комментарии). М.: 2010.
3. Никольская О. С., Баенская Е. Р., Либлинг М. М. Аутичный ребенок: пути помощи. М.: Теревинф, 1997.
4. Ребер М. Расстройства аутистического спектра. Научные подходы к терапии / пер. с англ. М.: Издательский дом БИНОМ, 2017.
5. Семаго М. М., Семаго Н. Я., Типология отклоняющегося развития. Модель анализа и ее использование в практической деятельности. М.: Генезис, 2011.
6. Цунами детского аутизма: медицинская и психолого-педагогическая помощь / под общ. ред. А. П. Чуприкова. М.: Гнозис, 2017.
7. Лебединский В. В., Никольская О. С., Баенская Е. Р., Либлинг М. М. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1990.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА И ДРУГИМИ НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ НА ТЕРРИТОРИИ САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Филиппова Н. В. к. м. н., доцент, **Барыльник Ю. Б.**, д. м. н., заведующая кафедрой, Кафедра психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии, ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет имени В. И. Разумовского» Минздрава России, Саратов, Российская Федерация

Аннотация

До настоящего времени медико-социальная помощь детям с особенностями развития остается недостаточно развитой во многих странах мира, и Россия не является исключением. В данной работе проведен анализ состояния медико-социальной помощи детям, страдающим расстройствами аутистического спектра и другими нарушениями развития, осуществляемой на территории Саратовской области, и предпринята попытка струк-

турировать основные государственные и негосударственные организации, которые могут оказать как медико-социальную, так и психолого-педагогическую помощь детям с особенностями развития, а также их родителям и другим членам семей.

Ключевые слова

Нарушения психического развития, расстройства аутистического спектра, медико-социальная и психолого-педагогическая помощь.

MEDICAL AND SOCIAL ASSISTANCE FOR CHILDREN WITH ASD AND OTHER DEVELOPMENTAL DISORDERS: A CASE STUDY FOR THE SARATOV REGION

Filippova N. V., PhD (Medicine), Associate Professor,

Barynnik Yu. B., MD, Associate Professor,

Head of Department of Psychiatry, Narcology, Psychotherapy and Clinical Psychology,
Saratov State Medical University named after V. I. Razumovsky,
Ministry of Healthcare of the Russian Federation,
Saratov, Russian Federation

Abstract

At the moment, medical and social care for children with developmental disorders remains insufficiently developed in many countries of the world, and Russia is no exception. In this paper, we perform an analysis of the state of medical and social assistance for children suffering from autism spectrum disorders and other developmental disabilities in the Saratov region. The author attempts to classify major state and non-governmental organizations which can provide both medical social and psychological-pedagogical assistance for children with developmental disorders, as well as their parents and other family members.

Key words

Mental development disorders, autism spectrum disorders, medical social and psychological-pedagogical assistance.

Актуальность проблемы. В большинстве стран мира, в том числе и в нашей стране, отсутствует адекватно функционирующая централизованная система помощи детям с аутизмом и другими нарушениями развития [1–5]. Существующие детские учреждения (как дошкольные, так и школы) далеко не всегда готовы принять детей с необычным и отклоняющимся от общепринятого поведением. Даже если ребенок по своему состоянию может посещать детский сад или какую-либо другую возрастную группу, в большинстве случаев он оказывается за границей взаимодействия как детей, так и педагогов.

В данной работе было проведено изучение состояния медико-социальной помощи детям, страдающим расстройствами аутистического спектра и другими нарушениями развития, осуществляемой на территории Саратовской области и сделана попытка структурировать основные государственные и негосударственные организации, которые могут оказать как медицинскую, так и психолого-социальную помощь детям с особенностями развития, а также их родителям и другим членам семей.

К государственным медицинским учреждениям, оказывающим помощь детям с нарушениями развития и другими психическими расстройствами, на территории Саратовской области относятся ГУЗ «Сара-

товский государственный психоневрологический диспансер» Министерства здравоохранения Саратовской области (СГПНД) и Областная клиническая психиатрическая больница св. Софии (ОКПБ св. Софии). СГПНД оказывает стационарную и амбулаторно-поликлиническую помощь детям и подросткам с психическими заболеваниями и нарушениями развития, проживающим на территории г. Саратова. К этому учреждению относятся детские врачи-психиатры, ведущие амбулаторный прием в детских поликлиниках города.

Областная клиническая психиатрическая больница св. Софии осуществляет как экстренную, так и плановую стационарную медицинскую помощь детям и подросткам с психическими расстройствами, проживающим на всей территории Саратовской области. В районах области работают детские врачи-психиатры, подведомственные ОКПБ св. Софии (в г. Красноармейск, г. Красный Кут, г. Новоузенск, р.п. Татищево, р.п. Ровное, р.п. Лысье Горы, р.п. Новые Бурасы, п. Светлый, с. Александров Гай, с. Воскресенское, с. Питерка).

На территории области функционируют также три государственных реабилитационных центра для детей и подростков с ограниченными возможностями в г. Саратове, г. Вольске и г. Ершове, осуществля-

ющие медицинскую реабилитацию (медикаментозное лечение, физиотерапия, ЛФК, лечебный и аппаратный массаж, механо-, фито- и диетотерапия), социокультурную реабилитацию (психофизическое и эмоциональное оздоровление и развитие ребенка с ограниченными возможностями), психолого-педагогическую реабилитацию (диагностика уровня психического развития детей и сформированности педагогических знаний, умений, навыков и пробелов в них), психолого-педагогическую коррекцию нарушений развития речи, познавательных функций и эмоциональной сферы ребенка, а также социально-бытовую и творческую реабилитацию.

Дети с умственной отсталостью имеют возможность пройти медицинскую, социально-психологическую и социально-педагогическую реабилитацию в домах-интернатах для умственно-отсталых детей в р.п. Базырный Карабулак, р.п. Дергачи и с. Орловское Марковского района Саратовской области. В г. Маркс Саратовской области функционирует также специализированный дом ребенка для детей с органическими поражениями нервной системы и нарушениями психики.

В государственных центрах психолого-педагогического и медико-социального сопровождения (ППМС) детей (в г. Саратове, г. Вольске, г. Балаково, г. Хвалынске, г. Красноармейске, п. Модин Озинского района) проводится комплексное психолого-медико-педагогическое обследование детей с целью своевременного выявления детей с особенностями в физическом и/или психическом развитии и/или отклонениями в поведении, а также подготовка по результатам обследования рекомендаций по оказанию им психолого-медико-педагогической помощи, организации их обучения и воспитания. В этих учреждениях осуществляется образовательная деятельность по дополнительным образовательным программам коррекционно-развивающей, профилактической, развивающей направленности, а также по основным общеобразовательным программам дошкольного образования и социальной реабилитации, адаптации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, несовершеннолетних, находящихся в трудной жизненной ситуации, в условиях круглосуточного и дневного пребывания в учреждении.

К государственным образовательным учреждениям относятся следующие подведомственные Министерству образования Саратовской области общеобразовательные учреждения для детей, обучающихся по адаптированным образовательным программам: 4 школы и 5 школ-интернатов в г. Саратове, 1 школа и 3 школы-интерната в г. Энгельсе, 2 школы (в г. Балашове и г. Вольске) и 7 школ-интернатов в Саратовской области (г. Балаково, г. Маркс, с. Широкий Буерак Вольского района, п. Алексеевка Хвалынского района, с. Родничок Балашовского района, с. Приволжское Ровенского района, р.п. Базырный Карабулак). В этих учреждениях осуществляется комплексная и индивидуально ориентированная педагогическая, психологическая, социальная и медицинская помощь детям с особенностями развития в процессе

образовательной деятельности по основным и дополнительным общеобразовательным программам, включающая необходимую коррекцию имеющихся у детей нарушений развития, а также психолого-медико-педагогическую реабилитацию, социальная адаптацию и подготовку обучающихся к самостоятельной жизни и труду.

Однако государственные учреждения не могут оказать необходимую помощь всем детям с психическими особенностями, поскольку страдающих аутизмом и другими расстройствами развития детей в нашей области гораздо больше, чем эти учреждения способны принять. Более того, уровень помощи и условия, в которых она оказывается, далеко не всегда устраивают родителей больного ребенка, в связи с чем многие родители приводят детей в частные центры, от которых, по определению, ожидают лучших условий и отношения специалистов к ребенку, чем в государственных учреждениях. В г. Саратове с детьми с аутистическими расстройствами занимаются такие частные учреждения, как Центр психического здоровья и неврологии «Сфера», «Поволжский региональный Дэнс-центр „Саратов-ДЭНС“», «Частная медицинская практика „Сарклиник“», «Реацентр „Саратов“», центр развивающих инновационных методик «Арлекин», детский коррекционный центр «Золотой ключик» и ряд других. Однако частные организации не всегда оказывают необходимую во многих случаях медицинскую помощь, поскольку далеко не во всех центрах работают специалисты с медицинским образованием. Немаловажной является ориентация подобных учреждений на длительное удержание ребенка в центре в связи с финансовой заинтересованностью. Однако зачастую у семьи, в которой есть подобный ребенок, довольно быстро возникает проблема финансовой ограниченности, приводящая к необходимости либо вновь обращаться в госучреждения, которые перегружены, либо организовывать помощь у себя на дому своими силами.

Более того, стигматизация детей с аутизмом приводит к их изоляции от многих общественных и культурных мероприятий. Это вынуждает «стигматизированные» семьи объединяться в общества, например, общественное объединение родителей детей-аутистов и детей с аутоподобными расстройствами поведения «Ключик надежды» при Саратовском региональном отделении благотворительного Российского детского фонда, или посещать заседания некоммерческих организаций, таких как, например, Фонд социальной поддержки семьи и детства «Океан», сотрудники которого организовали группу поддержки родителей, воспитывающих детей с РАС «Особый ребенок». Создание подобных обществ возможно лишь в условиях крупных населенных пунктов, при достаточной осведомленности членов семей со сходными проблемами; тогда как семьи, проживающие в отдаленных регионах и малонаселенных пунктах, зачастую не имеют возможностей построения социальных контактов вне привычного места проживания.

Одним из путей решения этой проблемы может стать использование телемедицины — направле-

ния, основанного на использовании современных коммуникационных технологий для дистанционного оказания медицинской помощи и консультирования. Благодаря современным техническим достижениям в большинстве регионов существует возможность консультаций, в ходе которых между врачом-консультантом (психологом, логопедом или другим специалистом), пациентом и его родственниками налаживается полноценный аудиовизуальный контакт. Таким образом, обе стороны могут не только видеть и слышать друг друга, но и обмениваться графическими и текстовыми данными (записями или рисунками) [6].

Таким образом, современная тенденция к росту численности лиц с психическими расстройствами среди всех возрастных групп, в том числе и в детской популяции, требует коренного изменения системы охраны психического здоровья и социальной политики в

отношении этой наиболее социально незащищенной группы населения. Проблемы медицинской и психолого-педагогической помощи, социальной защиты, поддержки и реабилитации детей с психиатрическим опытом становятся особенно актуальными в современных условиях, когда старые формы и методы медико-социальной помощи оказались, по существу, разрушенными, а новые системы, способные удовлетворить растущие потребности, еще только предстоит создать. Недостаток государственной медико-социальной помощи детскому населению области частично компенсируется частными структурами, однако подобная помощь доступна далеко не всем семьям, в ней нуждающимся. Необходима активизация деятельности государства в организации доступной медико-социальной помощи в отношении детей с особенностями психического развития.

Библиографический список

1. Филиппова Н. В., Барыльник Ю. Б. Эпидемиология аутизма: современный взгляд на проблему // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. Т. 24, № 3. С. 96–101.
2. Филиппова Н. В., Барыльник Ю. Б. Современные представления о раннем детском аутизме // Психическое здоровье. 2014. Т. 12, № 10 (101). С. 70–73.
3. Филиппова Н. В., Барыльник Ю. Б., Бачило Е. В., Исмаилова А. С. Эпидемиология нарушений психического развития в детском возрасте // Российский психиатрический журнал. 2015. № 6. С. 45–51.
4. Филиппова Н. В., Барыльник Ю. Б., Паращенко А. Ф., Бойко Е. А. Психическое здоровье детей и подростков в Саратовской области в 2000–2014 гг. // Психическое здоровье. 2017. Т. 15, № 2. С. 30–41.
5. Филиппова Н. В., Барыльник Ю. Б., Паращенко А. Ф. Региональные особенности заболеваемости психическими расстройствами среди детей и подростков в Саратовской области в 2000–2014 гг. // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. 2017. № 8. С. 17–34.
6. Филиппова Н. В., Барыльник Ю. Б., Бачило Е. В., Гусева М. А., Мишукова А. Ю., Олейникова Е. Р. Стигматизация и расстройства аутистического спектра: определение проблемы и пути решения // Психическое здоровье. 2018. № 1. С. 45–55.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА АУТИЗМА И СХОДНЫХ СОСТОЯНИЙ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Черенева Е. А., к. п. н., доцент кафедры специальной психологии,
директор Международного института аутизма КГПУ им. В. П. Астафьева,
Красноярск, Российская Федерация,

Спиридонова М. С., к. б. н.,
директор Клиники современных коррекционных и развивающих технологий
ФГБОУ ВО «Красноярский государственный университет имени В. П. Астафьева»,
Красноярск, Российская Федерация,

Гуткевич Е. В., д. м. н., профессор кафедры генетической и клинической психологии
факультета психологии,
ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский Томский государственный университет»,
ведущий научный сотрудник отделения эндогенных расстройств,
Научно-исследовательский институт психического здоровья,
Томский Национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук,
Томск, Российская Федерация

Аннотация

Представлены результаты комплексной дифференциальной диагностики расстройств аутистического спектра и сходных состояний в детском возрасте. Результаты исследования демонстрируют механизмы формирования патогенных механизмов психофизиологического развития в детском возрасте. Выделены дифферен-

циальные критерии диагностики, базирующиеся на междисциплинарном клинико-психологическом подходе: синдром скотопической чувствительности (синдром Ирлен), нэйроэнергокартирование, иммунограмма, электроэнцефалография.

Ключевые слова

Аутизм, диагностика, синдром скотопической чувствительности (синдром Ирлен), нэйроэнергокартирование, иммунограмма, электроэнцефалография.

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF AUTISM AND SIMILAR CONDITIONS IN CHILDHOOD

Chereneva E. A., PhD (Pedagogy), Associate Professor,
Department of Special Psychology, Executive Director of the International Autism Institute,
Krasnoyarsk State Pedagogical University named after V. P. Astafiev,
Krasnoyarsk, Russian Federation,

Spiridonova M. S., PhD (Biology), therapist,
Director of Clinics of Modern Correctional and Developmental Methodologies,
Krasnoyarsk State Pedagogical University named after V. P. Astafiev,
Krasnoyarsk, Russian Federation,

Gutkevich E. V., MD, Professor of Genetic and Clinical Psychology,
Faculty of Psychology, National Research Tomsk State University,
Lead Researcher of Mental Health Research Institute,
Tomsk, Russian Federation

Abstract

In this paper, we present the results of comprehensive differential diagnosis of ASDs and similar conditions in childhood. The results of the study demonstrate the mechanisms of the formation of pathogenic pathways of psychophysiological development in childhood. Differential diagnostic criteria based on interdisciplinary clinical and psychological approach are singled out: syndrome of scotopic sensitivity (Irlen syndrome), the level of constant potentials of cortex cells, immune status and EEG.

Key words

Autism, diagnosis, syndrome of scotopic sensitivity (Irlen syndrome), the level of constant potentials of cortex cells, immune status, EEG.

Расстройство аутистического спектра (РАС) является довольно распространенным заболеванием. По данным Всемирной Организации Здравоохранения каждый 166-й ребенок имеет диагноз «аутизм» [5]. Симптомы данного заболевания впервые описаны в работах психологов в 20-х годах XX века. Первые признаки необычного психического расстройства у детей представлены в работах советского клинициста Г. Е. Сухаревой [6]. Многие отмечают, что данное заболевание распространяется со скоростью эпидемии. Некоторые исследования посвящены аутоиммунной, вирусной и бактериальной природе аутизма [3]. Поскольку столь широкий спектр заболеваний имеет схожую симптоматику, весьма актуальными являются разработка и внедрение дифференциальной диагностики, позволяющей выявить ключевое звено патогенеза у конкретного индивида. Это позволит выработать более точный и эффективный маршрут реабилитации ребенка с РАС. Наши многолетние исследования показали, что диагностика РАС должна иметь полидисциплинарный подход и базироваться на нескольких

осях диагностики: клинической, патопсихологической и социально-психологической [7]. В данной статье мы представим часть наших исследований, которые позволяют не только разграничивать аутизм и сходные состояния, но и понимать механизмы формирования РАС, разрабатывать эффективные маршруты коррекционной помощи.

В литературе представлены единичные исследования, посвященные генетической, психиатрической, вирусной, бактериальной, аутоиммунной и биохимической природе аутизма. В публикациях последних лет исследователи связывают аутизм с проблемами пищеварения, непереносимостью глютена и казеина [4]. В некоторых исследованиях показана связь аутизма с нарушением метаболизма аминокислот [4] и нарушением метаболизма витаминов группы В. Также в литературных данных встречается информация об увеличении содержания тяжелых металлов в волосах детей с аутизмом, особенно ртути. Однако эти данные довольно разрозненны и статистически имеют низкую значимость. Поэтому в задачи нашего исследования входят:

— сбор данных анамнеза, выявление отягощающих факторов со стороны наследственности и течения пренатального, натального и постнатального периодов;

— определение неврологического статуса ребенка;

— проведение анализа гематологических данных ребенка с момента рождения до момента исследования;

— иммунологические исследования, включая бактериальный и вирусный скрининг (PANDAS-синдром и энцефалитический синдром).

Также мы проводим оценку работы головного мозга с помощью энцефалографии (ЭЭГ) для выявления особенностей коры головного мозга, омегаметрию для оценки работы ствола головного мозга. Кроме того, мы оцениваем уровень энергообмена корковых структур с использованием нейроэнергокартирования (НЭК).

Одним из критериев дифференциальной диагностики РАС и сходных состояний является использование нами оценки сенсорно-перцептивного развития (Богдашина О. Б.). В последних научных исследованиях описан синдром скотопической чувствительности (Scotopic Sensitivity Syndrome — SSS), который отражает особенности восприятия и переработки зрительной информации. На сегодняшний день существует более 100 научных исследований, подтверждающих возникновение трудностей перцептивной обработки, связанных с синдромом SSS (более известным как синдром Ирлен). Однако до сих пор неизвестны точные причины и нейрофизиологический механизм этого нарушения. Многие исследования подтвердили положительные результаты использования фильтров Ирлен для устранения искажений зрительных восприятий. Синдром Ирлен — это дисфункция зрительного восприятия, не зависящая от остроты зрения, определяемого традиционными оптометрическими и офтальмологическими методами, которая проявляется в различной степени у 20% людей. Страдающие очень тяжелой формой синдрома могут испытывать трудности в восприятии людей, т. е. видеть мир фрагментарно, маленькими «кусочками», пока они не подойдут к ним на достаточно близкое расстояние. Другие могут испытывать сложности в восприятии печатного текста: расплывчатость, слияние, кажущееся движение букв и слов на странице и т. д. Легкая форма синдрома проявляется в частых головных болях, быстрой утомляемости при чтении, неспособности определить пространственные расстояния, плохой координации движений и т. д. Синдром определяется по множеству различных симптомов, основными из которых являются: светочувствительность; проблемы с концентрацией внимания и его удержанием; головные боли и мигрень, вызванные светом; искажения букв или фона в тексте; напряжение и усталость во время чтения; проблемы с оценкой глубины пространства; у людей с РАС — фрагментарность (мозаичность) восприятия [1, 2].

На базе Международного института аутизма КГПУ им. В. П. Астафьева и МИП ООО «Киники современных коррекционных и развивающих технологий» КГПУ им. В. П. Астафьева была разработана и апробирована комплексная дифференциальная диа-

гностика РАС и сходных состояний. Выборка составила 70 детей в возрасте от 1,5 до 5 лет, из них 10 девочек и 60 мальчиков. Данные анамнеза собирались путем опроса родителей ребенка и анализа медицинских карт детей. Гематологические исследования осуществлялись с использованием данных клинических анализов крови детей, которые были предоставлены родителями. ЭЭГ проводилось с использованием энцефалографа «Мицар» врачом функциональной диагностики. Нейроэнергокартирование осуществлялось на пятиканальном нейроэнергокартографе НЭК-5 (разработан на базе НИИ Института мозга человека). НЭК основан на принципе фиксации устойчивых потенциалов, которые регистрируются от ионов водорода в цикле образования АТФ из глюкозы при ее окислении клетками головного мозга. Иммунный статус детей оценивался по данным иммунограмм, которые были получены на базе гематологических лабораторий г. Красноярска при финансировании родителей. Также был использован метод оценки синдрома скотопической чувствительности (синдрома Ирлен). Статистически данные обрабатывались с использованием программы Statistica 6.0.

У 100% детей, входящих в исследовательскую выборку, выставлен официальный диагноз — атипичный аутизм. У всех детей выявлены нарушения когнитивной, коммуникативной и эмоциональной сферы. У 40% детей отсутствует речь, причем речь нарушена по типу сенсорной алалии. У 60% детей речь есть, но она не используется для коммуникации и имеет эхолалический характер. У 95% детей присутствуют различные виды сенсорных нарушений, а также множественные стереотипии и аутоstimуляции. У 80% детей есть трудности самообслуживания и проблемы с освоением туалета/горшка. В 75% случаев аутизм возник в возрасте 1,5 лет после периода нормального развития, родителями отмечается откат в развитии речи, поведении и других характеристиках. В 20% случаев родителями отмечалось появление нарушения сна на фоне аутистического регресса. По данным ЭЭГ у детей обнаружено преобладание тета-ритмов над альфа-, в 2% случаев присутствуют дельта-ритмы. У одного ребенка в выборке длительное время регистрировалась пароксизмальная активность. У некоторых детей выявляется снижение электрогенеза коры головного мозга и изменения волновой активности в лобной, затылочной и височных долях.

Полученные данные не подчинялись закону нормального распределения, поэтому достоверность различия результатов оценивалась с помощью непараметрической статистики с применением критерия Вилкоксона. По данным гематологических исследований выявлено, что у 90% детей с момента рождения до момента обращения в клинику были стойкие нарушения гематологической картины, проявляющееся в снижении концентрации гемоглобина, повышении ширины распределения эритроцитов, лимфоцитозе и нейтропении. Так, для нормальной оксигенации органов и тканей организма в детском возрасте необходимо 130–140 г/л гемоглобина, у детей исследовательской выборки снижение гемоглобина происходило в

среднем до 110 ± 7 г/л, что на фоне изменения скорости кровотока по позвоночным артериям (в 80% случаев снижение магистральной скорости кровотока по позвоночной артерии составило 30–40%), может драматически сказываться на кислородном обеспечении клеток головного мозга ребенка. Снижение гемоглобина часто сопровождалось изменением размера эритроцитов. Так, в 50% случаев ширина распределения эритроцитов превышала норму и иногда составляла 15%. Такой показатель, как ширина распределения эритроцитов, может увеличиваться за счет уменьшения объема эритроцита, а также за счет изменения его формы. В обоих случаях возникает анемическое состояние, сопровождающееся гипоксией тканей и органов.

Эти данные согласуются с признаками нарушения энергообмена головного мозга, которые можно выявить с помощью НЭК. Так, у 95% детей выявлены признаки частичного кислородного голодания в основном височных и лобных долей головного мозга, у двух детей (1,4%) обнаружено тотальное снижение энергообмена коры головного мозга, которое также сопровождалось увеличением продуктов гипоксического расщепления глюкозы — лактата — в крови и выведением увеличенной фракции компонентов цикла Кребса с мочой.

У 97% детей по данным развернутого анализа крови выявляется хроническое нарушение работы иммунной системы, проявляющееся в лимфоцитозе и нейтропении. В целом по литературным данным, для младенцев характерен лимфоцитоз с нейтропенией, но не выходящий за рамки нормы у детей. В нашей исследовательской группе количество нейтрофилов в крови достигало $10 \pm 5\%$, а количество лимфоцитов — $70 \pm 9\%$, что свидетельствует о нарушении иммунного гомеостаза крови детей, обусловленного либо врожденным, либо приобретенным иммунодефицитом. При этом в 100% случаев у детей в период от года до трех лет отмечается эпизод вирусного заболевания, зафиксированного педиатром, сопровождавшегося увеличением температуры, вплоть до 40°C , а также ростом количества моноцитов до 16 ± 5 , некоторые случаи сопровождалось резким снижением или увеличением количества клеток среднего размера. Данные иммунограммы в 100% случаев выявили снижение фагоцитирующей активности клеток крови, подавление гуморального иммунитета, особенно за счет IgA, а также чрезмерное увеличение количества Т-лимфоцитов на фоне нормального или немного пониженного количества В-лимфоцита, также существенного понижения натуральных киллеров.

У 50% детей из исследовательской выборки сделан иммуноферментный анализ крови к Ig G:M на вирусы семейства герпесов. У 10% детей выявлен вирус Эпштейна—Барр (ВЭБ), у 10% детей обнаружен цитомегаловирус (ЦМВ), еще у 10% детей обнаружены вирусы герпеса 1, 2 и/или 6-го типа. У остальных 20% детей обнаружены различные комбинации сочетания вирусов ЦМВ+ВЭБ, ЦМВ+ВЭБ+герпес 6-го типа, герпес 1, 2 и 6-го типа+ЦМВ и/или ВЭБ. У шести детей (8,5%) сдан анализ на авидность, который

показал либо отсутствие авидных тел к вирусам, либо присутствие низкоавидных тел. Снижение авидности иммуноглобулинов к вирусам приводит к хронизации герпетической инфекции. Известно, что обозначенные выше вирусы способны вызывать хронический вирусный энцефалит головного мозга, который сопровождается симптомами, характерными для РАС. В литературе представлены МРТ и КТ-признаки протекающего вирусного энцефалита, который зачастую вовлекает в патогенез лобную, затылочную и височные доли, также отмечают появление ЭПИ-волн в височных долях при герпесе 1-го и 2-го типа [3]. Патогенез в лобной доле способствует нарушению эмоционально-волевой сферы. Вовлечение в патогенез височных долей способствует нарушению понимания и воспроизведения речи, патогенетичность теменной области — к сенсорным нарушениям. Нарушение работы затылочной доли приводит к возникновению синдрома скотопической чувствительности (синдром Ирлен). Противовирусное лечение у иммунолога трех детей привело к снижению проявлений у них признаков аутизма. Это косвенно подтверждает вирусную природу патогенеза аутизма. Последующие исследования будут включать хемилюминесцентный анализ, который позволит оценить интенсивность процессов свободнорадикального окисления (СРО), протекающих в организме детей с РАС.

Выводы.

1. Клинические проявления аутизма, фиксируемые в области нарушения эмоционально-волевой сферы, сопровождаются ЭЭГ-признаками нарушения работы коры головного мозга. Следовательно, ЭЭГ может быть использован как диагностический метод при коррекции аутизма.

2. По данным НЭК, у детей с аутизмом присутствуют признаки частичного или тотального нарушения энергообмена головного мозга, проявляющиеся в снижении выработки АТФ в разных долях коры головного мозга. Это может быть обусловлено нарушением кровотока в сосудах шейного отдела позвоночника и/или сосудах головного мозга. Поэтому НЭК может быть использован в диагностике расстройства аутистического спектра для определения тактики коррекционных воздействий.

3. По гематологическим данным у детей выявлено нарушение гомеостаза внутренней среды организма в результате снижения гемоглобина, изменения формы и объема эритроцита, а также за счет иммунной дисфункции, проявляющейся в лимфоцитозе и нейтропении. Таким образом, развернутый анализ крови может быть ранним диагностическим критерием патогенеза РАС.

4. По данным иммунограммы у детей с РАС регистрируется вторичный иммунодефицит, на фоне которого может возникать хроническая герпетическая инфекция, которая, в свою очередь, способна вызывать хронический энцефалит головного мозга, проявления которого схожи с РАС.

5. Вирусная природа РАС объясняет скорость распространения этого заболевания у детей, сопоставимую только с ОРВИ.

6. При РАС имеются особенности нейроэнергообмена головного мозга с симптомами скопической чувствительности; значительно повышенный энергообмен в затылочной доле и частично в других областях мозга, задействованных в переработке экстероцептивной информации.
7. При воздействии сенсорной нагрузки при РАС нейрометаболизм возрастает во всех областях мозга.

Библиографический список

1. *Богдашина О.* Сенсорно-перцептивные проблемы при аутизме / под науч. ред. Е. А. Черенёвой. Красноярский государственный педагогический университет им. В. П. Астафьева. Красноярск, 2014.
2. *Богдашина О.* Синдром Ирлен: история и проблемы // Образование и социализация личности в современном обществе: материалы VIII Международной научной конференции, Красноярск, 7–9 июня 2012 г. В 2 т. Т. 2 / отв. ред. В. А. Адольф. Красноярск: КГПУ им. В. П. Астафьева, 2012. С. 162–174.
3. *Болезни нервной системы* / под ред. Н. Н. Яхно, Д. Р. Штульмана. М.: Медицина, 2001. Т. 1. С. 48–49.
4. Влияние глутена и казеина на формирование мозга: обзор статей. URL: <http://www.elinahealthandbeauty.com/forum/viewtopic.php?t=8867> (дата обращения: 21.02.2018).
5. *Морозов С. А.* Комплексное сопровождение лиц с расстройствами аутистического спектра. М.: ООО «Медиа-Книга», 2015. С. 24–33.
6. *Морозов С. А.* Комплексное сопровождение лиц с расстройствами аутистического спектра. Учебно-методическое пособие. М.: ООО «Медиа-Книга», 2015. С. 143–153.
7. *Черенёва Е. А., Богдашина О. Б., Казанова М., Ли С.* Модернизация идей исследования аутизма и развития системы помощи людям с аутизмом в России: от региональной инициативы к глобализации решений // Психологическая наука и образование. 2016. Т. 21, № 3. С. 131–140.

ИССЛЕДОВАНИЯ И ОБРАЗОВАНИЕ ПО ДЕМЕНЦИИ

DEMENTIA RESEARCH AND EDUCATION

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ «ШКОЛ ЗАБОТЫ» ДЛЯ РОДСТВЕННИКОВ ПАЦИЕНТОВ С ДЕМЕНЦИЕЙ

Гантман М. В., Щеткина А. Л., Пономарева Е. В.,
АНО «Помощь пациентам с болезнью Альцгеймера и их семьям»,
клиника Mental Health Center ФГБНУ НЦПЗ,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

В рамках благотворительной деятельности АНО «Помощь пациентам с болезнью Альцгеймера и их семьям» с 2009 г проводит консультативную и образовательную работу для семей, которые столкнулись с проблемой деменции. На сайте alzrus.org можно получить консультацию врача-геронтопсихиатра и скачать материалы для пациентов и их родственников. Самое крупное регулярное мероприятие организации — «Школа заботы». В статье изложены рекомендации по программе подобных школ и данные об эффективности их применения для снижения стресса у ухаживающих лиц.

Ключевые слова

Болезнь Альцгеймера, деменция, ухаживающие лица, психообразование.

A CASE STUDY OF “CAREGIVER SCHOOLS” FOR RELATIVES OF PATIENTS WITH DEMENTIA

Gantman M. V., Shchetkina A. L., Ponomareva E. V.,
Autonomous Non-Commercial Organization
“Help for Patients with Alzheimer’s Disease and their Families”,
Clinic “Mental Health Center”,
Mental Health Research Center,
Moscow, Russian Federation

Abstract

Since 2009, an autonomous non-commercial organization called “Help for Patients with Alzheimer’s Disease and their Families” performed non-profit counseling and education of families facing dementia. Alzrus.org is a site where gerontopsychiatrist can answer your questions and where it is possible to download information for patients and caregivers. One of the major regular events held by this organization is “Caregiver School”. This article gives recommendations for how other organizations can create similar programs sharing what has been effective for reducing caregiver’s stress.

Key words

Alzheimer’s disease, dementia, caregivers, psychoeducation.

За 10 лет проведения «Школы заботы» для родственников пациентов с деменцией в ней прошли обучение 325 человек. Занятия вели врачи-геронтопсихиатры, нейропсихолог. Также занятия могут вести врачи-неврологи, гериатры и социальные работники, имеющие подготовку в области ухода за пожилыми людьми. По опыту нашего коллектива мы рекомендуем следующие темы для проведения подобных школ.

1. Течение болезни Альцгеймера и других старческих деменций. После этого занятия ожидается, что слушатели:

- знают определение понятия «деменция»;
- понимают, что в большинстве случаев деменция неизлечима и прогрессирует;
- распознают у пациента признаки деменции, понимают, что они связаны с заболеванием, а не являются просто проявлениями характера или нормальными возрастными изменениями;
- знают, что существуют более тяжелые стадии заболевания, чем в настоящее время у их родственника, и в целом представляют, какие проблемы возникают на этих стадиях.

2. Лечение болезни Альцгеймера. После этого занятия ожидается, что слушатели:

- знают о том, что есть препараты, замедляющие прогрессирование болезни Альцгеймера;
- понимают, что их нельзя принимать без назначения врача;
- знают, что может потребоваться длительный подбор терапии, и реалистично оценивают ожидаемый эффект препаратов.

3. Когнитивный тренинг при нормальном старении и у пациентов с деменцией. Психологическая поддержка ухаживающих за пациентами. После этого занятия ожидается, что слушатели:

- знают, что сильные для пациента тренировки могут помочь сохранить бытовые навыки, поэтому следует поощрять любую безопасную деятельность, ограждая пациента от повседневных задач;
- знают, что для пациента на каждой стадии деменции можно придумать доступные ему занятия и что даже элементарные для здорового человека бытовые действия могут быть тренировкой для пациента;
- задумались о том, справляются ли они с нагрузкой по уходу за пациентом и не следует ли обратиться за помощью к другим близким людям или в социальные службы, дать себе некоторый отдых;
- поняли, что чувства, которые они испытывают (гнев, горе, отчаяние), совершенно нормальны в данной ситуации и их переживают все.

4. Правовая охрана интересов недееспособных лиц вследствие психического расстройства. После этого занятия ожидается, что слушатели:

- знают, для чего может потребоваться оформление недееспособности, в какие государственные органы для этого обращаться и какой период это может занять;
- имеют информацию о том, какие законы относятся к недееспособности и инвалидности;
- знают, какие льготы дает инвалидность, что такое индивидуальная программа реабилитации.

5. Уход за пациентами на стадии тяжелой деменции. После этого занятия ожидается, что слушатели:

- знают, какие состояния требуют госпитализации пациента в отделения с различным режимом (острые, санаторные, социального ухода), в каких больницах данного региона доступна такая помощь;
- знают основные приемы ухода за пациентами, которые не могут вставать с постели, профилактику наиболее опасных для пациентов состояний.

6. Геронтопсихиатрическая помощь в структуре медико-социальной помощи, оказываемой учреждениями социальной защиты. Ожидается, что после этого занятия слушатели:

- знают, какую социальную помощь можно получить как на дому, так и в учреждениях постоянного пребывания.

В ходе диссертационной работы оценивалась эффективность «Школы заботы» для снижения бремени ухода за пациентами. Бремя ухода, измеренное по шкале Zarit, по итогам курса занятий значительно снижалось ($45,2 \pm 10,4$ до $37,1 \pm 8,5$ баллов, $p < 0,05$) [1].

Материалы школы (Блокнот участника и методическое пособие «Как провести школу для родственников пациентов с деменцией») размещены на сайте alzrus.org [2].

Ведущие школы хотели бы распространения «Школы заботы» в другие регионы и создания аналогичных онлайн-ресурсов и готовы к сотрудничеству в данном направлении.

Библиографический список

1. Гантман М. В. Депрессивные и когнитивные расстройства у лиц пожилого возраста, ухаживающих за пациентами с болезнью Альцгеймера: дисс. ... канд. мед. наук. М., 2015.
2. Сат АНО «Помощь пациентам с болезнью Альцгеймера и их семьям». URL: <http://www.alzrus.org/biblioteka/index.htm> (дата обращения: 12.03.2018).

СТАРЕНИЕ МОЗГА И РОЛЬ ПИТАНИЯ ДЛЯ СОХРАННОСТИ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ

Гашимова У. Ф.¹, Королёва М. В.², Коршун Е. И.²,

¹Институт физиологии имени А. И. Караева Национальной академии наук Азербайджана,
Баку, Азербайджан,

²ФБГОУ ДПО «Институт повышения квалификации»
Федерального медико-биологического агентства,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

Рассмотрены вопросы нутритивной поддержки для поддержания когнитивных функций. Выраженные когнитивные нарушения и деменция — это многолетний процесс, который начинается задолго до появления первых признаков когнитивного снижения, в связи с чем возрастает роль первичной профилактики. К настоящему времени научно обоснована положительная роль средиземноморской диеты как комплексного донора факторов, обеспечивающих нормальный метаболизм мозговой ткани. Доказано, что нутритивная поддержка опосредовано влияет на когнитивный статус, который улучшается при нормализации индекса массы тела и купировании синдрома мальнутриции. Для этого важно применять описанные в статье опросники и шкалы, а при выявлении дефицита массы тела использовать меры нутритивной поддержки.

Ключевые слова

Питание, когнитивные способности, память, старение мозга.

THE AGING BRAIN AND THE ROLE OF NUTRITION FOR THE PRESERVATION OF COGNITIVE FUNCTIONS

Hashimova U. F.¹, Koroleva M. V.², Korshun E. I.¹,

¹Institute of Physiology named after A. I. Karaev, Azerbaijan National Academy of Sciences,
Baku, Azerbaijan,

²Training Institute, Federal Medical Biological Agency,
Moscow, Russian Federation

Abstract

This article discusses the issues of nutritional support for the maintenance of cognitive functions. Pronounced cognitive impairment and dementia is a multi-year process that begins long before the first signs of cognitive decline, thus increasing the role of primary prevention. The Mediterranean diet has been scientifically proven to be effective in ensuring normal metabolism of brain tissue. This article gives evidence that nutritional support indirectly improves cognitive status by normalizing body mass index and promoting malnutrition syndrome relief. To accomplish this, it is important to use the questionnaires and scales described in the article, and to adopt nutritive support measures when detecting body mass deficiency.

Key words

Nutrition, cognitive abilities, memory, aging brain.

Введение

В настоящее время все большую актуальность приобретает проблема своевременного выявления когнитивных нарушений в процессе старения. Дело в том, что процесс нормального старения головного мозга сопровождается так называемой доброкачественной возрастной забывчивостью, которая проявляется некоторым снижением памяти и способности концентрировать внимание, что не отражается на повседневной жизни и не снижает ее качество, при этом

описанные изменения прогрессируют крайне медленно или в динамике симптомов наступает плато.

Вместе с тем старение головного мозга может сопровождаться различными заболеваниями, такими как артериальная гипертензия, атеросклеротические изменения со свойственными им полиморфными клиническими проявлениями, приводящими к развитию более выраженных расстройств памяти и других когнитивных функций (восприятие, внимание, мышление), что способно в значительной мере снижать качество жизни. Прогрессирование подобных наруше-

ний приводит к развитию деменции. Данная патология становится все более частой — по данным Всемирной Организации Здравоохранения, в 2013 году в мире было зарегистрировано 44 миллиона случаев деменции, при этом каждые 20 лет количество пациентов с подтвержденным диагнозом деменции удваивается. В 2050 году ожидается 135 миллионов пациентов с данным заболеванием.

Развитие деменции опосредуется генетическими и средовыми факторами. В России и Азербайджане наблюдается гиподиагностика когнитивных нарушений и деменции, что в большей степени актуализирует проблему. Между тем период развития деменции от начальных стадий когнитивных нарушений до развернутой клинической картины заболевания гораздо более длительный, чем считалось ранее, биохимические маркеры болезни Альцгеймера в цереброспинальной жидкости, соскобе буккального эпителия можно выявить задолго до клинических проявлений заболевания (нередко за десятилетия).

Сейчас модифицируемыми факторами риска развития когнитивных расстройств и деменции считаются следующие: артериальная гипертензия, сахарный диабет, ожирение. Увеличивается количество данных, свидетельствующих об ассоциации между диетой, статусом питания и когнитивным статусом. Диета, согласно современным научным данным, может быть средством профилактики и лечения когнитивных расстройств.

Из изложенного выше следует чрезвычайно важная роль клиник антивозрастной медицины в своевременном выявлении когнитивных расстройств, что позволит также своевременно назначить пациенту комплекс мер лечения и реабилитации и отсрочить период выраженного снижения когнитивных способностей. Несомненной важностью обладает информация о возможной профилактике когнитивных нарушений посредством правильного питания.

Цель исследования — изучить роль питания для сохранности когнитивных функций.

Материалы и методы: изучены литературные данные по поисковым словам — «питание», «когнитивные способности», «память», «старение мозга» за 2014–2018 годы в компьютерных базах данных, PubMed, Medical-Science, Elibrary, Ceeol, JSTOR, Web of Science, Scopus, MEDLINE, Embase и Кокрановской библиотеки.

Результаты и обсуждение

Старение мозга и питание. Первичная профилактика когнитивных нарушений включает в себя рекомендации по питанию с целью достижения здорового старения мозга (какие продукты желательно употреблять и каких стоит избегать). При развитии когнитивных расстройств важным объектом вмешательства является масса тела, так как пониженная масса тела взаимосвязана с прогрессированием расстройств памяти, а также восполнением запаса ряда необходимых нутриентов.

Дефицит массы тела и когнитивные нарушения. Проблема влияния недостаточной массы тела на

память и другие когнитивные способности известна достаточно давно. Так, Алоис Альцгеймер наблюдал дефицит массы тела при деменции и впервые описал это в литературе еще в 1907 году. Дефицит массы тела при деменции встречается у 15–45% пациентов, наблюдающихся на дому, а при применении опросника Mini Nutritional Assessment было выявлено, что синдром дефицита массы тела имел место у 26–80% пациентов. Сниженная масса тела при выраженных когнитивных нарушениях сопровождалась дефицитом ряда важных нутриентов. Так, было снижено потребление фолата, витаминов В6, В12, С, Е, омега-3 полиненасыщенных жирных кислот.

В научной литературе описано, что при болезни Альцгеймера изменяется метаболизм головного мозга, например, снижается эндогенный синтез ряда полиненасыщенных жирных кислот, в то время как при развивающейся деменции растет потребность мозга в перечисленных нутриентах как факторах саногенеза.

К настоящему времени описан ряд нутриентов, содержание которых снижается при когнитивных нарушениях и деменции:

— холин, длинноцепочечные омега-3 полиненасыщенные жирные кислоты, фолаты, витамины В12, Е, С (в сыворотке крови);

— селен, уридин, докозагексаеновая кислота (в эритроцитах);

— уридин, фолаты, витамины С, В12, Е, холин, омега-3 полиненасыщенные жирные кислоты (в ткани головного мозга, по данным аутопсии).

Снижение содержания данных веществ происходит на фоне снижения индекса массы тела. В этой связи у пациентов, страдающих нарушениями памяти, важно проводить определение индекса массы тела и оценку нутритивного статуса.

К наиболее распространенным инструментам по оценке питания относится Malnutrition Universal Screening Tool (MUST). Он состоит из следующих позиций: определение индекса массы тела, наличие потери массы тела на протяжении последних 3–6 месяцев, наличие острых заболеваний, отсутствие приема пищевых добавок, обогащающих рацион, на протяжении последних 5 дней.

Также для определения риска снижения питания используют шкалу The Nutritional Risk Score. Она основана на концепции, что нутритивная поддержка в первую очередь нужна пациентам с тяжелыми заболеваниями. В данную шкалу включено две подшкалы: первая — степень тяжести основного заболевания и вторая — определение степени недостаточности питания (отсутствие, незначительная степень, умеренная, выраженная). Применение данной шкалы позволяет грамотно рассчитать объем нутритивной поддержки при когнитивных расстройствах.

Однако наиболее часто в клинической практике для выявления недостаточности питания используют опросник качества питания (Mini Nutritional Assessment), который состоит из двух частей.

Первая часть включает в себя следующие позиции: информацию о чувстве аппетита на протяжении по-

следних трех месяцев; наличие снижения массы тела на протяжении трех месяцев, предшествующих опросу; оценка состояния мобильности; наличие психологических стрессов на протяжении последних трех месяцев; наличие выраженных нейропсихических проблем (деменции); индекс массы тела.

Вторая часть опросника качества питания состоит из выявления следующих позиций: оценка регулярности и качества питания, факторов, которые могут влиять на пищевое поведение — условия проживания, употребление медикаментов и их количество, количество ежедневно употребляемых блюд, ориентировочное количество белковой пищи в рационе, употребление овощей, зелени, жидкости, степень самостоятельности при приеме пищи.

Оценка результатов опроса и осмотра пациентов производится по двум частям опросника. Максимальное количество баллов составляет 30. Нормальное питание имеет место при количестве баллов от 24 и выше, наличие риска развития синдрома мальнутриции определяется в диапазоне от 17 до 23,5 баллов, наличие синдрома мальнутриции — менее 17 баллов.

Таким образом, важным аспектом ведения пациента с когнитивными расстройствами является выявление статуса питания и его нормализации при наличии недостаточности питания (мальнутриции).

Питание и церебропротекция

В плане церебральной когнитивной протекции к настоящему времени получены достоверные данные по следующим нутриентам.

Алкоголь. В пожилом возрасте употребление менее 15,0 г алкоголя (один «дринк») ассоциировано с меньшим риском развития деменции. Протективные эффекты алкоголя связаны с полом, генетическим фоном (наличие аллели ApoE4), генетическими особенностями метаболизма алкоголя. Красное вино за счет полифенолов снижает риск развития когнитивного дефицита. Известно, что небольшие дозы алкоголя способствуют профилактике ряда причин деменции, таких как инсульт, ишемическая болезнь сердца и другие проявления атеросклероза. Но излишнее потребление алкоголя — более 360 мл красного вина в день — достоверно ассоциировано с ускорением и большей степенью тяжести когнитивного дефицита.

Кофеин. Данных о положительном вкладе кофеина в профилактику деменции как стимулятора центральной нервной системы не получено. В единичных, небольших по количеству отобранных участников исследованиях показана возможность кофеин-содержащих продуктов (чай, кофе) предотвращать когнитивный дефицит и деменцию, но эти данные нуждаются в уточнении.

Витамин Е. Витамин Е применяется для профилактики и лечения деменции. Он является антиоксидантом, регулятором межклеточных взаимодействий, экспрессии генов. В природе существует в восьми формах — четыре токоферола и четыре токотриенола. Положительные эффекты обусловлены скорее наличием комбинации всех восьми форм, а не одной моле-

кулой, в связи с чем для достижения церебропротективного профилактического эффекта важно употреблять витамин Е в естественных продуктах, а не в виде лекарственных препаратов.

Витамин С. Данные по витамину С в плане его возможностей профилактировать деменцию противоречивы. Немногочисленные проспективные исследования свидетельствуют об отсутствии клинического эффекта от введения витамина С при выраженных когнитивных нарушениях. Продолжаются исследования по изучению взаимосвязи между уровнем витамина С в цереброспинальной жидкости и улучшением симптоматики при деменции.

Витамины группы В. Витамины В6, В9, В12 достоверно положительно влияют на когнитивный статус. Витамин В9 (фолат) и В12 регулируют уровень гомоцистеина, при их дефиците он увеличивается, что приводит к активации апоптоза, увеличению нейротоксичности, способствуя отложению тау-протеина, активирует агрегацию тромбоцитов, приводя к цереброваскулярным повреждениям.

Витамин D. Дефицит витамина D достоверно способствует развитию когнитивных нарушений и деменции. Витамин D участвует в патогенезе широкого спектра заболеваний, включая рак, сердечно-сосудистую патологию, инсульт, сахарный диабет второго типа. Корректируется посредством инсоляции, биологически активных добавок к пище.

Флавоноиды. Флавоноиды не только способствуют профилактике деменции, но и улучшению когнитивных способностей при их снижении. Они в большом количестве содержатся в Гинкго — это голосеменное растение, единственным дошедшим до нашей эпохи современным видом которого является Гинкго двулопастный. В настоящее время активно применяются средства на основе гинкгозидов, которые выделены из листьев Гинкго. К ним относится препарат Танакан, а также широкий спектр биологически активных добавок к пище.

Для препарата Танакан имеется солидная доказательная база в отношении профилактики когнитивных нарушений. Он улучшает микроциркуляцию тканей головного мозга. Не рекомендуется одновременное его назначение с непрямые антикоагулянтами и антиагрегантами (включая ацетилсалициловую кислоту) в связи с многократным возрастанием риска геморрагических инсультов. Противопоказаны в периоды беременности и грудного вскармливания.

Каротиноиды. Каротиноиды — это натуральные пигменты, содержатся в овощах и фруктах. В морских продуктах это астаксантин. Употребление астаксантина, витамина Е и фосфатидилсерина на протяжении 60 дней достоверно улучшает когнитивные способности.

Омега-3 жирные кислоты. Мозг — это своего рода «липидный» орган, для работы которого жизненно необходимы омега-3 жирные кислоты. Потребление морской жирной рыбы (скумбрии, сардины, сельди иваси) по 300–400 г в неделю в запеченном или консервированном виде достоверно улучшает когнитивные способности.

Практические аспекты питания в профилактике возрастного патологического снижения памяти

Обобщая современные представления о нутриентах, способствующих профилактике возрастного патологического снижения памяти, отметим, что в практическом аспекте важным является применение с этими целями средиземноморской диеты.

В средиземноморской диете в большом количестве содержатся следующие ингредиенты: фрукты и орехи — источники витаминов С, Е, каротиноидов, полифенолов, альфа-линолевой кислоты; свежие овощи — содержат витамин С, каротиноиды, полифенолы, фолат; зелень — имеет низкий гликемический индекс и способствует поддержанию в нормальных пределах индекса массы тела; зерновые — витамин В6, низкий гликемический индекс; морская рыба — источник большого количества полиненасыщенных жирных кислот; оливковое масло — в нем много полифенолов, ненасыщенных жирных кислот.

Тем не менее, средиземноморская диета подразумевает умеренное потребление алкоголя в виде красного вина, которое содержит большое количество полифенолов, а также данная диета предполагает низкий уровень потребления мяса и молока — а это источник и насыщенных жирных кислот.

Заключение

Таким образом, специалисту в области гериатрической медицины важно понимать, что выраженные когнитивные нарушения и деменция — это многолетний процесс, который начинается задолго до появления первых признаков когнитивного снижения, в связи с чем возрастает роль первичной профилактики. К настоящему времени научно обоснована положительная роль средиземноморской диеты как комплексного донора факторов, обеспечивающих нормальный метаболизм мозговой ткани.

При выявлении когнитивных нарушений важно понимать, что доказательных данных о положительном влиянии факторов питания на когнитивный статус нет, но он может опосредованно улучшаться при нормализации индекса массы тела и купировании синдрома мальнутриции. Для этого важно применять описанные в статье опросники и шкалы, а при выявлении дефицита массы тела использовать меры нутритивной поддержки.

В целом следует отметить, что роль правильного питания в превентивных мероприятиях в отношении когнитивных нарушений и деменции получает все большее научное развитие и применение описанных диетических рекомендаций имеет большое значение в практической деятельности клиник антивозрастной медицины.

Библиографический список

1. Дамулин И. В. Болезнь Альцгеймера и сосудистая деменция / под ред. Н. Н. Яхно. М., 2002.
2. Яхно Н. Н. Когнитивные расстройства в неврологической клинике // Невролог. журн. 2006. Т. 11, прилож. 1. С. 4–12.
3. Яхно Н. Н., Захаров В. В., Локшина А. Б. и др. Деменции: рук-во для врачей. 2-е изд. М.: МЕДпресс, 2010. 272 с.
4. Abyad A. Prevalence of vitamin B12 deficiency among demented patients and cognitive recovery with cobalamin replacement // J. Nutr. Health Aging. 2002. V. 6. No. 4. P.254–260.
5. Douaud G., Refsum H., de Jager C. A. et al. Preventing Alzheimer's disease-related gray matter atrophy by B-vitamin treatment // Proc. Natl. Acad. Sci. USA. 2013. V. 110. P. 9523–9528.
6. Anastasiou C. A., Yannakoulia M., Scarmeas N. Vitamin D and cognition: an update of the current evidence // J. Alzheimers Dis. 2014. V. 42, suppl. 3. P. 71–80.
7. Singh B., Parsaik A. K., Mielke M. M. et al. Association of Mediterranean diet with mild cognitive impairment and Alzheimer's disease: a systematic review and meta-analysis // J. Alzheimers Dis. 2014. V. 39. P. 271–282.
8. Laditka J. N., Laditka S. B., Tait E. M., Tsulukidze M. M. Use of dietary supplements for cognitive health: results of a national survey of adults in the United States // Am. J. Alzheimers Dis. Other Demen. 2012. V. 27. P. 55–64.

ОБУЧЕНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ РАБОТНИКОВ ОСНОВАМ ГЕРОНТОЛОГИИ, ПРЕДСТАВЛЕНИЯМ О ДЕМЕНЦИИ И ЕГО ЭФФЕКТИВНОСТЬ

Горелик С. Г.^{1, 2}, д. м. н., доцент, Батанова Е. П.³,
Сушкова В. И.³, Колпина Л. В.², к. соц. н., доцент,

¹ АНО «Научно-исследовательский медицинский центр „Геронтология“»,
Москва, Российская Федерация,

² ФГАУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский
университет»,

Белгород, Российская Федерация,

³ Управление социальной защиты населения Белгородской области,
Белгород, Российская Федерация

Аннотация

В Белгородской области реализован проект «Совершенствование социально-медицинских подходов к повышению качества жизни граждан старшего поколения, страдающих старческой деменцией», в рамках которого методом раннего выявления и профилактики деменции у граждан пожилого возраста обучено 540 социальных работников, которыми проведены опросы и анкетирование для выявления деменции на ранних стадиях у 3028 (24,2%) клиентов учреждений системы социального обслуживания населения. Легкие когнитивные нарушения выявлены у 29,5% клиентов, умеренные — у 24,6%, деменция — у 21,4%, отсутствие когнитивных нарушений отмечено у 24,5%. По результатам анкетирования был разработан индивидуальный план лечения и профилактики когнитивной дисфункции с использованием в основном немедикаментозных методов. Через 6 месяцев по результатам тестирования отмечено увеличение числа клиентов с отсутствием когнитивных нарушений в 1,2 раза, увеличение числа клиентов с легкими когнитивными нарушениями в 1,4 раза, уменьшение числа клиентов с умеренными нарушениями в 1,1 раз, проявления деменции уменьшились в 2,5 раза.

Ключевые слова

Социальные работники, деменция, когнитивные нарушения, пожилой возраст, скрининг, профилактика деменции, лечение деменции.

TEACHING SOCIAL WORKERS THE BASICS OF GERONTOLOGY AND DEMENTIA: SUGGESTED STRATEGIES AND THEIR EFFECTIVENESS

Gorelik S. G.^{1, 2}, MD, Associate Professor, Batanova E. P.³, Sushkova V. I.³,
Kolpina L. V.², PhD (Social Sciences), Associate Professor,

¹ Autonomous Nonprofit Organization “Research Medical Center “Gerontology”,
Moscow, Russian Federation,

² Belgorod National Research University,
Belgorod, Russian Federation,

³ Social Services Office of Belgorod Region,
Belgorod, Russian Federation

Abstract

A pilot project “Social and Medical Approaches to Improving Life Quality of Elderly People with Senile Dementia” was carried out in the Belgorod region. In the framework of this project, 540 social workers were trained in early detection and prevention of dementia in elderly people. They conducted surveys aimed at diagnosing dementia in the early stages among 3,028 (24.2%) clients of social services offices. Four different groups were detected: 29.5% of clients had mild cognitive impairment, 24.6% had moderate cognitive impairment, 21.4% of patients suffered from dementia and 24.5% had no cognitive impairments. Based on the results of the questionnaire, an individual plan for treatment and prevention of cognitive dysfunction was developed using mostly non-drug methods. After six months of treatment the number of clients without cognitive impairment increased by 1.2 times,

the number of patients with mild cognitive impairment grew by 1.4 times, and the number of patients with moderate impairment decreased by 1.1 times. Manifestations of dementia dropped by 2.5 times.

Key words

Social workers, dementia, cognitive impairment, elderly age, screening, dementia preventive treatment, dementia treatment.

Актуальность. По новым данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), больше 47 миллионов жителей Земли больны деменцией, и ежегодно количество людей со слабоумием увеличивается на 10 миллионов человек [4]. Среди лиц старше 65 лет от нее страдают не менее 5–10%, после 85 лет — примерно каждый третий. Среди лиц старше 65 лет примерно у 9% имеется легкая или умеренная деменция, у 5% — тяжелая деменция. По прогнозам ВОЗ к 2050 году число больных с деменцией утроится [1, 2, 5]. В России до сих пор старческой деменции придают мало значения, поэтому точных данных о количестве людей с деменцией в России нет. Некоторые источники говорят о 1,3–1,8 миллионах человек, но эксперты считают такую статистику заниженной [2, 5, 10]. Нет остороженности в отношении этого заболевания не только у родственников, но часто даже у врачей, поэтому на начальных стадиях деменция у нас практически не диагностируется, а странности поведения списываются на особенности характера. Часто деменция сопровождается эмоционально-аффективными расстройствами, однако уровень сознания остается неизменным вплоть до терминальной стадии процесса. Возникновение деменции обычно незаметно, человек постепенно теряет все свои навыки [6–9].

Нередко довольно трудно разграничить начальные стадии деменции и забывчивость при нормальном старении, а неправильное решение этой проблемы приводит к гипердиагностике деменции у пожилых. Обусловленные возрастом когнитивные нарушения проявляются легкими нарушениями памяти и некоторым замедлением скорости психических процессов. При этом существенных ограничений в обыденной и профессиональной деятельности из-за когнитивных нарушений не происходит. И только тогда, когда нарушения в мнестической и других когнитивных сферах, включая речь, ориентировку, абстрактное мышление, праксис, становятся выраженными настолько, что приводят к затруднениям в обыденной жизни и/или профессиональной деятельности, родственники обращаются за медицинской помощью. В среднем после постановки диагноза больные живут 10–15 лет. Но даже при постановке диагноза многие врачи (психиатры, неврологи) убеждены, что «старческий маразм» лечить необязательно, так как это является нормой. Несмотря на большое количество исследований в этой области, лекарств от деменции пока не придумали. Исследования в области ранней диагностики первых признаков деменции и когнитивной дисфункции, назначении специальных тренировочных занятий, которые могут позволить затормозить деградацию человека, в Российской Федерации не прово-

дились [1–3, 11–13]. Таким образом, низкая выявляемость деменции на ранней стадии развития болезни, недостаточно активное проведение профилактики данного заболевания, отсутствие эффективных мер по физической, эмоциональной и юридической поддержке семей, члены которых страдают деменцией, и граждан, осуществляющих уход за дементными людьми, а также низкая степень информированности общества о проблеме деменции, ее профилактике и мерах поддержки людей с данным заболеванием в Российской Федерации и определило актуальность данной проблемы и необходимость пилотного проекта «Совершенствование социально-медицинских подходов к повышению качества жизни граждан старшего поколения, страдающих старческой деменцией» в Белгородской области.

Цель пилотного проекта — создание условий для повышения уровня социального благополучия и качества жизни граждан старшего поколения, страдающих старческой деменцией, и их семей.

Материалы и методы. Объектом исследования явились граждане старшего поколения — клиенты 22 муниципальных комплексных центров и 10 стационарных учреждений социального обслуживания системы социальной защиты населения Белгородской области, сотрудники учреждений социальной защиты населения, родственники клиентов и лица, осуществляющие уход за пациентами с деменцией.

Результаты исследования. Пилотный проект проходил в три этапа.

В первой части проекта было обучено 540 социальных работников в 22 муниципальных комплексных центрах и 10 стационарных учреждениях социального обслуживания системы социальной защиты населения Белгородской области. Проведено 4 тематических обучающих тренинга для сотрудников в 32 учреждениях системы социальной защиты населения Белгородской области. В процессе обучения социальные работники получали знания в области терминологии, диагностики когнитивных нарушений и деменции, методам профилактики и лечения когнитивной дисфункции, а также вопросам общения с родственниками пациентов, страдающих деменцией.

Вторая часть проекта была направлена на разработку и внедрение единой системы ранней диагностики и профилактики деменции, социально-медицинского и психологического сопровождения граждан пожилого возраста.

В рамках данной части проекта с целью выявления когнитивной дисфункции и деменции на ранних стадиях развития осуществлены опрос и анкетирование клиентов учреждений системы социального обслуживания населения Белгородской области. В исследова-

нии приняли участие 3028 клиентов из 32 учреждений системы социального обслуживания населения Белгородской области, что составило 24,2%. Из них 214 из 683 клиентов стационарных учреждений социального обслуживания и 2814 из 11 816 клиентов муниципальных комплексных центров, что составило 31,3 и 23,8% соответственно.

Для скрининга были предложены общеизвестные и наиболее часто предлагаемые тесты и опросники, позволяющие оценить состояние когнитивных функций человека как в начале, так и в процессе наблюдения и реабилитации — тест «Mini-Cog», «Тест рисования часов», «Тест на речевую активность» и «Краткое обследование познавательных способностей» (Mini Mental State Examination — MMSE).

Предлагался следующий алгоритм исследования — проводился тест «Mini-Cog», «Тест рисования часов». Если обследуемый не вспомнил 5 слов из теста «Mini-Cog» и/или итоговая оценка «Теста рисования часов» была меньше или равна 14 баллам, то в обязательном порядке проводился тест «Краткое обследование познавательных способностей» (MMSE) и «Тест на речевую активность».

С тестом «Mini-Cog» и «Тестом рисования часов» без ошибок справились только 2,6% от всех обследуемых (79 человек), из них 15 (7,0%) клиентов стационарных учреждений социального обслуживания и 64 (2,3%) клиента муниципальных комплексных центров.

Субъективные когнитивные расстройства, что относится к вариантам нормы, были выявлены у 654 (21,6%) клиентов, легкие когнитивные нарушения — у 893 (29,5%), умеренная когнитивная дисфункция — у 744 (24,6%), не справились с тестами 658 (21,7%) клиентов. Данные первичного скрининга представлены в табл. 1.

По результатам скрининга 511 клиентов с когнитивными нарушениями были направлены на обследование к врачам-неврологам, что составило 22,3% всех клиентов с выявленными нарушениями.

Со всеми обследованными клиентами в течение 6 месяцев проводились либо групповые, либо индивидуальные занятия согласно специально разработанным методическим рекомендациям «Раннее выявление и профилактика деменции у граждан пожилого возраста в практике учреждений социальной защиты», включающих кроме алгоритма обследования подробный план занятий с клиентами с применением таких методов профилактики и реабилитации, как реминисцентная психотерапия, ориентация на реальность, когнитивная стимуляция, когнитивная реабилитация, нейрокогнитивный тренинг функций внимания и мнестической функции, методы физической реабилитации, нейробика, китайская гимнастика, самомассаж головы, кистей рук с элементами суджок-терапии, эрготерапия, музыкотерапия, арт-терапия, ароматерапия, светотерапия, создание открытой терапевтической среды, коррекция диеты. Групповые занятия проводились чаще среди клиентов стационарных учреждений социального обслуживания системы социальной защиты населения Белгородской области —

2 раза в неделю. Среди клиентов муниципальных комплексных центров, которые обслуживались на дому, занятия проводились от 3 до 5 раз в неделю.

С целью информирования населения о деменции, а также о способах ухода за пожилыми гражданами с деменцией разработаны и распространены:

— методические рекомендации «Раннее выявление и профилактика деменции у граждан пожилого возраста в практике учреждений социальной защиты»;

— листовки-памятки «Деменция: профилактика, реабилитация, обеспечение качества и независимости жизни»;

— методические рекомендации для родственников, ухаживающих за больными с деменцией «Десять советов по общению и уходу за больными с деменцией дома»;

— опубликован ряд статей в популярных средствах массовой информации;

— внедрены планы проведения консультативных дней для семей, члены которых страдают деменцией.

Для создания оптимальных условий для быстрого и эффективного снятия эмоционального перенапряжения, восстановления работоспособности, проведения профилактических мероприятий, направленных на устранение отрицательных последствий нервных перегрузок, эмоционального стресса и других неблагоприятных состояний в комплексных центрах социального обслуживания граждан и в домах-интернатах для престарелых и инвалидов созданы комнаты психологической разгрузки.

Третья часть проекта заключалась в оценке эффективности предлагаемой системы ранней диагностики, профилактики и лечения деменции.

Программу на 1 апреля 2018 года окончили 1712 (56,5%) клиентов учреждений социальной защиты населения. Из них 209 из 214 клиентов стационарных учреждений социального обслуживания, участвующих в первичном скрининге, и 1503 из 2814 клиентов муниципальных комплексных центров, что составило 97,7 и 53,4% соответственно.

С тестом «Mini-Cog» и «Тестом рисования часов» без ошибок справились 5,0% всех обследуемых (86 человек), из них 15 (7,3%) клиентов стационарных учреждений социального обслуживания и 71 (4,7%) клиент муниципальных комплексных центров.

Субъективные когнитивные расстройства, относящиеся к вариантам нормы, были выявлены у 431 (25,2%) клиента, легкие когнитивные нарушения — у 682 (39,8%), умеренная когнитивная дисфункция — у 368 (21,5%), не справились с тестами 145 (8,5%) клиентов. Данные тестирования по окончании проекта представлены в табл. 2.

Таким образом, в результате реализованного проекта можно отметить, что количество людей без когнитивных расстройств или имеющих субъективные когнитивные расстройства увеличилось в 1,3 раза; количество клиентов с легкими когнитивными нарушениями увеличилось в 1,4 раза; уменьшилось количество клиентов с умеренной когнитивной дисфункцией и деменцией в 1,1 и 2,6 раз соответственно. Данные динамики результатов тестирования до и по оконча-

Таблица 1. Данные первичного скрининга клиентов учреждений системы социального обслуживания населения Белгородской области

Показатель	Клиенты стационарных учреждений, абс. (%)	Клиенты муниципальных комплексных центров, абс. (%)
Тесты без ошибок	15 (7,0)	64 (2,3)
Субъективные когнитивные расстройства	15 (7,0)	639 (22,7)
Легкие когнитивные нарушения	29 (13,6)	864 (30,7)
Умеренная когнитивная дисфункция	77 (36,0)	667 (23,7)
Деменция	78 (36,4)	580 (20,6)
Всего	214 (100)	2814 (100)

Таблица 2. Данные тестирования по окончании проекта клиентов учреждений системы социального обслуживания населения Белгородской области

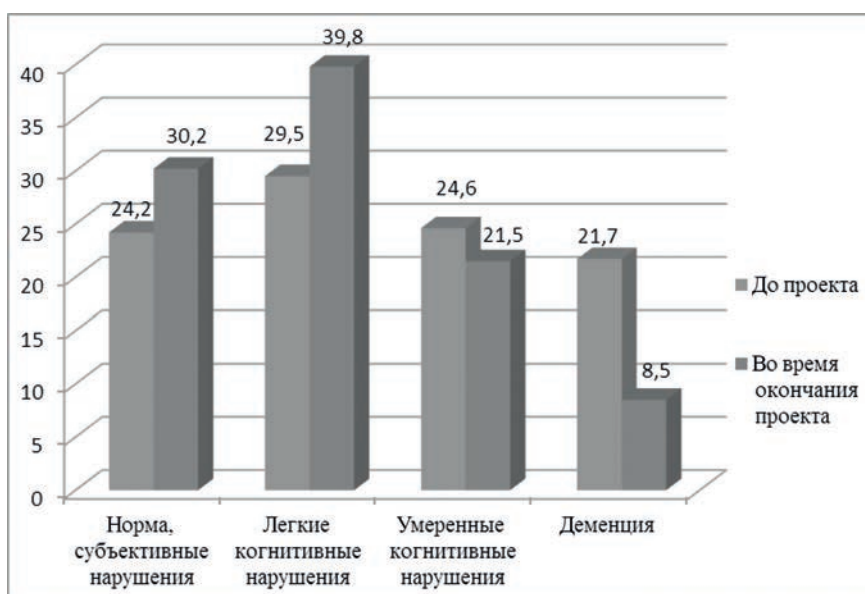
Показатель	Клиенты стационарных учреждений, абс. (%)	Клиенты муниципальных комплексных центров, абс. (%)
Тесты без ошибок	15 (7,3)	71 (4,7)
Субъективные когнитивные расстройства	16 (7,8)	415 (27,6)
Легкие когнитивные нарушения	35 (16,5)	647 (43,1)
Умеренная когнитивная дисфункция	75 (35,9)	293 (19,5)
Деменция	68 (32,5)	77 (5,1)
Всего	209 (100)	1503 (100)

нии проекта клиентов учреждений системы социального обслуживания населения Белгородской области представлены на рисунке.

Заключение. К результатам внедрения пилотного проекта «Совершенствование социально-медицинских подходов к повышению качества жизни граждан старшего поколения, страдающих старческой деменцией» можно отнести:

1) внедрена система ранней диагностики деменции в муниципальных комплексных центрах и стационарных учреждениях социального обслуживания системы социальной защиты населения Белгородской области;

2) проведен комплекс профилактических и лечебных мероприятий в муниципальных комплексных центрах и стационарных учреждениях социального обслуживания системы социальной защиты населения Белгородской области, способных продлить период активной и независимой жизни, что позволило увеличить число людей без когнитивных расстройств или имеющих субъективные когнитивные расстройства в 1,3 раза; число клиентов с легкими когнитивными нарушениями — в 1,4 раза; а также уменьшить число клиентов с умеренной когнитивной дисфункцией и деменцией в 1,1 и 2,6 раз соответственно.



Динамика результатов тестирования до начала проекта и после его окончания у клиентов учреждений системы социального обслуживания населения Белгородской области (%)

3) приняты меры по физической и эмоциональной поддержке семей, члены которых страдают деменцией, а также людей, которые осуществляют уход за дементными людьми;

4) проведено специализированное обучение сотрудников по вопросу раннего выявления деменции, ее профилактики и социальной помощи клиентам с когнитивными расстройствами;

5) разработан и запущен механизм информирования населения о деменции, способах ухода за пожилыми гражданами с деменцией.

Таким образом, результаты пилотного проекта показали высокую эффективность всех принятых мер диагностики, профилактики и лечения додементных и дементных нарушений у людей старшей возрастной группы.

Библиографический список

1. Захаров В. В., Яхно Н. Н. Когнитивные расстройства в пожилом и старческом возрасте: метод. пособие для врачей. М., 2005. 71 с.
2. Захаров В. В. Всероссийская программа исследований эпидемиологии и терапии когнитивных расстройств в пожилом возрасте («Прометей») // Неврологический журнал. 2006. №. 11. С. 27–32.
3. Краснова О. В., Лидерс А. Г. Психология старости и старения. Хрестоматия для студ. психолог. фак. высш. учеб. зав. М.: Академия, 2003. 419 с.
4. Распоряжение Правительства РФ от 05.02.2016 № 164-р «Об утверждении Стратегии действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года».
5. Преображенская И. С. Деменция — эпидемиология, клиническая картина, диагностика, подходы к терапии // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2013. №. 4. С. 71–7.
6. Сигида Е. А., Лукьянова И. Е., Суханов В. Г. Проблемы реабилитации: социальный и медицинский аспекты // Теория и технологии социальной работы. 2011. № 3. С. 17–21.
7. Соколова Л. П. Додементные когнитивные расстройства. Особенности нейрометаболизма и его коррекция / под ред. В. И. Шмырева. М.: АСТ 345, 2016. С. 6–27.
8. Хавинсон В. Х., Коновалов С. С. Избранные лекции по геронтологии. СПб: Прайм-Еврознак, 2008. 890 с.
9. Folstein M. F., Folstein S. E., McHugh P. R. “Mini-mental state”. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician // J. of Psychiatric Research. 1975. V. 12. No. 3. P. 189–198.
10. Ferri C. P., Prince M., Brayne C. et al. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study // Lancet. 2005. V. 366. No. 9503. P. 2112–2117.
11. Fu C., Chute D. J., Farag E. S., Garakian J. et al. Comorbidity in dementia: an autopsy study // Arch. Pathol. Lab. Med. 2004. V. 128. No. 1. P. 32–38.
12. Lobo A., Launer L. J., Fratiglioni L. et al. Prevalence of dementia and major subtypes in Europe: A collaborative study of population-based cohorts. Neurologic Diseases in the Elderly Research Group // Neurology. 2000. V. 54, suppl. 5. P. 4–9.
13. Lovenstone S., Gauthier S. Management of dementia. London: Martin Dunitz, 2001.

АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ ДЕМЕНЦИИ, ВЫЯВЛЕННЫХ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБОЙ ГОРОДА ГОМЕЛЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ В 2017 ГОДУ

Гусак П. С., врач психиатр-нарколог,
Шилова О. В., к. м. н., доцент,
Тарнопольский В. В., врач психиатр-нарколог,
Учреждение «Гомельская областная клиническая психиатрическая больница»,
Гомель, Республика Беларусь

Аннотация

Приведены результаты анализа случаев деменции, выявленных психиатрической службой г. Гомеля Республики Беларусь в 2017 году. Методом сплошной выборки проанализированы амбулаторные карты пациентов, которым впервые в жизни был поставлен диагноз «деменция». Отмечается поздняя обращаемость за специализированной помощью: 64% пациентам при первичном обращении была продиагностирована деменция тяжелой степени. Данное явление приводит к тому, что существующие возможности терапии деменции остаются невостребованными.

Ключевые слова

Деменция, диагностика, заболеваемость, выявляемость.

ANALYSIS OF IDENTIFIED CASES OF DEMENTIA BY THE PSYCHIATRIC SERVICE IN GOMEL, BELARUS IN 2017

Gusak P. S., psychiatrist-narcologist,
Shylova O. V., PhD (Medicine), Associate Professor,
Tarnopolski V. V., psychiatrist-narcologist,
Gomel Regional Clinical Psychiatric Hospital,
Gomel, Republic of Belarus

Abstract

The article provides an analysis of the identified cases of dementia by the psychiatric service in Gomel, Belarus in 2017. Continuous sampling method was used to analyze the charts of the patients first diagnosed with dementia. 64% of patients at their very first appointment were diagnosed with severe dementia. This indicates that people wait far too long before they get a professional diagnosis, whereas the existing possibilities of therapy for dementia remain unclaimed.

Key words

Dementia, diagnostics, morbidity, detectability.

Введение. В современном мире отмечается тенденция к увеличению доли пожилых людей среди населения. Вместе с этим возрастает количество психических расстройств, характерных для этой возрастной группы, в частности деменций [4, с. 120]. Заболеваемость данной патологией увеличивается с возрастом. Согласно литературным данным, распространенность деменции у лиц 60–69 лет составляет 2%. Этот показатель удваивается каждые 5 лет и достигает у 80–84-летних 10–17%, а среди 90-летних пациентов деменцией умеренной и тяжелой степени страдает более 30% [3, с. 16].

Наиболее частой причиной деменции является болезнь Альцгеймера (около 50% случаев), второе место занимает сосудистая деменция (15–30%). По результатам проведенного в Российской Федерации эпидемиологического обследования болезнью Альцгеймера страдает 4,5% населения г. Москвы в возрасте 60 лет и старше [1, с. 93].

Заболеваемость деменцией имеет глобальный характер. Так, согласно данным ЭЭС, в Европе в 2004 г. проживало около 7 млн больных данной патологией, а в середине XXI века их будет уже 16 млн, что, в связи с неуклонным постарением населения и снижением в нем доли работающих лиц, является значимой социально-экономической проблемой [2, с. 4]. Ввиду этого отмечается необходимость как можно более ранней и нозологически верной диагностики деменций с назначением рационального лечения, которое может существенно облегчить жизнь пациентам, их семьям и обществу в целом.

Целью исследования являлось изучение медико-эпидемиологических показателей случаев деменции, выявленных в 2017 году психиатрической службой г. Гомеля.

Материалы и методы. Методом сплошной выборки проанализированы 223 амбулаторные карты пациентов, наблюдавшихся в диспансерном отделении учреждения «Гомельская областная клиническая психиатрическая больница», которым в 2017 году был установлен диагноз «деменция».

Результаты исследования и их обсуждение. В нозологической структуре по поводу исследуемой патологии преобладала деменция неуточненная — 133 случая (60%), сосудистая деменция — 55 (25%), деменция вследствие болезни Альцгеймера — 28 (13%). На долю других форм деменций (деменция вследствие ВИЧ, ЧМТ и сложного генеза) приходилось всего 7 случаев (2%).

При диагностике деменции определялась также степень ее тяжести. Значительно чаще отмечалась тяжелая степень — 143 (64%), средняя — 58 (26%), легкая — 22 (10%).

Распределение по половому признаку показало преобладание женщин — 158 (71%), в то время как мужчин оказалось 65 (29%).

На момент установления диагноза 170 пациентов (76%) проживало в городе и 53 (24%) — в сельской местности. Среди пациентов с диагнозом «деменция» 64 человека (29%) имели незаконченное среднее образование, у 55 (24%) образование было среднее, у 46 (21%) — среднее специальное, у 19 (9%) — высшее и у 39 (17%) отсутствовали данные о полученном образовании.

Ранее никогда не попадали в поле зрения психиатрической службы 165 человек (74%), имели архивные карты в диспансерном отделении У «ГОКПБ» 40 человек (18%) и 18 (8%) находились в лечебно-профилактической и динамической группах наблюдения с другим диагнозом.

Наиболее часто деменция диагностировалась врачами-психиатрами амбулаторной службы. Так, 129 (58%) диагнозов было установлено при посещении пациентов на дому, 75 (34%) — в диспансерном отделении и 19 (8%) — в условиях стационарного отделения У «ГОКПБ».

До установления диагноза большинство пациентов не имели группы инвалидности — 185 (83%), у 31 (13,5%) была определена вторая группа в связи с наличием тяжелого соматического заболевания, у 6 (3%) — первая и еще у 1 (0,5%) была вторая группа в связи с психическим расстройством. В настоя-

щее время в данной когорте 116 человек (54%) имеют первую группу инвалидности, 16 (6,5%) — вторую и 1 (0,5%) — третью группу инвалидности в связи с наличием психического расстройства, а в связи с соматическим заболеванием у 6 пациентов (3%) — первая, у 16 (6,5%) имеется вторая группа инвалидности. Отсутствует группа инвалидности у 68 человек (29,5%). При этом в половине случаев 112 (50%) отмечался первичный выход на инвалидность.

В течение 2017 года большинство пациентов — 199 (89%) — ни разу не проходили лечение в условиях стационарного отделения У «ГОКПБ», 23 человека (10,5%) однократно и 1 (0,5%) дважды лечились стационарно.

Выводы.

1. В ходе исследования была отмечена поздняя диагностика в стадии выраженной деменции, что при-

водит к затруднению в определении нозологической структуры дементных состояний.

2. Выявленное позднее обращение за медицинской помощью больными и их родственниками, скорее всего, можно объяснить низкой осведомленностью населения о деменциях.

3. Установление диагноза на поздних сроках приводит к тому, что появившиеся новые возможности терапии остаются неиспользованными. Хотя на сегодняшний день излечение от деменции не представляется возможным, однако своевременно начатое адекватное лечение может замедлить или на какое-то время приостановить процесс когнитивного снижения, в результате чего пациент сможет дольше сохранять способность к самообслуживанию и более высокий уровень качества жизни, что будет облегчением бремени родственников и окружающих.

Библиографический список

1. *Евсегнеев Р. А.* Болезнь Альцгеймера: прогресс последнего десятилетия // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. 2014. № 3 (17). С. 92–97.
2. *Левин О. С.* Диагностика и лечение деменций в клинической практике. М.: МЕДпресс-информ, 2012. 256 с.
3. *Ферстл Х., Мелике А., Вайхель К.* Деменция. М.: МЕДпресс-информ, 2011. 112 с.
4. *Голубева Т. С.* и др. Эпидемиологическое исследование деменций пожилого возраста в Республике Беларусь // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. 2014. № 4 (18). С. 120–132.

ОДИНОЧЕСТВО КАК НОВЫЙ ГЕРИАТРИЧЕСКИЙ СИНДРОМ: ФОКУС НА ПИТАНИЕ И КОГНИТИВНЫЙ СТАТУС

Ильницкий А. Н.¹, Прощаев К. И.¹, Крохмалева Е. В.², Коршун Е. И.¹,

¹ФГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации»

Федерального медико-биологического агентства,

²ООО «Медконсультант»,

Москва, Российская Федерация

Аннотация

В настоящее время одной из основных биопсихологических детерминант геронтологического статуса является феномен одиночества, который формирует качество жизни человека пожилого и старческого возраста. Актуальным является изучение взаимосвязи одиночества с такими антропометрическими характеристиками геронтологического статуса, как сила и масса мышц, характер питания, а также влияние одиночества на биопсихологические аспекты когнитивного статуса. Нами были изучены биопсихосоциальные аспекты геронтологического статуса людей пожилого возраста, живущих дома, с высоким уровнем одиночества в сравнении с людьми с низким уровнем одиночества. Нами было выявлено, что при выраженном одиночестве у пожилых людей, живущих дома, развивается мотивационно-поведенческое снижение качества питания с развитием антропометрических изменений в виде достоверного снижения индекса массы тела на 19,5%, мышечной силы на 20,0% без достоверной динамики мышечной массы. Также имело место снижение когнитивных способностей. Внедрение комплексного биопсихосоциального подхода к работе с одинокими пожилыми людьми, живущими дома, в течение 6 месяцев повышает мотивацию и восстанавливает правильное пищевое поведение на 45,0%, улучшает когнитивный статус.

Ключевые слова

Питание, одиночество, старение, биопсихосоциальный феномен, нутритивный статус.

LONELINESS AS A NEW GERIATRIC SYNDROME: FOCUS ON NUTRITION AND COGNITIVE STATUS

Ilnitkiy A. N.¹, Proshchaev K. I.¹, Krokhmaleva E. V.², Korshun E. I.¹,

¹Training Institute, Federal Medical Biological Agency,
²ООО MDconsultant,
Moscow, Russian Federation

Abstract

Currently, one of the main bio-psychological determinants of gerontological status is the phenomenon of loneliness, which forms the quality of life of elderly persons. It is important to study how loneliness relates to such anthropometric characteristics of gerontological aspects as muscle mass and nutrition and how it influences bio-psychological aspects of the cognitive status. We studied the bio-psycho-social aspects of gerontological status of elderly people living at home with a high level of loneliness in comparison with people with a low level of loneliness. We have found that elderly people with expressed loneliness develop motivational and behavioral decline in nutrition, their body weight index drops by 19.5% and muscle strength decreases by 20% without reliable dynamics of the muscle mass. Implementation of a comprehensive bio-psycho-social approach in working with lonely elderly people for six months increases their motivation and restores normal feeding behavior by 45%.

Key words

Nutrition, loneliness, aging, bio-psycho-social phenomenon, nutritive status.

Введение. В настоящее время в мире уделяется большое внимание «здоровому» и «активному» старению, под которыми понимают не отсутствие заболеваний, а возможность активного участия человека пожилого и старческого возраста в социальных отношениях [2]. При этом важное значение придается функциональной способности, которая находится на стыке геронтологического статуса (intrinsic capacity), т. е. возможности передвигаться, воспринимать, анализировать и запоминать информацию, слышать и видеть, и среды, в которой находится пожилой человек. Геронтологический статус формируется рядом биологических, психологических детерминант, которые оказывают влияние на социальную активность и качество жизни. Рассмотрение и научное изучение этих детерминант, на основе которых можно разработать конкретные биопсихологические пути формирования «здорового» и «активного» старения в практике социальной работы, является одним из приоритетов современной геронтологии [3, 5].

Одна из основных биопсихологических детерминант геронтологического статуса — феномен одиночества, который формирует качество жизни человека пожилого и старческого возраста [5]. Человек с ощущением одиночества испытывает тревогу и депрессию, у него развиваются дисморфоманические ощущения, появляется чувство собственной невостребованности, исключенности из социальных отношений. Сопутствующие одиночеству меланхолия, грусть, ухудшение морального состояния приводят к ограничению объема передвижений, человек стремится проводить большую часть времени в своем жилье. У одиноких людей страдает жизнедеятельность в целом, в особенности по таким ее критериям, как общение, что потенциально приводит к ухудшению памяти и других когнитивных способностей, обучение — снижается стимул к освоению новых навыков и овладению новыми сведе-

ниями, самоконтроль — в связи с отсутствием стойкой привязанности к другому человеку и совместного проживания описано развитие синдрома «забвения себя», который в англоязычной литературе получил название self-neglect syndrome, при этом нарушаются коммуникативные навыки и снижается их качество при выполнении повседневных обязанностей [1, 2, 4, 7].

В связи с вышеописанным несомненной актуальностью обладает информация о биологических основах одиночества, взаимосвязи между биологическими изменениями при одиночестве и психолого-поведенческими особенностями одинокого человека пожилого и старческого возраста. Актуальным, по данным ряда авторов [1, 6, 7], является изучение взаимосвязи одиночества с такими антропометрическими характеристиками геронтологического статуса, как сила и масса мышц, характер питания, а также влияние одиночества на биопсихологические аспекты когнитивного статуса. Также следует отметить, что на настоящем этапе развития геронтологии большое значение придается работе с одинокими пожилыми людьми. Для повышения качества этой работы необходимо добиться целостного, биопсихосоциального рассмотрения данного феномена.

Цель исследования — изучить одиночество людей пожилого возраста как биопсихосоциальный феномен с фокусом на нутритивный статус и когнитивные способности.

Материал и методы. Диссертационное исследование было выполнено на базе агентства домашнего персонала ЮСИ города Санкт-Петербурга (директор С. С. Султанова) в части формирования выборочной совокупности и апробации разработанного комплексного биопсихосоциального подхода к работе с одинокими пожилыми людьми, живущими дома.

В первой части методом случайного отбора на протяжении 2015–2017 гг. нами было опрошено 340

человек, проживающих дома, в возрасте от 65 до 72 лет (средний возраст составил $68,5 \pm 1,2$ года) с целью выявления одиноких людей по двум критериям: 1) одинокое проживание в квартире, 2) наличие высокой степени одиночества по данным опросника Д. Рассела и М. Фергюсона [4]. В результате этой части исследования нами было сформировано две группы испытуемых — контрольная ($n = 34$, возраст от 66 до 71 года, средний возраст $68,1 \pm 1,4$ года) и основная ($n = 35$, возраст от 66 до 72 лет, средний возраст $68,4 \pm 1,3$ года), у людей контрольной группы имел место низкий уровень одиночества по опроснику Д. Рассела и М. Фергюсона — $10,5 \pm 1,2$ балла, у людей основной группы — высокий уровень, $47,6 \pm 1,9$ балла. У людей контрольной и основной групп были изучены данные медицинской карты амбулаторного больного (ф. 025/у) с целью сопоставления геронтологического статуса и формирования однородных групп сравнения. Характеристика геронтологического статуса испытуемых представлена в табл. 1.

Данные табл. 1 свидетельствуют о сопоставимости групп, сформированных для проведения исследования. Во второй части диссертационного исследования нами были изучены биопсихосоциальные аспекты геронтологического статуса людей пожилого возраста, живущих дома, с высоким уровнем одиночества в сравнении с людьми с низким уровнем одиночества. Для комплексного подхода к изучению одиночества как биопсихосоциального феномена нами были использованы следующие показатели:

— мотивация к приему пищи, характер и регулярность питания и антропометрические характеристики статуса питания были изучены на основе валидизированного опросника Mini Nutritional Assessment (MNA) в двух частях, который является частью патентованной компьютерной программы «Оптимизация ухода в гериатрии в зависимости от степени старческой астении на основании специализированного гериатрического осмотра», представленной на сайте АНО «Научно-исследовательский медицинский центр „Геронтология“» (www.gerontolog.info) с автоматическим расчетом и обработкой полученных данных. Также у испытуемых был изучен когнитивный статус по данным опросника Mini Mental State Examination.

В результате проведения данной части исследования нами были получены данные, которые характеризуют биопсихосоциальные особенности пожилых людей с высокой степенью одиночества, а также основные позиции геронтологического статуса и среды, которые могут быть объектом воздействия при оказании помощи и поддержки одиноким людям, живущим дома.

На основе полученных в предыдущих частях исследования данных нами был предложен комплексный биопсихосоциальный подход к работе с одинокими пожилыми людьми, живущими дома, на формирование «здорового» старения, который заключал в себе воздействие на заинтересованные при одиночестве компоненты геронтологического статуса, а именно на сниженные статус питания и когнитивные способности, что приводило к улучшению функциональной способности пожилого человека.

В третьей части исследования для оценки эффективности предложенного подхода на базе агентства домашнего персонала ЮСИ нами было проведено проспективное сравнительное исследование, при этом было сформировано две группы пожилых людей — контрольная ($n = 31$, возраст от 66 до 71 года, средний возраст $68,5 \pm 1,2$ года) и основная ($n = 32$, возраст от 66 до 73 лет, средний возраст $68,5 \pm 1,2$ года), у людей контрольной группы имел место обычный подход к оказанию волонтерской помощи, у людей основной группы был применен разработанный нами комплексный биопсихосоциальный подход помощи одиноким людям. Исследование продолжалось 6 месяцев, на протяжении которых пациентам был определен уровень одиночества по опроснику Д. Рассела и М. Фергюсона, а также характер питания по опроснику Mini Nutritional Assessment (MNA). Геронтологический статус испытуемых контрольной и основной групп был полностью сопоставимым.

Результаты и обсуждение

Выявление одиноких пожилых людей, живущих дома: распространенность и выраженность одиночества. По нашим данным, ощущение одиночества у одиноко проживающих в домашних условиях пожилых людей в основном характеризовалось средним уровнем — 172 опрошенных (50,6%), $28,5 \pm 2,5$ баллов (по опроснику Д. Рассела и М. Фергюсона), однако при этом 107 или 31,5% человек ощущали одиночество высокой степени выраженности ($48,7 \pm 3,2$ балла). Низкий уровень одиночества был отмечен у 61 человека (17,9%) и он соответствовал $12,3 \pm 2,9$ баллам.

Питание одиноких пожилых людей. По данным опросника Mini Nutritional Assessment нами было выявлено, что у людей с низким уровнем одиночества имел место нормальный статус питания — $25,5 \pm 0,8$ баллов, в то время как у одиноких людей нами был выявлен феномен недостаточности питания в выраженной степени — $17,7 \pm 1,5$ балла, $p < 0,05$.

При анализе позиций опросника обратило на себя внимание, что индекс массы тела в контрольной группе был достоверно выше по сравнению с людьми основной группы — $23,5 \pm 3,2$ и $20,7 \pm 2,6$; $p < 0,05$. Изменения статуса питания у лиц в основной группе были обусловлены как снижением мотивации к употреблению пищи — снижение аппетита отмечалось у людей контрольной и основной групп соответственно у 15 (44,1%) и 34 (97,1%), наличие психологических проблем отметили соответственно 10 человек (29,4%) и 32 человека (91,4%). Изменения психологического статуса и снижение мотивации к приему пищи имели достоверную положительную корреляцию с феноменом недостаточности питания ($r = +0,8$; $p < 0,05$).

У одиноких пожилых людей нами также были выявлены изменения качества рациона. В частности, в контрольной и основной группах регулярно употребляли в пищу овощи и фрукты соответственно у 23 (67,6%) и 5 (14,3%) людей, включенных в исследование; достаточное количество белковой пищи упо-

Таблица 1. Характеристика геронтологического статуса участников первого этапа исследования

№ п/п	Параметр геронтологического статуса	Группа	
		Контрольная (n = 34)	Основная (n = 35)
1	Средний возраст (годы)	68,1 ± 1,4	68,4 ± 1,3
2	Женский пол, абс./%	29/85,3	30/85,7
3	Вдова/вдовец, абс./%	32/94,1	31/88,6
4	Отдаленное проживание детей/родственников, абс./%	33/97,1	32/91,4
5	Умеренное снижение слуха и зрения, абс./%	18/52,9	20/57,1
6	Умеренное ограничение двигательной активности, абс./%	17/50,0	18/51,4
7	Сохранная когнитивная способность, абс./%	28/82,4	27/77,1
8	Наличие инвалидности, абс./%	17/50,0	19/54,3

Таблица 2. Динамика показателей статуса питания у одиноких людей пожилого возраста при применении комплексного биопсихосоциального подхода к волонтерской помощи (в баллах)

Позиция опросника Mini Nutritional Assessment	Контрольная группа		Основная группа	
	До начала наблюдения	Через шесть месяцев	До начала наблюдения	Через шесть месяцев
Состояние аппетита	1,2 ± 0,3	1,3 ± 0,5	1,2 ± 0,4	1,9 ± 0,1*,**
Степень психологического стресса	0,1 ± 0,01	0,1 ± 0,002	0,1 ± 0,02	0,5 ± 0,02*,**
Количество основных блюд в течение дня	1,2 ± 0,1	1,2 ± 0,3	1,2 ± 0,2	1,5 ± 0,1*,**
Состояние приема жидкости	0,6 ± 2,6	0,6 ± 0,1	0,6 ± 0,3	0,9 ± 0,1*,**

* $p < 0,05$ в динамике наблюдения внутри группы; ** $p < 0,05$ после окончания наблюдения между группами.

требляли 29 (85,3%) и 4 (11,4%), употребление достаточного количества жидкости (меньше 30–50 мл на 1 кг массы тела) было отмечено соответственно у 30 (88,2%) и 12 (34,3%) опрошенных. Феномен недостаточности питания имел положительную корреляцию со снижением количества употребляемых овощей и фруктов ($r = +0,8$; $p < 0,05$); недостаточным употреблением белковой пищи ($r = +0,9$; $p < 0,05$); недостаточным употреблением жидкости ($r = +0,7$; $p < 0,05$).

Таким образом, наличие чувства одиночества имеет достоверную положительную корреляцию со снижением мотивации к питанию, отмечается ухудшение рациона по сравнению с людьми без выраженного чувства одиночества, что приводит к ряду антропометрических изменений, в том числе снижению индекса массы тела. Также имели место достоверно более низкие показатели когнитивного статуса.

Характеристика комплексного подхода к работе с одинокими пожилыми людьми. На основе полученных данных об одиночестве людей пожилого возраста, проживающих дома, нами был предложен комплексный биопсихосоциальный подход к работе с одинокими пожилыми людьми со стороны волонтеров без медицинского образования, который был ориентирован на социализацию одиноких пожилых людей, детализацию и конкретизацию деятельности социального работника/волонтера с направленностью на оценку тех параметров геронтологического статуса (сила мышц, статус питания, уровень тревоги, уровень функциональной способности), которые связаны с развитием одиночества. Предложенный нами комплексный подход к работе с одинокими пожилыми людьми представлен на рис. 1.

Результаты апробации комплексного биопсихосоциального подхода к работе с одинокими по-

жилыми людьми. При оценке результатов внедрения разработанного комплексного биопсихосоциального подхода к работе с одинокими пожилыми людьми, живущими дома, через 6 месяцев нами было отмечено уменьшение степени выраженности одиночества, при этом имело место повышение мотивации и восстановление правильного пищевого поведения, повышение мышечной силы на фоне восстановления нарушенного нейроиммунноэндокринного баланса в системе «провоспалительные – противовоспалительные цитокины», снижение уровня тревожности, что в совокупности привело к повышению функциональной способности.

При биопсихосоциальном подходе к оценке динамики геронтологического статуса нами были получены следующие результаты.

Динамика степени одиночества. В динамике исследования нами было выявлено достоверное снижение степени выраженности одиночества у людей основной группы – $48,6 \pm 3,0$ и $31,4 \pm 2,3$ балла, что после окончания исследования характеризовалось достоверно меньшими значениями по сравнению с контрольной группой, соответственно $48,5 \pm 3,1$ и $48,6 \pm 3,0$ балла, $p < 0,05$ (рис. 2).

Динамика статуса питания. При оценке статуса питания нами было отмечено, что в динамике шестимесячного наблюдения в основной группе имело место достоверное улучшение статуса питания – соответственно в начале и конце наблюдения $17,8 \pm 1,2$ и $23,4 \pm 1,5$ баллов, $p < 0,05$; при том что в контрольной группе статус питания не изменился и соответствовал риску развития феномена недостаточности питания – $17,7 \pm 1,2$ и $17,8 \pm 1,3$ балла (рис. 3).

В улучшении статуса питания принципиальное значение имели такие показатели, как нормализация аппетита в результате контроля со стороны волон-

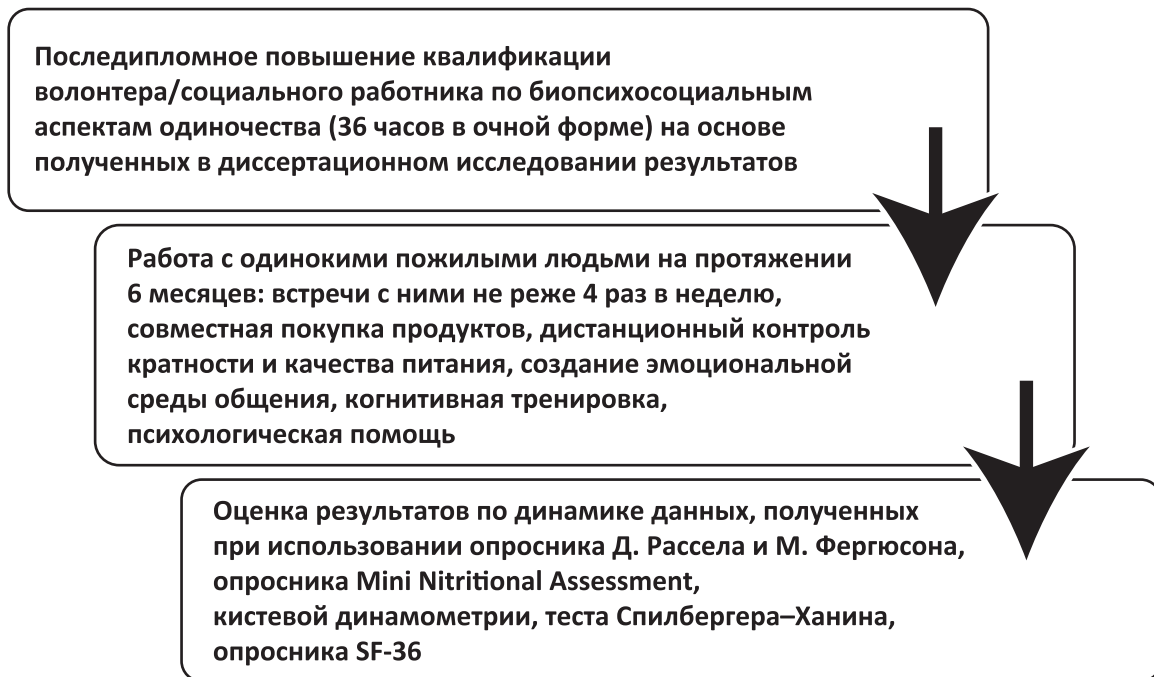


Рис. 1. Комплексный биопсихосоциальный подход к работе с одинокими пожилыми людьми, живущими дома

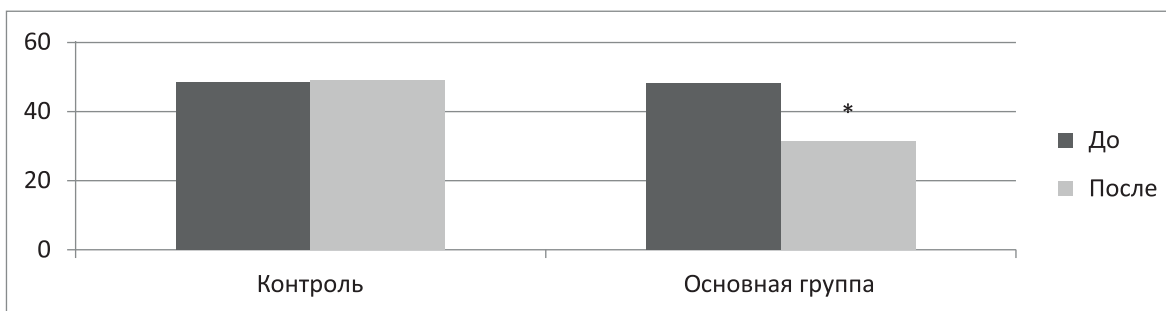


Рис. 2. Динамика степени одиночества при применении комплексного биопсихосоциального подхода к волонтерской помощи одиноким пожилым людям, * $p < 0,05$ в динамике основной группы и по окончании наблюдения между контрольной и основной группами

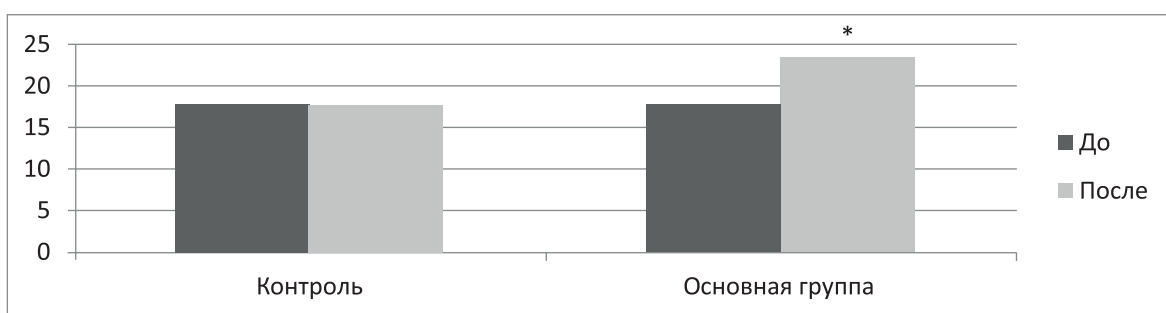


Рис. 3. Динамика статуса питания при применении комплексного биопсихосоциального подхода к волонтерской помощи одиноким пожилым людям, * $p < 0,05$ в динамике основной группы и по окончании наблюдения между контрольной и основной группами

теров, снижение степени психологического стресса в связи с применением методик психологического воздействия, увеличение поступления нутриентов благодаря нормализации рациона в связи с увеличением количества основных блюд, нормализация потребления жидкости (табл. 2).

Улучшение и разнообразие принимаемого рациона, применение волонтерами психологических антистрессовых методик привели к положительной динамике массы тела в основной группе — до и после наблюдения соответственно $17,5 \pm 1,2$ и $22,1 \pm 1,3$ балла, $p < 0,05$, в отличие от контрольной группы, где ин-

декс массы тела достоверно не изменился и составил до и после наблюдения $17,3 \pm 1,2$ и $17,5 \pm 1,3$ балла соответственно.

У всех пациентов имела место слабopоложительная динамика когнитивных способностей.

Выводы

1. При выраженном одиночестве у пожилых людей, живущих дома, развивается мотивационно-поведенческое снижение качества питания с развитием

антропометрических изменений в виде достоверного снижения индекса массы тела на 19,5%, мышечной силы — на 20,0% без достоверной динамики мышечной массы.

2. Внедрение комплексного биопсихосоциального подхода к работе с одинокими пожилыми людьми, живущими дома, в течение 6 месяцев повышает мотивацию и восстанавливает правильное пищевое поведение на 45,0%, что приводит к уменьшению выраженности одиночества, улучшению когнитивных функций и повышению функциональной способности.

Библиографический список

1. Галиакберова И.Л., Мысникова Э.А. Проблемы и перспективы использования нейropsychологического подхода в популяционном исследовании жизнеспособности населения // Мир науки. 2017. № 4 (5). С. 6.
2. Ильницкий А., Позднякова Н., Носкова И. Здоровое старение // Наука и инновации. 2016. № 166 (12). С. 18–21.
3. Колесникова Г.И. Одиночество: экзистенциальный смысл одиночества как стиля жизни // Международный научно-исследовательский журнал. 2014. № 8–1 (27). С. 81–83.
4. Корчагина С.Г. Психология одиночества: учеб. пособие. М.: Московский психолого-социальный институт, 2008.
5. Bolmsjö I., Tengland P.A., Rämgård M. Existential loneliness: An attempt at an analysis of the concept and the phenomenon // Nurs. Ethics. 2018. No. 1. P. 96–97.
6. D'Agostino A.E., Kattan D., Canli T. An fMRI study of loneliness in younger and older adults // Soc. Neurosci. 2018. No. 1. P. 10–18.
7. Tomstad S., Dale B., Sundsli K., Saevareid H.I., Söderhamn U. Who often feels lonely? A cross-sectional study about loneliness and its related factors among older home-dwelling people // Int. J. Older People Nurs. 2017. No. 12 (4). P. 10–11.

GENERAL PRACTITIONERS AND THEIR OFFICES AS HEADQUARTERS OF DEMENTIA TIMELY DIAGNOSTICS: A PILOT STUDY IN SOUTHERN MORAVIA REGION

Matejovska Kubesova H.¹, Head of the Department, Matejovsky J.¹, Consultant, Hermanova M.², General Manager, Herman J.², Financial Director,

¹Department of Internal Medicine, Geriatrics and General Practice, Medical Faculty, Masaryk University,

²Curatio Education, Brno, Czech Republic

Abstract

To improve dementia diagnostics, we organized a pilot study in cooperation with 40 general practitioners. The unified scheme of cognitive screening using Mini-Cog test and further diagnostics was created to find secondary cognitive decline as well. **Results.** Participating general practitioners tested 788 patients during the first year of our pilot study, in average 8,95% of seniors of their practices during the first year of pilot project. Failure in Mini-Cog was found in 13,2% of tested patients. Further examination revealed 21 (2,7%) patients with depression, 29 (3,7%) patients with dementia and 31 (3,9%) patients with secondary cognitive decline.

Key words

Dementia, timely diagnostics, general practitioner, secondary dementia.

Introduction. The estimated occurrence of dementia varies from 5% in 65-year-old seniors up to 30% in age above 80 years [1]. Nevertheless the complete diagnosis and adequate treatment administration is provided in only 10% of them. Any disease with such a high, even epidemic occurrence deserves a systemic approach. A similar strategy was successfully chosen in the 1970s to detect people with undiagnosed diabetes mellitus in population.

Complex advantages of early diagnosis of dementia are apparent, logical and predictable, but have not been systematically studied and proved until now [2]. Screening methods were several times discussed since 1990s with varying results, strictly refused from beginning as non ethical, but slowly accepted as a possible systemic tool.

One of main reasons why it is very useful to know about patient's decreasing cognitive performance is the

risk of mistakes in treatment of concomitant diseases. The average elderly patient aged above 65 years is treated for 3–4 chronic diseases and is taking 5–6 kinds of medications daily. It is very easy to make a mistake in medications taking if we consider contemporary situation at the pharmaceutical market and frequent changes of names and shapes of tablets moreover under condition of decreasing cognitive performance. Acute deterioration of health status caused by medications mistake is referred as the main reason of up to 30% hospitalization of seniors [3].

If we consider the number of patients with different forms of cognitive impairment, it seems optimal to entrust the early diagnosis of dementia to GPs. Forms of GPs activities are discussed—systemic screening or better awareness—vigilance for warning signs—red flags [4]. However as the main symptoms leading to dementia diagnosis are usually behavior disorders—the sign of already more advanced dementia when the disease modifying chances are rather less [5].

The main aim of the pilot study was to reveal people with cognitive impairment among registered clients of general practitioners. This article presents the results of the first year of the pilot study.

Methods. General practitioners performing their practices in the city of Brno and surrounding regions were asked for cooperation—to add the screening cognitive test to regular preventive assessment in seniors of age above 65 years. Unified diagnostic protocol was created containing Mini-Cog test [6] as an initial screening test—see scheme No. 1.

Mini Mental State Examination [7] is added in case of failure in Mini-Cog. The Geriatric depression Scale [8], ECG, carotid arteries Doppler examination were performed in case of unsatisfactory MMSE result to exclude the secondary dementia as well as blood sample checking for anaemia, hypothyroidism, mineral dysbalance and hypovitaminosis. Patients who failed in cognitive testing and their secondary dementia were excluded and referred to geriatrician, neurologist or psychiatrist to complete the dementia diagnostics and start the therapy—see the scheme No 2. The duration of this project is planned for two years.

Results. Fifty GPs performing their practices in city Brno and in the region of Southern Moravia were called to participate in that study. Some of them refused their participation, so final number of participating GPs is 40. The average number of registered patients in one GP's practice is 1500 in Czech Republic. The percentage of people above 65 years of age is 18% in Czech Republic, so there are about 220 seniors per one practice. According to Rotterdam study results, it is expected to have 20 to 25 patients at different dementia stages per one practice.

Participating general practitioners tested 788 patients during the first year of our pilot study. More detailed results are shown in the table.

Results of the pilot study after one year of the course. The attitude of GPs expressed by the number of tested patients varied from values below 10 up to 170. Participating general practitioners tested in aver-

age 8,95% of seniors of their practices during the first year of pilot project. Failure in Mini-Cog was found in 13,2% of tested patients. Further examination revealed 21 (2,7%) patients with depression, 29 (3,7%) patients with dementia and 31 (3,9%) patients with secondary cognitive decline.

Discussion. The number of tested patient is less in comparison with initial calculation. The frequency of preventive examinations should be every 2 years, so there is to examine preventively about 200 older patients in average GPs practice yearly. The main problem is that people are not interested enough to undergo the preventive examination, if they are feeling good. Even in case of sending of personal invitations, the involvement goes up to 20% only in Czech Republic [9]. Another reason for lower number of tested patients is the start of the pilot study in January 2017—the influenza epidemic came at the end of January and lasted until end of March [10].

Regular meetings were organized to realize the burden and the overall influence of the testing on the GPs office performance. Two main remarks appeared from these meetings. First—the testing cannot be included in the normal GPs office operation—patients are coming because of different difficulties and their cognitive performance could be underestimated at that moment. It is necessary to invite the patient for testing separately when the patient is in a good health condition. Second—it is possible and advisable to involve the nurse into the testing. The time and the work burden are divided more conveniently from the GPs office general point of view. Moreover the testing is according to our experience favourably accepted by nurses as a new specialized activity neutralizing a big amount of administrative work.

Of course, it is possible to discuss the suitability of the chosen testing tool Mini-Cog [6] as for sensitivity and specificity. Several studies were performed to compare different parameters of screening tools—the Mini-Cog test is fully comparable with other screen tests—Clock drawing test (CDT), Memory impairment screen (MIS), Abbreviate mental test (AMT) etc. [2]. One of most important parameters was the balance between time burden for GPs office performance and sensitivity/specificity. To diminish the probability of misinterpretation we added the MMSE [7] in patients who failed in Mini-Cog.

There are several articles describing new studied biomarker methods—erythrocyte surface and different specific bound substances including beta-amyloid [11]. Another promising new insight into early diagnosis offers the salivary lactoferrin. This substance has been discovered and validated as a perfect discriminant of clinically diagnosed MCI and AD patients from a cognitively healthy control group [12].

We consider as another very important feature of this pilot study the attention devoted to secondary causes of cognitive decline—to thyreopathy, vascular damage, factors lowering the cardiac output, hypovitaminosis and depression. Especially depression is very poorly diagnosed and treated in older people. Moreover the depression in seniors has a strong tendency to somatization—so depressed older people turn their attention to somatic

Mini-Cog™

Instructions for Administration & Scoring

ID: _____ Date: _____

Step 1: Three Word Registration

Look directly at person and say, "Please listen carefully. I am going to say three words that I want you to repeat back to me now and try to remember. The words are [select a list of words from the versions below]. Please say them for me now." If the person is unable to repeat the words after three attempts, move on to Step 2 (clock drawing).

The following and other word lists have been used in one or more clinical studies.^{1,2} For repeated administrations, use of an alternative word list is recommended.

Version 1	Version 2	Version 3	Version 4	Version 5	Version 6
Banana	Leader	Village	River	Captain	Daughter
Sunrise	Season	Kitchen	Nation	Garden	Heaven
Chair	Table	Baby	Finger	Picture	Mountain

Step 2: Clock Drawing

Say: "Next, I want you to draw a clock for me. First, put in all of the numbers where they go." When that is completed, say: "Now, set the hands to 10 past 11."

Use preprinted circle (see next page) for this exercise. Repeat instructions as needed as this is not a memory test. Move to Step 3 if the clock is not complete within three minutes.

Step 3: Three Word Recall

Ask the person to recall the three words you stated in Step 1. Say: "What were the three words I asked you to remember?" Record the word list version number and the person's answers below.

Word List Version: _____ Person's Answers: _____

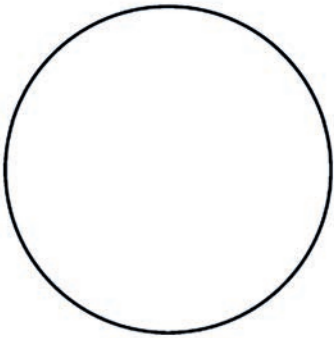
Scoring

Word Recall: _____ (0-3 points)	1 point for each word spontaneously recalled without cueing.
Clock Draw: _____ (0 or 2 points)	Normal clock = 2 points. A normal clock has all numbers placed in the correct sequence and approximately correct position (e.g., 12, 3, 6 and 9 are in anchor positions) with no missing or duplicate numbers. Hands are pointing to the 11 and 2 (10:10). Hand length is not scored. Inability or refusal to draw a clock (abnormal) = 0 points.
Total Score: _____ (0-5 points)	Total score = Word Recall score + Clock Draw score. A cut point of <3 on the Mini-Cog™ has been validated for dementia screening, but many individuals with clinically meaningful cognitive impairment will score higher. When greater sensitivity is desired, a cut point of <4 is recommended as it may indicate a need for further evaluation of cognitive status.

Mini-Cog™ ©S. Baron. All rights reserved. Reprinted with permission of the author solely for clinical and educational purposes. May not be modified or used for commercial, marketing, or research purposes without permission of the author (srb@psu.edu). v.01.01.01

Clock Drawing

ID: _____ Date: _____



Scheme No 1. Mini-Cog™

symptoms, want to be repeatedly examined and are generally unsatisfied [13].

Interim conclusions. Current design of the pilot study allows us to reveal patients with cognitive decline and to differentiate between primary and secondary dementia.

There were 29 newly diagnosed patients with early dementia, 21 patients with depression and 29 patients

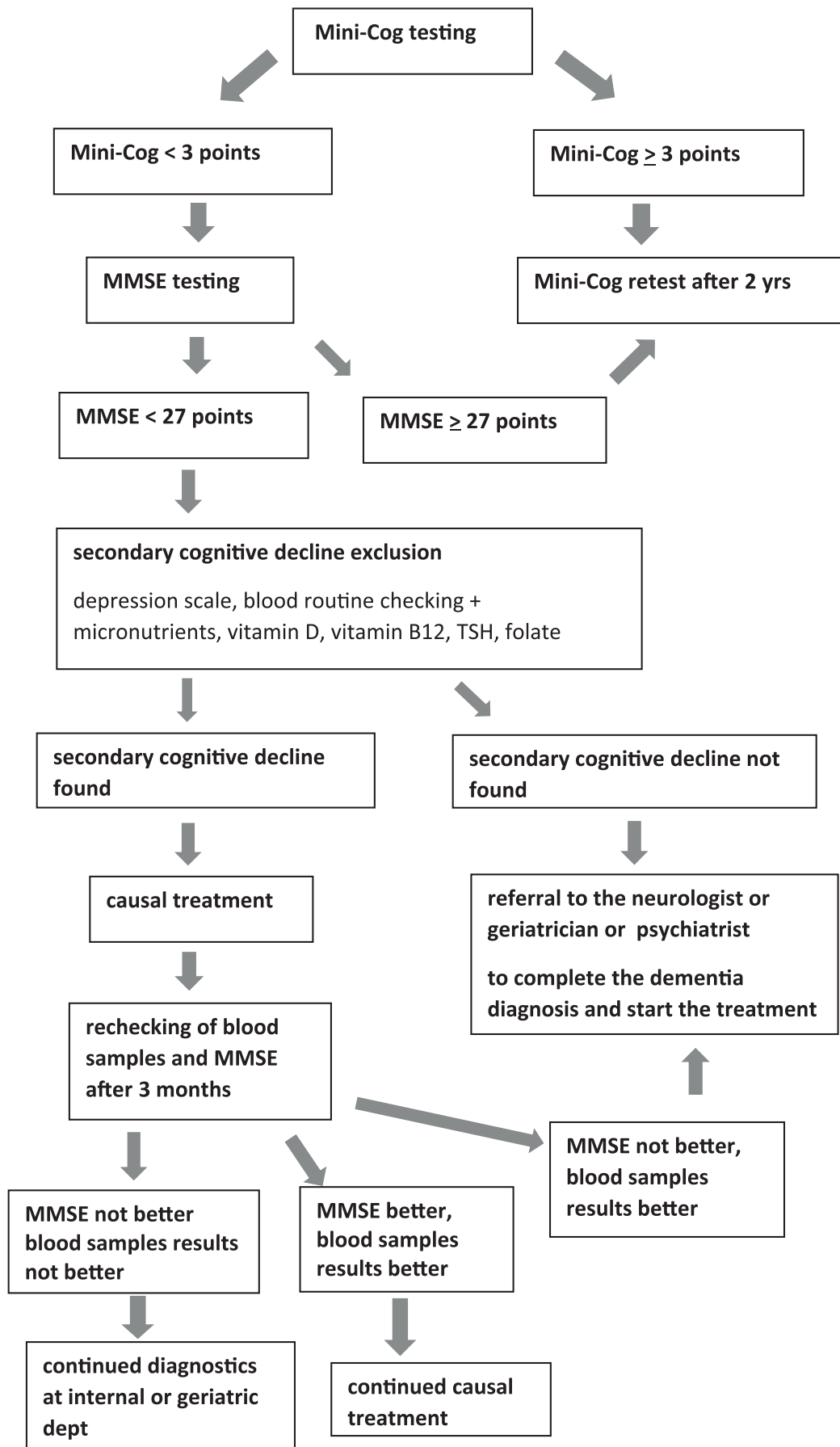
with secondary cognitive decline in the first year of pilot study realization.

The burden of GPs office caused by study realization is reasonable, if the cognitive testing is scheduled separately and nurses are involved.

The attitude of general practitioners to the study realization varies significantly. Therefore, there is a need to find reasons for that.

Results of the pilot project—interim analysis after 1 year

Number of patients tested	MiniCOG > 3	MiniCOG < 3	Secondary cognitive decline	Depression	Newly diagnosed dementia	Running diagnostics
788	684	104	31	21	29	23



Scheme No 2. Study design

Bibliography

1. Ott A., Breteler M. M., van Harskamp F., Claus J. J., van der Cammen T. J., Grobbee D. E. et al. Prevalence of Alzheimer's Disease and vascular dementia: association with education // The Rotterdam Study. *BMJ*. 1995. V. 310. No. 6985. P. 970–973.
2. Lin J. S.¹, O'Connor E.¹, Rossom R. C. Screening for Cognitive Impairment in Older Adults: An Evidence Update for the U. S. Preventive Services Task Force [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US), Nov. 2013. Report No. 14-05198-EF-1.
3. Topinková E. Geriatrie pro praxi. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 270 p.
4. Pentzek M., Vollmar H. C., Wilm S., Leve V. Putting dementia awareness into general practice: The CADIF approach. *Z Gerontol Geriatr*. May 2017. V. 50, suppl. 2. P. 44–47. DOI: 10.1007/s00391-017-1206-6. Epub Mar. 17, 2017.
5. Panegyres P. K., Berry R., Burchell J. Early Dementia Screening // *Diagnostics* (Basel). Jan. 21, 2016. V. 6. No. 1. Art. 6. DOI: 10.3390/diagnostics6010006.
6. Borson S., Scanlan J. M., Chen P., Ganguli M. The Mini-Cog as a screen for dementia: validation in a population-based sample // *J. Am. Geriatr. Soc.* 2003. V. 51. No. 10. P. 1451–1454.
7. Folstein M. F., Folstein S. E., McHugh P. R. "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician // *J. Psychiatr. Res.* 1975. V. 12. P. 189–198.
8. Sheikh J. I., Yesavage J. A. Geriatric Depression Scale: recent evidence and development of a shorter version // *Clin. Gerontol.* 1986. V. 5. P. 165–172.
9. Czech health statistics yearbook 2016. Institute of Health Information and Statistics of the Czech Republic. Prague, 2016. 260 p.
10. Páscoa R., Rodrigues A. P., Silva S. et al. Comparison between influenza coded primary care consultations and national influenza incidence obtained by the General Practitioners Sentinel Network in Portugal from 2012 to 2017 // *PLoS One*. Feb. 13, 2018. V. 13. No. 2. P. e0192681. DOI: 10.1371/journal.pone.0192681.
11. Stevenson A., Lopez D., Khoo P. et al. Exploring Erythrocytes as Blood Biomarkers for Alzheimer's Disease // *J. Alzheimers Dis.* 2017. V. 60. No. 3. P. 845–857. DOI: 10.3233/JAD-170363.
12. Carro E., Bartolomé F., Bermejo-Pareja F. et al. Early diagnosis of mild cognitive impairment and Alzheimer's disease based on salivary lactoferrin // *Alzheimers Dement. (Amst)*. May 26, 2017. V. 8. P. 131–138. DOI: 10.1016/j.dadm.2017.04.002.
13. Nützel A.¹, Dahlhaus A., Fuchs A. et al. Self-rated health in multimorbid older general practice patients: a cross-sectional study in Germany // *BMC Fam. Pract.* Jan. 3, 2014. V. 15. P. 1. DOI: 10.1186/1471-2296-15-1.

МОДЕЛЬ ПСИХИЧЕСКОГО КАК КОГНИТИВНАЯ ОСНОВА СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ И ВОЗМОЖНОСТИ ЕЕ РАЗВИТИЯ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Сергиенко Е. А., д. псих. н., профессор,
ФГБУН «Институт психологии» Российской академии наук,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

В пожилом и старческом возрасте наблюдается избирательный дефицит модели психического, способности понимать состояния себя и других. Дефицит в большей степени затрагивает когнитивный, но не эмоциональный компоненты понимания. Систематизированы факторы, воздействующие на эффективность модели психического в пожилом и старческом возрасте. Описаны стратегии психотерапевтического воздействия, способствующие усилению модели психического в пожилом и старческом возрасте и росту социальной адаптации.

Ключевые слова

Модель психического, пожилой возраст, старческий возраст, когнитивный, эмоциональный компоненты, психотерапия.

THEORY OF MIND AS A COGNITIVE BASIS OF SOCIAL ADAPTATION AND POSSIBILITY OF ITS DEVELOPMENT IN ELDERLY AGE

Sergienko E. A., Psy. D., Professor,
Institute of Psychology, Russian Academy of Sciences,
Moscow, Russian Federation

Abstract

Elderly and senior elderly people demonstrate a selective deficit of the Theory of Mind, i.e. the ability to understand mental states. This deficit exerts a greater impact on the cognitive components of understanding, rather than their emotional functions. This paper discusses the effectiveness of the Theory of Mind, strategies for psychotherapeutic influence and improvement of social adaptation.

Key words

Theory of mind, elderly age, senior age, cognitive components, emotional components, psychotherapy.

Старение — это комплексный процесс развития человека, который протекает в течение всей его жизни по индивидуальной траектории и зависит от образа жизни, самооценки, личностных установок, представлений о собственной значимости для других, что обуславливает либо повышение, либо снижение темпа старения, его благополучие [4]. Способность понимать психические состояния (мысли, чувства, убеждения, намерения, желания, эмоции) свои и других, (Theory of mind — ТоМ), чтобы объяснить, предсказать поведение, построить эффективную коммуникацию, вносит существенный вклад в социальную жизнь [23]. Все больший интерес привлекает специфика данной способности в пожилом и старческом возрасте [2]. Уделяется большое внимание нейронным и церебральным механизмам ТоМ пожилого. Проводятся исследования модели психического при *патологическом старении*, в основе которой лежат цереброваскулярные [11, 24] и нейродегенеративные расстройства [7, 17], например, у пожилых людей с различным *профилем деменции*: лобного типа [12], семантической деменции [9], болезнью Альцгеймера [12], а также болезнью Паркинсона [10, 14]. Исследования ТоМ проводятся и при *нормальном старении*, когда происходит закономерное ухудшение состояния двигательных, когнитивных функций, снижение мобилизационных возможностей организма [6, 12, 13, 15, 16].

Качество жизни пожилого человека во многом зависит от социоэмоционального функционирования: выражения своих мыслей и чувств другому, умения интерпретировать мысли и чувства другого, проявлять эмпатию, эффективно управлять своими эмоциями, верно строить стратегии поведения, адекватные данным социальным условиям [20].

Проводятся исследования влияния когнитивного дефицита, наличия соматических заболеваний (например, гипертензии, сахарного диабета, перенесенного инсульта), гендерных особенностей, уровня образования, уровня социально-экономического статуса, присутствия психических расстройств (например, депрессии) на функционирование ТоМ в пожилом и старческом возрасте [12].

Существуют различия в модели психического у людей пожилого и старческого возраста [25]. Очевидные изменения в ТоМ по разным данным начинают наблюдаться с 55–65 лет [15]. У пожилого человека могут появляться трудности в понимании различных психических состояний, мотивации, потребностей других людей. Пожилые люди часто ошибаются в оценке психических состояний незнакомых людей, им труднее дается распознавание лиц, не вызывающих доверия, они склонны доверять малознакомым людям, в связи с этим они чаще становятся жертвами мошенников [25]. Рассогласование между собственными представлениями и представлениями других людей может повлиять на самопомощь, принятие решений, приводит к недопониманию, развитию конфликтов и нарушению социального взаимодействия, что способствует росту психосоциальных проблем, ведет к социальной дизадаптации и изоляции [23]. Эти трудности могут приводить к снижению социальной активности, отдалению от круга значимых людей, что увеличивает чувство одиночества, ненужности, способствует рискам развития спектра соматических и психических расстройств с последующим ухудшением состояния здоровья вплоть до инвалидизации [9]. В связи с этим оценка наличия и степени дефицита модели психического в процессе старения является фундаментальным диагностическим критерием эффективности лечения и реабилитации людей пожилого и старческого возраста. Американская психиатрическая ассоциация начала рассматривать дефицит модели психического как один из критериев для постановки диагноза *нейрокогнитивное расстройство* (neurocognitive disorders) в DSM-V [8].

Модель психического состоит из следующих компонентов [1, 21].

Когнитивный компонент: способность распознавания убеждений, неверных мнений, мыслей, обмана, иронии, когнитивного компонента эмпатии; обеспечивает навыки манипуляции, обмана собеседника или иронии над ситуацией или человеком.

Эмоциональный компонент: способность распознавать и понимать эмоции и чувства другого человека; участвует в просоциальном поведении, умении

успокоить другого и помочь решить проблему, поддерживает эмпатию.

Волевой компонент относится к формам социальной коммуникации, когда один человек пытается повлиять на психическое и эмоциональное состояние другого [21]. Все три компонента отличаются спецификой мозговых механизмов.

Модель психического в пожилом и старческом возрасте. Изучение модели психического в пожилом и старческом возрасте указывает на дефицит данной способности, но необходимо учитывать *компенсаторные механизмы*: кристаллизованный интеллект, эмоциональный интеллект и навыки межличностного понимания [3]. Следует учесть, что изменения модели психического происходят гетерогенно: существуют разные траектории и динамика преобразований аффективного и когнитивного компонентов в пожилом возрасте [9, 18, 23].

Изменения в модели психического не являются тотальными, они *селективны* [21]. Например, пожилые люди с болезнью Альцгеймера (Alzheimer's disease) могут распознавать эмоции других людей, однако у них наблюдаются трудности в распознавании ложных убеждений [14]. С. Боттиролиа и Э. Кавалини [5] показали *расходящиеся* траектории снижения аффективного и когнитивного компонентов ТоМ с большим влиянием старения на когнитивный компонент, чем на аффективный. Однако большинство исследований модели психического при старении делают акцент либо на когнитивном, либо на аффективном компонентах, что часто и приводит к противоречиям [22]. В нашем исследовании изучались и когнитивный (понимание обмана и иронии), и аффективный компоненты модели психического (распознавание эмоций разной интенсивности и модальности) у пожилых (55–60, 65–74 и 75–90 лет) людей при оценке их когнитивного статуса, наличия депрессии, соматических и психических заболеваний [3]. В контексте нормального старения происходят качественные изменения в когнитивном и аффективном компонентах ТоМ, связанные с когнитивными изменениями (исполнительных функций, рабочей памяти, скорости обработки информации), со снижением социального участия, чувством одиночества, субдепрессией и развитием соматических недугов. К позднему возрасту способность распознавать эмоции по лицам людей снижается. Больше страдает распознавание негативных эмоций (печаль, страх, злость), нежели нейтральных и положительных (радость). Когнитивный и аффективный статус (субдепрессия, депрессия) в позднем возрасте вносит вклад в интерпретацию межличностной информации (эмоций и их выражения). Пожилые респонденты (55–60 лет) более точно, чем респонденты старших групп (65–74 и 75–90 лет), распознают обман и иронию. В пожилом

и старческом возрасте лучше распознается обман, чем ирония, что можно объяснить изменениями процессов ингибирования (необходимости затормозить буквальное понимание истории). В позднем возрасте фактическое понимание события, его интерпретация, оценка психического состояния другого человека связаны с повышенными требованиями к когнитивным ресурсам пожилых людей.

Пути улучшения модели психического в пожилом возрасте. Групповая тренинговая программа усиления модели психического в пожилом возрасте призвана развивать понимание психических состояний другого человека. Используется два подхода при обучении пожилых людей распознавать психические состояния другого [14].

Коммуникативный подход. Разговоры помогают пожилым людям улучшить их понимание того, что другие люди имеют различные точки зрения на одну и ту же ситуацию, и позволяют использовать ситуацию тренинга, чтобы сопоставить разные точки зрения — свою и другого [19]. Это особенно важно, так как у пожилых людей в силу избирательности к социальным контактам наблюдается снижение повседневных социальных взаимодействий [25].

Динамический подход сосредоточен на том, что психические состояния имеют не статический, а динамический характер и могут меняться с течением времени. Обучение пониманию динамического характера психических состояний важно, поскольку оно представляет собой способ сделать собственную позицию более гибкой, адаптивной к социальному контексту. В программе делается акцент на том, что если в повседневной жизни пожилые люди будут социально активны, включены в жизнь семьи и общение с друзьями, доверительным лицом, то это приведет к формированию различных взглядов на ту или иную ситуацию с помощью обсуждения, но не осуждения, т. е. к способности взглянуть с разных сторон на одни и те же события.

Тренинг состоит из 5–10 групповых встреч по 6–8 человек, которые ведут два тренера (психолог/психотерапевт и социальный работник). Тренинг включает следующие этапы [1, 3].

Первый этап: обучение пониманию психических состояний другого. Он предполагает использование рассказов, которые позволяют научиться эффективно делать выводы о сложных психических состояниях, учитывать динамику изменений этих состояний в зависимости от контекста.

Второй этап: обучение выражению и пониманию собственных психических состояний и другого. Развитие эффективного использования глаголов, выражающих собственные психические состояния и состояния других людей.

Библиографический список

1. Мелёхин А. И. Программа развития модели психического (theory of mind) в поздних возрастах // Клиническая и специальная психология, 2015. № 1. С. 110–123.
2. Сергиенко Е. А. Модель психического и социальное познание // Психологические исследования. 2015. № 8 (42), 6.
3. Сергиенко Е. А., Мелёхин А. И. Модель психического: гетерогенность изменений в пожилом и старческом возрасте // Человек. Сообщество. Управление. 2016. Т. 17, № 1. С. 26–41.

4. Шабалин В. Н. Психология долгожительства // Здравоохранение Российской Федерации. 2014. № 1. С. 3–6.
5. Bottiroli S., Cavallini E. Theory of Mind in aging: Comparing cognitive and affective components in the faux pas test // Archives of Gerontology and Geriatrics. 2016. V. 62. P. 152–162.
6. Cavallini E., Lecce S. Beyond false belief: theory of mind in young, young-old, and old-old adults // Intern. Journ. Aging Human Development. 2013. V. 76. No. 3. P. 181–198.
7. Choong C., Doody G. Can theory of mind deficits be measured reliably in people with mild and moderate Alzheimer's dementia? // BMC Psychology. 2013. V. 28. No. 1. P. 1–9.
8. Derntl B., Habel U. Deficits in social cognition: a marker for psychiatric disorders? // Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci. 2011. V. 261. P. 145–149.
9. Duval C., Bejanin A. Theory of mind impairments in patients with semantic dementia // Brain. 2012. Vol. 135. P. 228–241.
10. Eddy C. M., Beck S. R. Theory of mind deficits in Parkinson's disease: a product of executive dysfunction? // Neuropsychology. 2013. V. 27. No. 1. P. 37–47.
11. Fischer A. L., Bernstein D. M. Vascular health modifies theory of mind performance in older adults // Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2014. V. 69. No. 2. P. 219–227.
12. Henry J. D., Phillips L. H. A meta-analytic review of theory of mind difficulties in behavioral-variant frontotemporal dementia // Neuropsychologia. 2014. V. 56. P. 53–62.
13. Lecce S., Bottiroli S. Training older adults on Theory of Mind (ToM): transfer on metamemory // Arch Gerontol Geriatr. 2015. V. 60. No. 1. P. 217–226.
14. Monetta L., Grindrod C. M. Irony comprehension and theory of mind deficits in patients with Parkinson's disease // Cortex. 2009. V. 4. P. 972–981.
15. Pezzuti L., Longobardi E. The Relation between the Theory of Mind and Socio-Emotional Functioning in a Sample of Older Adults // Journal Neurol. Psychol. 2015. V. 3. P. 1–7.
16. Pinsker D. M., McFarland K. Exploitations in older adults: social vulnerability and personal competence factors // Journal of Applied Gerontology. 2009. V. 32. P. 248–267.
17. Poletti M., Enrici I. Cognitive and affective Theory of Mind in neurodegenerative diseases: neuropsychological, neuroanatomical and neurochemical levels // Neuroscience, Biobehavioral Reviews. 2012. V. 36. P. 2147–2164.
18. Rakoczy H., Harder-Kasten A. The decline of theory of mind in old age is (partly) mediated by developmental changes in domain-general abilities // British Journal of Psychology. 2012. V. 103. P. 58–72.
19. Rosi A., Cavallina E. Promoting theory of mind in older adults: does age play a role? // Aging Ment Health. 2015. V. 1. P. 1–7.
20. Shamay-Tsoory S. G., Shur S. Dissociation of cognitive from affective components of theory of mind in schizophrenia // Psychiatry Research. 2007. V. 149. P. 11–23.
21. Slessor G., Phillips L. H. Exploring the specificity of age-related differences in theory of mind tasks // Psychology and Aging. 2007. V. 22. P. 639–643.
22. Yeh Z. T. Role of Theory of Mind and executive function in explain social intelligence: a structural multline modeling approach // Aging & Mental Health. 2013. V. 1. P. 527–534.
23. Yu Rwei-Ling, Wu Ruey-Meei. Social brain dysfunctions in patients with Parkinson's disease: a review of theory of mind studies // Translational Neurodegeneration. 2013. V. 2. No. 7. P. 1–6.
24. Wang Z., Su Y. Age-related differences in the performance of theory of mind in older adults: a dissociation of cognitive and affective components // Psychol. Aging. 2013. V. 28. No. 1. P. 284–291.

ГЕРИАТРИЧЕСКИЕ УЧАСТКИ И ИХ ЭФФЕКТИВНОСТЬ В РАННЕМ ВЫЯВЛЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ДЕМЕНЦИЕЙ

Татарина О. В., д. м. н.,

ФГБУН «Якутский научный центр комплексных медицинских проблем»,

Созонова К. К., к. м. н.,

Гериатрический центр Республиканской больницы № 3,

Охлопков М. Е., к. м. н.,

Министерство здравоохранения Республики Саха (Якутия),

Якутск, Российская Федерация

Аннотация

Приведена новая модель организации гериатрической службы в Якутии — гериатрические участки с меньшей численностью прикрепленного населения, двумя медсестрами, более высоким нормативом времени приема. При проведении комплексной гериатрической оценки выявлена высокая частота когнитивных расстройств (%), в том числе предметных состояний. Приведен перечень мероприятий для обеспечения ранней выявляемости, поддержки и профилактики деменции в системе первичной медико-санитарной помощи Якутии.

Ключевые слова

Когнитивные нарушения, деменция, пожилой возраст, гериатрическая помощь.

GERIATRIC HEALTH DISTRICTS AND THEIR EFFECTIVENESS IN EARLY DETECTION OF PATIENTS WITH DEMENTIA

Tatarinova O. V., MD,

Yakut Scientific Centre of Complex Medical Problems,

Sozonova K. K., PhD (Medicine),

Geriatric Center of the Republican Hospital No. 3,

Okhlopkov M. E., PhD (Medicine),

Ministry of Healthcare of the Sakha (Yakutia) Republic,

Yakutsk, Russian Federation

Abstract

This report proposes a new model of geriatric care in the Republic of Yakutia. There are new geriatric health districts with fewer patients assigned to them. They have two nurses in the clinic and the doctor's appointment duration is longer than usual. Comprehensive Geriatric Evaluation of patients revealed a high incidence of cognitive disorders, including the pre-demented stage. The article suggests treatment procedures to clinicians aimed at early detection, support and prevention of dementia in the primary care setting.

Key words

Cognitive disorders, dementia, elderly, geriatric assistance.

Республика Саха (Якутия) является самым крупным субъектом Российской Федерации, занимает одну пятую территории нашей страны. Численность населения республики составляет чуть меньше миллиона (964 330 чел. на 1 января 2018 г.). Как отражение всеобщего мирового процесса, в Республике Саха (Якутия) наблюдается стойкая тенденция к старению населения. Так, с 2000 г. прирост абсолютного числа лиц в возрасте 60 лет и старше составил 1,4 раза, удельного веса пожилых — 1,4 раза. По данным на 1 января 2017 г. в Якутии насчитывалось 122 тысячи пожилых граждан. Тем не менее доля граждан старших возрастов в регионе в 1,6 раза ниже, чем в среднем в России: 12,7 и 20,8% соответственно.

В связи с возрастающей численностью пожилого населения все больше востребованы новые подходы в оказании медико-социальной помощи с целью решения задач увеличения продолжительности жизни, продления периода активного долголетия, повышения качества жизни пожилых людей. Одним из основных направлений достижения указанных целей является формирование современной трехуровневой модели организации гериатрической службы в регионе, которая включает амбулаторное звено, стационарную помощь и гериатрический центр.

Основными функциями гериатрической службы являются: первичная комплексная гериатрическая оценка пациента, а именно оценка физического состояния, функционального статуса, психического здоровья и социально-экономических условий жизни пациента; выявление хронических заболеваний и факторов риска их развития; выявление гериатрических синдромов; оценка и коррекция психоэмоционального состояния и коммуникаций пациента; формирование долгосрочного индивидуального плана проведения профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий, плана социальной и психологической адаптации и осуществление контроля за их выполнением.

В соответствии с новыми задачами в течение 2017–2020 годов в Республике Саха (Якутия) внедряются новые формы оказания медицинской помощи гражданам старшего поколения — гериатрические участки, мультидисциплинарные мобильные гериатрические бригады, патронажная служба, телемедицинские консультации, дистанционные методы мониторинга за состоянием здоровья пожилых пациентов.

Гериатрические участки — новая модель оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам старшего поколения, предлагаемая Министерством здравоохранения Республики Саха (Якутия). К пациентам пожилого возраста (65 лет и старше), у которых выявлены недостаточная способность к самообслуживанию, низкая физическая и функциональная активность, зависимость от посторонней помощи в повседневной жизни, прикрепляется отдельный врач-терапевт участковый с двумя медсестрами, прошедшими подготовку по оказанию медицинской помощи данному контингенту.

Приказом Министерства здравоохранения Республики Саха (Якутия) от 26 июня 2017 г. № 01–07/1095 «Об организации деятельности врача-терапевта участкового гериатрического участка» утверждены Положение об организации деятельности врача-терапевта участкового гериатрического участка, критерии эффективности его деятельности. Настоящим приказом регламентированы меньшая численность гериатрического участка (500 чел.), более высокий норматив времени приема врача-терапевта участкового гериатрического участка (30 мин), более частое посещение пожилых пациентов на дому (не реже одного посещения месяц для медицинской сестры участковой и одного посещения в 2 месяца для врача), составление и выполнение индивидуального плана лечения и реабилитации пациентов со старческой астенией с учетом рекомендаций врача-гериатра.

Приказом Министерства здравоохранения Республики Саха (Якутия) от 22 июня 2017 г. № 01–07/1047 «О внедрении комплексной гериатрической оценки в деятельность медицинских организаций Республики Саха (Якутия)» регламентировано внедрение в деятельность врачей-специалистов, в том числе врачей-терапевтов участковых нового подхода к оценке физического, социального, психологического статуса пациентов старших возрастных групп. Проводится обучение врачебного и среднего медперсонала методике проведения комплексной гериатрической оценки (республиканские, выездные семинары, вебинары, семинары-практикумы).

Для рационального использования рабочего времени комплексную гериатрическую оценку (КГО) проводят медсестры и врачи, используется автоматизированная система проведения КГО с автоматической обработкой опросников и шкал и выведением результатов осмотра. Создана информационная персонализированная база прикрепленных к гериатрическим участкам граждан с результатами КГО.

С целью выявления деменций и преддементных состояний на гериатрических участках применяются тест рисования часов и опросник «Краткое обследование познавательных способностей» (Mini Mental State Examination — MMSE). Необходимо отметить, что на русском языке тест рисования часто вызывает затруднения у пожилых граждан, говорящих на якутском языке (например, указать время десять минут двенадцатого). В связи с этим опросники переведены на якутский язык и утверждены на кафедре стилистики якутского языка и русско-якутского перевода Института языков и культуры народов Северо-Востока РФ Северо-Восточного федерального университета имени М. К. Аммосова, адаптированы, валидизированы. Кроме того, достаточно много усилий было предпринято для обучения среднего медицинского персонала стандартной методике выполнения теста рисования часов. Тем не менее регистрировались случаи несоблюдения и неправильного выполнения теста.

Приведем результаты проведения КГО с целью оценки когнитивных функций у пожилых граждан. Тест рисования часов был проведен у 159 человек (средний возраст 77,3 лет). Результаты теста менее 9 баллов, свидетельствующие о наличии выраженных нарушений памяти, показали 77 человек (48,2% всех обследованных). По результатам обследования 147 пожилых с помощью опросника MMSE выявлены: тяжелая деменция (до 10 баллов) — у 8,2%, деменция умеренной степени выраженности (11–19 баллов) — у 44,2%, деменция легкой степени выраженности (20–23 балла) — у 12,2%, преддементные когнитивные нарушения (24–27 баллов) — у 13,6%, не обнаруженные когнитивные расстройства (28–30 баллов) — у 21,8 %. Эти данные предварительные, требующие дальнейшего углубленного анализа по половозрастным и этническим группам.

Необходимо отметить, что, несмотря на высокую частоту когнитивных расстройств у пациентов старше трудоспособного возраста, деменции, в том числе

болезнь Альцгеймера, очень редко регистрируются в качестве основного заболевания и причины смерти. Так, до создания гериатрических участков у прикрепленных граждан, прошедших тестирование, было зарегистрировано в качестве основного или сопутствующего заболевания всего 7 случаев тяжелой деменции (в 1,7 раза меньше, чем по результатам тестирования).

Между тем приходится констатировать факт недостаточной доступности квалифицированной медицинской помощи пациентам с когнитивными расстройствами. Перед участковыми терапевтами гериатрических участков, как и перед всеми специалистами первичного звена медико-санитарной помощи, встает вопрос: куда направить пациента с выявленными когнитивными расстройствами. Неврологи поликлиник и стационаров перегружены, психиатров не хватает, отсутствуют геронтопсихиатрические койки, отсутствует комплекс превентивных мер и реабилитации нарушений когнитивных способностей. В связи с этим проводится активная работа по внедрению немедикаментозных методов профилактики и реабилитации при деменции и преддементных состояниях (когнитивная стимуляция с использованием компьютерных программ, лечебная физкультура и пр.) силами медицинского персонала гериатрических участков, по созданию сети кабинетов для пациентов с когнитивными нарушениями, привлечению и обучению персонала некоммерческих организаций и волонтеров, расширению взаимодействия с организациями социального обслуживания и школами третьего возраста.

В течение 2018–2020 годов планируется реализовывать в системе гериатрических участков совместно с неврологической и психиатрической службами следующие мероприятия в Республике Саха (Якутия):

— определение истинной картины распространенности когнитивных расстройств у пожилого населения региона с использованием стандартизованных опросников при проведении комплексной гериатрической оценки;

— создание кабинетов памяти (г. Якутск — 2, районы республики — 2), в которые участковые терапевты гериатрических участков будут иметь возможность направлять своих прикрепленных граждан с выявленными когнитивными нарушениями;

— внедрение системы мониторинга когнитивных функций и целевой персонализированной реабилитации прикрепленного населения;

— продолжение внедрения немедикаментозных методов профилактики и реабилитации при деменции и преддементных состояниях (когнитивная стимуляция с использованием компьютерных программ, лечебная физкультура и пр.);

— организация системы профилактики деменции на территории проживания граждан старшего поколения;

— проведение обучения участковых терапевтов и среднего медперсонала гериатрических участков, а также социальных работников по вопросам раннего выявления и оказания медико-социальной помощи людям с деменцией;

— привлечение и обучение родственников пациентов, страдающих деменцией, а также некоммерческих организаций и волонтеров к осуществлению ухода за людьми с деменцией;

— организация курсов просветительских занятий с населением по проблеме деменций, их профилактики, раннего выявления. Кроме того, для обеспечения ранней выявляемости деменции и предметных состояний и дальнейшего ведения данных пациентов ге-

риатрические участки особенно эффективны и востребованы там, где имеется дефицит квалифицированных специалистов — неврологов и психиатров.

Таким образом, организация гериатрических участков в системе первичной медико-санитарной помощи является одним из эффективных путей обеспечения ранней выявляемости, реабилитации, профилактики деменции и предметных состояний у граждан старшего поколения.

PLANNING AND IMPLEMENTING DEMENTIA CARE POLICIES: MALTA'S EXPERIENCE

Formosa M., Professor,
Department of Gerontology, University of Malta,
Msida, Malta,
Director of International Institute on Ageing (United Nations—Malta),
Valletta, Malta

Abstract

Dementia is a group of brain disorders characterized by progressive deterioration of cognitive function. The estimated number of individuals with dementia in the Maltese Islands in 2017 was 6,071. In 2015, the government published the Maltese National Dementia Strategy 2015–2023 and consequently Malta included a range of services for persons with dementia and their families. Dementia poses one of the greatest societal and health challenges that must be addressed nationally both at the personal and family level. The huge costs of the disease treatment is a challenge to health systems worldwide. With an aging population, it is obvious that these costs will rise even higher.

Key words

Dementia care, healthy aging, national dementia strategy.

Introduction. Dementia is a group of brain disorders characterised by progressive deterioration of cognitive function. It is the most common neurological disorder in later life, and a major predictor of morbidity and mortality amongst older persons. According to the World Alzheimer Report (2015), dementia currently affects more than 47 million people worldwide, with up to 75 million people estimated to be living with dementia by 2030. Over 9.9 million new cases of dementia are diagnosed each year worldwide, implying one new case every 3.2 seconds. Nearly 60% of people with dementia live in low- and middle-income countries.

The global societal costs of dementia are enormous as the total worldwide expenditure for the year 2010 was estimated to be US\$604 billion, equivalent to one per cent of the world's gross domestic product. The cost of care provided by families together with societal care (care provided by professional personnel in home settings) contribute to 42% of the costs worldwide, while direct medical care accounts to 16% of the overall costs. Low-income countries account to around one per cent of the global dementia costs, whereas high-income countries account to 89%.

Prevalence of dementia in Malta. In 2015, more than one quarter of the total population, 25.6% or

111,281 persons, were aged 60-plus (Formosa, 2018). The largest share of the older population is made up of women, 54% of the total. In fact, the sex ratios for cohorts aged 80 and 90-plus numbered 63.7 and 70.6 respectively, which means that amongst the oldest cohorts there is more than twice the number of older women than men. Such fluctuations were largely the result of a declining birth rate, together with an increasing life expectancy for both men and women. Whilst at the beginning of the 20th Century life expectancy in Malta was around 43/46 years for men/women, in 2014 it reached 79.97/84.37 years respectively. It is noteworthy that Malta registers record results in 'healthy life expectancy', a concept which monitors the years of life that are lived in good health. Whilst on average across the European Union Member States the healthy life expectancy at birth was 61.8/61.4 years for women/men, Malta registered first ranking for women (74.6 years) and second ranking for men (72.6 years) after Sweden (74.0 years). The 2011 Census reported that 61% of all deaths involved persons aged 75-plus, and that 47% of persons aged 60-plus experienced an 'illness/health condition' that included 'physical disability', 'blindness or partial sight loss' and 'deafness or partial hearing loss' in that respective order. The number/percentage

of Maltese people over 60 years of age with dementia in 2017 was 6,071 (1.4% of the Maltese population), and it is projected that these figures will rise to some 10,000 persons (2.3% of the Maltese population) in 2030 and to around 12,955 (3.3% of the Maltese population).

Putting dementia on the Maltese policy map. In May of 2009, the Maltese government launched the National Dementia Strategy Group with the aim of devising a series of recommendations that would provide a strategic framework in order to deliver quality improvements in local dementia services and address any shortfalls in dementia care. The work undertaken was divided into three main categories:

- detailed analysis of current services available to individuals with dementia and caregivers;
- a wide consultation process with stakeholders working in the field of dementia management and care including professional bodies;
- a public questionnaire to obtain information regarding the various aspects of dementia care.

Three recommendations stood out—namely, (i) improve awareness of dementia in the community and in relevant professional and non-professional fields; (ii) provide financial support to individuals with dementia in obtaining anti-dementia medication, and (iii), improve community support services for individuals with dementia and their carers. Although the work on behalf of the National Dementia Strategy Group did not lead to a national dementia strategy, ensuing positive initiatives included:

- the availability of free anti-dementia medication;
- collection of data on the number of dementia cases in the Maltese Islands;
- publication of two information booklets, one for children—*Grandpa forgot my name*—and one for the general public—*What time is it? Facts about Dementia*—both published in 2013.

A watershed moment occurred in 2015 when the government published the Maltese *National Dementia Strategy 2015–2023* (Parliamentary Secretary for Rights of Persons with Disability and Active Ageing, 2015). The key objectives in this strategy included:

Increasing awareness and understanding of dementia. One fundamental aspect of this strategy is to increase awareness and understanding of dementia among the general public and healthcare professionals in order to reduce stigma and misconceptions about the condition.

Timely diagnosis and intervention. Early symptom recognition and interventions through appropriate referral pathways together with the necessary pharmacological, psychological and psychosocial support offer the best possible management and care for persons with dementia.

Workforce development. Good quality care will be ensured through the provision of training and educational programmes for staff in direct contact with individuals with dementia giving particular importance to challenging behavior and palliative care.

Improving dementia management and care. A holistic approach in service provision. Apart from provid-

ing all pharmaco-therapeutic options, individuals receiving a diagnosis of dementia will have care plans developed by a multidisciplinary team specialised in dementia care.

Ethical approach to dementia management and care. An ethical approach to dementia care that provides individuals with dementia and their caregivers with the necessary psychological support needed in making important decisions regarding their health and welfare.

Research. Information regarding epidemiology of dementia in Malta, patterns of detection and diagnosis, and delivery of care are needed for proper planning and allocation of health and social care funds and for outcome evaluation.

Policy implementation. National Focal Point on Dementia. The National Focal Point on Dementia assists the government in planning, implementing and sustaining dementia-care services both in the community and care homes for older persons; providing training to social/health care professionals who work with persons with dementia; and in connecting all key stakeholders in dementia care and services.

Dementia Helpline. This telephone service is in operation 24 hours a day. The helpline will be managed by four nurses trained specifically to provide instant help in cases of emergency, as well as to give information on the range of dementia care services.

Dementia-friendly villages. San Lawrenz is the first village of its kind in Europe which is furnished with facilities and services beneficial to older persons with dementia. The San Lawrenz community is also trained to be aware of how to deal with older persons with dementia.

Dementia-friendly community services. Older persons with dementia can make use of a range of public services that include legal advice, home held (etc. cleaning, cooking, shopping), home care (e.g. personal hygiene, medication), incontinence assistance, meals-on-wheels, respite care, and palliative care.

Dementia activity centres. Dementia Activity Centres help to reduce caregiver stress whilst providing therapy which helps people with dementia to stay active. These centres provide a safe, secure and dementia-friendly environment and are run by staff which is knowledgeable in dementia care.

Dementia-friendly care homes. Long-term care facilities acute hospital wards are recent developments to improve care for patients with dementia. Perceptions and experiences of working and living in a dementia-friendly ward environment, with personnel and residents commenting as follows: 'It doesn't look like a hospital' and 'More options to provide person-centred care: No one size fits all'.

Memory Clinic. The Memory Clinic is a specialised out-patient clinic for individuals aged 60 years and above suffering from dementia. The clinic is run by a team of professionals who carry out a thorough assessment of the patient's condition, functional status and living situation.

General Geriatrics Clinics. Many patients with a diagnosis of dementia attend the general geriatric

out-patient clinics at the Rehabilitation Hospital Karin Grech, since cognitive impairment commonly exists concurrently with other co-morbid illnesses in older people.

Dementia Rehabilitation Programme. A Dementia Rehabilitation Programme is currently being offered after the patient is assessed at the Memory Clinic. Assessments are carried out by occupational therapists and speech language pathologists on functional ability, cognitive assessments, and swallowing.

Memory Classes. Memory Classes are organised at Rehabilitation Hospital Karin Grech. The classes take the form of 10 parallel sessions, one for the person with dementia and a separate information session for caregivers and relatives.

Short training programmes on dementia care. The government coordinates training programmes in dementia care to older adults, informal carers, and applied health professionals. For example, government sponsored 16 and 14-hour courses to older adults and all nurses working in care homes

Master Degree in Ageing and Dementia Studies, University of Malta. The Master of Ageing and Dementia Studies is unique by the fact that it focuses on that interface between ageing and dementia care. The Master of Arts in Ageing and Dementia Studies is targeted at professionals involved in the bio-psycho-social care of older persons, and offers an opportunity to advance careers by enhancing professional clinical practice to improve the required skills in generating and delivering better levels of care.

Malta Dementia Society. The Maltese government supports non-profit organization working in ageing and dementia care, especially the Malta Dementia Society which was launched in September of 2004, by assisting it with increasing awareness on dementia care and management through the organization of talks and seminars for individuals with dementia, their caregivers and healthcare professionals.

Dementia Intervention Team. The Dementia Intervention Team members consisted of a Dementia Care Coordinator, a Practice Nurse and an Occupational Therapist. The *Dementia Care Coordinator* heads the DIT and directs the team's interventions in the com-

munity, assesses short and long term goals, facilitates access to appropriate services and manages the team's administration processes. The coordinator is the key person in ensuring the smooth running of regular case conference meetings. The *Practice Nurse* carries out a holistic needs assessment and identifies the resources and needs of individuals with dementia and their informal caregivers whilst adopting a 'partners-in-care-approach'. The practice nurse coordinates patient care pathways and ensures that all the necessary investigations, treatments and referrals to other professionals and support community services are timely organised. Education and the provision of information related to the condition and services are usually provided by all the team members but the nurse provides specific information related to the profession. The *Occupational Therapist* helps clients and families understand the impact of dementia on the person's day-to-day function. The occupational therapist works with clients to develop ways to compensate for limitations and maintain independence. Other important contributions from the occupational therapist are home modifications and adaptations, to ensure a safe and secure environment. Some examples of home adaptations might include the installation of grab-bars in the bathroom, reducing elements which can contribute to falls, installation of shut off switches on stoves and ovens, thermostatic shower controls, etc.

Conclusion. There is little doubt that dementia will pose one of the greatest societal and health challenges that must be addressed nationally as well as at personal and family level (Scerri, 2015). The huge costs of the disease treatment is a challenge to health systems worldwide. With an aging population, it is obvious that these costs will rise even higher. Dementia is also overwhelming for family carers who often feel that they are left to fend on their own due to the lack of adequate support that promotes independence and well-being. Community support is needed to enable informal carers to continue in their caring role for as long as possible and should involve respite services and financial support. Moreover, training for healthcare professionals should be expanded and include multidisciplinary educational programmes focusing on patient-centred dementia management and care.

Bibliography

1. Alzheimer's Disease International. World Alzheimer report 2010: The global economic impact of dementia. London, UK: Alzheimer Disease International. 2010.
2. Formosa M. National policies for healthy ageing in Malta: Possibilities and limitations // Healthy Aging Research. 2018. 7 (e17), 1–6.
3. Scerri C. Dementia in Malta: Trends, policy and professional development // In Population ageing in Malta: Multidisciplinary perspectives / M. Formosa, C. Scerri (Eds.) Malta: Malta University Press. 2015. P. 169–192.
4. Parliamentary Secretariat for Rights of Persons with Disability and Active Ageing. National Dementia Strategy: Malta 2015–2023. Malta: Parliamentary Secretariat for Rights of Persons with Disability and Active Ageing. 2015.

ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ LEGAL BASIS FOR MENTAL HEALTH

ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ НЕДОБРОВОЛЬНОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ ЛЮДЕЙ В РОССИИ И ДРУГИХ СТРАНАХ МИРА

Кузьмина Т. М., д. м. н.,
Бородин В. И., д. м. н., профессор,
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии
имени В. П. Сербского» Минздрава России,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

Проанализированы правовые аспекты охраны психического здоровья в РФ, Финляндии, Таиланде и Малайзии, порядки недобровольной госпитализации и сроки оказания психиатрической помощи для возможной дальнейшей оптимизации психиатрической службы.

Ключевые слова

Психическое здоровье, психиатрическая служба, закон о психиатрической помощи, медицинское право, недобровольная госпитализация.

LEGAL ASPECTS OF INVOLUNTARY HOSPITALIZATION OF PATIENTS WITH MENTAL DISORDERS IN RUSSIA AND OTHER COUNTRIES OF THE WORLD

Kuzmina T. M., MD,
Borodin V. I., MD, Professor,
V. Serbsky Federal Medical Research Center of Psychiatry and Narcology,
Moscow, Russian Federation

Abstract

In this article, we analyze the legal aspects of mental health in the Russian Federation, Finland, Thailand and Malaysia. The study describes the procedures of involuntary hospitalization, duration of psychiatric care and ways of further optimization of psychiatric services.

Key words

Mental health, mental health service, mental health act, medical law, involuntary hospitalization.

Актуальность исследования. Существенная особенность психиатрии связана с необходимостью в ряде случаев оказания помощи в недобровольном порядке. Она резко контрастирует с общей гуманитарной направленностью законов о психиатрической помощи в большинстве стран мира. В России Закон «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», вступивший в силу 1 января 1993 г., с

одной стороны, имеет четкую «антидискриминационную» направленность (с учетом известной исторической специфики), а с другой — отражает существенное юридическое значение психических расстройств, их «законодательную значимость» по сравнению с соматическими заболеваниями. Такая поляризация обуславливает актуальность продолжения законодательного процесса в психиатрии с опорой на междуна-

родный опыт и взвешенной оценкой его перспективы в плане дальнейшей оптимизации системы охраны психического здоровья населения. В качестве международного опыта нами были выбраны соответствующие законодательные акты одной из ближайших к нам европейских стран — Финляндии, а также двух стран юго-восточного региона мира — Таиланда и Малайзии.

Цель исследования — выявление и сравнение особенностей оказания недобровольной психиатрической помощи населению в России и ряде других стран мира — Финляндии, Таиланде и Малайзии.

Материалы и методы исследования. Сравнительный анализ положений основных законодательных актов в сфере охраны психического здоровья населения: России [1], Финляндии [3], Таиланда [4], Малайзии [2] (Далее Закон РФ, Закон Финляндии, Закон Таиланда и Закон Малайзии).

Результаты исследования. Наиболее значительны различия систем охраны психического здоровья населения в таких странах, как Россия, Финляндия, Таиланд и Малайзия, лежат в области недобровольной психической помощи, а также в сфере влияния судебных инстанций на порядок ее оказания.

Эти различия выявляются уже на этапе «наличия оснований» для недобровольной психической помощи. В российском законодательстве (Закон РФ № 3185-1, статья 29) «Лицо, страдающее психическим расстройством, может быть госпитализировано в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, без его согласия либо без согласия одного из родителей или иного законного представителя до установления судьбы, если его психиатрическое обследование или лечение возможны только в стационарных условиях, а психическое расстройство является тяжелым и обуславливает: а) его непосредственную опасность для себя или окружающих; б) его беспомощность, т.е. неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности; в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи».

Подобными основаниями для недобровольного лечения в Финляндии являются (Закон Финляндии, раздел 8): 1) если лицу диагностировано психическое расстройство; 2) если лицу необходимо лечение психического заболевания, которое в случае отсутствия лечения значительно ухудшится или подвергнет опасности здоровье и безопасность пациента или здоровье и безопасность других лиц; 3) если все другие службы психического здоровья неспособны осуществить помощь или не отвечают необходимым в этом плане требованиям.

В Малайзии среди оснований для недобровольного лечения выделяются две позиции (Закон Малайзии, раздел 10): 1) лицо страдает психическим расстройством в степени, оправдывающей его госпитализацию в психиатрический стационар для оценки состояния или лечения; 2) лицо должно быть помещено в психиатрический стационар в интересах его собственного здоровья и защиты или защиты окружающих.

В Таиланде назначение недобровольного лечения человеку с какими-либо психическим расстройством рассматривается как обоснованное, если он (Закон Таиланда, раздел 22): 1) находится в угрожающем состоянии, что означает какое-либо разоблачающее (угрожающее) поведение человека с психическим расстройством, которое может привести к серьезному ущербу для жизни, тела, собственности данного человека или других лиц; 2) нуждается в лечении, что означает состояние, при котором человек не способен дать согласие на лечение, в то время как ему необходимо получить его без промедления, чтобы защитить его, либо облегчить его психическое состояние или предотвратить вред, который может быть нанесен пациенту или другим лицам.

В условиях российской практики психиатры часто сталкиваются с невозможностью оказания недобровольной психиатрической помощи вне наличия первого критерия (а), подразумевающего непосредственную опасность пациента для себя или окружающих и пользующегося негласным приоритетом среди профессионалов. Нередко получается так, что указание на любой другой критерий недобровольной госпитализации может быть лишь дополнением к первому критерию. Вследствие этого возникает потенциальная опасность ряда ситуаций, когда необходимая данному пациенту специализированная помощь будет не оказана или оказана в недостаточной мере.

К интересной особенности соответствующих критериев в Законе Таиланда можно отнести присутствие в них указания не только на серьезный ущерб для жизни, но и для собственности человека и других лиц.

Значительные различия между странами прослеживаются в сроках и порядках оказания недобровольной психиатрической помощи.

В Российской Федерации лицо, удовлетворяющее критериям недобровольной госпитализации, после поступления в стационар в течение 48 часов должно быть осмотрено комиссией врачей-психиатров на предмет наличия психического заболевания, обоснованности госпитализации и необходимости лечения в стационарных условиях. Если госпитализация признается обоснованной, то заключение и соответствующее заявление комиссии в течение 24 часов направляется в суд, где в течение пяти дней решается вопрос о продлении госпитализации. При этом заинтересованному лицу предоставляется право и возможность присутствовать на судебном процессе.

В Таиланде хотя бы один врач и медицинская сестра, работающие в государственной больнице или психиатрической больнице, должны в течение 48 часов поставить предварительный диагноз и дать клиническую оценку пациенту, доставленному полицией или переведенному из другой больницы. Здесь врач имеет право начать проведение лечения в интересах здоровья пациента. В свою очередь, пациент должен в течение 30 дней быть осмотрен комиссией, состоящей из врача-психиатра (председателя совета), психиатрической медицинской сестры, юридического представителя, медицинского психолога или медицинского социального работника при психиатрической больнице,

которые принимают следующее решение: поместить данного индивида на лечение в психиатрическую больницу либо предписать ему получать лечение в каком-либо другом месте, если он не находится в угрожающем состоянии (что означает какое-либо угрожающее поведение человека с психическим расстройством, которое может привести к серьезному ущербу для жизни, тела, собственности данного человека или других лиц). В случае решения о помещении индивида в психиатрическую больницу комиссия назначает методы и продолжительность лечения в соответствии с тяжестью заболевания, но не более 90 дней, с возможностью продления еще на 90 дней. Выписка пациента осуществляется лечащим врачом, который должен предоставить отчет о результатах проведенного лечения и выписке больного без какого-либо промедления.

В Малайзии для обоснования недобровольной госпитализации пациента требуется заявление на имя главного врача психиатрической больницы от родственников или по рекомендации и направлению врача-психиатра, действительных в течение пяти дней с момента их выдачи. Полиция при этом оказывает содействие в доставке пациента в стационар. После госпитализации пациент должен быть осмотрен главным врачом или назначенным им врачом в течение 24 часов на предмет оправданности госпитализации и необходимости нахождения в стационаре. Врач, который давал рекомендацию и направление на госпитализацию, не может осматривать пациента в стационаре. Если главный врач или назначенный им врач не видит оснований для госпитализации, то пациента выписывают. В случае обоснованной госпитализации нахождение в стационаре должно составлять не более 1 месяца с возможным продлением срока по решению главного врача еще на 3 месяца. Помимо этого не позднее трех месяцев после госпитализации пациент осматривается комиссией "visitors", которая, в свою очередь, имеет право продлить сроки госпитализации еще на 6 месяцев. Данная комиссия назначается министерством здравоохранения Малайзии для каждой психиатрической больницы на срок не более трех лет и должна состоять не менее чем из трех человек, а именно врача любой специальности, но предпочтительно врача-психиатра, который не работает в этой больнице, и двух других граждан Малайзии, имеющих любую специальность, один из которых обязательно должен быть женского пола. Такая комиссия должна не реже одного раза в месяц собираться и посещать психиатрическую больницу. Выписка пациента осуществляется главным врачом по его самостоятельному решению либо по заявлению родственников или самого пациента, но опять же после осмотра и по окончательному решению главного врача.

В Финляндии существует такая форма, как «недобровольная госпитализация для наблюдения», в рамках которой проводится оценка того, насколько вообще состояние обследуемого лица удовлетворяет данной форме лечения. Перед отправкой пациента для указанного наблюдения в стационар врач должен его осмотреть и, если посчитает такое лечение необходимым, написать заключение и соответствующее на-

правление. В последнем должно содержаться достаточное обоснование для назначения недобровольного лечения конкретному лицу. Направление на «недобровольную госпитализацию для наблюдения» является действительным в течение трех дней. Врач, ответственный за наблюдение, должен дать письменное заключение о наблюдении за данным пациентом не позднее чем через 4 дня с момента его госпитализации. Заключение должно содержать хорошо обоснованное мнение в отношении того, удовлетворяет ли состояние данного лица назначению недобровольного лечения. Если в течение такого наблюдения обнаружено, что состояние пациента не удовлетворяет критериям недобровольного лечения, наблюдение должно быть немедленно прекращено и пациент должен быть выписан, если он или она еще этого желают.

В то же время лицо, получающее лечение на основании, описанном ранее, может задерживаться для лечения против своей воли на срок максимум 3 месяца. Если же по истечении данного срока сохраняется необходимость продления недобровольного лечения, а пациент не согласен с этим, составляется новое заявление на наблюдение для повторного определения того, насколько состояние обследуемого требует назначения недобровольного лечения. Решение о прекращении или продлении лечения на срок до трех месяцев должно подаваться в письменной форме врачом для одобрения в административный суд, а пациент без промедления о нем уведомляется. Таким образом, на основании решения о продлении лечения пациент может быть недобровольно госпитализирован максимум на 6 месяцев. По истечении этого времени условия для назначения пациенту лечения против его воли должны быть определены заново путем помещения на наблюдение. Мнение пациента, который находится под наблюдением, должно быть выяснено перед назначением лечения. В случае с несовершеннолетними выясняется мнение родителей или опекунов.

Решение о назначении лицу под наблюдением лечения против его воли принимается главным врачом, ответственным за психиатрическую службу. Оно должно быть письменным, основанным на направлении на наблюдение, заключении о наблюдении и истории болезни, а также клинически обоснованным и представленным не позднее четырех дней после помещения пациента под наблюдение. Пациент должен быть оповещен о решении без промедления. Если пациент несовершеннолетний, решение должно быть немедленно направлено для одобрения в административный суд.

Заключение и выводы. Следует отметить различное влияние судебной инстанции на процесс недобровольной госпитализации лиц с психическими расстройствами в разных странах. Если в Российской Федерации решающее слово остается за судом, то в Таиланде и Малайзии — за психиатром, а в Финляндии прослеживается некий компромисс, ибо решение о недобровольной госпитализации сроком на первые 3 месяца принимается врачом самостоятельно, а его продление еще на 3 месяца должно быть уже подтверждено судом. Очевидными плюсами такой практики

являются, во-первых, возможность оказания необходимой помощи всем нуждающимся в ней без каких-либо исключений, а во-вторых, тот момент, что решение об этом исходит от компетентных в данном вопросе государственных служб.

Особенностью системы охраны психического здоровья населения в странах Восточного региона является большая роль комиссий, включающих представителей различных профессий, как в процессе госпитализации, так и оказания в процессе психиатри-

ческой помощи как таковой. Данный аспект особенно важен в плане преемственности психиатрического лечения и психосоциальной реабилитации людей с психическими расстройствами, как, например, в Таиланде, где комиссия состоит из врача-психиатра (председателя совета), психиатрической медицинской сестры, медицинского психолога или медицинского социального работника и юридического представителя, что в полной мере соответствует принципу бригадного подхода, принятому в реабилитационном процессе.

Библиографический список

1. Закон РФ № 3185-1 от 02.07.1992 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».
2. Законы Малайзии. Законодательный акт «О психическом здоровье» № 615 от 27.09.2001 (Laws of Malaysia, Act 615 Mental Health Act 2001, date of Royal Assent: 6th September 2001, date of publication in the Gazette: 27 September 2001).
3. Министерство социальных дел и здоровья. Финляндия. «Акт о психическом здоровье» № 1116/1990 от 14.12.1990 (Ministry of Social Affairs and Health, Finland, Mental Health Act No. 1116/1990 Issued in Helsinki on 14 December 1990).
4. Таиланд. Законодательный акт «О психическом здоровье» № 2551 от 2008 (Mental Health Act B. E. 2551 2008, Thailand).

КРИМИНАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ЧЕЛОВЕКА: ПСИХИЧЕСКАЯ И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ

Мацкевич И. М., д. ю. н., профессор,
заведующий кафедрой криминологии и уголовно-исполнительного права ФГБОУ ВО «Московский государственный юридический университет имени О. Е. Кутафина»,
профессор Московского государственного университета имени М. В. Ломоносова,
заслуженный деятель науки России,
президент Союза криминалистов и криминологов,
президент Международного фонда правовых инициатив,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

Цель проведенного исследования — с помощью современных подходов в социологии, криминологии, психиатрии и психологии объяснить суть криминального поведения человека. Для этого были использованы межотраслевые подходы, анализ, абстрагирование, синтез, дедукция и индукция. Поскольку границы между физическим и не физическим, материальным и не материальным, общим и частным в современном мире все больше размываются, необходимо решать уже не юридические, а морально-этические вопросы. Проведенное исследование позволяет предположить, что в ближайшем будущем преступления будут заменены эксцессами. В свете этого медицина должна стать совершенно иной.

Ключевые слова

Преступник, преступление, психиатрия, психология, криминология, отклоняющееся поведение, невменяемость, гены, мозг, эксцесс.

CRIMINAL BEHAVIOR OF A PERSON: MENTAL AND PSYCHOLOGICAL PREDISPOSITION

Matskevich I. M., LL. D., Professor,
Head of the Chair of Criminology and Criminal Executive Law,
Kutafin Moscow State Law University,
Professor of Lomonosov Moscow State University,
Honored Scientist of Russia,
President of the Union of Criminalists and Criminologists,
President of the International Foundation for Legal Initiatives,
Moscow, Russian Federation

Abstract

The purpose of this study is to explain the concept of criminal behavior through modern sociological, criminological, psychiatric and psychological methods. We employed interindustry approaches, analysis, abstraction, synthesis, deduction and induction in order to formulate this concept. Since the boundaries between the physical and the non-physical, the material and the non-material, the general and the specific are blurring, there is a pressing need to resolve non-legal moral and ethical issues. It is suggested that we define “crimes” as “incidents” in the near future. In this light, contemporary healthcare needs to change.

Key words

Criminal, crime, psychiatry, psychology, criminology, deviant behavior, insanity, genes, brain, incident.

Ученые разных исторических эпох, разных мировоззрений, представляющие разные общественно-экономические формации, в течение последних 200 лет пытаются найти ответ на вопрос: почему одни люди совершают преступления, а другие — нет.

Вопреки распространенному мнению, ни Цезаре Ломброзо, ни Энрико Ферри не были людьми кровавыми и не требовали для преступников жестоких мер наказания. Они, как и абсолютное большинство цивилизованных людей того времени, находились под влиянием трактата Цезаре Беккариа «О преступлениях и наказаниях» [7, с. 7–8] Они были, судя по всему, согласны, что суровость наказания не приводит к сокращению преступности.

Ферри не был сторонником смертной казни и других тяжелых наказаний. Он настаивал на социальном оздоровлении общественного строя, и поэтому предлагал систему репрессивных мер, как исключительных мер, налагаемых в зависимости от характера скорее преступника, чем преступления.

Для прирожденного преступника Ферри предлагал в качестве наказания:

- а) изолирование от человеческого общества;
- б) для помешанных преступников — помещение в специально построенный уголовный дом для умалишенных;
- в) для преступников по приобретенной привычке — меры общественной гигиены, а в случае отсутствия улучшения поведения у таких преступников после этого — временное удаление из общества и принуждение к физической работе в земледельческих колониях (между прочим, прообраз аграрных колоний, придуманных Бенито Муссолини);
- г) преступник по страсти во многих случаях должен пользоваться, по выражению Ферри, безнаказан-

ностью, т. е. в случае установления судом состояния аффекта страсти преступник должен освобождаться от ответственности;

д) для случайного преступника в качестве наказания должна быть предусмотрена обязательная компенсация за причиненные убытки деньгами или работой в пользу государства или общин.

Психологическая подструктура является определяющей при установлении уровня личности каждого человека.

Исходя из портрета обычного рядового человека, можно достаточно точно описать портрет типичного преступника. Например, вот как должен выглядеть человек, склонный к совершению насильственных, возможно, серийных преступлений.

Это человек, испытавший сильное душевное расстройство. С точки зрения психиатрии он находится в пограничном состоянии, которое при длительном невмешательстве неминуемо переходит в состояние фрустрации (от лат. *frustratio* — тщетное ожидание, психическое состояние, возникающее в ситуации реальной или предполагаемой невозможности удовлетворения тех или иных личных потребностей). Его вялотекущая болезнь латентна. Он не имеет близкого человека, с которым мог бы поделиться своими переживаниями. У него нет нормального полового партнера. Он понимает свои проблемы, стыдится их и боится, что о них кто-нибудь узнает. Из-за этого он снова не может найти близкого человека. Он в замкнутом круге. Разочарован в жизни, потерял способность испытывать нормальные человеческие чувства по отношению к людям. Жизнь для него не имеет смысла, она стала длящимся душевным страданием. При этом он несмел, боится боли, боится тех, кто заведомо сильнее его физически. Он замкнут, не имеет друзей даже

по интересам. Может жить и не один, но редко выходит из дома. Социально пассивен, не честолюбив. Либо перебивается случайными заработками, либо имеет постоянную, но не высоко оплачиваемую работу, которую ненавидит (это очевидно для всех, потому что работает он плохо). Постоянно сидит за компьютером и просматривает страницы социальных сетей, хотя свой блог (англ. *blog* — слово, которое, в свою очередь, происходит от *web log* — интернет-дневник) не ведет. В то же время может писать дневник или какие-либо художественные произведения, но прячет эти записи от всех. (Помните, Ломброзо указывал на тягу к написанию сочинений у прирожденных преступников.) При этом считает себя недооцененным и искренне не понимает, почему он должен себя сдерживать в исполнении любых своих желаний. Полагает устройство общества неправильным и несправедливым и не считает, что должен соблюдать принятые правила. К конкретным людям он либо относится безразлично, либо ненавидит. Он думает о том, как совершить свое первое преступление и не быть пойманным. Он лишен естественных социальных тормозов. Он, безусловно, социально опасен.

Можно по аналогичной схеме дать портрет корыстного преступника, хулигана, человека, склонного к сексуальным преступлениям, и т. п. Типичный преступник, как и, строго говоря, типичный человек предскажем.

Криминалисты, как и криминологи, пишут о типичном портрете преступления, опираясь на то общее, что объединяет множество конкретных преступлений. Криминологи тоже говорят о типичном портрете, но не преступления, а преступника. Таким образом, в криминалистике разработана информационная модель типичного преступления конкретного вида или рода, в которой особое место занимает личность преступника. А в криминологии разработана типичная модель личности преступника, в которой особое значение имеют поведенческие аспекты личности, включая способ совершения преступления. Получилось так, что две смежные науки пришли к схожим результатам на основании типичного совершения преступления. Прежде всего это связано со способом совершения преступления. Просто в одном случае речь идет о преступлении, а в другом — о преступнике.

Чезаре Ломброзо более 100 лет назад говорил: «Цивилизация чуть ли не ежедневно создает новые преступления, быть может, менее ужасные, чем прежние, но столь же, если не более, вредные» [12, с. 48].

И что же изменилось с тех пор?

Интеллект зависит не столько от объема, массы мозга и числа его нейронов, сколько от количества их связей (синапсов и аксонов). Если предстоит решение сложной задачи, то мозг может дополнительно вырастить связи, которых нет. При этом важна мотивационная составляющая. Мотив — это внутренний, субъективный смысл поведения [14, с. 27]. Чем больше мотивации, тем быстрее и шире растут связи. Таким образом, не количество нейронов, а число их сетей отличает людей от других живых существ по уровню интеллектуального развития.

В этой связи становится понятно, почему англосаксонская система правосудия, которая в настоящее время доминирует в мире, все чаще прибегает к таким обвинительным формулировкам, как «высокая степень вероятности» (*highly likely*, как выразилась Тереза Мэй, хотя, видимо, более точно следовало бы сказать, *high probability*, если она имела в виду понятие «оставление под подозрением»).

Именно потому используются подобные формулировки, полностью разрушающую одну из основополагающих правовых концепций — презумпцию невиновности, что полной уверенности в виновности человека, даже совершившего преступление, нет. Нет — потому что мы не понимаем побудительных мотивов его поведения. Не понимаем, что, в конечном счете, приводит его к желанию совершить преступление. Или, может быть, мы просто не знаем, сколько преступлений совершили другие, которые не попались в руки полиции?

Американский ученый Френсис Фукуяма размышляет, что принесли человечеству биотехнологии. В частности, он задает вопрос, есть ли связь между: а) IQ и преступностью; б) гомосексуализмом и генами. Результаты проведенных опытов над близнецами показали, что такая связь несомненно присутствует.

Проведенное позже подобное исследование французских ученых, которые ставили опыты на мышах, показало, что наличие аналогичного дефекта в генах, управляющих синтезом моноаминоксидаза, приводило подопытных животных к крайне агрессивному поведению [16].

Несколько лет назад научную общественность взбудоражило выступление британского ученого, заведующего кафедрой криминологии университета штата Пенсильвания (он также был профессором Колумбийского университета) профессора Эдриана Рейна, который в 2011 году на конференции в Вашингтоне заявил, что ненормальная физическая структура мозга может быть причиной преступного поведения у детей.

Его исследования доказывают, что психопаты и преступники имеют относительно небольшие по размерам области мозга, отвечающие за регулирование и контроль эмоций и поведения, это дальевидные тела в височной зоне мозга и префронтальная кора. Кроме того, индикатором возможного противоправного поведения может быть недостаточный страх наказания, который можно измерить у детей еще до того, как проявится их агрессивное поведение.

Натали Фонтейн из университета Индианы вслед за Рейном сообщила, что по ее данным у четырехлетних детей рельефно проявляются такие черты характера, как черствость, бесстрастность, отсутствие чувства вины и эмпатии (поэтому их бесполезно наказывать), что также может привести в будущем к преступному поведению. «Дети с высоким уровнем обеих негативных черт поведения, скорее всего, в возрасте от 7 до 12 лет проявят негативные прогностические результаты, в том числе такие проблемы, как гиперактивность и хаотичность поведения в домашних условиях».

Натали Фонтейн использовала данные исследований о более чем 9 тысячах близнецов, родившихся в

Англии и Уэльсе между 1994 и 1996 годами. Информация о чертах характера была получена у родителей, когда детям было по четыре года. В свою очередь, ее оценка связи бессердечности, безэмоциональности с проблемами поведения детей основывается на опросах учителей, когда так называемым проблемным детям было 7, 9 и 12 лет.

И Натали Фонтейн, и Эдриан Рейн уверены, что раннее выявление проблемных детей может иметь важное значение, чтобы не допустить превращения их в преступников. Они утверждают, что предсказание потенциальных проблем с законом у маленьких детей послужит их исцелению. Если представленные ими результаты подтвердятся, то они готовы предложить специальную программу по выявлению проблемных детей, подобную тем, которые используются при тестировании на наличие некоторых психических заболеваний [17].

Натали Фонтейн говорит: «Если бы мы могли выявить этих детей достаточно рано, мы могли бы помочь им, а также членам их семей». Эдриан Рейн настроен еще более оптимистично. Он полагает, что в случае обнаружения проблемных детей им может быть назначена терапия, которая должна включать как консультации по противодействию врожденным поведенческим проблемам, так и помощь мозгу полиненасыщенными жирными кислотами омега-3 в составе лекарств или специальных продуктов.

Эдриан Рейн признает спорность своих выводов и необычность лечения проблемных детей. Кроме того, он говорит также об этических последствиях лечения, как он это называет — «от преступности детей», причем детей, которые еще не сделали ничего плохого. Но Эдриан Рейн считает, что нельзя игнорировать биологические причины преступности, наличие которых он полагает доказанным. «Мы можем поступить как страусы и засунуть головы в песок, но я считаю, что мы должны продолжить выявление причин преступности как на биологическом и генетическом, так и на социальном уровне», — говорит Эдриан Рейн.

Таким образом, все люди ровно настолько же криминальны, насколько общество их таковыми считает. Они так же криминальны, как и антикриминальны. Часто люди с совершенными моральными установками оказываются на скамье подсудимых точно так-

же, как абсолютно аморальные типы считаются законопослушными гражданами. Более того, психические отклонения чаще порождаются обществом, а криминальные наклонности, оказывается, довольно легко поддаются исправлению. Правда, при одном условии — желании этим заниматься.

В современном мире размываются границы и условности. Размываются границы между физическим и не физическим (люди живут не в реальном мире, а в виртуальном пространстве), между материальным и не материальным, между общим и частным (в юриспруденции все большее число законов содержат в себе нормы публичного и частного права одновременно).

Объяснение криминального поведения сегодня — это процесс переосмысления подходов не только к самой личности преступника, но и к правовым запретительным предписаниям, а главное — подходов к тому, что делать с преступниками и чем они хуже не преступников.

Мы настолько близко подошли к границам проникновения в суть криминального поведения, что стоим на пороге решения не юридических, а морально-этических вопросов. Один из них — насколько нам позволено проникнуть в человека и решать за него его будущую судьбу (в том смысле, что мы, по-видимому, можем снизить риск его противоправного поведения).

Экссессы, которые в исторической перспективе с неизбежностью придут на смену преступлениям, будут представлять собой фрагментарно отклоняющееся поведение с минимальными вредными последствиями, которые будут устраняться социальными и медицинскими методами. При этом медицинское воздействие (в том числе психиатрическое) по значимости будет на первом месте.

Есть два условия, чтобы на смену преступлениям пришли экссессы.

1) человечество к тому моменту не должно уничтожить себя;

2) медицина должна стать совершенно иной, чем сегодня. Я бы ее назвал социальной медициной будущего, но не в смысле доступности и гуманизма, а в смысле комплексного механизма функционирования. Она будет отличаться от современного лечения, как ракета от каменного топора.

Библиографический список

1. Ломброзо Ч. Гениальность и помешательство. Харьков, 1998. 525 с.
2. Волконская Е. К. Методологические подходы к изучению преступников в криминологии // Подготовка кадров для противодействия преступности на современном этапе / под ред. Н. Г. Кадникова и М. Г. Жилкина. М., 2015. 216 с.
3. Карташев В. Н. Психологический механизм юридической деятельности (личностный аспект). Ярославль, 2010. 165 с.
4. Ленин В. И. Государство и революция // Полное собрание сочинений. Т. 33. С. 89–90.
5. Кудрявцев В. Н. Борьба мотивов в преступном поведении. М.: Норма, 2007. 128 с.
6. Ферри Э. // Энциклопедический словарь Брокгауза и Ефрона в 86 т. Т. 82, 4-е, доп. СПб., 1890–1907.
7. Беккария Ч. О преступлениях и наказаниях. М., 1949. 413 с.
8. Кудрявцев В. Н. Борьба мотивов в преступном поведении. М.: Норма, 128 с.
9. Юнг К. Аналитическая психология. М., 1997. 399 с.
10. Видонов Л. Г., Селиванов Н. А. Типовые версии по делам об убийствах. Справочное пособие. Горький. 1981. 56 с.
11. Кристи Н. Борьба с преступностью как индустрия. М., 2001. 208 с.
12. Ломброзо Ч. Преступный человек. М., 2005. 880 с.
13. <https://regnum.ru/news/2369216.html> (дата обращения: 12.02.2018).

14. *Антонян Ю. М.* Мотивация преступного поведения. М., Юрлитинформ. 2018. 368 с.
15. <https://theoryandpractice.ru/posts/15765-order-na-chtenie-mysley-kak-neyrobiologiya-ispolzuetsya-v-sude> (дата обращения: 11.02.2018).
16. <http://alt-future.narod.ru/Future/Fnpb/fukunpb.htm> (дата обращения: 07.02.2018).
17. <http://www.moscowuniversityclub.ru/home.asp?artId=11024> (дата обращения: 12.02.2018).
18. *Sjöberg R. L., Ducci F., Barr C. S., Newman T. K., Dell'osso L., Virkkunen M., Goldman D.* A non-additive interaction of a functional MAO-A VNTR and testosterone predicts antisocial behavior // *Neuropsychopharmacology: official publication of the American College of Neuropsychopharmacology*. 2008. V. 33, No. 2. P. 425–430. DOI: 10.1038/sj.npp.13014.

ПРАВО ФИЗИЧЕСКОГО ЛИЦА НА ВНЕШНИЙ ОБЛИК И ПРАВО НА ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ

Мохов А. А., д. ю. н., профессор,
ФГБОУ ВО «Московский государственный юридический университет
имени О. Е. Кутафина»,
Москва, Российская Федерация,

Мограбян А. С., к. ю. н.,
Волгоградский институт управления — филиал ФГБОУ ВО «Российская академия
народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации»,
Волгоград, Российская Федерация

Аннотация

На основе комплексного анализа прав физического лица на внешний облик и на психическое благополучие, выявлены проблемы правового регулирования в исследуемой области и даны рекомендации по совершенствованию действующего законодательства Российской Федерации. Особое внимание уделено специфике возмещения морального вреда, выраженного в том числе и в нравственных переживаниях физического лица вследствие нарушения его права на неприкосновенность внешнего облика.

Ключевые слова

Неимущественное право, нематериальное благо, внешний облик, психическое здоровье, психическое благополучие, психологическое здоровье, нравственные страдания, моральный вред, психический вред.

INDIVIDUAL RIGHTS TO MENTAL HEALTH AND FREEDOM OF PHYSICAL APPEARANCE IN MODERN SOCIETY

Mokhov A. A., LL. D., Professor,
Kutafin Moscow State Law University,
Moscow, Russian Federation,

Mograbyan A. S., PhD (Law),
Volograd Institute of Management, Branch of the Russian Presidential Academy of National
Economy and Public Administration,
Volograd, Russian Federation

Abstract

In this research, we performed a comprehensive analysis of individual rights to mental well-being and freedom of physical appearance. Issues of legal regulation were identified and concrete recommendations for improving current civil legislation of the Russian Federation were offered. Particular attention is paid to compensating victims for moral harm to them. It includes the emotional distress from reducing their freedom of physical appearance.

Key words

Non-property law, intangible benefits, physical appearance, mental health, mental well-being, psychological health, moral suffering, moral harm, mental harm.

Во все времена существовали определенные «эталон красоты», и часть общества всегда стремилась соответствовать им. С развитием медицинских технологий все более распространенными стали медицинские процедуры по оперативному изменению внешнего облика человека [22, с. 54–67] по его желанию без наличия на то медицинских показаний. В современном обществе на оперативное изменение внешнего облика все чаще решаются люди, не связанные с шоу-бизнесом, а обычные граждане. Стремление к искусственному изменению внешности является следствием недовольства лиц своим внешним обликом и, как правило, обусловлено психологическими и даже психическими расстройствами, нарушениям здоровья человека. При этом население не всегда понимает, что некоторые из так называемых стандартов не что иное, как тиражируемое отклонение, заболевание, закрепленное в международной классификации болезней и нуждающееся в лечении.

В соответствии со ст. 41 Конституции РФ [1] каждый гражданин имеет право на охрану здоровья. Устав (Конституция) Всемирной Организации Здравоохранения гласит: «Здоровье является состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов». Согласно ст. 2 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» [4], здоровье — это «состояние физического, психического и социального благополучия человека, при котором отсутствуют заболевания, а также расстройства функций органов и систем организма». Таким образом, личное неимущественное право на внешний облик физического лица [21] тесно связано с личным неимущественным правом на его психическое здоровье [16, 19].

В ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» в качестве одного из основных принципов охраны здоровья назван приоритет профилактики в этой сфере. В Российской Федерации основным нормативно-правовым актом в области охраны психического здоровья граждан является Закон «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан» [6], однако в нем «не затрагивается сложившаяся концептуальная и организационная основа для предоставления такой помощи» [8, с. 5]. В Своде методических рекомендаций по вопросам политики и оказания услуг в области психического здоровья подчеркивается важное значение компонентов законодательства, регламентирующего деятельность не связанных со здравоохранением секторов, для укрепления психического здоровья и профилактики психических расстройств [8, с. 5]. В этой связи наряду с психическим важное значение приобретает психологическое здоровье, понятие которого впервые было введено в научный оборот И. В. Дубровиной [13, с. 17–21]. По ее мнению, психическое здоровье «имеет отношение к отдельным психическим процессам и механизмам», а психологическое здоровье «относится к личности в целом», тесно взаимосвязано с «высшими проявлениями человеческого духа» и составляет «собственно психологический аспект проблем психического здоровья в отличие от медицинско-

го, социологического, философского и других аспектов» [17].

Так, Б. С. Братусь выделял три уровня здоровья — психофизиологическое, индивидуально-психологическое и личностное, относя первый — к психическому здоровью, а второй и третий — к психологическому [17]. Всемирная Организация Здравоохранения также разграничивает данные понятия, выделяя в качестве одной из детерминант психического здоровья существование особых психологических и личностных факторов, вследствие которых «люди становятся уязвимыми перед психическими расстройствами» [23]. Как видим, понятия «психическое здоровье» и «психологическое здоровье» тесно взаимосвязаны, и гармоничное развитие личности отдельного физического лица является залогом психического и психологического благополучия современного общества в целом.

Как отметила президент Союза охраны психического здоровья Н. В. Треушникова, признаки нарушений в психической деятельности отмечаются у порядка 40% населения России [25, с. 17]. По прогнозам Всемирной Организации Здравоохранения, в первую пятерку заболеваний к 2020 году войдут психические расстройства [25, с. 17]. По мнению М. В. Виноградова, большинство пациентов, обращающихся за медицинской помощью к хирургам, терапевтам, гинекологам, в действительности страдают различными психическими расстройствами и проблемами. По его данным, «по количеству психической патологии Россия занимает третье место в мире», а по многим психическим отклонениям — лидирующее положение [11]. В одном из интервью М. В. Виноградов выразил совершенно справедливое мнение о том, что некоторые передачи «при всей неоспоримой пользе могут развить у людей комплексы... Вопрос привлекательности не в размере, а в обаянии, интеллекте, таланте» [14].

Вместе с тем ни в одном из сборников статистических данных не приводятся сведения о психических нарушениях, связанных с недовольством физического лица своей внешностью, с желанием ее изменить, с негативными (нежелательными) последствиями изменения внешнего облика. Если обратиться к статистике пластических операций, то станет очевиден рост их популярности, о чем свидетельствует увеличение числа пластических хирургов с 500 в 2010–2011 годах до 2000 к 2013 году [12]. «По подсчетам Международного общества эстетической пластической хирургии (ISAPS), в 2015 году в мире было выполнено 9,6 млн пластических операций» [12].

В этой связи интересно исследование А. В. Шувалова, который в качестве одного из типичных отклонений в развитии человеческой субъективности называет «недоразвитие», отмечая склонность таких лиц к «избирательной идеализации людей, выбору лидера или кумира» для подражания из числа, например, популярных публичных персон [26, с. 95–96]. В данном контексте несложно провести параллель с ситуацией, когда в современном обществе многие лица, в основном молодежь, ставят своей целью стать похожими на своего кумира, изменяя форму носа, увеличивая грудь или ягодицы, губы и т. п.

По данным социологического опроса, проведенного в 2011 году среди населения г. Волгограда и г. Волжского Волгоградской области, 90% физически и психически здорового населения имеют субъективные основания «стесняться» своего внешнего вида, а их способность к полноценной жизни «заблокирована» психологическими трудностями, связанными с восприятием собственной внешности. Причем многие из них готовы рисковать, прибегнув к услугам косметологической медицины, и терпеть страдания восстановительного периода, надеясь на кардинальное и быстрое улучшение внешнего облика [21, с. 105].

Неслучайно ряд стран вводит запреты на пропаганду «стандартов красоты». Например, правительство Австралии ввело запрет на пропаганду «неестественной красоты», рекламу косметической хирургии, «ретуширование фотографий для глянцевого журнала, если оно использовано для удлинения ног, корректировки талии или удаления веснушек» [10]. Как верно отметила федеральный министр Австралии по делам молодежи, «внешний вид во многом зависит от здоровья» [10]. Во Франции запрещены детские конкурсы красоты. В свою очередь, в Санкт-Петербурге был одобрен законопроект, вводящий ответственность за проведение конкурсов красоты среди лиц, не достигших возраста 16 лет, поскольку «в процессе участия детей в конкурсах красоты на их неокрепшую психику оказывается сильное психологическое влияние со стороны организаторов и лиц, ответственных за воспитание несовершеннолетних» [18].

На наш взгляд, запрещение рекламы — не выход из сложившейся ситуации. Необходимо внедрять, воспитывать с детства определенные духовные ценности. Как справедливо отметил А. В. Шувалов, «общим принципом психологического здоровья является стремление человека стать и оставаться самим собой, несмотря на перипетии и трудности индивидуальной жизни» [26, с. 90]. Представляется, что для решения проблем, затронутых в исследуемой области, целесообразно совершенствовать образовательный процесс, вводить специальные курсы, повышать грамотность населения.

Действующее законодательство РФ идет пока по пути установления отдельных запретов. Ярким примером тому является ФЗ «О защите детей от информации, причиняющей вред их здоровью и развитию» [5], а также ФЗ «О рекламе» [3], в п. 8, ст. 6 которого установлен запрет рекламы, направленной на «формирование у несовершеннолетних комплекса неполноценности, связанного с их внешней непривлекательностью». Но в эпоху цифровых технологий сложно защитить детей от информации такого рода, в связи с чем наиболее действенным представляется комплексный подход к решению заявленной проблемы.

От рассмотренных выше следует отличать ситуации, когда внешний облик лица действительно оказывает либо может оказать негативное влияние на психическое здоровье человека, его социальную адаптацию. Такое возможно, например, при наличии каких-либо врожденных патологий, которые могут влиять на нормальное функционирование человека в обществе и

являются отклонениями от нормы (например, заячья губа). В данном случае хирургическое вмешательство в целях изменения внешнего облика будет важным составляющим элементом программы реабилитации не только физического, но и психического здоровья таких лиц. Более того, для оказания помощи таким пациентам в некоторых областях здравоохранения утверждены соответствующие медицинские стандарты [7].

Вопрос о праве на психическое здоровье может возникнуть и на этапе, когда пластическая операция уже выполнена, однако вследствие некачественного оказания услуг по изменению внешнего облика физическому лицу причинен моральный вред. В этой связи интересным является мнение А. М. Эрделевского, выделяющего имущественный, органический и психический вред и отождествляющего последний с моральным вредом [27, с. 19–21]. Согласно ст. 151 ГК РФ [2], под моральным вредом понимаются физические или нравственные страдания. Поскольку физические страдания, заключающиеся в переживании физической боли, могут быть вызваны посягательством на внешний облик, последствием покушения на него, а также нарушения права на внешний облик являются нравственные страдания, заключающиеся в испытываемых человеком чувствах стеснения, беспокойства, беспомощности, стыда, разочарования, иных дискомфортных состояниях психики (эмоциональных состояниях) [21, с. 154–155]. Суть содержания морального вреда заключается в том, что действия причинителя вреда обязательно должны найти отражение в сознании потерпевшего, вызвать определенную психическую реакцию, как правило, негативную [20, с. 28]. Относительно нравственных страданий следует отметить и тот факт, что степень и глубина подобных отрицательных эмоций напрямую зависят от индивидуальных особенностей психики, уровня развития интеллекта, самооценки потерпевшего. К праву на неприкосновенность внешнего облика это имеет непосредственное отношение.

Показательным является иск матери ученика одной из школ в Чебоксарах (учитель остриг длинные пряди волос с его затылка), в результате рассмотрения которого суд взыскал компенсацию морального вреда со школы. Как отметил юрист Д. Федоров, в данном случае имеет место посягательство на человеческое достоинство мальчика, которое выразилось в насильственном изменении его облика. «К тому же несовершеннолетний более уязвим и менее защищен от внутренних и внешних воздействий. В этом одно из отличий психики и физиологии ребенка от взрослого. Поэтому вред, причиненный несовершеннолетнему, будет несоизмеримо больше, чем если бы он был причинен взрослому человеку» [15].

В Постановлении Пленума Верховного Суда РФ № 10 от 20 декабря 1994 года «Некоторые вопросы применения законодательства о компенсации морального вреда» разъясняется, что «моральный вред, в частности, может заключаться в нравственных переживаниях в связи с утратой родственников, невозможностью продолжать активную общественную жизнь, потерей работы, раскрытием семейной,

врачебной тайны, распространением не соответствующих действительности сведений, порочащих честь, достоинство или деловую репутацию гражданина, временным ограничением или лишением каких-либо прав, физической болью, связанной с причиненным увечьем, иным повреждением здоровья либо в связи с заболеванием, перенесенным в результате нравственных страданий, и др.» [9]. Вместе с тем в данном Постановлении прямо не упоминается о нравственных переживаниях в связи с нарушением права физического лица на внешний облик, которые могут повлечь за собой различные психологические переживания и даже психические заболевания. Такие случаи имеются. Так, в Таиланде девушка, пройдя комплекс мероприятий по оперативному изменению своего внешнего облика, впала в глубокую депрессию, покончив жизнь самоубийством [24]. Кроме того, посягательство на психическое здоровье может быть следствием иного нарушения права физического лица на внешний облик, связанного, например, с незаконным использованием изображения, предъявлением неправомерных требований к внешнему облику различными организациями [21, с. 84–85].

Статьей 151 ГК РФ предусмотрена возможность денежной компенсации морального вреда в случае посягательства на принадлежащие гражданину нематериальные блага. В соответствии с ч. 2, ст. 151 ГК РФ, определяя размер компенсации морального вреда, суд помимо степени вины нарушителя и иных заслуживающих внимания обстоятельств должен учитывать степень физических и нравственных страданий, связанных с индивидуальными особенностями лица, которому причинен вред. Законодатель обоснованно предписывает судам (ст. 151, 1101 ГК РФ) при определении размера компенсации морального вреда учитывать индивидуальные особенности потерпевшего. Вместе с тем представляется, что суду необходимо учитывать и психологические особенности данного лица, в связи с чем предлагаем дополнить ст. 151 ГК РФ положением об учете при определении размеров компенсации морального вреда психологических особенностей лица, которому причинен вред вследствие посягательства на его личные неимущественные права, а также последствий нарушения его права на психическое здоровье, возникшего в результате причинения такого вреда.

Библиографический список

1. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993) (с учетом поправок, внесенных Законами РФ о поправках к Конституции РФ от 30.12.2008 № 6-ФКЗ, от 30.12.2008 № 7-ФКЗ, от 05.02.2014 № 2-ФКЗ, от 21.07.2014 № 11-ФКЗ) // Собрание законодательства РФ. 2014. 4 авг. № 31. Ст. 4398.
2. Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая) от 30.11.1994 № 51-ФЗ // Собрание законодательства РФ. 1994. 5 дек. № 32. Ст. 3301.
3. Федеральный закон от 13.03.2006 № 38-ФЗ (ред. от 31.12.2017) «О рекламе» // Собрание законодательства РФ. 2006. 20 марта. № 12. Ст. 1232.
4. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 07.03.2018) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ. 2011. 28 нояб. № 48. Ст. 6724.
5. Федеральный закон от 29.12.2010 № 436-ФЗ (ред. от 01.05.2017) «О защите детей от информации, причиняющей вред их здоровью и развитию» // Собрание законодательства РФ. 2011. 3 янв. № 1. Ст. 48.
6. Закон РФ от 02.07.1992 № 3185-1 (ред. от 03.07.2016) «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2017) // Ведомости СНД и ВС РФ. 1992. 20 авг. № 33. Ст. 1913.
7. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 13.01.2006 № 16 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с расщелиной неба, расщелиной губы, расщелиной неба и губы» [Электронный ресурс] // СПС «Консультант Плюс». (Документ опубликован не был.)
8. Законодательство в области психического здоровья и прав человека (Свод методических рекомендаций по вопросам политики и оказания услуг в области психического здоровья). Всемирная Организация Здравоохранения. 2006. 50 с. Источник: Mental health legislation and human rights. Geneva, World Health Organization, 2003 (Mental Health Policy and Service Guidance Package). URL: http://www.who.int/mental_health/policy/MH%20Legislation%20and%20Human%20Rights_ru.pdf (дата обращения: 24.03.2018).
9. Постановление Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 20.12.1994 № 10 (ред. от 06.02.2007) «Некоторые вопросы применения законодательства о компенсации морального вреда» // Российская газета. 1995. 8 февр. № 29.
10. Австралия меняет эталоны красоты // Примпгода. Новости. 2010. 1 июля. URL: https://primpogoda.ru/news/chelovecheskij_faktor/avstraliya (дата обращения: 24.03.2018).
11. Афанасьева Н. Психическому здоровью россиян мешают стрессы и предрассудки [Электронный ресурс] // Сетевое издание РИА Новости. 2012. 10 окт. URL: <https://ria.ru/analytics/20121010/770731674.html> (дата обращения: 23.03.2018).
12. В 2015 году в мире было сделано 9,6 млн пластических операций [Электронный ресурс] URL: <https://vademec.ru/news/2016/07/26/v-2015-godu-v-mire-bylo-sdelano-9-6-mln-plasticheskikh-operatsiy/> (дата обращения: 25.03.2018).
13. Дубровина И. В. Психическое и психологическое здоровье в контексте психологической культуры личности // Вестник практической психологии образования. 2009. № 3. С. 17–21.
14. Егиазарова И. Психиатр Михаил Виноградов ставит диагнозы звездам российского шоу-бизнеса: интервью А. Ульченко с М. В. Виноградовым. 2012. 6 июля. URL: https://www.vokrug.tv/article/show/psihiatr_vinogradov_vynosit_diagnozu_zvezdam_gossiiskogo_shou-biznesa_35081/ (дата обращения: 23.03.2018).
15. Из-за стрижки «под Диму Билана» в Чувашии разгорелся скандал стоимостью в 48,5 тыс. рублей [Электронный ресурс]. Электрон. текстовые дан. 2008. 1 окт. URL: <http://www.amic.ru/news/93045> (дата обращения: 27.12.2010).

16. Курбанов М. А. Гражданско-правовое регулирование и защита права граждан на психическое здоровье: дисс. ... канд. юрид. наук. М., 2006. 182 с.
17. Лифинцева А. А. О соотношении понятий «психическое здоровье» и «психологическое здоровье» в отечественных и зарубежных исследованиях // URL: <http://www.phil.gu.se/sifp/reports2/16.%20Lifintseva.pdf> (дата обращения: 24.03.2018).
18. Лутченкова А. Депутаты могут запретить детские конкурсы красоты в Петербурге [Электронный ресурс] // Metro International. 2014. 1 янв. URL: <https://www.metronews.ru/novosti/peterbourg/reviews/deputaty-mogut-zapretit-detskie-konkursy-krasoty-v-peterburge-1139091/> (дата обращения: 24.03.2018).
19. Малеина М. Н. Личные неимущественные права граждан: понятие, осуществление и защита: дисс. ... д-ра юрид. наук. М., 1997. 431 с.
20. Марченко С. В. Компенсация морального вреда в Российской Федерации // Адвокатская практика. 2002. № 6. С. 28.
21. Мозрабян А. С. Право физического лица на неприкосновенность внешнего облика: дисс. ... канд. юрид. наук. Волгоград. 2011. 200 с.
22. Мохов А. А. Правовое регулирование медицинских вмешательств, направленных на изменение внешнего облика пациентов // Правовые вопросы в здравоохранении. 2012. № 10. С. 54–67.
23. Психическое здоровье [Электронный ресурс] // Информационный бюллетень Всемирной Организации Здравоохранения. 2016. Апрель. URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/ru/> (дата обращения: 24.03.2018).
24. Разочарование результатами пластики стало страшнее, чем смерть. URL: http://www.levin-foto.ru/novosti_plasticheskoy_hirurgii/gazocharovanie_rezultatami_plastiki_stalo_strashnee__chem_smert.html (дата обращения: 25.03.2018).
25. Треушников Н. В. Охрана психического здоровья: современные вызовы // Кто есть Кто в медицине. 2017. № 3 (86). С. 14–17.
26. Шувалов А. В. Психологическое здоровье человека. // Вестник ПСТГУ IV: Педагогика. Психология. 2009. Вып. 4 (15). С. 87–101.
27. Эрделевский А. М. Моральный вред: соотношение с другими видами вреда // Российская юстиция. 1998. № 6. С. 19–21.

ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ В ЕВРОПЕЙСКОМ СОЮЗЕ И РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Пазына Е. О., к. ю. н., доцент кафедры международного права,
ФГБОУ ВО «Саратовская государственная юридическая академия»,
Саратов, Российская Федерация

Аннотация

Проанализированы организационные и правовые инструменты охраны психического здоровья на рабочем месте в Европейском Союзе и России. Исследован ряд стратегий, программ и инициатив, призванных снизить значительные экономические потери, обусловленные психическими расстройствами. Отмечена возможность использования европейского опыта охраны психического здоровья в России.

Ключевые слова

Европейский Союз, ФРГ, Великобритания, Россия, охрана психического здоровья на рабочем месте, психические расстройства, Европейский пакт о психическом здоровье и благополучии.

LEGAL BASIS OF MENTAL HEALTH IN WORKPLACE SETTINGS IN THE EUROPEAN UNION AND THE RUSSIAN FEDERATION

Pazyuna E. O., PhD (Law), Associate Professor,
Department of International Law,
Saratov State Academy of Law,
Saratov, Russian Federation

Abstract

This article analyzes organizational and legal tools for protecting mental health in European and Russian workplaces. The author investigates a number of strategies, programs and initiatives developed to reduce significant economic losses caused by mental disorders. It is noted that European mental health strategies can be adopted in Russia.

Key words

The European Union, Germany, the United Kingdom, Russia, mental health in the workplace setting, mental disorders, European pact for mental health and well-being.

Трудоспособность и здоровье населения служат залогом успешного развития государств или их объединений. Важной задачей здравоохранения является поддержание не только физического, но и психического благополучия человека. Ускорение темпа жизни, увеличение информационной нагрузки и другие негативные факторы, с которыми ежедневно сталкиваются люди, к сожалению, часто приводят к проблемам в сфере психического здоровья.

На основании проведенных исследований Всемирная Организация Здравоохранения в 2017 году сделала вывод, что ущерб глобальной экономике от снижения производительности труда, обусловленного депрессиями и тревожными расстройствами, ежегодно составляет 1 трлн долл. США. Общее количество людей в мире, страдающих от них, превышает 300 млн человек. При этом отмечается очень высокая экономическая отдача от развития и внедрения на предприятиях стратегий по охране психического здоровья. Каждый доллар США, вложенный в расширение доступа к услугам по соответствующему лечению, приносит прибыль в 4 доллара США вследствие увеличения уровня здоровья и производительности труда¹.

Согласно данным зарубежных исследований около 165 млн человек, живущих в Европейском Союзе (далее — Евросоюз, ЕС), ежегодно страдают тем или иным видом психических расстройств [3]. По состоянию на 2016 год ежегодный экономический ущерб от них для 28 государств — членов Евросоюза превышает 450 млрд евро². Это значение примерно в 3 раза превышает размер наднационального бюджета ЕС.

Договор о функционировании Европейского Союза наделил данное интеграционное образование весьма ограниченными полномочиями в области здравоохранения, отнеся его в сферу совместной компетенции с государствами-членами. В соответствии с ним соответствующая деятельность Евросоюза должна дополнять национальную политику и быть направлена против главных угроз для здоровья³. В XXI веке на уровне ЕС был разработан и внедрен целый ряд организационно-правовых инструментов, призванных укрепить психическое здоровье его населения, в том числе на рабочем месте, и снизить тем самым соответствующие экономические потери.

Одной из значимых инициатив, разработанных на наднациональном уровне, стала Зеленая книга Евро-

пейской комиссии от 14 октября 2005 года «Улучшение психического здоровья населения. Разработка стратегии в области психического здоровья для Европейского Союза». Приведенные в ней данные свидетельствуют о том, что свыше 27% взрослого населения ЕС ежегодно страдают от психических заболеваний ежегодно. Уровень смертности от суицидов (около 58 000 человек в год) выше, чем от убийств, авткатастроф, а также ВИЧ/СПИДА. Экономические потери, обусловленные психическими заболеваниями, которые приводят к утрате трудоспособности и досрочному выходу на пенсию, составляют 3–4% совокупного валового внутреннего продукта (ВВП) ЕС. При этом доля средств, выделяемых для решения указанных проблем из общего размера средств, идущих на здравоохранение, значительно различалась в зависимости от государства-члена. Если для Люксембурга в 2004 году она составила около 14%, для Великобритании — 12%, для ФРГ — 10%, то для Словении — всего 2%⁴.

Принятие на конференции высокого уровня Евросоюза в июне 2008 года Европейского пакта о психическом здоровье и благополучии (далее — Пакт) ознаменовало переход интеграционного образования к новой стратегии по охране психического здоровья его населения. Ее магистральными линиями стали пять приоритетных направлений, в рамках которых осуществляется консолидация усилий на наднациональном и национальном уровнях: во-первых, это профилактика депрессии и суицида; во-вторых, психическое здоровье молодежи и образование; в-третьих, психическое здоровье на рабочем месте; в-четвертых, психическое здоровье пожилых людей; в-пятых, борьба со стигмой и социальной изоляцией⁵.

Охрана психического здоровья подразумевает эффективное сочетание трех компонентов: профилактики заболеваний, их лечения и реабилитации с последующей наиболее возможной реинтеграцией в общество соответствующих лиц. В данной статье представляется целесообразным остановиться на третьем и пятом направлениях Пакта, указанного выше.

Направление «Психическое здоровье на рабочем месте» подразумевает выполнение комплекса мер, целью которых является⁶:

— улучшение организации работы, организационной культуры и практики лидерства в целях содей-

¹ВОЗ. Психическое здоровье на рабочем месте. Информационный листок. Октябрь 2017 г. URL: http://www.who.int/mental_health/in_the_workplace/ru/ (дата обращения: 07.04.2018).

²European Framework for Action on Mental Health and Wellbeing / EU Joint Action on Mental Health and Wellbeing: Final Conference—Brussels, 21–22 January 2016. URL: http://mkt.newsletter-leading.net/recursos/07b2fc743cf9758aa2fce08fe011f451/Image/files/Framework_for_action.pdf (дата обращения: 23.03.2018).

³Arts. 4, 168 (1, 7) Consolidated version of the Treaty on the Functioning of the European Union // OJ C 326, 26/10/2012. P. 47–199.

⁴Green Paper — Improving the mental health of the population. Towards a strategy on mental health for the European Union COM(2005) 484 final / Commission of the European Communities. — Brussels, 14.10.2005. 25 p.

⁵European pact for mental health and well-being established by the EU high-level conference “Together for Mental Health and Well-Being” held in Brussels on 13 June 2008. URL: http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/mhpact_en.pdf (дата обращения: 12.03.2018).

⁶Ibid.

ствия психическому благополучию на работе, в том числе сбалансированному сочетанию работы и семейной жизни;

- обеспечение выполнения программ психического здоровья и благополучия и программ оценки и предотвращения рисков в ситуациях, которые могут вызвать неблагоприятные последствия для психического здоровья работников (стресс, оскорбительное поведение, например, насилие или домогательство на работе, алкоголь, наркотики), а также программ раннего вмешательства на рабочих местах;

- обеспечение мер по поддержке принятия на работу, сохранения рабочего места или реабилитации и возвращения к работе лиц с психическими проблемами или расстройствами.

В рамках направления «Борьба со стигмой и социальной изоляцией» предусмотрены⁷:

- поддержка кампаний и мероприятий против стигмы в СМИ, школах и на рабочих местах в целях содействия интеграции людей с психическими расстройствами;

- развитие служб охраны психического здоровья, хорошо интегрированных в общество, главным приоритетом которых является человек, и использующих методы работы, помогающие избежать стигматизации и изоляции;

- содействие активному включению людей с проблемами психического здоровья в общество, в том числе облегчение их доступа к соответствующим трудоустройству, профессиональной подготовке и образовательным возможностям;

- привлечение людей с проблемами психического здоровья и членов их семей, а также лиц, осуществляющих уход за ними, к участию в разработке соответствующих политик и процессе принятия решений.

В марте 2009 года в ходе заседания постоянного комитета европейских врачей в Праге был принят документ «Психическое здоровье на рабочем месте: здоровье и работоспособность». В соответствии со статистическими данными, приведенными в нем, в Великобритании доля компенсации нетрудоспособности, обусловленной психическими расстройствами, составляет 40% общего объема данных затрат; в Нидерландах психологические проблемы являются причинами 35% невыходов на работу; сходные проблемы существуют в Австрии; в ФРГ в 2003 году проблемы в области психического здоровья стали причиной раннего ухода на пенсию, понизив соответствующий возраст до 48 лет. Эти негативные факторы вызывают значитель-

ные финансовые потери, размер которых составляет в среднем 3–5% их оборота, а в некоторых случаях — 10%. Указанный комитет отмечает, что решение проблем в сфере психического здоровья требует учета целого комплекса факторов и интересов различных сторон: во-первых, работа должна рассматриваться как основная часть качества жизни и благосостояния; во-вторых, необходима заинтересованность властных структур в части соответствующего социального обеспечения; в-третьих, заинтересованность работодателей, обусловленная борьбой с потерей продуктивности; в-четвертых, потребность работников в повышении уверенности в себе и качества жизни; в-пятых, борьба со стигмой и социальной изоляцией⁸.

Таким образом, улучшение психического здоровья на рабочем месте требует проведение работы как на уровне индивидуумов, так и всей организации. Она должна стать частью корпоративной политики компании. Ее эффективности призваны способствовать партнерство и диалог профсоюзов и работодателей, обеспечение надлежащей защиты персональных данных работников, меры по поддержке малого и среднего предпринимательства. В создании комфортной психологической обстановки на рабочем месте важную роль играют также развитие и внедрение программ раннего вмешательства и реабилитации в совокупности с необходимыми профилактическими мероприятиями. Для реализации указанных мер требуется специальный персонал, включающий как врачей и медсестер, так и штатных экспертов и психологов⁹.

Значительное внимание, уделяемое в ФРГ и Великобритании проблемам в сфере психического здоровья, позволило вывести данные государства — члены ЕС на лидирующие позиции в данной сфере¹⁰. В данных странах были разработаны и внедрены ряд инициатив и программ в сфере обеспечения психического здоровья на рабочем месте, которые представляется целесообразным рассмотреть подробнее.

При поддержке Федерального министерства труда и социальных вопросов и Федерального министерства здравоохранения с 2001 года функционирует «Немецкая сеть по укреплению здоровья на рабочем месте» (“German Network for Workplace Health Promotion”), занимающаяся координацией политик в данной сфере на национальном уровне¹¹.

Для того чтобы обязать работодателей разработать стратегию возвращения к работе сотрудников, отсутствующих более 6 недель, в 2004 году в Германии была создана программа «Управление интеграцией» (“Betriebliches Eingliederungsmanagement”)¹².

⁷Ibid.

⁸Standing Committee of European Doctors (CPME) position paper “Mental Health in workplace settings. Fit and healthy at work” (CPME 2009/024 final EN/Fr). URL: http://cpme.dyndns.org:591/adopted/2009/CPME_AD_Brd_140309_024_final_en.pdf (дата обращения: 20.03.2018).

⁹Ibid.

¹⁰Mental health and integration. Provision for supporting people with mental illness: A comparison of 30 European countries. A report from The Economist Intelligence Unit. URL: http://mentalhealthintegration.com/media/whitepaper/EIU-Janssen_Mental_Health.pdf (дата обращения: 27.03.2018).

¹¹Сайт Немецкой сети по укреплению здоровья на рабочем месте. URL: <http://www.dnbgf.de> (дата обращения: 03.03.2018).

¹²О реализации приоритетного направления «Психическое здоровье на рабочем месте» в ФРГ, если не указан иной источник, Mental Health Briefing Sheets. Facts and Activities in Member States. Germany. URL: http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/docs/germany.pdf (дата обращения: 27.03.2018).

Проект «Инициатива новое качество работы» («INQA – Initiative New Quality of Work») был создан совместными усилиями Федерального правительства, Федеральных земель, организаций социального страхования, социальных партнеров, фондов Бертельсманна (Bertelsmann foundation) и Ганса–Боклера (Hans–Böckler foundation) и частного сектора. Целью данного проекта является сочетание ожиданий работников относительно здоровых и удовлетворительных условий труда с необходимостью быть конкурентоспособными в современной экономике. Основная идея: «действуя вместе – с личной ответственностью». Целью является также повышение общественного осознания требований завтрашнего мира работы и того, как работа может быть согласована с личными целями. Даже в период структурных изменений в экономике при наличии серьезных проблем на рынке труда вопросы количества и качества работы остаются неразделимы. В рамках отдельных секторов участвующие в проекте партнеры разрабатывают и реализуют концепции по улучшению рабочей ситуации. Проект способствует распространению примеров успешных практик компаний, которые уже ввели модели инновационной охраны здоровья и безопасности на работе. Для этого была создана сеть компаний (Демографическая сеть – the Demography Network – DDN). Психическое здоровье является важным компонентом указанного проекта, включающим большое разнообразие моделей передовой практики, представленных на его веб-сайте (www.inqa.de).

В рамках направления «Психическое здоровье на рабочем месте» Пакта¹³ Правительство Великобритании с 2005 года применяет стратегию работы и благополучия для людей трудоспособного возраста «Здоровье, работа и благополучие – заботясь о нашем будущем». Ее реализация обеспечила высокий уровень интеграции служб занятости и соответствующих медицинских служб. Органы здравоохранения, осознавая важность занятости для поддержания психического здоровья, делают ее частью планов лечения во всех возможных случаях. Изменения, внедренные в порядок работы Национальной службы здравоохранения в последнее время, обеспечили включение в него компонента трудоустройства людей, страдающих как хроническими, так и психическими заболеваниями. Более того, выделение целевого финансирования позволило встроить службу занятости в систему здравоохранения¹⁴.

Одной из последних инициатив по дальнейшей реализации данной стратегии стало проведение исследования «Психологическое благополучие и работа: улучшение предоставления услуг и результа-

тов» (Psychological Wellbeing and Work: Improving Service Provision and Outcomes), выполненного группой ученых из европейского подразделения некоммерческой исследовательской организации РЭНД Европа (RAND – Research and Development – «Исследования и разработка») при поддержке Министерства труда и пенсионного обеспечения и Министерства здравоохранения Великобритании. Оно содержит ряд рекомендаций, включая:

- использование моделей на основе фактических данных для оказания услуг, сочетающих трудоустройство и поддержку в области психического здоровья;
- более тесную интеграцию между существующими методиками лечения и службами занятости для улучшения результатов в данных областях;
- применение новых моделей, основанных на фактических данных, или комбинированных подходов;
- обеспечение своевременного доступа к скоординированным мерам по лечению и поддержке трудоустройства для большего числа людей с общими проблемами психического здоровья [2]¹⁵.

В настоящее время Правительство Великобритании рассматривает указанные предложения для улучшения поддержки людей с общими проблемами психического здоровья и улучшения интеграции между службами занятости и медицинского обслуживания. Его соответствующие меры направлены на:

- развитие взаимосвязей между психологической терапией и поддержкой занятости;
- усиление поддержки оставшихся без работы с целью повышения их устойчивости;
- обеспечение доступа к системе оценивания работы и благополучия онлайн, по телефону и при личной встрече¹⁶.

Кроме того, с июня по декабрь 2014 года в четырех регионах Великобритании был запущен пилотный проект по психологическому благополучию и профессиональной пригодности, который обеспечил предоставление интегрированной профессиональной поддержки, основанной на применении Модели индивидуального размещения и поддержки (Individual Placement and Support (IPS) model) в Программе повышения доступности психологического лечения (Increasing Access to Psychological Therapies (IAPT) programme). Целью проекта было оказание помощи лицам с психическими заболеваниями, получающим пособие по безработице, в поиске оплачиваемой работы. Для участия в проекте было направлено 413 людей, 173 из которых отказались воспользоваться его возможностями. Таким образом, проект охватил 240 человек и был признан успешным. Для его дальнейшего развития предусмотрено финансирование в

¹³О реализации приоритетного направления «Психическое здоровье на рабочем месте» в Великобритании, если не указан иной источник, Mental Health Briefing. Sheets Facts and Activities in Member States. The United Kingdom. URL: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/UK.pdf (дата обращения: 14.03.2018).

¹⁴Mental Health and Work: United Kingdom / Mental Health and Work, OECD. Paris: OECD Publishing, 2014. P. 13–14; Health, work and well-being – Caring for our future. A strategy for the health and well-being of working age people. URL: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/209570/health-and-wellbeing.pdf (дата обращения: 04.03.2018).

¹⁵Psychological wellbeing and work: improving service provision and outcomes. Policy paper. URL: <https://www.gov.uk/government/publications/psychological-wellbeing-and-work-improving-service-provision-and-outcomes> (дата обращения: 10.03.2018).

¹⁶Ibid.

размере 12 млн фунтов стерлингов (по 6 млн фунтов стерлингов из средств Министерства по делам общин и местного самоуправления и соответствующего финансирования пилотных регионов). Финансирование основывается также на сумме в 3 млн фунтов стерлингов, выделенных ранее в 2014 году Министерством здравоохранения и Министерством труда и пенсионного обеспечения. Эти меры позволяют оказать помощь 5 000 людям [1]¹⁷.

Обозначенное в Европейском пакте 2008 года направление, посвященное психическому здоровью на рабочем месте, к сожалению, не получило в нашей стране столь пристального внимания со стороны государства, как в упомянутых выше членах Евросоюза. В частности, отсутствуют специальные государственные стратегии или программы в данной сфере. Соответствующие вопросы затрагиваются в нормативных актах и документах, посвященных оказанию психиатрической помощи или здравоохранению в целом. В соответствии с данными, которые приводит Федеральная служба государственной статистики, психические расстройства и расстройства поведения в 2016 году составили лишь 0,6% общего количества причин временной нетрудоспособности по заболеваниям (119 279 случаев из 19 531 542), по числу дней временной трудоспособности их доля составила около 1% (2 694 366 дней из 263 617 688). При этом в последние годы данные показатели поступательно снижаются¹⁸. Приведенные статистические данные значительно отличаются от показателей в государствах Евросоюза, упомянутых выше. Одной из причин такого расхождения может являться нежелание жителей России обращаться за квалифицированной помощью из-за страха стигматизации. Это в результате может только усугубить соответствующие заболевания, увеличив негативное воздействие от них как на индивида, так и на экономику страны.

Закон Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» закрепляет ряд гарантий на государственном уровне, в том числе: оказание психиатрической помощи, проведение медицинских экспертиз, социально-бытовая помощь и содействие в трудоустройстве лиц, страдающих психическими расстройствами, получение образования инвалидами и несовершеннолетними, страдающими психическими расстройствами и т. д.¹⁹

Важная роль в здоровье трудящегося, в том числе психическом, отводится в России формированию

здорового образа жизни (ЗОЖ). Общие положения формирования последнего в нашей стране закреплены в госпрограмме «Развитие здравоохранения»²⁰.

Таким образом, основная нагрузка по созданию благоприятного психического климата на рабочем месте ложится на руководителей предприятий. Их активная позиция по данному вопросу напрямую влияет на психическое здоровье сотрудников. Примерами корпоративных проектов в сфере ЗОЖ, предусматривающих мероприятия, направленные на помощь в стрессовых ситуациях на рабочем месте и способствующие их профилактике (например, бесплатные посещения спортзалов, спортивные соревнования, конкурсы, пропаганда отказа от курения и т. д.), служат инициативы, приведенные ниже.

Комплексный проект «Бизнес и здоровье общества», стартовавший в 2006 году, объединяющий Российское партнерство по развитию ответственного бизнеса, Всемирный банк, Оксфордский альянс по охране здоровья, Российский союз промышленников и предпринимателей, а также компании ТНК-ВР, «Сурал», «Нестле», «Пфайзер», «Филиппс», направлен на профилактику заболеваний и формирование здорового образа жизни сотрудников и членов их семей²¹.

В отчете «Рекомендации по совершенствованию политики формирования здорового образа жизни для предупреждения неинфекционных заболеваний» перечислены проекты, представленные на конкурс «Здоровая Россия» в 2010–2012 гг. в номинации «Лучший корпоративный проект»²². Среди них — проект «Здоровый образ жизни — гарантия будущего», проводимый в МБУЗ «Городская клиническая больница № 1» (г. Чебоксары) с 2007 года, в рамках которого была организована рассылка смс-сообщений с полезными советами сотрудникам учреждения, а также налажено оказание психологической помощи в стрессовых ситуациях»²³.

На основании вышеизложенного представляется целесообразным сделать ряд выводов.

Во-первых, проблемы в сфере психического здоровья на рабочем месте, являясь в настоящее время причиной значительной доли невыходов на работу, снижения работоспособности и раннего ухода на пенсию, приводят к существенному ущербу для экономики.

Во-вторых, эффективное решение указанных проблем в нашей стране требует консолидации усилий, как на уровне государства, так и на уровне

¹⁷Helping people with mental health problems find work. Independent report. URL: <https://www.gov.uk/government/publications/helping-people-with-mental-health-problems-find-work> (дата обращения: 10.03.2018); £12 million to help people with mental health problems get back into work. Press release. URL: <https://www.gov.uk/government/news/12-million-to-help-people-with-mental-health-problems-get-back-into-work> (дата обращения: 10.03.2018).

¹⁸Здравоохранение в России. 2017: Стат. сб. / Росстат. М., 2017. С. 31.

¹⁹Ст. 16 Закона РФ от 02.07.1992 № 3185-1 (ред. от 23.05.2016) «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» // Ведомости СНД и ВС РФ, 20.08.1992, № 33, ст. 1913.

²⁰Постановление Правительства РФ от 15.04.2014 № 294 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации „Развитие здравоохранения“» // Собрание законодательства РФ, 28.04.2014, № 17, ст. 2057.

²¹Заключительный отчет «Рекомендации по совершенствованию политики формирования здорового образа жизни для предупреждения неинфекционных заболеваний» С. 202–203. URL: <http://media.rssp.ru/document/1/9/0/901953350696c45c324466abad76bbe4.pdf> (дата обращения: 14.03.2018).

²²Там же. С. 203.

²³Там же. С. 205.

организаций, включая разработку межведомственных специальных стратегий и программ, обеспечение продуктивного взаимодействия Министерства здравоохранения РФ и Министерства труда и социальной защиты РФ и подведомственных им служб; выделение государственного финансирования; включение соответствующих положений в корпоративную политику

компаний, проведение соответствующих профилактических мероприятий с привлечением квалифицированного персонала.

В-третьих, успешный опыт Евросоюза может быть учтен в России при разработке политик, программ и мероприятий в сфере охраны психического здоровья на рабочем месте.

Библиографический список

1. *Steadman K., Thomas R.* An Evaluation of the 'IPS in IAPT' Psychological Wellbeing and Work Feasibility pilot / The Work Foundation (this report was commissioned by the Department of Health in partnership with the Department for Work and Pensions), March 2015. URL: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/415177/IPS_in_IAPT_Report.pdf (дата обращения: 10.03.2018).
2. *Stolk C., Hofman J., Hafner M., Janta B.* Psychological Wellbeing and Work: Improving Service Provision and Outcomes / RAND Europe, Department for Work and Pensions, Department of Health, January 2014. URL: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/273433/psychological-wellbeing-and-work.pdf (дата обращения: 10.03.2018).
3. *Trautmann S., Rehm J., Wittchen H.* The economic costs of mental disorders: Do our societies react appropriately to the burden of mental disorders? *EMBO Reports*. 2016. V. 17 (9). P. 1245–1249. DOI: 10.15252/embr.201642951.

ОБРАЗОВАНИЕ В СФЕРЕ МУЗЫКАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

EDUCATION IN MUSIC THERAPY

MUSIC THERAPY AS AN INTEGRATED METHOD OF PSYCHO-EMOTIONAL AND COGNITIVE SUPPORT IN MULTIDISCIPLINARY ALS CARE

Apreleva A., MT-BC, NMT, PhD, Researcher at Anglia Ruskin University,
Cambridge, UK

Abstract

Multidisciplinary team approach is recommended to manage the complex, constantly changing psychological and physical needs of people with amyotrophic lateral sclerosis. Music therapy, as an integrated treatment modality, carries potential for supportive rehabilitation of persons with ALS. Scientific and clinical evidence validate inclusion of a music therapist into multidisciplinary ALS care starting early in the disease course.

Key words

ALS, FTD, MDT, music therapy, rehabilitation, neurology.

Non-motor symptoms in ALS. Amyotrophic lateral sclerosis (ALS) is a group of rapidly progressive fatal neurological diseases involving the brain and spinal cord. ALS affects over 400,000 of the world's population and kills over 100,000 every year. At least 90% of ALS cases are considered sporadic, which means the disease seems to occur at random with no clearly associated risk factors and no family history of the disease [1]. Clinical presentation of ALS is phenotypically heterogeneous and depends on the type of onset: limb onset is the most common and the first symptoms include compromised gait and manual dexterity; bulbar-onset ALS patients first experience the symptoms in head and neck region such as slurred speech or difficulty swallowing; there are also rare truncal-abdominal (axial) and respiratory onsets.

Whilst in the past ALS was considered distinctly a disorder of the motor system, current evidence suggests that some cognitive (ALSci) or behavioral (ALSbi) impairment occurs in up to 50% of cases, and co-morbid dementia (ALS-FTD) occurs in approximately 14% of patients with a new diagnosis of ALS [2]. The notion that "pure" ALS and "pure" FTD may present two extremes of one disease continuum [3] is reinforced by identification of transactive response DNA-binding protein 43 (TDP-43) as a major pathological substrate underlying both diseases [4]. ALSci and ALS-FTD patients are more severely impaired in executive function, attention, language and memory than the cognitively intact ALS patients. ALS patients with frontotemporal syndrome also had shorter survival times than those without cognitive or behavioral impairment [5]. Cog-

nitive impairment has a potential to influence the treatment and equipment needs of persons with ALS (PALS) and to impede their safety and medical decision making; emotional perception deficits may lead to impaired relationship with caregivers [6]. Lack of motivation was found to be one most prominent behavioral change in PALS, and disinhibition and impulsivity were found to be particularly stressful for caregivers of people with ALS (CALs) [7]. Emotional lability (pseudobulbar affect), a symptom frequently correlated with bulbar involvement in ALS, may also be confusing and disruptive, especially when communicating with those who are not aware of the nature of the problem [8].

Although there is no consensus regarding the real morbidity of depression and anxiety in ALS [9, 10], it is currently believed that depression is less prevalent in PALS than estimated by caregivers and healthy people [11]. High level of anxiety is often present in PALS during the diagnostic phase and the earlier period after the diagnosis [12]. Later, weakening of the respiratory function and adherence to NIV become the leading causes of anxiety [13, 14].

Music therapy in multidisciplinary model of ALS care. PALS have multiple and complex needs. In addition to many physical symptoms such as gradual loss of motor functions, spasticity, fasciculations, dyspnoea, dysphagia, dystussia, dysarthria and pain, and overall emotional load of dealing with a devastating disease, cognitive and behavioral changes experienced by PALS present additional difficulties for patients and families. The National Institute for Health and Care Excellence (UK) guideline (NG42), suggests coordinated care for

people with ALS, using a clinic-based, specialist ALS *multidisciplinary team approach*. American Academy of Neurology recommends MDT model of care where patients are seen by a comprehensive team of health care professionals who each focus on specific health domains including walking, breathing, speaking, eating, activities of daily living, and psychosocial needs during one clinical visit [15]. Such team often includes a physician, physical therapist, occupational therapist, speech language pathologist, respiratory therapist, nurse coordinator, and social worker. Additional specialists, such as nutritionists, pulmonologists, gastroenterologists, assistive technology experts, psychologists, palliative care providers, chaplain or priests, may also be present [16]. Multidisciplinary ALS care has been shown to increase survival of PALS and to improve their mental QoL [17].

Music therapy (MT) is the clinical use of music and its elements to accomplish individualized health goals within a therapeutic relationship. Music therapists are allied health professionals who hold a degree and certification in music therapy, have theoretical and practical knowledge of music, human psychology and physiology, and work closely with a multidisciplinary team to provide individualized, evidence-based, problem-oriented treatment for every clinical situation. Growth of scientific knowledge about music perception and production and the effects of these on nonmusical brain and behavior functions in the recent decades enabled music therapists to develop effective clinical techniques to treat cognitive, sensory, and motor dysfunctions that come from human neurologic diseases and allowed for successful application of music therapy principles in neurorehabilitation [18].

Currently music therapists mostly work with PALS in the end of life, as a part of hospice care at the time when motor functions are mostly lost and natural communication is limited. There is evidence that MT may increase comfort and relaxation, as well as reduce anxiety for terminally ill [19, 20], and music listening may have a beneficial effect on heart rate, respiratory rate, and anxiety in mechanically ventilated patients [21]. Little research has been done to understand the effects of MT interventions conducted with patients at earlier stages of ALS. MT technique of music assisted relaxation was found beneficial for psychological well-being of PALS during NIV use [22], as well as for increasing communication, improving quality of life and decreasing the physical symptoms of the disease for ALS patients during hospital stay [23]. No published research addressing the use of music therapy techniques for neurorehabilitation (e.g. supporting motor, cognitive, respiratory, swallowing, speech functions of PALS) has been found, even though empirical evidence and research with other clinical populations [24–29], suggest that such interventions may be beneficial. MT has been shown effective for managing and treating behavioral and psychiatric symptoms of people with non-ALS FTD [30, 31].

In the absence of a cure, more rehabilitation options have to be considered for PALS [32], enabling them to reach their fullest potential, delaying disease progression and prolonging lifespan [16]. *Professionally trained*

music therapists are well equipped to provide symptomatic care for people with neurodegenerative diseases [33], adapting to increasing and changing disability of each patient as the disease progresses, whilst maintaining and developing trusting therapeutic relationship established early in the disease course. These considerations provide a strong basis for inclusion of a music therapist into MDT model of ALS care.

Music therapy at ALS Centre Moscow. ALS Centre Moscow is a collaboration between three Moscow hospitals providing home-based multidisciplinary care for PALS and their families since 2012. Approximately 110 ALS patients out of roughly 950 PALS residing in Moscow region are followed by the team. MT was first introduced to the patients of ALS Centre Moscow in 2013. An experimental MT protocol consisting of interchangeable blocks of exercises was developed to address the varying and constantly changing physical, social, communicative, cognitive and spiritual needs of the patients and their families. Two music therapists worked with the patients at the Centre intermittently from 2014 to 2016. In 2017, following the increased demand for service, two specialists formally trained in MT applications for neurological clinical practice were added to ALS Center Moscow MDT. These specialists are regularly referred by the medical team to patients at various stages of the disease progression and work with a wide spectrum of non-physical and physical needs.

Disbelief, grief, anger, confusion, distorted sense of self, and social disconnectedness are common consequences of ALS diagnosis. Evidence from psychosomatic and health psychology research fields demonstrates close bilateral interrelation between mind and body, with emotions affecting cardiovascular and immune system responses and physiological events impacting an individual's psychological state [34]. MT, in form of song singing, song writing, lyrics substitution, listening to and discussing music, meditating and reminiscing to music, and interactive improvisation, can decrease stress, strengthen the mind-body connection and help PALS to regain coherent self-image. Music assisted relaxation may be used to alleviate anxiety, to ease manifestations of pseudobulbar affect and to provide relief from distressing thoughts.

Overwhelming emotions and co-morbid cognitive and behavioral impairments, especially apathy, may prevent PALS from making timely, informed decisions regarding their treatment, such as use of NIV, gastrostomy or tracheostomy. Whereas PALS in Russia are generally reluctant to accept psychotherapy services, a music therapist is often able to establish a working relationship with patients and, through live music making and meaningful conversation, to increase motivation, enhance mood, decrease apathy and create a safe emotional space—a “container” for the overwhelming feelings and reactions, thus freeing up mental energy and focus necessary for treatment planning and compliance.

Similarly, MT sessions create a psychologically safe environment for PALS and CALS to explore the changing dynamics of their relationship, and the peak experi-

ence of cooperative music making provides opportunities for positive socialization and communication. Interactive music improvisation utilizing simple instruments or adaptive music technology may become a way of nonverbal communication, self-expression and playful, though meaningful, relating to others. Other techniques, such as free associative singing [35] and musical life review [36], can facilitate deeper psychotherapeutic work with ALS patients and their families. At the end of life music can carry the five messages of relationship completion: “I forgive you”, “Forgive me”, “Thank you”, “I love you”, “Goodbye” [37].

Though further research is needed to explore the applications of music therapy for physical rehabilitation of PALS, clinical evidence suggests that structured, individualized breathing and vocal exercises have a potential to sustain bulbar and respiratory functions for PALS. Finally, active music making, such as playing simple music instruments to the beat, and moving to music can serve as a form of moderate physical exercise for PALS who are not able to engage into physical therapy program.

Positive feedback from the patients and their families supports our tenet that introducing MT as a supportive modality of multidisciplinary ALS care has a potential to increase quality of life and well-being of PALS:

Patient: “I feel lighter and happier after we do music.”

Patient: “I can relax, I cry less and feel less nervous after a (music therapy) session.”

Patient: “Unless I do my (music therapy) exercises, it is difficult for me to start speaking in the morning. I notice that after the exercises speech is easier for me, and my family understand me better.”

Patient: “My swallowing improved, I can again take water with my lips and I have almost stopped gagging

when I eat—something I constantly experienced in the past.”

Caregiver: “Music therapy was very important for mom. She always smiled when she spoke about the sessions.”

Conclusion. The emerging empirical evidence and limited research suggest that MT should be considered as a supportive treatment in ALS rehabilitation, with the potential to improve function and QoL of the patients across various presentations and stages of the disease. MT interventions tailored to individual clinical needs, preferences and capabilities of PALS can be designed to provide opportunities for psycho-emotional support and counseling, relaxation and sleep facilitation, verbal and nonverbal self-expression and communication, mood enhancement, energy boost and motivation, pain management, improving relationship dynamics, socialization, behavioral and cognitive symptoms management, and, with proper precautions, bulbar and respiratory functions support and moderate physical exercise. MT can also address caregiver’s stress as one of the main factors contributing to the caregiver burden in ALS [7], as well as provide respite care and appease grieving for CALS, including children.

Music engages vast network of regions located in both hemispheres of the brain and shares processing components with other functions, such as those involved in language, movement, reasoning and experiencing emotions [38–41]. Albeit currently underused, music therapy could be one of the modalities of supportive rehabilitation in ALS [23], potentially *providing multiple benefits for PALS and their families*. There is a pressing need for continued research and higher levels of evidence for MT applications in multidisciplinary ALS care.

Bibliography

1. Qureshi M. M., Hayden D., Urbinelli L., Ferrante K., Newhall K., Myers D. et al. Analysis of factors that modify susceptibility and rate of progression in amyotrophic lateral sclerosis (ALS) // *Amyotrophic Lateral Sclerosis*. 2006. V. 7. P. 173–182.
2. Phukan J., Elamin M., Bede P., Jordan N., Gallagher L., Byrne S. et al. The syndrome of cognitive impairment in amyotrophic lateral sclerosis: a population-based study // *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. 2011. V. 83. P. 102–108.
3. Hardiman O., Figlewicz D. A. The expansions of ALS // *Neurology*. 2012. V. 79. P. 842–843.
4. Ng A. S., Rademakers R., Miller B. L. Frontotemporal dementia: a bridge between dementia and neuromuscular disease // *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2014. V. 1338. P. 71–93.
5. Oh S.-I., Park A., Kim H.-J., Oh K.-W., Choi H., Kwon M.-J. et al. Spectrum of Cognitive Impairment in Korean ALS Patients without Known Genetic Mutations // *PLoS ONE*. 2014. V. 9.
6. Achi E. Y., Rudnicki S. A. ALS and Frontotemporal Dysfunction: A Review // *Neurology Research International*. 2012. P. 1–9.
7. Lillo P., Savage S., Mioshi E., Kiernan M. C., Hodges J. R. Amyotrophic lateral sclerosis and frontotemporal dementia: A behavioral and cognitive continuum // *Amyotrophic Lateral Sclerosis*. 2012. V. 13. P. 102–109.
8. Hanson E. K., Yorkston K. M., Britton D. Dysarthria in amyotrophic lateral sclerosis: a systematic review of characteristics, speech treatment, and augmentative and alternative communication options. (Report) // *Journal of Medical Speech—Language Pathology*. 2011. V. 19. No. 3. P. 12–30.
9. Norris L., Que G., Bayat E. Psychiatric Aspects of Amyotrophic Lateral Sclerosis (ALS) // *Current Psychiatry Reports*. 2010. V. 12. P. 239–245.
10. Taylor L., Wicks P., Leigh P. N., Goldstein L. H. Prevalence of depression in amyotrophic lateral sclerosis and other motor disorders // *European Journal of Neurology*. 2010. V. 17. P. 1047–1053.
11. Simmons Z. Patient-Perceived Outcomes and Quality of Life in ALS // *Neurotherapeutics*. 2014. V. 12. P. 394–402.
12. Vignola A., Guzzo A., Calvo A., Moglia C., Pessia A., Cavallo E. et al. Anxiety undermines quality of life in ALS patients and caregivers // *European Journal of Neurology*. 2008. V. 15. P. 1231–1236.

13. *Kaub-Wittemer D., Steinbüchel N. V., Wasner M., Laier-Groeneveld G., Borasio G. D.* Quality of life and psychosocial issues in ventilated patients with amyotrophic lateral sclerosis and their caregivers // *Journal of Pain and Symptom Management*. 2003. V. 26. P. 890–896.
14. *Miller R. G., Rosenberg J. A., Gelinas D. F., Mitsumoto H., Newman D., Sufit R.* et al. Practice parameter: The care of the patient with amyotrophic lateral sclerosis (an evidence-based review): Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology // *Neurology*. 1999. V. 52. P. 1311–1311.
15. *Plowman E. K., Watts S. A., Tabor L., Robison R., Gaziano J., Domer A. S.* et al. Impact of expiratory strength training in amyotrophic lateral sclerosis // *Muscle & Nerve*. 2016. V. 54. P. 48–53.
16. *Majmudar S., Wu J., Paganoni S.* Rehabilitation in amyotrophic lateral sclerosis: Why it matters // *Muscle & Nerve*. 2014. No. 50. P. 4–13.
17. *Berg J. P. V. D., Kalmijn S., Lindeman E., Veldink J. H., Visser M. D., Graaff M. M. V. D.* et al. Multidisciplinary ALS care improves quality of life in patients with ALS // *Neurology*. 2005. V. 65. P. 1264–1267.
18. *Thaut M., Volker H.* Handbook of neurologic music therapy. Oxford: University Press—Oxford. 2016.
19. *Krout R. E.* The effects of single-session music therapy interventions on the observed and self-reported levels of pain control, physical comfort, and relaxation of hospice patients // *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*. 2001. V. 18. P. 383–390.
20. *Horne-Thompson A., Grocke D.* The Effect of Music Therapy on Anxiety in Patients who are Terminally Ill // *Journal of Palliative Medicine*. 2008. V. 11. P. 582–590.
21. *Bradt J., Dileo C., Grocke D.* Music interventions for mechanically ventilated patients // *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2010.
22. *Davies R., Baker F. A., Tamplin J., Bajo E., Bolger K., Sheers N.* et al. Music-assisted relaxation during transition to non-invasive ventilation in people with motor neuron disease: A qualitative case series // *British Journal of Music Therapy*. 2016. V. 30. P. 74–82.
23. *Raglio A., Giovanazzi E., Pain D., Baiardi P., Imbriani C., Imbriani M.* et al. Active music therapy approach in amyotrophic lateral sclerosis // *International Journal of Rehabilitation Research*. 2016. V. 39. P. 365–367.
24. *Bukowska A. A., Krężałek P., Mirek E., Bujas P., Marchewka A.* Neurologic Music Therapy Training for Mobility and Stability Rehabilitation with Parkinson's Disease—A Pilot Study // *Frontiers in Human Neuroscience*. 2016. V. 9.
25. *Gregory D.* Music Listening for Maintaining Attention of Older Adults with Cognitive Impairments // *Journal of Music Therapy*. 2002. V. 39. P. 244–264.
26. *Sarkamo T., Tervaniemi M., Laitinen S., Forsblom A., Soinila S., Mikkonen M.* et al. Music listening enhances cognitive recovery and mood after middle cerebral artery stroke // *Brain*. 2008. V. 131. P. 866–876.
27. *Tamplin J.* A pilot study into the effect of vocal exercises and singing on dysarthric speech // *NeuroRehabilitation*. 2008. V. 23. No. 3. P. 207–216.
28. *Kim S. J.* Music Therapy Protocol Development to Enhance Swallowing Training for Stroke Patients with Dysphagia // *Journal of Music Therapy*. 2010. 47 (2). P. 102–119.
29. *Azekawa M., Lagasse A. B.* Singing Exercises for Speech and Vocal Abilities in Individuals with Hypokinetic Dysarthria: A Feasibility Study // *Music Therapy Perspectives*. 2017. V. 36. P. 40–49.
30. *Livingston G., Johnston K., Katona C., Paton J., Lyketsos C. G.* Systematic Review of Psychological Approaches to the Management of Neuropsychiatric Symptoms of Dementia // *American Journal of Psychiatry*. 2005. V. 162. P. 1996–2021.
31. *Raglio A., Bellelli G., Traficante D., Gianotti M., Ubezio M. C., Villani D.* et al. Efficacy of Music Therapy in the Treatment of Behavioral and Psychiatric Symptoms of Dementia // *Alzheimer Disease & Associated Disorders*. 2008. V. 22. P. 158–162.
32. *Paganoni S., Karam C., Joyce N., Bedlack R., Carter G. T.* Comprehensive rehabilitative care across the spectrum of amyotrophic lateral sclerosis // *NeuroRehabilitation*. 2015. V. 37. P. 53–68.
33. *Magee W. L.* “Singing My Life, Playing My Self” // *Music Therapy in the treatment of chronic neurological illness / in: Clinical Applications of Music Therapy in Psychiatry*. London: Jessica Kingsley Publishers. 1999. P. 201–223.
34. *Pagnini F.* Psychological wellbeing and quality of life in amyotrophic lateral sclerosis: A review // *International Journal of Psychology*. 2013. V. 48. P. 194–205.
35. *Austin D.* The theory and practice of vocal psychotherapy: songs of the self. London: Jessica Kingsley Publishers. 2009.
36. *Sato Y.* Musical Life Review in Hospice // *Music Therapy Perspectives*. 2011. V. 29. P. 31–38.
37. *Byock I.* Dying well: peace and possibilities at the end of life. New York: Riverhead Books. 1999.
38. *Thaut M. H., McIntosh G. C., Hoemberg V.* Neurobiological foundations of neurologic music therapy: rhythmic entrainment and the motor system // *Frontiers in Psychology*. 2015. V. 5.
39. *Koelsch S.* Brain correlates of music-evoked emotions // *Nature Reviews Neuroscience*. 2014. V. 15. P. 170–180.
40. *Peretz I., Zatorre R. J.* Brain Organization for Music Processing // *Annual Review of Psychology*. 2005. V. 56. P. 89–114.
41. *Zatorre R. J., Chen J. L., Penhune V. B.* When the brain plays music: auditory-motor interactions in music perception and production // *Nature Reviews Neuroscience*. 2007. V. 8. P. 547–558.

MUSIC THERAPY FOR AUTISM SPECTRUM DISORDER

Kavaliova-Moussi A., MMT, BMT, MTA, Neurologic Music Therapist-Fellow,
Education and Training Commission Member, World Federation of Music Therapy,
Niagara-on-the-Lake, Ontario, Canada

Abstract

This paper outlines the existing research on the topic of music therapy for the autism spectrum disorder. The author provides a short history of the music therapy profession worldwide with the emphasis on some current references of music therapy work with individuals on the autism spectrum. The present-day state of music therapy for autism in Russia is also described in the paper.

Key words

Music therapy and autism, music therapy history, research in music therapy.

Introduction

Autism Spectrum Disorder. According to the fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, or DSM-5 [4], Autism Spectrum Disorder (ASD) is a neurodevelopmental condition characterized by persistent deficits in social communication and social interaction across multiple contexts, and restrictive, repetitive patterns of behavior, interests, or activities. Symptoms must be present but may not become fully manifest in the early developmental period and cause clinically significant impairment in social, occupational, or other important areas of functioning. DSM-5 assigns hierarchical levels of severity of impairment, such as “requiring very substantial support” (level 3), “requiring substantial support” (level 2), or “requiring support” (level 1). According to Baxter, Brugha, Erskine, Scheurer, Vos, and Scott [5], the global prevalence of ASD in 2010 was one in 132 persons, with the evidence of no time change in the prevalence rates. However, it is a known fact that current prevalence rates are growing as compared to some ten-twenty years ago. For instance, according to the Center for Disease Control and Prevention (CDC), the overall rate for ASD in the United States was 1 in 68 in 2014. Reports from Asia, Europe, and North America showed an average prevalence of 1 percent [12]. This increased incidence may be related to several reasons: an increased awareness and attention to autism, a broader definition of the diagnostic criteria in the DSM-IV and especially in the DSM-5, improved screening and diagnostic approaches and instruments which lead to earlier identification of disorders [12].

Music Therapy. According to the American and Canadian professional associations, music therapy is the clinical and evidence-based use of music interventions within therapeutic relationships with a purpose to support development, health and well-being. Credentialed professionals, music therapists use music and its elements safely and ethically to address human needs within cognitive, communicative, emotional, physical, social, spiritual, and musical domains. Music therapy became a profession in the mid-20th century, with the first academic program established in 1944 in the USA, Michigan State University, and the National

Association for Music Therapy (NAMT) founded in 1950 [1]. In Europe, the first training courses were established in 1958 in the UK and 1959 in Austria [6]. Today, there are more than 300 academic programs in many parts of the world, training music therapists at the bachelor, master, and doctorate levels. Only in the USA alone there are more than 70 programs offering music therapy degrees. National associations are established in many countries, and the World Federation of Music Therapy, founded in 1985, brings together music therapy associations and individuals interested in developing and promoting music therapy globally [22].

Music Therapy and Autism. In North America, early music therapists worked primarily with veterans of the first and second World Wars, as well as in mental health institutions. Although the educational uses of music with children with intellectual disabilities were known since the beginning of the 20th century [8], the use of music as a therapeutic intervention began developing in Europe in the 1950s. The first professionals who began to therapeutically use music with children (including those with autism) were American composer and pianist Paul Nordoff and English special education teacher Clive Robbins. They developed a new form of collaborative music-making with vulnerable children with disabilities [17]. According to the Nordoff-Robbins Foundation, the effects of the music therapy were noted early on and lasted beyond the sessions themselves. The effects were particularly noticeable in children’s concentration, self-control and increased social and self-awareness [17].

Today, every standardized training program requires students to take classes in developmental psychology, early childhood music development and music psychology, psychopathology and developmental disabilities. In many universities across the globe, music therapy students have to undergo extensive clinical practica and/or internship, working with individuals on the autism spectrum. Some universities (e. g., Colorado State University) offer a special graduate-level class in music therapy and autism. In Russia, there is no standardized music therapy training, therefore local music therapists’ only option is to take any available training (mostly short-term seminars or workshops) and substitute university training with other resources, such

as online courses and conference presentations. The author herself contributed to this educational process by presenting online during the 2nd annual conference *MuzTerapevt.ru «ТИМ – Терапевтические Исползования Музыки»* in 2016 [16].

Research on music therapy for ASD

Music therapy is the evidence-based discipline, with an extensive body of research. The last decades of technologic development and neuroscientific research allowed us to see why music is beneficial for human beings and how it works. According to the American Music Therapy Association [3], “evidence-based music therapy practice integrates the best available research, the music therapists’ expertise, and the needs, values, and preferences of the individual(s) served”. Music therapists working with any population must continue their professional development and be aware of the newly available clinical evidence.

Music is engaging and accessible, and often elicits positive responses in individuals with ASD [11]. Recent studies show a heightened music aptitude and sensitivity to elements of music, as well as advanced music memory and responsiveness of individuals with ASD [2]. Over the past seven decades there were numerous case studies, narrative and systemic reviews describing the benefits of music therapy for individuals on the Autism Spectrum [2]. Most recent research shows the areas where music therapists can help individuals on the autism spectrum to develop and maintain their functional skills, increase their independence and improve their quality of life.

With the help of technology, it became evident that music processing is cortically distributed; in other words, there is no single area of the brain which is responding to music, but the entire brain is activated by it. Music processing shares networks with non-musical tasks, including sensorimotor, cognitive, communicative. Moreover, music processing extends cortical networks, optimizing them, improving performance of various systems despite cortical damage or dysfunctions [19]. Music is highly predictable, organizing and structured, multi-sensory, motivating, and engages the whole system. This is why music therapy is used with a wide variety of conditions, including Autism Spectrum.

The meta-analysis by Whipple [23] found that music therapy is effective for improving young children’s communication, interpersonal skills, personal responsibility, and play. According to the article by Kalas [9], music therapy interventions improve joint attention in individuals with autism. LaGasse and Hardy [13] found that music therapy interventions helped to improve the cognitive motor control, specifically initiation, sustaining, inhibiting, integration and coordination of movements, facilitating motor planning in children with autism. Music therapy

is successful in helping individuals with autism to learn, identify and appropriately express emotions and feelings [10]. The latest Cochrane review [7] found that music therapy may help children with ASD to improve their social interaction, verbal communication, initiating, and social-emotional reciprocity. In addition to that, secondary outcome areas included increasing social adaptation skills and parent child relationships.

According to the study by Lai and colleagues [14], singing activated more speech centers and the auditory processing areas of the brains of children on the spectrum than speech condition; in other words, the systems that process speech and song were most effectively engaged by singing conditions. The study by Sharda and colleagues [18] confirmed that the speech networks were more optimally activated in sung than in spoken conditions. Children with limited verbal skills had better results in improving verbal production in music therapy condition versus speech-only condition [15].

Music and music therapy facilitate development and maintenance of cognitive skills: provide stimulation and structure, timing, synchronization, cues and reminders that help a person to stay on task. Most importantly, music integrates cognitive and affective processes, adding motivation and emotions to sessions and exercises [20]. A recent study by Thompson [21] explored mothers’ perspectives of family-centered music therapy. The author found that “mothers perceived long-term benefits to social relationships within the family, leading to perceived enrichment in child and family quality of life” (p. 432).

Conclusion

In conclusion, it is worth noting that music therapy for autism is used with a variety of approaches, such as ABA-Applied Behavioral Analysis/TEACCH, Neurologic Music Therapy, Creative/Improvisational music therapy, DIR/Floortime, other play-based methods. From the author’s experience, mastering more than one approach is a necessary skill in a modern world, as it allows us to meet individual needs of every client, and tailor our work according to clients’ abilities or dis-abilities. Today, music therapy for autism is widely known in countries where music therapy is recognized as an allied health profession. In other countries, including Russia and post-Soviet countries, music therapy is still unknown or even unheard of. Part of the problem is the fact that to date, there still are no internationally-recognized music therapy degree programs, very low public awareness and a lack of any systematic approach in music therapy training. It is imperative to look at the examples of these countries where music therapy is considered a healthcare profession, and develop Russian training programs, that would follow the international standards of music therapy education.

Bibliography

1. American Music Therapy Association. History of music therapy. 2018. URL: <https://www.musictherapy.org/about/history/>.
2. American Music Therapy Association. Fact sheet: music therapy and autism spectrum disorder (ASD). 2015. URL: https://www.musictherapy.org/assets/1/7/Fact_Sheet_ASD_and_MT__8-26-15.pdf (accessed 13.03.2018).
3. American Music Therapy Association (AMTA). Definition of Evidence-Based Music Therapy Practice (EBMTP). 2010. URL: https://www.musictherapy.org/research/strategic_priority_on_research/overview/ (accessed 13.03.2018).
4. Autism Speaks. DSM-5 diagnostic criteria. 2018. URL: <https://www.autismspeaks.org/what-autism/diagnosis/dsm-5-diagnostic-criteria> (accessed 13.03.2018).
5. *Baxter A. J., Brugha T. S., Erskine H. E., Scheurer R. W., Vos T., Scott J. G.* The epidemiology and global burden of autism spectrum disorders // *Psychological medicine*. 2014. No. 45:3. P. 601–613. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25108395> (accessed 13.03.2018).
6. European Music Therapy Confederation. History of music therapy in Europe. 2010. URL: <http://www.emtc-eu.com/history-of-music-therapy-in-europe/> (accessed 13.03.2018).
7. *Geretsegger M., Elefant C., Mössler K. A., Gold C.* Music therapy for people with autism spectrum disorder // *Cochrane database of systematic reviews*. 2014. No. 6. Article CD004381. DOI: 10.1002/14651858.CD004381.pub3.
8. *Intveen A., Edwards J.* The history and basic tenets of Anthroposophical Music Therapy // *Voices: A world forum for music therapy*. 2012. No. 12:2. URL: <https://voices.no/index.php/voices/article/view/646/548> (accessed 13.03.2018).
9. *Kalas A.* Joint attention responses of children with autism spectrum disorder to simple versus complex music // *Journal of music therapy*. 2012. No. 49:4. P. 430–452.
10. *Katagiri J.* The effect of background music and song texts on the emotional understanding of children with autism // *Journal of music therapy*. 2009. No. 46:1. P. 15–31.
11. *Kern P.* Music therapy: Personalized interventions for individuals with Autism Spectrum Disorder. // *Frontiers in autism research: new horizons for diagnosis and treatment* / V. Hu (ed.). Singapore: World Scientific Publishing Co., 2014. P. 607–625.
12. *Kern P., Humpal M.* Early childhood music therapy and autism spectrum disorders // London: Jessica Kingsley Publishers, 2013. 304 p.
13. *LaGasse A. B., Hardy M. W.* Considering rhythm for sensorimotor regulation in children with Autism Spectrum Disorders // *Music therapy perspectives*. 2013. No. 31:1. P. 67–77.
14. *Lai G., Pantazatos S. P., Schneider H., Hirsch J.* Neural systems for speech and song in autism // *Brain*. 2012. No. 135:3. P. 961–975.
15. *Lim H. A.* Effect of “Developmental Speech and Language Training Through Music” on speech production in children with Autism Spectrum Disorders // *Journal of music therapy*. No. 47 (1). P. 2–26. DOI: 10.1093/jmt/47.1.2
16. МузТерапевт.Ру. Музыкальная терапия и аутизм. 2016. URL: <https://www.youtube.com/watch?v=pW82Gxh-eHY&t=1s> (accessed 13.03.2018).
17. Nordoff-Robbins. Our history. 2011. URL: <https://www.nordoff-robbins.org.uk/our-history> (accessed 13.03.2018).
18. *Sharda M., Midha R., Malik S., Mukerji S., Singh N. C.* Fronto-temporal connectivity is preserved during sang but not spoken word listening, across the autism spectrum // *Autism research*. 2015. No. 8. P. 174–186.
19. *Thaut M., Hoemberg V.* Handbook of Neurologic Music Therapy. London: Oxford University Press, 2014. 384 p.
20. *Thaut M. H.* The future of music in therapy and medicine // *Annals of the New York academy of sciences*. April 18, 2006. No. 1060. P.303–308. DOI: 10.1196/annals.1360.023.
21. *Thomson G. A.* Long-term perspectives of family quality of life following music therapy with young children on the Autism Spectrum: A phenomenological study // *Journal of Music therapy*. 2017. No. 54:2. P. 432–459.
22. World Federation of Music Therapy. Overview. 2017. URL: <http://www.wfmt.info> (accessed 13.03.2018).
23. *Whipple J.* Music therapy as an effective treatment with Autism Spectrum Disorders in early childhood: A meta-analysis // *Early childhood music therapy and autism spectrum disorders: Developing potential in young children and their families* / P. Kern, M. Humpal (eds.) London: Jessica Kingsley Publishers, 2012. P. 59–76.

MUSIC THERAPY EDUCATION AND TRAINING FROM A GLOBAL PERSPECTIVE

Mercadal-Brotos M., PhD, MT-BC, SMTAE,
President of the World Federation of Music Therapy,
Director of the Master’s Degree in Music Therapy
(Escola Superior de Música de Catalunya),
Barcelona, Spain

Abstract

This article offers an overview of international initiatives in music therapy. Special attention is given to the activity of the World Federation of Music Therapy which has established standards for education and training in this field.

Key words

Music therapy, rehabilitation, training program, professional education.

The idea of music as a healing influence which could affect health and behavior is as least as old as the writings of Aristotle and Plato. The music therapy profession in the USA formally began after World War I and World War II, in mental health institutions, when community musicians of all types, both amateur and professional, went to hospitals to play for the thousands of veterans suffering both physical and emotional trauma from the wars. The patients' notable physical and emotional responses to music led the doctors and nurses to request the hiring of musicians by the hospitals. It was soon evident that the musicians needed some prior training before entering the facility and so the demand grew for a training curriculum. Michigan State University established the first academic program in music therapy (1944) [American Music Therapy Association, 2018]. Similar steps were followed a few years later in several European and Latin American countries, which contributed to the development of the profession of music therapy in those parts of the world. Nowadays, music therapy is present in over 50 countries.

It is evident that the first music therapy pioneers were self-taught and many of them were professional musicians, psychiatrists, health care workers, psychologists or teachers. But, this pioneering period led to the professionalization of music therapy services and to the development of education and training programs throughout the globe. At the professional level, national music therapy associations were created, and many of them have developed standards for university-level educational and clinical training programs, making research and clinical training a priority, creating a registration system and publishing research and clinical journals.

In 1985, the World Federation of Music Therapy (WFMT) was established by a team of dynamic, pioneering music therapists to strengthen international links and promote the profession of music therapists globally. As an organization, it has very clear objectives: a) to act as the international umbrella organization for the profession of music therapy; b) to promote the exchange of information about global music therapy throughout the Federation's eight regions; c) to promote international collaborations among WFMT members and other related professional groups.

The WFMT recognizes the diversity in the music therapy field, and it acknowledges it in its definition. Thus, the WFMT defines music therapy as "the professional use of music and its elements as an intervention in medical, educational, and everyday environments with individuals, groups, families, or communities who seek to optimize their quality of life and improve their physical, social, communicative, emotional, intellectual, and spiritual health and well-being. *Research, practice, education, and clinical training in music therapy are based on professional*

standards according to cultural, social, and political contexts" [WFMT, 2011]. In addition to the diversity in cultural, social and political contexts, within the music therapy field there are different philosophies and approaches which influence training programs. However, for a clinical profession like music therapy, it is important to formalize training and to have a specific set of standards and competencies that training programs need to promote at the national as well as the international level.

The WFMT eight commissions including the Commission on Education and Training which works "to promote dissemination of knowledge regarding contemporary guidelines for the standards of the education and training of music therapists around the world. The aim of this commission is to provide a forum for communication that will serve to better inform music therapy educators about existing training practices and will encourage cross-cultural discussions regarding educational standards. This Commission also aims to develop educational resources for music therapy educators to further enhance education/training practices and to deepen understanding regarding cultural considerations and training programs world-wide" [WFMT, 2018]. One of the ongoing projects of this commission is to create and compile a digital registry of entry level/advanced training programs, accreditation procedures, internship requirements, legal and health care policies impacting education and training in all the WFMT regions will be available on the WFMT website.

The revision of several databases compiled by the Commission on Education and Training from different regions of the WFMT, shows that there are several common elements among music therapy training programs:

- 1) audition requirement to get accepted into the music therapy program;
- 2) music subjects to acquire music competencies on a variety of instruments;
- 3) subjects in a variety of clinical/therapeutic (psychotherapy) areas: Music and the brain, theoretical approaches in psychology (psychodynamic, humanistic, behavioral, cognitive, systemic, etc.) abnormal psychology, etc.;
- 4) music therapy specific subjects: Music therapy methodological interventions with children and adult (active-receptive), ethics in music therapy;
- 5) individual supervision;
- 6) practicum/internship.

Society is evolving, and so are the professions in order to be able respond to the needs and demands of society at any given time. Several documents exist in the field of music therapy which help professionals and educators reflect on the different topics that should be considered in the music therapy training curricula. For instance the challenge of life transitions and adaptations

with respect to music therapy education and training in topics such as: student expectations, departmental structures, institutional expectations, economic stresses and the changing demographics related to healthcare [Goodman, 2014]. Multicultural identity acknowledges that while the literature in this area is growing, music therapy training has not kept up with the changes needed in programs to adequately facilitate student competency acquisition. Cultural backgrounds certainly have an impact the way we teach and interact with students and carry out our administrative roles. Another topic of discussion is about the inclusion of a country's music and healing practices, and music therapy epistemology in music therapy concepts and competencies. The themes of balance and integration are also important to consider. The important topic of supervision also needs to be addressed in the education and training of a music therapist.

The entry level requirements to the professional scene vary among countries. Some require a Bachelor's degree (equivalency-certificate in Music Therapy) and some others a Master's degree which is the case for most European countries [Stagemann, Schmidt, Fitzthum, Timmermann, 2016]. The music therapy approaches emphasized also vary among programs (music-centered, cognitive-behavioral, biomedical, humanistic, etc.) doctorate degrees in music therapy which mostly focus on the acquisition of research competencies. As the profession of music therapy continues to mature, a paradigm change is looming in which the focus is

not only on qualified training programs, but also on the question of which method/approach is best to be applied with a specific clinical condition. Some professionals have categorized some of the approaches as advanced methods in music therapy, an interesting concept as the profession looks seriously to advanced practice and implication in the broader health care milieu. These approaches are: Analytical Music Therapy, The Bonny Method of Guided Imagery and Music, Nordoff-Robbins Music Therapy, and Vocal Psychotherapy [Cohen, 2017].

Nowadays, music therapists increasingly specialize in a field or area of interest and often organize themselves into specific national and international working groups. There are already some specific training programs (at the bachelor's but mostly at the postgraduate level) designed to acquire the skills and competencies to work with a specific population or context. Some examples are: the graduate diploma in Bonny Method of Guided Imagery and Music, training institutes in Neurologic Music Therapy, Nordoff-Robbins music therapy, NICU music therapy training, etc.

Education and Training is a very large and important topic that requires constant attention in order to advance the profession of music therapy. A big question to constantly keep in mind is: "How can music therapy training and education integrate the artistic and scientific processes necessary to equip future therapists to practice safely and effectively in constantly shifting and challenging settings and contexts?"

Bibliography

1. American Music Therapy Association. 2018. URL: www.musictherapy.org (accessed 11.03.2018).
2. *Cohen N.* Advanced methods of music therapy practice. London: Jessica Kingsley Publishers. 2017.
3. *Goodman K.D.* (Ed.). International perspectives in music therapy education and training: Adapting to a changing world. Springfield, IL: Charles C. Thomas. 2014.
4. *Stagemann T., Schmidt H. U., Fitzthum E., Timmermann T.* (Eds.) Music therapy training programmes in Europe: Theme and variations. Germany: Reichert Verlag. 2016.
5. What is music therapy? The World Federation of Music Therapy. 2011. URL: www.wfmt.info (accessed 11.03.2018).
6. Commission: Education and Training. The World Federation of Music Therapy. 2018. URL: www.wfmt.info (accessed 11.03.2018).

ПЕРСПЕКТИВЫ И ВОЗМОЖНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В ОБЛАСТИ МУЗЫКАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Новикова Л. М., к. иск., клинический психолог,
музыкальный терапевт, музыкант-мультиинструменталист, театровед,
Санкт-Петербургское ГБОУ Здравоохранения «Психоневрологический диспансер № 5»,
Санкт-Петербург, Российская Федерация

Аннотация

Рассмотрены перспективы и возможные направления развития профессионального образования в области музыкальной терапии. Автор представляет музыкальную терапию как научно-обоснованную доказательную

практику применения элементов музыки и музыкального звука в системе здравоохранения, в области реабилитации, инклюзивного образования, профилактики и лечения психических расстройств.

Ключевые слова

Музыкальная терапия, музыкальные дисциплины, Кассельские тезисы, медиатехнологии.

GUIDELINES FOR THE DEVELOPMENT OF PROFESSIONAL EDUCATION IN MUSIC THERAPY

Novikova L. M., PhD (Art Criticism), Clinical Psychologist, Music Therapist, Musician, Multi-instrumentalist, Theater Critic, Psychoneurological Dispensary No. 5, Saint Petersburg, Russian Federation

Abstract

The article examines perspectives and guidelines for the development of professional education in the field of music therapy in the Russian Federation. The author presents music therapy as a science- and evidence-based practice of using elements of music and musical sound in the health care system, rehabilitation, inclusive education, prevention and treatment of mental disorders.

Key words

Music therapy, musical disciplines, Kassel theses, media technology.

Музыкальная терапия сегодня предстает перед исследователями и практиками, с одной стороны, как область научного знания, а с другой — как постоянно совершенствующаяся отрасль практической деятельности музыкальных терапевтов. Более 50 лет профессии «музыкальный терапевт» является востребованной в Европе как потенциально-ресурсная специальность для охраны психического здоровья и разработки мер по профилактике психических расстройств.

Музыкальные терапевты многих стран, в частности США, Великобритании, Израиля, Японии, Германии, Голландии, Финляндии, Литвы, Италии, Испании, Болгарии, Сербии, Португалии, Швеции, Франции, Польши (и это далеко не полный список), принимают активное участие в работе лечебных учреждений. Их деятельность осуществляется в области неврологии, неонатологии, онкологии, гериатрии, педиатрии, паллиативного ухода, психиатрии, в работе с детьми, молодыми людьми и взрослыми с ограниченными возможностями здоровья, в области консалтинга и коучинга, в реабилитационных и социальных центрах, хосписах, в системе инклюзивного образования и, наконец, в частной практике.

Музыкальная терапия как направление профилактической, реабилитационной, психотерапевтической деятельности успешно интегрирована в многоступенчатые процессы лечения, реабилитации, амбулаторной помощи на всех этапах ее осуществления. Профессиональная подготовка музыкальных терапевтов осуществляется более чем в 100 университетах мира.

Подобно утвердившейся практике сертификации деятельности врачей, музыкальный терапевт получает соответствующее квалификационное удостоверение, которое дает право на осуществление практи-

ческой деятельности и подтверждает уровень компетенции. Например, программа сертификации клинических музыкантов (СМСП) Certified Clinical Musician (CCM), программа Music-Thanatology Association, предназначенная для подготовки студентов к соблюдению стандартов и компетенций Международной ассоциации Music-Thanatology Association (MTAI), и другие образовательные программы, многие из которых построены по принципу модульного обучения.

Учебные программы начального уровня включают клинические курсовые работы и требования к стажировке в утвержденном учреждении специального образования или медицинском учреждении. После успешного прохождения академической и клинической подготовки и последующей сдачи национального экзамена, проводимого независимым сертификационным советом для музыкальных терапевтов, выпускник приобретает удостоверение и сертификат Music Therapist-Board (MT-BC).

Утвержденные учебные программы предназначены для передачи компетенций начального уровня в трех основных областях: музыкальные дисциплины, клинические основы и основы музыкальной терапии. Образование начального уровня включает практическое применение процедур и методов музыкальной терапии посредством практической деятельности в учреждениях, обслуживающих людей с ограниченными возможностями, в клиниках, общественных организациях.

Студенты учатся оценивать потребности клиентов, проводить диагностику, разрабатывать и внедрять планы лечения, а также оценивать и документировать клинические изменения.

Лица, имеющие степень бакалавра, могут принять решение о завершении программы музыкальной терапии, предлагаемой большинством университетов, по-

лучивших одобрение АМТА. Выпускные программы в области музыкальной терапии исследуют вопросы, связанные с клинической, профессиональной и академической подготовкой музыкальных терапевтов, как правило, в сочетании с установленными методами исследования. Некоторые университеты предлагают докторантуру в области музыкальной терапии.

Во многих странах приняты государственные стандарты подготовки по специальности «музыкальная терапия», существует система повышения квалификации специалистов. Разработаны нормативные документы, регламентирующие этическую сторону профессиональной деятельности: например, «Кассельские тезисы» 2010 [3]. Документ подписан Профессиональной ассоциацией арт-терапии (BVAKT), Немецким обществом музыкальных терапевтов (DMTG), Немецким музыкально-терапевтическим обществом (K. Schwabe), Европейской федерацией музыкальной терапии ASBL (EMTC), Обществом музыкальной терапии К. Орфа (GfOMT), Ассоциацией по продвижению Nordoff/Robbins музыкальной терапии (Nogo), Сообществом частного обучения музыкальной терапии (VELVET).

Тезисы разработаны с целью достижения консенсуса в вопросах методологического обоснования музыкальной терапии как научной и практической дисциплины с целью формирования общей профессиональной политики и создания правовой основы для осуществления деятельности музыкальных терапевтов и включают в себя следующие положения:

- музыкальная терапия является практической дисциплиной, чья научная основа тесно коррелирует с такими областями знания, как медицина, социальные науки, музыковедение, педагогика;

- в отличие от медицинского понимания «терапии», понятие музыкальной терапии является собирательным, так как соединяет музыку и психотерапевтическую концепцию;

- музыкальная терапия относится к области здравоохранения;

- музыкальный терапевт исходит из биопсихосоциального понимания болезни, знания этических принципов психотерапии и психологии развития;

- музыкальная терапия включает систему методов: лечебных, реабилитационных и профилактических;

- использование термина «психотерапия» в музыкальной терапии имеет свою специфику. Психотерапия здесь — не институциональная категория, а путь доступа к пациенту, клиенту;

- музыка понимается как структура, организованная во времени и пространстве, как презентационная система символов (М. Беккер), семиотическая система (К. Швабе), эстетическая система (Ян Макаровски, Георг Лукач);

- в процессе музыкальной терапии происходит физический, акустический, артикуляционный контакт со звуком, что активизирует невербальные и довербальные уровни развития человека;

- музыка является предметом и точкой отсчета и для психотерапевта, и для клиента. На музыку про-

ецируются интрапсихические и межличностные процессы;

- музыкальный материал выполняет и диагностическую и терапевтическую функцию, а также служит средством активации ресурсов клиента;

- необходимым условием использования музыкальной терапии является синдромологический подход. Сущность диагностики в музыкальной терапии заключается в описании и установлении связи музыкального явления с физическим, психическим и социальным аспектом жизни пациента;

- документы, созданные в процессе музыкальной терапии, могут быть использованы для научных исследований.

Подготовка музыкальных терапевтов включает в себя:

- работу терапевта над собственным взаимодействием с музыкой, включая эмоциональные и интеракционные процессы;

- изучение теоретических и методологических концепций музыкальной терапии;

- основы музыковедения, медицины, психологии;

- музыкальную практику (терапевтическое действие музыкальных средств);

- стажировку под руководством музыкального терапевта.

Музыкальная терапия — клиническая практика, которая привлекает как клиента, так и терапевта. Это особый род динамического музыкального взаимодействия, позволяющего организовать коммуникацию на невербальном уровне, прикоснуться к личности человека без использования слов.

В настоящий момент в области музыкальной терапии активно идет обучение использованию голоса, терапевты работают над улучшением координации движений и точности двигательных реакций. Активно внедряемые в область деятельности музыкальных терапевтов современные технологии обработки звука и взаимодействия со звуковой модальностью предоставляют доступ к музыке все большему числу клиентов. Возникнув относительно недавно, в конце XX века, дисциплины, объединяющие музыкальные технологии и музыкальную терапию, обозначили актуальность проблемы сочетания терапии с технологией.

Сегодня, когда пациенты получают доступ к технике, становится возможным аудиовизуальное взаимодействие в режиме реального времени.

Проекты, которые затрагивают терапевтические проблемы людей с множественными нарушениями развития, часто включают использование медиатехнологий в музыкальной терапии.

Большая работа по этим направлениям ведется в Йоркском университете: например, проект «Мультисенсорная среда — интерфейс для людей с аутизмом» [5] касается разработки аудиовизуально-тактильной среды специально для детей-аутистов. В проекте «Контроль жестовых аудиосистем» [4] рассматривается вопрос о том, как жест работает в контексте использования различных музыкальных инструментов и мультимедийных технологий.

Один из изучаемых аспектов — это жестовый контроль, где доступные жесты пользователя ограничены, например, из-за физической инвалидности.

Таким образом, в настоящий момент в области музыкальной терапии активно идет разработка технологических систем, которые помогают людям «не потеться» в своем художественном или эмоциональном

выражении. Это становится насущной потребностью современной музыкальной терапии.

На современном этапе развития общества вопросы систематического образования в области музыкальной терапии решаются с разной степенью эффективности, но, безусловно, приобретают все большую актуальность.

Библиографический список

1. *Thaut M.* Neurologic music therapy in cognitive rehabilitation // *Neurologic Music Therapy*. No. 27. P. 281–285.
2. Официальный сайт Немецкого общества музыкальной терапии [Электронный ресурс.] URL: http://www.musiktherapie.de/fileadmin/user_upload/medien/pdf/Kasseler_Thesen_zur_Musiktherapie.pdf (дата обращения: 12.03.2018).
3. Официальный сайт COST (www.cost287.org) [Электронный ресурс]. URL: http://www.cost.eu/COST_Actions/networking (дата обращения: 12.03.2018).
4. Сайт Портсмутского университета (<http://web.port.ac.uk/mediate>) [Электронный ресурс.] URL: <http://www.port.ac.uk/school-of-art-and-design/staff/simone-gumtau.html> (дата обращения: 12.03.2018).

ФИНАЛЬНЫЕ ЦЕЛИ МУЗЫКАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ И МУЗЫКАЛЬНОГО КОУЧИНГА

Петрушин В. И., д. п. н., профессор кафедры психологии
ФГБОУ ВО «Московский педагогический государственный университет»,
Президент Ассоциации музыкальных психологов и психотерапевтов,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

Статья посвящена раскрытию возможностей музыкальной терапии и музыкального коучинга в формировании здоровой и творческой личности демократического общества. Если с помощью музыкальной терапии достигается улучшение состояния здоровья человека, то с помощью музыкального коучинга активизируется процесс достижения человеком целей, направленных на развитие и процветание того социума, в котором человек живет.

Ключевые слова

Музыкальная терапия, музыкальный коучинг, зрелая личность, пирамида Маслоу.

GOALS OF MUSIC THERAPY AND COACHING

Petrushin V. I., D. Ped., Professor,
Department of Psychology, Moscow State Pedagogical University,
President of the Association of Music Psychologists and Psychotherapists,
Moscow, Russian Federation

Abstract

The article is devoted to the importance of music therapy and coaching in the formation of a healthy and creative personality in a democratic society. Music therapy improves health, whereas music coaching helps achieve social goals, such as prosperity and development as a society member.

Key words

Music therapy, music coaching, mature personality, Maslow's hierarchy of needs.

Финальные цели музыкального воспитания, музыкальной терапии и музыкального коучинга. Сегодня во всем мире идет активный поиск ресурсов, необходимых для жизнедеятельности человека.

Эти ресурсы могут быть как материальными, так и нематериальными, как природными, так и социальными, существующими только в человеческом обществе.

В первом случае мы можем говорить о полезных ископаемых в виде нефти, газа и других ископаемых, которые существуют в природе. Сюда же можно отнести энергию солнечного тепла и света, чистой воды и свежего воздуха. В другом случае, говоря о человеческом обществе, под энергией мы будем подразумевать информационные ресурсы, которые с каждым новым этапом технического прогресса усиливают свою значимость в современном социуме.

Музыку, которая с точки зрения физики представляет собой упорядоченную систему звуковых вибраций, можно рассматривать как один из специфических видов энергии, который может непосредственно влиять на РН крови, частоту сердечных сокращений и ритм дыхания. Благодаря музыке человек получает возможность управлять своими чувствами и эмоциональными состояниями. Каждый музыкант, осознает он это или нет, является природным психотерапевтом, поскольку может своим искусством изменять эмоциональное состояние человека. В современном мире огромное количество заболеваний имеет психосоматическую природу, поэтому, влияя с помощью музыки на эмоциональную сферу человека, можно значительно уменьшить количество таких болезней.

Преимущества использования музыкальной терапии по сравнению с традиционными медицинскими подходами заключаются в том, что с ее помощью возможен более широкий охват пациентов при их вовлечении в активную музыкальную деятельность, которая может быть представлена в виде коллективного прослушивания музыкальных произведений по специально организованной методике, а также в виде хорового пения и игры на музыкальных инструментах. Клинические исследования в области музыкальной терапии, успешно проводимые во многих странах, доказывают правомерность использования музыки в качестве эффективного терапевтического средства.

Но является ли хорошее здоровье финальной целью музыкальной терапии? Делает ли обладание хорошим здоровьем человека счастливым и полноценно функционирующим? На этот вопрос можно ответить словами Сократа: «Здоровье — это еще не все. Но все без здоровья — ничто».

Чем должен заниматься человек, когда он после перенесенной болезни становится здоровым? Видимо, это должна быть та духовная самореализация, о которой говорит современная гуманистическая психотерапия. Медицина не может ответить на этот вопрос в полном объеме, потому что это не входит в ее компетенции. В дело должны вступать психология и философия, которые отвечают за смыслы жизни и говорят об экзистенциальной сущности человека.

В современной психологии коучинг как метод постановки и достижения целей стал особенно востребован в силу растущего интереса многих людей к решению проблемы нахождения своего предназначения и самоосуществления как неповторимой личности.

Личностный рост по А. Маслоу. Для более развернутого ответа на вопрос о том, что должен делать человек, когда поправил свое здоровье, мы обратимся к известной модели личности Абрагама Маслоу.



Как видно из этой пирамиды, развитие человека по А. Маслоу идет от его природного биологического начала к удовлетворению его социальных и духовных потребностей. Важность здоровья присутствует только на первых двух начальных ступенях развития. Но кроме физического здоровья существуют еще и потребности психологического, социального и духовного уровня. Отметим, что удовлетворение этих потребностей в полной мере может быть достигнуто только в условиях развитого демократического общества.

А. Маслоу полагал, что количество людей, удовлетворяющих свои потребности на разных ступенях, уменьшается с переходом на более высокий уровень. Если на первом и на втором уровне пирамиды находится наибольшее количество людей, то на самом верхнем, пятом уровне, таких людей всего 1–1,5% от общего количества населения данной страны. Но именно эти люди составляют цвет нации и именно они заставляют весь социум расти и развиваться по пути как технического, так и духовного прогресса.

Если на первых двух уровнях человека заботится главным образом о себе и о здоровье своей семьи, то по мере перехода на последующие уровни человек начинает заботиться о благополучии и развитии того социума, в котором он живет. В конечном счете заботой зрелой личности становится процветание всего социума в целом на основе *бытийных* ценностей, которые А. Маслоу считал определяющими для нормального функционирования социума.

Рассматривая модель потребностей личности А. Маслоу как аналог живого организма, нетрудно прийти к выводу, что для его нормального существования на каждом уровне человеку должно быть предоставлено соответствующее особое «питание», которое на каждом уровне обладает своей специфичностью.

Отметим, что термин «воспитание» состоит из предлога *вос* и самого слова *питание*, что подразумевает восхождение от простого алиментарного физического питания к питанию более высокому, связанному уже не с пищевыми продуктами, а с усвоением психологических и социальных правил и норм поведения. Основатель гештальт-терапии Фриц Перлз полагал, что эмоции, идеи и представления человек поглощает и усваивает точно так же, как он усваивает и поглощает обычную еду. Поэтому идеи и представления способны вызывать в организме человека те же самые безусловные рефлексy, что и реальные физические продукты. Рвотный рефлекс может быть вызван как некачественной едой, так и сильным переживанием неприятного эпизода в жизни человека. Поэтому

использование термина «питание» по отношению к эмоциональным, профессиональным и духовным отношениям, ценностям и идеям представляется приемлемым и допустимым.

Для нас принципиально важным является положение о том, что каждый уровень пирамиды Маслоу может и должен иметь свое музыкальное сопровождение и музыка может стать сильнейшим катализатором тех процессов роста и созревания личности, которые имеют место быть на каждом уровне пирамиды. Отметим, что на первых двух уровнях, связанных физиологией и потребностями в безопасности, музыка может быть внепрограммной, т. е. исполняться без литературного текста. На последующих уровнях чувства, вызываемые музыкой, нуждаются в конкретизации с помощью литературного текста (стихов), или же программного названия музыкального произведения.

Экзистенциальная диета. На проблему питания как на способ поддержания жизнедеятельности человека можно смотреть с двух точек зрения — с узкой и с широкой.

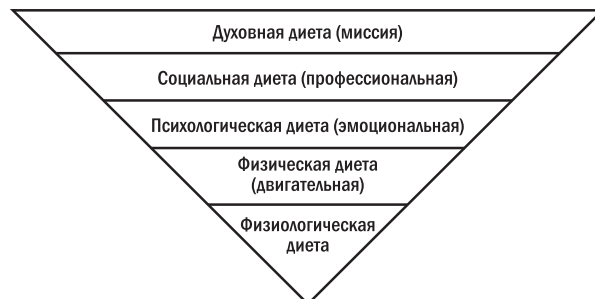
Диета в узком смысле, т. е. в традиционном понимании этого слова, подразумевает обычное потребление алиментарных продуктов питания, необходимых для биологического выживания организма.

Диета в широком смысле этого слова полагает, что, как сказано еще в Библии, «не хлебом единым жив человек». Это означает, что в роли продуктов питания для становления и развития человека могут и должны выступать все те явления и события, с которыми человек сталкивается в процессе социализации. При таком подходе продуктами питания, оказывающими свое влияние не только на тело, но и на личность человека в целом, становятся культурная среда и профессиональное сообщество, в которой он обитает, книги, которые он читает, музыка, которую он слушает, картины, которые он видит, эмоции и чувства, которые он наиболее часто при этом испытывает. Все вместе — это особые характеристики социального момента, то, что социальные психологи и психиатры определяют как Дух времени, Дух эпохи (немецкое *Zeitgeist*).

Экзистенциальная диета представляет собой совокупность условий, как материальных, так и нематериальных, т. е. психологических, социальных и информационно-духовных, при которых личность человека развивается наиболее адекватно и человек может выйти на уровень своего *Бытия*, придти к своей экзистенциальной сущности как к наиболее полному раскрытию возможностей своей личности, соблюдая принципы и правила специфической диеты каждого уровня, последовательно переходя с одного уровня «питания» на другой. Если же мы перевернем пирамиду А. Маслоу и поставим ее на вершину, то мы получим ту значимость и ценность, которыми обладает каждый уровень для развития личностного потенциала человека, его социальной и экзистенциальной сущности.

На первом уровне перевернутой пирамиды А. Маслоу можно говорить о физиологической диете, которая предлагает организму алиментарное питание

необходимыми жирами, белками, углеводами и витаминами. Музыкальное сопровождение этого уровня может быть представлено в виде произведений легкой музыки, под которую можно разговаривать, танцевать или же заниматься какими-то другими посторонними делами. Такую музыку для сопровождения обедов и балов создавали Гайдн и Моцарт, когда находились на службе в Австрии у князей Эстергази.



На втором уровне, который А. Маслоу отводил потребностям в безопасности, мы расположим функциональную диету, в задачи которой входит «питание» организма физическими нагрузками для развития крепости мышц и здорового дыхания, что обеспечивает функциональную готовность всех систем организма к слаженной работе. На этом уровне можно говорить о подъеме уровня энергетики человека, представив и сравнив энергетику двух людей весом в 100 кг. Но при этом один человек будет носить на себе 100 кг жира, а другой — 100 кг мышц. Естественно, что у человека, обладающего развитой мускулатурой, энергетика организма будет мощнее и сильнее.

Музыкальное сопровождение этого уровня может быть представлено в виде ритмичной музыки различных темпов для более точного выполнения физических движений, которые становятся более ритмичными и координированными.

Третий уровень, который у А. Маслоу связан с личностным статусом и с межличностными отношениями в малой группе, для своего осуществления нуждается в эмоциональной (психологической) диете, которая питает уже не столько тело, сколько сферу чувств и настроений. Здесь мы имеем более ценную по своей сущности энергетику, поскольку во многих случаях доброе слово и слова любви нередко оказываются для человека важнее, чем вкусная и аппетитная еда. Если на втором уровне человеку надо учиться, как правильно двигаться физически, то на третьем уровне человек должен двигаться в направлении постижения культуры переживаний межличностных отношений. Музыкальное сопровождение этого уровня — песни о любви и дружбе, о верности и предательстве. Их в изобилии можно найти в музыкальной культуре любого народа. Через песни в сознание человека входят нормы социальных отношений, которые эмоционально закрепляются и становятся убеждениями, благодаря чему процесс социализации оказывается более успешным.

Четвертый уровень в пирамиде А. Маслоу связан с потребностями приобретения социального статуса. В современном социуме это соотносится с профессиональными достижениями человека, которые

Таблица Мотивирующие диеты и их музыкальное выражение

Виды диет	Цель	Песни и музыка
Духовная	Миссия	О величии жизни, красоте природы, о процветании истины и справедливости
Социальная	Освоение профессии	О предназначении, о профессиях, о труде, постановке и достижении целей
Психологическая	Круг друзей, семья	О дружбе, о любви, надежде и верности
Физически функциональная	Здоровье	Спортивные, об утренней зарядке, о здоровье, радости физического движения
Физиологическая	Удовлетворение потребностей	Застольные, урожайные, колыбельные

позволяют ему вносить свой вклад в развитие социума. Поэтому мы вправе говорить о *социальной диете*, которая основана на деятельности в профессиональном сообществе. Подобная диета, понимаемая как освоение информации, связанной с выбранной профессией, проявляется в чтении специальной литературы, в деловом общении с коллегами по работе, в стремлении быть в курсе того, что на избранном человеком поприще с его точки зрения делает этот мир лучше. Вклад человека в социально значимое дело с помощью избранной профессии дает ему радость социального признания, вырастающую из дел и поступков, которые человек совершает для развития науки, культуры, общественных отношений. В конечном счете, в результате деятельности многих профессионалов, достигших высокого личностного развития, социум в том или ином отношении становится совершеннее, умнее, добрее и здоровее.

Музыкальное сопровождение этого уровня — песни о профессиях, о занятии любимым делом, дающим человеку возможность самореализации и самосуществления в избранной профессии. Однако следует отметить, что в потребительском обществе в его нынешнем виде таких песен стало значительно меньше, чем песен о любви и о здоровье.

Диета *духовная* связана с высшими устремлениями человека, которые в концепции А. Маслоу связаны с ценностями *Бытия*. В их число входят такие сложные и прекрасные по своей сути понятия и представления, как *Истина, Добро, Красота, Цельность, Единство противоположностей, Жизненность, Уникальность, Совершенство, Необходимость, Завершенность, Справедливость, Порядок, Простота, Богатство, Непринужденность, Игра, Самодостаточность* [1].

Из этого списка можно выделить три главные бытийные ценности, которые служат важнейшим условием для нормального функционирования демократического общества. Эти ценности — *Свобода, Истина и Справедливость* — напрямую связаны с деятельностью социальных институтов, которые занимаются *свободным научным поиском и внедрением в жизнь полученных результатов* на основе общечеловеческих нравственных принципов.

Очень важным моментом для нормального развития социума является движение каждого его члена от пассивности к активности, от позиции незаинтересованного обывателя к позиции активного гражданина, который активно участвует в общественной жизни, обладает внутренним локусом контроля, берет ответственность за свою жизнь, не перекадывая ее на кого-то вовне.

Все это может быть обобщено и представлено следующим образом (см. таблицу).

Непреходящие ценности любого демократического общества — свобода, справедливость, равенство дают свои всходы в сознании только тех людей, умы которых для этого соответствующим образом подготовлены.

«Демократия как ценность, — писал Н. Бердяев в книге „Судьбы России“, — есть уже образовавшийся народный характер, выработанная личность, способная обнаружить себя в национальной жизни... Властвовать может лишь тот, кто властвует над собой. Потеря личного и национального самообладания, расковыливание хаоса не только не уготовляет демократии, но делает ее невозможной, — это всегда путь к деспотизму. Задача образования характера есть задача образования национального характера. Образование же национального характера предполагает образование личного характера. Общественное сознание, общественная воля должны быть направлены на выработку закала личности. Вот этой направленности у нас и нет. Демократию слишком часто понимают навыворот, — не ставят ее в зависимость от внутренней способности к самоуправлению, от характера народа и личности. И это — реальная опасность для нашего будущего» [2].

Этот вопрос — формирование национального характера, отвечающего интересам и запросам демократического общества, — должен и может решаться как на уровне психотерапии, так и в еще больше степени — на уровне музыкального коучинга.

Сегодня музыкальная психотерапия и особенно музыкальный коучинг не могут пройти мимо общественного запроса в нашей стране на демократические преобразования, которым необходим личностно зрелый человек, исповедующий правила, нормы и ценности, о которых писал в своей книге А. Маслоу.

Библиографический список

1. Маслоу А. Новые рубежи человеческой природы. М.: Смысл. Альпина нон-фикшн, 2011.
2. Бердяев Н. Судьбы России. М., 1918. С. 230.

КАНТЕЛЕТЕРАПИЯ: ПОДГОТОВКА МУЗЫКАЛЬНОГО ТЕРАПЕВТА В «ПОЛЕВЫХ УСЛОВИЯХ»*

Стангрит С. Я., Потахина М. О.,
Центр музыкальной терапии «Стангрит-центр»,
Петрозаводск, Российская Федерация

Аннотация

Представлены основные принципы авторской методики кантелетерапии. Авторы подчеркивают важность практической подготовки музыкальных терапевтов. Для приобретения и развития практических навыков автором предложена форма стажировки с погружением в музыкально-терапевтический процесс и самоанализ в завершение каждого рабочего дня. Рассмотрены несколько примеров успешного прохождения образовательной подготовки музыкальных терапевтов. Рассказано об опыте создания центра музыкальной терапии «Стангрит-центр» в г. Петрозаводске.

Ключевые слова

Музыкальная терапия, кантелетерапия, образовательная подготовка, практика работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья.

KANTELE THERAPY: TRAINING OF MUSIC THERAPISTS IN THE FIELD

Stangrit S. J., Potakhina M. O.,
Center of Musical Therapy “Stangrit-center”,
Petrozavodsk, Russian Federation

Abstract

The article describes the author's method of conducting kantele therapy. It is essential for music therapists to have practical skills. Therefore, a new form of internship is proposed. It includes immersion into music therapy and self-analysis at the end of each work day. Several examples of successful education training of music therapists are considered. The authors present a case study of opening a center of music therapy “Stangrit Center” in Petrozavodsk and share their experience.

Key words

Music therapy, kantele therapy, educational training, work with special needs children.

В последние годы моя музыкально-терапевтическая работа проходит в «Стангрит-центре» (дети с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ)) и в дневном стационаре Республиканского психоневрологического диспансера (взрослые).

По моему мнению, наиболее эффективная часть подготовки музыкального терапевта происходит не в лекционном зале, а непосредственно в контакте с клиентом — через практику.

Хочу поделиться своим опытом взаимодействия с начинающими музыкальными терапевтами. Но сначала расскажу о моей методике, тех нормах и требованиях, которые она предъявляет к музыкальному терапевту.

Авторская методика музыкальной терапии Сергея Стангрита, «кантелетерапия», признана Министерством здравоохранения РФ как метод музыкально-педагогической лечебной работы и успешно при-

меняется в течение свыше 20 лет [1, с. 22–23]. Кантелетерапия — активная форма музыкальной терапии, родилась на основе традиционной музыкальной культуры Карелии. В музыкально-терапевтических занятиях активно используются аутентичные народные инструменты — кантеле, йоухикко, пастушьи флейты, а также песенный, танцевальный и мелодический репертуар родного края. Кроме того, применяется авторский музыкальный репертуар, разные виды этнических и современных музыкальных инструментов.

В основе методики лежит импровизационность. Основная цель — нахождение путей возможного взаимодействия с ребенком средствами музыкальной и эмоциональной подстройки, вследствие этого уравновешивание эмоционального фона, решение значимых для развития конкретного ребенка задач. Большую роль в кантелетерапии отводится созданию музыкально-терапевтического пространства, в котором

* Автором рассматриваемой методики является С. Я. Стангрит, педагогом, реализующим методику на практике, — М. О. Потахина. Изложение ведется от лица автора методики.

все участники процесса эмоционально включены и активны. Важным содержательным элементом является импровизационность, и неслучайно финские коллеги — музыкальные терапевты — нашли много общего между авторской методикой и методикой Нордофф—Роббинса [2].

Основными принципами кантелетерапии, или музыкальной терапии, можно считать следующие:

— не навреди (аналогичен принципу, принятому в медицине);

— никакого насилия (ни против музыкальных инструментов, ни против другого человека, ни против себя);

— вовлечение всех присутствующих на занятии в творческий процесс.

Музыкальный терапевт, желающий овладеть основами кантелетерапии, должен уметь применять эти принципы на практике. Но это дано не каждому, одного желания недостаточно. Безусловное принятие ребенка, общая музыкальность, склонность к анализу и самоанализу — эти и многие другие качества необходимы музыкальному терапевту для результативной работы.

У меня есть положительный опыт по подготовке музыкальных терапевтов. Прежде всего, это ко-терапевт Мария Потахина.

Когда пришла идея создать центр музыкальной терапии, я сразу задумался об ассистенте, помощнике. Было несколько кандидатур из числа выпускников педагогического университета и коллег — педагогов дополнительного образования. Этот мой внутренний отбор прошла только Мария — на первом же занятии ребенок с РАС разрешил Маше держать его за руки! До этого я знал Машу много лет: в студенческие и постстуденческие годы она была активным участником руководимых мной ансамблей «Экма» и «Джинс-кантеле» — пела, танцевала и играла на большой флейте и на блок-флейте (сопрано). По окончании университета работала воспитателем в детском саду. Сначала Мария была волонтером на моих занятиях. Интенсивная работа в центре музыкальной терапии началась в январе 2012 года. С того времени и по настоящее время для нее это основная деятельность.

Мария рассказывает о своем профессиональном росте.

Уже шестой год я работаю в качестве ассистента музыкального терапевта на музыкально-терапевтических занятиях Сергея Стангрита. Эта работа не похожа на работу в детском саду в качестве воспитателя, с которой я начинала, впрочем, и слово «работа» тут не совсем уместно.

Попад на занятие к Сергею Яковлевичу как музыкальный волонтер, я сразу поняла, что то, что делает этот человек, кардинально отличается от того, чему меня учили в педагогическом вузе.

Новая работа меня ломала. Я не понимала, что мне нужно делать и как. Здесь не было четкого плана занятий, знаний-умений-навыков, которые нужно формировать. Был только ребе-

нок, терапевт и музыкальные инструменты. Дети могли бегать по кабинету, кричать, не обращая внимания на наше пение и игру. Некоторые из них вели себя агрессивно, и нужно было беречь свои волосы и не приближаться близко. Моя основная задача на занятии — создание музыкальной среды. Курс музыкальной школы позволял играть на флейте и немного на фортепиано, пришлось кроме этого освоить барабан, кантеле, йоухикко и многие другие инструменты. Опять же, опыт музыкальной школы не готовил к тому, чтобы подхватывать мотивы и импровизировать. Долго пришлось искоренять академичность из своей игры. Дело даже не в том, чтобы играть что-то не по нотам, «неправильно» с точки зрения принятых стандартов музицирования. Дело в подаче звука, который идет изнутри и направлен на слушателя. Этот звук живой и выражает мои эмоции, он приглашает к разговору. Когда я играю, я не становлюсь выше ребенка в этом, типа «смотри, как я умею», или «ну послушайка, как прекрасно!», я сама получаю удовольствие от игры и приглашаю ребенка к этому присоединиться. На занятии формируется особая атмосфера принятия, доброжелательности и свободы самовыражения. Моя природная скромность и зажатость мешали очень сильно. Сергей Яковлевич поддерживал меня и снимал лишние страхи: здесь нет никаких ошибок, говорил он, главная ошибка — повести себя неискренне. Вот к чему я стремилась и стремлюсь до сих пор, когда начинается занятие:

— расслабление тела (когда звучит увертюра, смотрю внутренним взором, расслаблены ли руки, шея плечи), расслабление голоса (посылаю голос слушателям);

— сосредоточение на текущем моменте, я «здесь и сейчас»;

— мгновенная оценка текущей ситуации и реакция на нее.

Мое «здесь и сейчас» в музыкальной студии обозначает еще и быть на одной волне с Сергеем Яковлевичем. Предвидеть его реакцию, быть его дополнительными руками. Слаженность работы достигается общим пониманием целей и задач процесса, набором приемов для решения этих задач и взаимным доверием.

После нескольких лет работы в качестве ко-терапевта Мария обрела значительный опыт и вела самостоятельную деятельность в детском коррекционном саду.

Еще один положительный пример. Мы с Марией несколько лет участвовали в коррекционной программе для детей с ОВЗ в Грузии. В один из приездов руководители программы попросили поработать с Сопио Иванидзе — педагогом, желающей попробовать себя на поприще музыкальной терапии. Сопио Иванидзе по профессии музыкант, много лет работает с детским хором [3]. Очаровательная, энергичная, она сразу сумела завоевать наши симпатии. Ежедневно у нас было много получасовых занятий с детьми, прие-

хавшими на реабилитацию в Грузию из разных стран. Все — из русско-говорящих семей. Сопио, или София, как она просила себя называть, поначалу просто наблюдала занятие, лишь изредка подыгрывая на каком-нибудь шумовом инструменте. Эмоционально она сразу включилась в атмосферу. Через несколько дней я предложил ей занять более активную позицию и провести какое-нибудь действие самостоятельно. София чудесно поет — так могут петь только жители Грузии! Своим пением она заворожала и нас, и ребенка. Свою основную задачу в работе с Софией я видел в том, чтобы прежде всего помочь устранить академические музыкальные стереотипы, когда отход от нотного текста равен катастрофе. В кантелетерапии с музыкальным материалом можно и нужно обращаться свободно, вариативно, исходя из данной ситуации и состояния клиента-ребенка. София прочувствовала это довольно быстро. Большой педагогический и исполнительский опыт помог Софии в короткое время почувствовать себя в иной ипостаси комфортно, и через месяц она проводила самостоятельные занятия уже с грузинскими детьми, на собственном музыкально-певческом материале.

Но, к сожалению, есть и негативный опыт подготовки желающих стать музыкальными терапевтами. Кто-то держит себя по отношению к детям свысока и прикрывается неискренней улыбкой. Дети это сразу чувствуют. Кто-то делает поспешные выводы: дать ребенку с ОВЗ в руки кантеле — вот и кантелетерапия! У кого-то психологические зажимы такой степени, что чувствуются «окаменелости» в теле и голосе. Возможно, эти трудности связаны с особенностями системы профессиональной подготовки музыкантов и музыкальных педагогов.

Для овладения основами кантелетерапии я предлагаю стажировку. Стажер — человек, обладающий базовыми знаниями о музыкальной терапии и имеющий хотя бы небольшой опыт музыкально-терапевтической работы. Предлагаемая стажировка длится шесть рабочих дней. Стажер активно участвует во всех проводимых мной занятиях: это прежде всего дети с ОВЗ, также группы малышей (дети возрастом от года), многодетные семьи, занятия в дневном стационаре диспансера. Таким образом, у стажера есть возможность полностью погрузиться в музыкально-терапевтический процесс.

Каждый рабочий день завершается самоанализом стажера и анализом прошедших занятий. Мониторинг основан на следующих критериях:

- 1) степень вовлеченности в занятие, умение работать в команде;
- 2) скорость реакции на изменяющуюся обстановку;
- 3) степень владения различными музыкальными инструментами и голосом;
- 4) умение завладеть вниманием клиента;
- 5) сосредоточенность и доброжелательность.

Образование и профессиональная подготовка музыкальных терапевтов видятся особенно важной задачей. Только в практических «полевых» условиях стажировки, при сопровождении опытного коллеги-наставника с постоянной рефлексией на собственное психоэмоциональное состояние и реакции тела может происходить качественная образовательная подготовка музыкального терапевта для работы с детьми с ОВЗ или пациентами психоневрологических диспансеров.

Благодарим Антона Черепанова за неоценимую помощь в подготовке этой статьи.

Библиографический список

1. Методы музыкальной терапии: пособие для врачей. М., 2002. Утверждено Минздравом России 08.04.2003.
2. Центр музыкальной терапии Нордофф—Роббинс [Электронный ресурс] // Видео переведено Алисой Апрелевой для проекта МузТерапевт.Ру. URL: <http://autizmru.ru/center-for-music-therapy-nordoff-robbins/> (дата обращения: 01.03.2018).
3. URL: <https://www.youtube.com/user/sopioGeorgia> (дата обращения: 04.04.2018).

СТАНОВЛЕНИЕ МУЗЫКАЛЬНОГО ТЕРАПЕВТА

Степанова Т. К., музыкальный терапевт,
 Центр социальной реабилитации «Турмалин»,
 Москва, Российская Федерация

Аннотация

Приведено описание опыта становления музыкального терапевта в «постперестроечной» России. Раскрыты особенности антропософского образования в сфере педагогики, лечебной педагогики, музыкальной терапии. Автор делится опытом организации долгосрочного обучающего семинара и знакомит с особенностями преподавания взрослым.

Ключевые слова

Музыкальная терапия, образование музыкального терапевта, лечебная педагогика, социальная терапия, вальдорфская педагогика.

THE MAKING OF A MUSICAL THERAPIST

Stepanova T. K., Musical Therapist,
Social Rehabilitation Center “Turmalin”,
Moscow, Russian Federation

Abstract

The experience of becoming a musical therapist in “post-perestroika” Russia is described. The features of anthroposophic education in the field of pedagogy, curative pedagogy and music therapy are revealed. The author shares her experience of organizing a long-term training seminar and introduces the features of teaching adults.

Key words

Music therapy, education of a music therapist, therapeutic pedagogy, social therapy, Waldorf pedagogy.

С моей точки зрения, музыкальный терапевт — это профессия зрелого человека. Для того чтобы стать настоящим специалистом, музыкальному терапевту необходимы не только знания, умения и навыки, но и опыт — «сын ошибок трудных» [7]. И этот опыт, и профессиональный, и жизненный, должен постоянно переосмысливаться, не позволяя останавливаться на достигнутом, но стимулируя непрерывное развитие, движение вперед. Конечно, это можно сказать почти о любой «помогающей профессии». Но то, как мы понимаем музыкальную терапию, требует не формального следования прописанным методикам, а глубокого понимания человека в его различных аспектах.

Здесь я хочу поделиться собственным опытом освоения профессии музыкального терапевта, а также опытом организации курсов по подготовке музыкальных терапевтов.

Моя личная история освоения профессии. «Вечный студент». Профессиональное музыкальное образование — важная база для будущего музыкального терапевта. В моем случае ею стало ГМУ им. Гнесиных (фортепиано). И без этой основы мне трудно было бы освоить профессию музыкального терапевта, трудно использовать музыку в терапевтических целях без глубоко усвоенных навыков, которые лучше приобретать в детстве и юности.

Однако подлинными «моими университетами» стали долгосрочные образовательные курсы, готовившие специалистов для вальдорфских школ, лечебно-педагогических учреждений, учителей музыки. И особое место, конечно же, занимало обучение музыкальной терапии.

В самом начале 1990-х годов на семинаре в Москве Вольфганг Вюнш, музыкант, педагог из Германии, знакомил будущих учителей с особенностью преподавания музыки в вальдорфской школе [2]. Цикл его лекций стал «увертюрой» моего профессионального образования. С чувством сердечной благодарности вспоминаю первое знакомство с вальдорфской педагогикой. Основанная на идеях Рудольфа Штайнера [9], она являет собой убедительный пример глубоко проработанного, структурированного и в то же время живого и развивающегося практического искусства. Это знакомство вызвало у меня большое желание учиться дальше и получить систематическое образование вальдорфского педагога-музыканта.

Первые курсы для учителей музыки в России были организованы нашими музыкантами-энтузиастами совместно с Туули Песонен из Финляндии. Они проходили в Москве с 1996 по 2000 г. Учебный план этого семинара, рассчитанного на 790 учебных часов, включал в себя:

- 1) общее учение о человеке;
- 2) учебный план вальдорфских школ по музыке;
- 3) историю человечества и музыку;
- 4) пентатоническую музыку;
- 5) музыкальную импровизацию;
- 6) раскрытие голоса;
- 7) музыкальное движение и эвритмию, музыкальные игры;
- 8) занятия по развитию музыкальных способностей;
- 9) изготовление лиры — специально разработанного терапевтического инструмента;
- 10) подготовку и защиту дипломной работы.

Оглядываясь назад, могу сказать, что эти курсы, столь необычные по сравнению с традиционным образованием, стали основой для моего дальнейшего развития. С большой благодарностью я вспоминаю Туули Песонен, ее замечательные лекции [3] и практические занятия. Очень важным для меня стало погружение в пентатоническую музыку, в настроение квинты, побудившее к творчеству. В то время я работала с дошкольниками, и результатом этой работы стал составленный мной сборник песен, стихов и сказок для детей.

Моя первая пентатоническая лира была сделана под руководством финского мастера на тех же курсах. Без нее я уже не представляю себе работу с детьми. Ведь сделанный своими руками инструмент — это твой «ребенок», он звучит особенно, к нему относишься трепетно и бережно.

Особенно хочу отметить, как Туули организовала и провела защиту наших дипломных работ. Заканчивая семинар, мы не сдавали экзамен, обошлись без этой нервотрепки и «опасностей». Вместо этого у нас был спокойный и обстоятельный обмен опытом. Уже за год до окончания курса Туули познакомилась с предварительными наработками каждого студента, проконсультировала, дала ценные советы. А на заключительной сессии каждому уделялось столько времени, сколько было необходимо для серьезного обсуждения работы. Темы были самые разные, и эта сессия

оказалась на удивление плодотворной. Знакомясь с работами своих сокурсников, активно обсуждая их, мы еще раз повторили весь курс обучения.

Работа с детьми, даже условно здоровыми, а тем более с детьми, требующими особого душевного ухода, требует специальных знаний, специального образования. И такое образование мне посчастливилось получить с 1997 по 2001 г. на «Курсах по лечебной педагогике и социальной терапии имени Иты Вегман» (филиал Голландского института лечебной педагогики) [10].

Углубленное изучение лечебной педагогики, психологии, знакомство с медицинскими аспектами, с различными видами арттерапии, трудовой терапии, лечебной эвритмии — все это необходимо специалисту, работающему с «особыми» детьми. Я в то время начала работать в Центре лечебной педагогики с детьми, имеющими выраженные и множественные нарушения развития. Поэтому особенно важной для меня стала встреча с Эвелин Хиршман, музыкальным терапевтом из Роттердама (Голландия), знакомившей нас с основами музыкальной терапии.

Нашей группе посчастливилось: наше образование завершилось поездкой в Голландию, где мы защищали дипломные работы и проходили небольшую стажировку. Там я имела возможность познакомиться с работой музыкальных терапевтов в различных лечебно-педагогических организациях. Там же завязались новые профессиональные знакомства. А неделя, проведенная в Роттердаме у Эвелин Хиршман, оказалась бесценным опытом для начинающего музыкального терапевта.

После окончания курсов имени Иты Вегман меня пригласили преподавать слушателям этих курсов музыке и основы музыкальной терапии. Так начался мой опыт преподавания взрослым.

Третий образовательный курс, «Семинар по музыкальной терапии», стал основным в моем профессиональном образовании.

Он проходил в Москве и был организован Еленой Нисневич совместно с берлинской «Школой музыкальной терапии Марии Шюппель». Занятия проходили с 2001 по 2006 г. Это было глубокое и серьезное образование: освоение специальных музыкальных инструментов, музыкально-терапевтическая диагностика, феноменологические исследования, основательная самостоятельная работа. Общее количество учебных часов составляло 3405, 2190 из них — индивидуальная работа. Нашими педагогами были ведущие музыкальные терапевты Европы — Хайнер Руланд, композитор, исследователь истории музыки, автор книг по музыкальной терапии [4]; Фройдис Маст, музыкант и эвритмистка; Виола Хеккель, опытный специалист, практиковавшая музыкальную терапию в психиатрической клинике; Катарина Зейер, музыкальный терапевт, работавшая в лечебно-педагогических и социально-терапевтических заведениях.

По окончании курса мы сдавали итоговые экзамены. Они включали в себя:

— теоретическую часть, т. е. собственное исследование какого-либо музыкального элемента и выявление его терапевтического воздействия;

— описание своей работы с пациентом, демонстрацию практических навыков, в том числе освоение музыкальных инструментов, владение голосом, владение телом в танце, эвритмии.

Семинар дал всем нам уникальную возможность соприкоснуться с тонкостями антропософской музыкальной терапии, познакомиться не только с системой, но и с крупными личностями, практикующими и развивающими это направление.

Следующий этап моего образования — это тренинг для преподавателей образовательных учреждений, готовящих специалистов по лечебной педагогике, «Круг». Он был организован Европейской сетью по подготовке специалистов в области лечебной педагогики и социальной терапии CESTE-Net. Целью проекта было знакомство с преподаванием по триальному методу: триединство теории, практики и искусства. Курс включал в себя 400 часов и проходил с 2006 по 2008 г. Темой моей дипломной работы стало описание занятий со студентами — будущими лечебными (специальными) педагогами «Музыка и возраст. Основы музыкальной терапии». Триальный метод дает возможность живо и образно преподавать взрослым сложные темы. Новый взгляд на профессиональное образование расширил мои горизонты, дал импульс к началу собственного проекта.

Опыт организации обучающего семинара по музыкальной терапии. В основу нашей программы были положены программы Школы Марии Шюппель (Берлин) и голландской Школы музыкальной терапии. Большое внимание уделялось педагогической антропологии (антропософское человековедение), музыке во всех ее проявлениях, практическим упражнениям. В то же время мы постарались включить в программу методы и направления, не связанные с антропософией, но, с нашей точки зрения, замечательные и полезные. Об этом упоминается ниже.

Антропософская терапия основывается на понимании человека как духовно-душевно-физического существа [11]. Не все в человеке можно измерить, взвесить, исследовать с помощью современной техники. В музыке основная исцеляющая сила проявляется порой не в вибрациях звука, но в тишине, наполненной паузе, возникающей как послезвучие. Это можно исследовать, развивая в себе тонкость восприятия качества любого явления. Феноменологические исследования — непростое и непривычное занятие для современного человека. На нашем курсе мы старались уделять такой работе большое внимание.

В течение четырех лет 3–4 раза в год мы собирались на недельные сессии. Москвичи встречались между сессиями, иногородние студенты работали самостоятельно (у нас были студенты из Томска, Еревана, Петербурга, Смоленска).

На семинаре своим опытом делились яркие, талантливые специалисты из разных стран Европы. Катарина Зейер (Германия) — опытный, глубокий и требовательный музыкальный терапевт. Три года подряд она приезжала в Москву и проводила на нашем семинаре занятия со студентами, делилась своим опытом, знакомила с очень непростыми теоретическими

основами. Катарина Зейер была куратором нашего курса.

С Ханнесом Хайне (Германия) мы работали три раза — делали терапевтические музыкальные инструменты. Так появились у нас не только известные среди антропософских терапевтов пентатоническая лира и псалтерий, но и спроектированный Ханнесом по нашей просьбе новый струнный смычковый инструмент (напоминающий гротту), простой по звукоизвлечению, но хорошо звучащий. Кроме того, Ханнес проводил занятия по импровизации в группе.

Роб ван Аш из Голландии — ученик и последователь Пера Альбома (Швеция), музыканта, композитора, основателя «Интуитивной педагогики». Роб тоже приезжал к нам три года подряд. Этот удивительный человек познакомил студентов с основами эвритмии, рецитации и театра. С ним вся группа рисовала, изготавливала элементарные музыкальные инструменты из деревянных палочек, занималась теорией. Особенно были благодарны студенты за вокалотерапию — специальные упражнения, помогающие восстановить собственное здоровье.

Карел Фрееве, врач из Голландии, познакомил нас с основами антропософской медицины. Он приехал вместе с музыкальным терапевтом Элс ван дер Мей. Пример сотрудничества врача и музыкального терапевта имел для нас особую ценность. Показывая и раскрывая собственный новый подход к диагностике, связанный с движением человека в пространстве, позой, осанкой, Карел и Элс расширили наше видение пациента, направили на поиск новых терапевтических средств.

Нельзя не отметить и русскоязычных специалистов, делившихся своими знаниями и опытом. Прежде всего, это музыкальные терапевты: Жанна Лукьянченко, Наталия Лебедева, Анжелика Мерцалова.

На одной из сессий свой курс звукотерапии провел Егор Данилович Резников, профессор из Парижа. Резников — исследователь и исполнитель раннехристианских песнопений в чистом строе, владеющий резонансным пением [5]. Целительную силу такого пения каждый мог ощутить на себе и при желании продолжить занятия с Резниковым в дальнейшем (а он регулярно приезжает в Москву и проводит в консерватории мастер-классы).

В танцевально-двигательной сфере наши студенты познакомились с «Музыкальным движением», практикой свободного танца [1]. Зародившееся в начале XX века в России, это направление в советские годы развивалось почти подпольно. Оно способствует укреплению не только тела, но и всего человеческого существа. Творческое самовыражение, естественное движение, свободное дыхание — все это оказывает оздоравливающее воздействие на человека [6].

Мы считаем, что специалист должен быть в курсе того, что происходило в прошлом, что происходит в настоящем в его профессии и куда направлено будущее развитие музыкальной терапии. Терапевтическое использование музыки с древних времен и до наших дней, история музыкальной терапии и краткий обзор современных направлений — этому была посвя-

щена лекция Анны Юрковой, прочитанная студентам на первой сессии. Можно только сожалеть, что на семинаре мы лишь мельком коснулись этой темы.

Для становления музыкального терапевта необходимы не только знания, умения, навыки, нужна осознанная работа над собой. Понимая, что личность терапевта — это главный инструмент терапии, мы выделили достаточное время упражнениям на личностное развитие: социальности, способности к эмпатии. На одной из сессий у нас была работа с психологом на тему «Моя профессия в моей судьбе». В промежутках между сессиями мы встречались и работали над лекцией Рудольфа Штайнера «Нервозность и силы Я», которую я рекомендовала бы всем специалистам. Все это не было напрасным: в группе сложилась очень хорошая атмосфера доброжелательности и взаимопомощи.

Оглядываясь назад, можно отметить, что наши студенты имели возможность познакомиться с уникальным опытом разных специалистов. Может быть, этот курс был слишком «пестрым», однако он дал возможность пережить антропософскую музыкальную терапию как живое, развивающееся искусство, глубокое и тонкое. Не все выпускники освоили сложные терапевтические инструменты — лиры, гротты, но все получили импульс к дальнейшему развитию. Некоторые углубились в вокалотерапию, другие нашли возможность приобрести и освоить струнные инструменты. Ежегодно мы встречаемся в Москве на конференции антропософских музыкальных терапевтов: работаем над интересующими нас темами, делимся собственным опытом, разбираем сложные случаи из практики, музицируем. Приглашаем и других специалистов: врача, эвритмиста, лечебного педагога. Два раза приезжала в Москву Катарина Зейер, наш дорогой учитель, щедро делящийся своим опытом и знаниями. И каждый раз возникает чувство, что мы находимся лишь в самом начале пути постижения музыкальной терапии. Чем опытнее становишься, тем яснее понимаешь ограниченность своего знания, тем больше хочется учиться дальше.

Наши проблемы. В конце курса нам очень хотелось выдать выпускникам достойный сертификат. Была предпринята попытка оформить наш курс как курс повышения квалификации в государственном вузе. Мною была написана программа курса. Однако это оказалось слишком дорого для нашей немногочисленной группы. В результате выпускники получили лишь свидетельство фонда «Лемниската» о прохождении многочисленных мастер-классов.

Другой проблемой в настоящее время является отсутствие в России официального признания нашей профессии. Нужны не только музыкальные руководители, работающие с «особенными» детьми и взрослыми, не только психотерапевты, использующие музыку в своей практике, но образованные музыкальные терапевты.

Взгляд в будущее. Осмысливая свой опыт и опыт моих коллег, антропософских музыкальных терапевтов, могу сделать вывод, что нам есть чем поделиться с профессиональным сообществом. Антропософ-

ские музыкальные терапевты работают в различных сферах, где необходима помощь человеку средствами музыки. Некоторые имеют возможность работать в сотрудничестве с антропософскими врачами (что и должно стать нормой). У многих есть опыт преподавания взрослым [8]. Моя специализация — это музыкальная терапия в лечебной педагогике и социальной терапии. По этой специальности мною разрабо-

тана программа курса музыкальной терапии, требующая незначительной доработки. Есть преподаватели, как зарубежные, так и российские, готовые к сотрудничеству. Дело за малым. За признанием в России музыкальной терапии законной профессией. За готовностью государственных вузов принять новое направление в образовании. За открытостью наших коллег к творческому взаимодействию.

Библиографический список

1. Айламазьян А. М. О механизмах музыкального переживания: опыт музыкального движения // Вопросы психологии. 2013. № 5.
2. Вюниш В. Формирование человека посредством музыки / пер. с нем. Н. Т. Григорьевой. М.: Парсифаль, 1997. 160 с.
3. Песонен Т. Музыка в жизни ребенка // Дитина. 2003. № 5–6.
4. Руланд Х. О преображении искусства // Антропософия в современном мире. 2005. № 2.
5. Сапонов М. Псаломпевец нашего времени. К 60-летию Егора Резникова // Старинная музыка. 1998. № 1.
6. Степанова Т. К. От активного движения к активному восприятию // Журнал практического психолога, 2015. № 3.
7. Степанова Т. К. Музыка и человек // Музыкальный Клондайк». 2017. № 10–11.
8. Ван Хойтен К. Пробуждение воли. Принципы и процессы в обучении взрослых / пер. с англ. Киев: Наир, 2005. 280 с.
9. Штайнер Рудольф. Википедия. URL: https://ru.wikipedia.org/wiki/Штайнер_Рудольф (дата обращения: 08.04.2018).
10. Штайнер Р. Курс лекций по лечебной педагогике / пер. с нем. Киев: Наир, 2015.
11. Штайнер Р. Сущность музыкального / пер. с нем. Ереван: Лонгин, 2010.

ПОДГОТОВКА МУЗЫКАЛЬНЫХ ВОЛОНТЕРОВ ДЛЯ УЧРЕЖДЕНИЙ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Черепанов А. В., клинический психолог, музыкальный терапевт,
ГАУ здравоохранения Московской области «Психиатрическая больница № 22»,
Химки, Российская Федерация

Аннотация

Психическое здоровье общества отражается в отношении к людям с психическими особенностями. В статье обсуждается решение проблемы стигматизации посредством волонтерских движений. Волонтерская деятельность представляется как путь социального служения и вхождения в профессию. Методы музыкальной терапии рассмотрены в контексте вопроса об образовании волонтеров. Предложены основные принципы организации школы музыкального волонтерства, отбор, психологическое сопровождение и подготовка участников.

Ключевые слова

Волонтерство, обучение, подготовка и сопровождение, музыкальная терапия.

TRAINING MUSIC VOLUNTEERS FOR MENTAL HEALTH INSTITUTIONS

Cherepanov A. V., Clinical Psychologist, Music Therapist,
Moscow Region Psychiatric Hospital No. 22,
Khimki, Russian Federation

Abstract

Mental health in contemporary society is reflected in how we treat people with mental disorders. The author suggests that stigmatization can be reduced through encouraging volunteer movements. Volunteering is seen as a social charity and a career start. Music therapy methods are considered in the context of volunteer training. This paper shares the experience of organizing schools for musical volunteers, selection process, their preparation and psychological support.

Key words

Volunteering, training, preparation and support, music therapy.

Тема Конгресса «Психическое здоровье человека XXI века», посвященная вопросам образования, является чрезвычайно актуальной для проблемной области музыкальной терапии и волонтерского движения. Статья высвечивает три актуальные области, в междисциплинарном взаимодействии которых появляется аутентичное направление научных исследований как в плане теоретической разработки новой области знаний, так и в плане эмпирического опыта, дающего возможность говорить о практиках, основанных на доказательствах. И хотя вопрос психического здоровья — не только медицинский, биологический, но и психологический, социальный и даже духовный вопрос, рассмотрение его требует достаточной строгости с опорой на постпозитивистскую философию и генеральный тренд современных медицинских исследований — обоснование доказательствами [12]. Статья посвящена «помогающему» поведению человека, образованию в области психического здоровья, терапевтическому использованию музыки. Будем считать, что целью научного анализа данной работы является сформулировать правильные гипотезы, а не постулаты, и выявить то, что, *скорее всего*, верно [10, с. 56].

Во-первых, в статье рассмотрены психологические особенности волонтерского движения. Волонтерство и добровольчество — понятия равнозначные согласно Проекту Федерального закона о добровольчестве (волонтерстве). Волонтерство как объект научных исследований на русском языке появилось с начала 2000-х годов. Большинство диссертаций посвящено педагогической тематике и охватывает круг вопросов, касающихся вовлечения субъектов образовательного процесса в волонтерство, способствующее формированию у них общеобразовательных и специальных компетенций. Часть работ посвящена различным категориям благополучателей, т. е. тех, кому адресованы добровольческие инициативы: приобщение детей-сирот к духовно-нравственным основам культуры через взаимодействие с волонтерами, формированию этнокультурной грамотности и антинаркотической профилактики усилиями волонтеров. Волонтерская деятельность рассматривается как условие стимулирования социальной активности, средство воспитания гражданских качеств молодежи, ресурс личностно-профессионального развития и фактор формирования профессиональной идентификации. Феномен добровольчества как тип смысложизненной деятельности человека, ищущего свои пути в понимании себя, во взаимодействии с окружающим миром, основанные на самовыражении и ощущении полезности, значимости, является, к сожалению, предметом не многих научных исследований [4, с. 17].

Во-вторых, говоря о психическом здоровье человека XXI века, подчеркнем вопрос о здоровье общества, выражающегося в гуманном отношении к людям с психическими особенностями. Проблема стигматизации людей с особенностями вообще и, в частно-

сти, пациентов «с диагнозом» или «с психиатрическим опытом», является злободневной для реалий не только российской действительности: повсеместно общество вытесняет таких лиц, что приводит к их социальному и внутреннему отчуждению [1, с. 49–53]. В отечественной психиатрии осуществляется систематическая работа по преодолению стигматизации, в том числе посредством деятельности общественных организаций [16]. Особую роль в этом играют те, кто готов к бескорыстному служению и открытому взаимодействию с людьми с психическими расстройствами и особенностями, — волонтеры. Процесс создания модели «психиатрии с опорой на общество» пока находится в зачаточном состоянии в России, при том что добровольчество сейчас — это точка повсеместного, активного творческого роста разнообразных общественных и молодежных инициатив, в том числе в сфере психического здоровья [8, с. 9–13]. И пусть относительно общества в целом — малый, но проекты вносят вклад в успешную социальную и культурную интеграцию, обеспечение людей с психическими особенностями должным качеством жизни.

В-третьих, обосновывается актуальность изучения методов научно-обоснованной музыкальной терапии, которую применяют в своих практиках волонтеры и специалисты в сфере охраны психического здоровья, также в широком спектре медицинских и социальных учреждений. Лакуну методических рекомендаций и разъяснений относительно волонтерской работы с терапевтическим использованием музыки восполняет книга А. Апрельевой [2]. Для профессионалов в сфере психического здоровья музыкальная терапия довольно полно освящена в переведенных на русский язык работах Г. Г. Декер-Фойгта [5, 7]. Публикации его учеников и других авторов представлены в русскоязычном научном пространстве. За последние 15 лет ситуация незначительно изменилась, несмотря на многочисленные эмпирические свидетельства целебного, гармонизирующего воздействия музыки, его механизмы пока явно недостаточно изучены [13, с. 163].

Волонтерство в учреждениях психического здоровья с применением методов музыкальной терапии открывает широкие возможности социокультурной адаптации людей с психическими расстройствами и особенностями, дестигматизации их со стороны общества при условии распространения инклюзивных практик в медийном пространстве и общественном сознании и является также способом продвижения и формирования отечественной методологии в подходах к музыкальной терапии, учитывающей лучший зарубежный и отечественный опыт.

Для волонтерства, благотворительности, как и для помогающих профессий в целом, характерно некоторое самопожертвование в отношении благополучателей, пациентов, подопечных — людей в трудных жизненных ситуациях. Милосердие, жертвенная любовь, служение ближним играют значительную роль

не только для религиозных людей, но и для всех, кто осознает, что эмпатия является основой здорового общества, а эмоциональный интеллект — фундаментальной этической установкой, благодаря которой чувства, характер и внутренние нравственные стимулы оказываются тесно связанными [6, с. 19]. В то же время идеи светской добровольной благотворительной деятельности в российском обществе прокладывают себе дорогу с большим трудом в сравнении с уже привычными религиозными практиками служения [14, с. 188–190]. Этот факт указывает на необходимость просветительской работы в отношении волонтерства, его положительной роли в гуманизации общества.

Понятие служения, распространяясь в обществе, имеет уже не только религиозную коннотацию, но и светскую. Недаром регулярную трудовую деятельность в повседневности часто называют «службой», а в словах духовных лиц звучит идея профессии как способа служения Богу и ближним. Возможность приносить пользу другим, опираясь на свои профессиональные и личные качества в деятельности волонтеров, — это краеугольный камень, на котором зиждется работа, которая не оплачивается и не имеет четких критериев оценки эффективности, поэтому зачастую основывается на внутриличностных детерминантах. Согласно представлению психолога А. Бандуры, система «Я», включающая самонаблюдение, процесс вынесения суждений и активную реакцию на себя, является фактором саморегуляции и самоэффективности, которые, в свою очередь, служат важнейшими внутренними факторами, влияющими на человеческое поведение [3, с. 17–19].

Для того чтобы приступить к деятельной помощи людям посредством добровольчества в учреждениях психического здоровья, волонтеру необходимо получить представления о морально-этических основах помогающей деятельности, прояснить свою собственную мотивацию, что может существенно облегчить деятельность на этапе постановки целей, критериев и временной траектории ее достижения. Важно приобрести знания об основах психиатрии и клинической психологии, музыкальной терапии, иметь навыки установления контакта, владения игрой на музыкальных инструментах хотя бы на начальном уровне, планирования и проведения занятий, их рефлексии и при необходимости — корректировки.

Желание волонтера приобрести профессиональный и личностный опыт, овладеть способами коммуникации и методами работы для использования в дальнейшей деятельности может являться достаточной мотивацией для выстраивания регулярной волонтерской практики. Порой волонтером движет необходимость разрешить собственные психологические трудности. Причиной стремления в учреждения психического здоровья, например, в психиатрическую больницу или психоневрологический интернат, может являться психическая особенность или не выявленное до сих пор психическое расстройство волонтера.

Основные элементы психотерапевтического образования применимы к требованиям подготовки волонтеров учреждений психического здоровья: это теория,

практика, личная терапия и работа под супервизией [11, с. 363]. Наряду с образованием важна качественная личная жизнь как залог сохранения здоровья и благополучия, защиты от эмоционального выгорания во время волонтерской практики, а также после нее.

Исключительно важными, таким образом, являются не только образовательная подготовка волонтеров, но также:

- отбор волонтеров из числа желающих посредством интервьюирования с элементами психологической диагностики;

- обучение с применением методов самопознания и самопомощи;

- прохождение личной терапии по запросу от волонтера или как условие допуска к помогающей деятельности со стороны сопровождающего лица;

- прохождение обучения и волонтерской практики в группе, участники которой могут дать обратную связь на деятельность волонтера;

- сопровождение волонтерской практики куратором, организующим подготовку от имени общественной организации либо со стороны сотрудника учреждения;

- обязательная супервизия проведенных занятий со стороны компетентных специалистов, в крайнем случае — более опытных коллег-волонтеров.

Принципы организации обучения, психологической подготовки и сопровождения волонтеров музыкальной терапии предполагают заключение договора на конкретно определенный срок или количество занятий, ясно регламентирующий обязательства, правила поведения и ответственность сторон: волонтера, его куратора со стороны общественной организации, осуществляющей подготовку, и учреждения психического здоровья, на базе которого осуществляется волонтерская практика. С одной стороны, такая формализация отношений создает дополнительные трудности, формирующие барьеры для развития волонтерства, которых и без того достаточно в нашем государстве [9]. С другой стороны, подобный договор является гарантией безопасности, позитивного опыта и развития для самого волонтера.

Школа музыкальных волонтеров или волонтеров музыкальной терапии является проектом, направленным на дестигматизацию людей с психическими расстройствами и особенностями, и способствует их социальной интеграции посредством совместной культурно-досуговой творческой деятельности, какой являются занятия по музыкальной терапии.

Проблемы, стоящие перед современным обществом, в особенности медицинскими и гуманитарными науками, заинтересованными в развитии человечества как вида и человека как личности, являются проблемами сохранения и приумножения психического здоровья человека в XXI веке. В третьем тысячелетии действия каждого человека на планете будут влиять на всех остальных. Лишь вместе мы победим — или исчезнем [15, с. 7]. Глобальные вызовы динамично меняющегося мира связаны с сохранением и приумножением гуманизма и нравственных качеств сообществ

и отдельно взятых людей. Бескорыстное служение, основанное на духовных принципах, использование средств искусства, в частности, музыки и ее гармонизирующей силы, объединение и коллаборация людей в совместных социокультурных практиках, преодолевающих замкнутость и отчуждение, становятся вкладом в построение прогрессивного общества будущего.

Библиографический список

1. Айказуни А.Л. Феномен стигмы и ее воздействие на людей с психическими заболеваниями // Армянский журнал психического здоровья. 2015. № 6 (1).
2. Апрелева-Коломейцева А. Музыкант как волонтер: терапевтическое применение музыки в медицинских и социальных учреждениях. М.: Лепта Книга, 2017. 269 с.
3. Левин К., Бандура А. Гештальт-психология и социально-когнитивная теория личности. СПб.: Прайм-Еврознак, 2007. 125 с.
4. Ванхемпинг Е.Г. Волонтерские практики в системе социальной защиты постсоветских стран: классификационный подход. СПб., 2016.
5. Декер-Фойгт Г.-Г. Введение в музыкотерапию. СПб.: Питер, 2003. 208 с.
6. Гоулман Д. Эмоциональный интеллект. Почему он может значить больше, чем IQ. М.: Манн, Иванов и Фербер, 2014. 560 с.
7. Декер-Фойгт Г.-Г. Музыкальная терапия: учебник. Оренбург: Оренбургский гос. ун-т, 2011. 383 с.
8. Добровольческое движение в психиатрии. Место волонтеров в системе помощи людям с психическими расстройствами: практич. пособие. М., 2015. 44 с.
9. Кузьминчук А. А. Институциональное регулирование волонтеров как социальной общности: автореф. дисс. ... ст. канд. соц. наук, Тюмень. 2016.
10. Кэмпбелл К. Китайское исследование: классическая книга о здоровом питании. М.: Манн, Иванов и Фербер, 2018. 526 с.
11. Макарова Е. В. Об основных элементах психотерапевтического образования и сохранении профессионального благополучия во время психотерапевтической практики // Психическое здоровье человека XXI века: сб. научных статей по материалам Конгресса «Психическое здоровье человека XXI века». М.: ИД «Городец», 2016. 416 с.
12. Петров В. И., Недогода С. В. Медицина, основанная на доказательствах: учебное пособие. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 144 с.
13. Практическая арт-терапия: лечение, реабилитация, тренинг / под ред. А. И. Копытина. М.: Когито-Центр, 2008. 286 с.
14. Пушкарева Т. В., Мельникова В. Н. Волонтерство как добровольная благотворительная деятельность. Кострома, 2013.
15. Чиксентмихайи М. Эволюция личности. М.: Альпина-нон-фикшн, 2013. 420 с.
16. Ястребов В. С. Стигма в психиатрии. Скрытая угроза. М.: МАКС Пресс, 2008. 46 с.

АДАПТИВНЫЙ СПОРТ

EDUCATION IN ADAPTIVE SPORTS

РАЗВИТИЕ МЕТОДОВ КОНТРОЛЯ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКИ СПОРТСМЕНОВ-ПАРАЛИМПИЙЦЕВ

Воробьев С. А. к. п. н., доцент,
Коротков К. Г. д. т. н., профессор, **Короткова А. К.** к. псих. н.,
ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт физической культуры»,
Санкт-Петербург, Российская Федерация

Аннотация

Рассмотрены методы контроля и психологической поддержки спортсменов-паралимпийцев, разработанные и применяемые сотрудниками СПНИИФК при работе в паралимпийских командах высшего уровня спортивного мастерства. При разработке методов особое внимание уделено поиску средств, позволяющих использовать качества и возможности организма в целях совершенствования для достижения спортивных результатов. Результаты применения развитых методов в течение ряда последних лет в процессе подготовки паралимпийских команд к международным соревнованиям показали их высокую эффективность и большую востребованность со стороны тренеров и спортсменов.

Ключевые слова

Паралимпийский спорт, психофизиологическое состояние спортсменов, метод газоразрядной визуализации, аутотренинг, светозвуковая стимуляция, биологическая обратная связь.

METHODS OF CONTROL AND PSYCHOLOGICAL SUPPORT FOR PARALYMPIC ATHLETES

Vorobev S. A. PhD (Pedagogy), Associate Professor,
Korotkov K. G. Doctor of Technical Sciences, Professor,
Korotkova A. K. PhD (Psychology),
Saint Petersburg Scientific-Research Institute for Physical Culture,
Saint Petersburg, Russian Federation

Abstract

In this paper, we discuss the methods of control and psychological support of Paralympic athletes. These methods were developed and administered in Saint Petersburg Scientific-Research Institute for Physical Culture in working with the Paralympic teams. In their development, special attention was paid to using body characteristics to improve athletic performance. The use of developed methods over the past few years in preparation for international competitions has proven them to be highly effective for coaches and athletes.

Key words

Assessment of psycho-physiological state of athletes, gas discharge visualization technique, auditory training, light and sound stimulation, biofeedback.

Паралимпийский спорт сегодня занимает достойное место в социальной жизни нашей страны. Это накладывает на спортсменов-паралимпийцев большую ответственность перед собой и государством, что приводит в росту требований, предъявляемых к спортсменам. Одна из проблем современного этапа подготовки

спортсменов — в паралимпийском спорте не хватает психологов, имеющих опыт работы с паралимпийской командой. У спортивного психолога, работающего в команде, время проведения обследования и оказания психологической поддержки спортсменам ограничено длительностью сборов и количеством спортсменов.

Еще одна проблема в работе спортивного психолога в команде заключается в том, что со стороны спортсменов и тренеров проявляются недоверие к спортивным психологам, недостаточно серьезное отношение к психологической подготовке, а также нежелание самого спортсмена показаться слабым.

Диагностика психических состояний спортсменов и мероприятия психологической поддержки проводятся в командах паралимпийских видов спорта не постоянно, а время от времени. В большинстве случаев в научной литературе описаны методики сбора данных личностных и характерологических особенностей спортсменов-паралимпийцев, за исключением деятельности психологов, работающих в рамках комплексных научных групп (КНГ) со спортсменами-паралимпийцами. Реальная практическая помощь в виде психологического контроля и поддержки практически не ведется. Преимущественно это связано с отсутствием постоянно работающих спортивных психологов в командах.

В настоящее время при обследовании спортсменов используются несколько десятков различных психодиагностических тестов. Существенным недостатком таких обследований является их большая продолжительность при ограниченном количестве регистрируемых показателей с помощью каждого метода в отдельности, вследствие чего сложно создать целостный психофизиологический портрет спортсмена, относящийся к определенному временному промежутку.

Учитывая нозологические особенности спортсменов-паралимпийцев, зачастую приводящие к выраженным особенностям психологического статуса, а также большие физические и психологические нагрузки на тренировках, психологический контроль необходимо проводить регулярно на протяжении всех сборов, а также перед ответственными соревнованиями.

Контроль психологического состояния — это важный элемент в системе спортивной подготовки, особенно спортсменов-паралимпийцев [7]. Психологические и физиологические процессы тесно связаны между собой. Нарушение одного повлечет за собой неизменные нарушения и сбои в другом. Негативные психические состояния личности, такие как стресс, утомление, тревога, депрессия, монотония, гиперпрозекция (ипохондрическая фиксация на проблемах здоровья), психомоторная персеверация (навязчивое повторение действий) и другие могут причинить серьезный вред здоровью, если их не определить вовремя [8, 11]. Для спортсменов-паралимпийцев это особенно актуально, поскольку эти спортсмены уже имеют нарушение физического здоровья, а многие из них также психологически травмированы. Тяжелые физические нагрузки способны привести к нарушению психической деятельности, что может повлечь за собой перетренированность и серьезное травмирование. Жизнь спортсмена, а особенно спортсмена-паралимпийца, сопряжена с действием различных стрессогенных факторов и больших нагрузок, поэтому оптимальное психическое состояние является основой для успешной жизни и спортивной результативности.

Высокие требования к спортивным результатам, интенсивные нагрузки, стрессовые и экстремальные ситуации способствуют активизации общей и специальной спортивной подготовки. Особое внимание уделяется поиску средств, позволяющих использовать качества и возможности организма в целях совершенствования для достижения спортивных результатов.

В связи с большой загруженностью спортсменов и накоплением усталости при работе со спортсменами-паралимпийцами необходимо применять экспресс-методы контроля психологического состояния. Контроль необходимо проводить регулярно в течение спортивных мероприятий (тренировки, соревнования).

Для психологической поддержки спортсменов-паралимпийцев сотрудники ФГБУ СПбНИИФК предлагают спортсменам, тренерам и практическим психологам применять следующие методики, которые являются доступными, хорошо отработанными и при необходимости использования аппаратуры мобильными [1, 2, 6, 10]:

1) приемы самовоздействия — управление дыханием, концентрация внимания, управление тонусом мышц;

2) аутогенная тренировка;

3) идеомоторная тренировка;

4) применение программно-аппаратных комплексов биологической обратной связи (БОС) для оценки и развития саморегуляции у спортсменов;

5) использование приборных методов снижения уровня тревожности и стресса на базе индивидуальных аудиофайлов и полей крайне высокой частоты (КВЧ) сверхнизкой интенсивности.

Прибор «Биокор» был разработан под руководством профессора Короткова с участием специалистов ФГБУ СПбНИИФК и ряда организаций города Томска. Он основан на сочетании нескольких принципов: на базе методики ГРВ, с использованием прибора «Био-Велл» и обработки информации в интернет пространстве, анализируется индивидуальный частотный спектр функционирования организма спортсмена. На базе этой информации создается индивидуальный музыкальный файл, основанный на оригинальной музыке, с использованием принципа бинауральных биеений, который записывается на жесткий диск компьютера и может быть скопирован на любой цифровой носитель. Частотный спектр подается на специализированный прибор «Биокор», где он применяется для модуляции КВЧ-сигнала.

В ходе многочисленных медицинских исследований было показано, что применение крайне высокочастотных колебаний сверхмалой амплитуды позволяет оптимизировать работу многих функциональных систем человека путем непосредственного воздействия на клеточные структуры. Благодаря малой длине волны КВЧ-излучение вызывает резонанс на уровне функционирования клеток [4, 5].

Следует отметить особую роль таламуса в механизме действия музыкально-резонансной терапии. В процессе анализа музыкального сигнала таламус производит его оценку по принципу приятный — неприятный (полезный — вредный), таким образом, выделяя ее по-

ляризационную (торсионную) составляющую. Данный этап восприятия и обработки музыкального сигнала головным мозгом человека (таламусом) определяет психический фактор возникновения эмоциональной компоненты музыки.

Исследования, проведенные в Институте Роберта Монро (США), выявили общую закономерность того, что комбинации воздействия частотных ритмов на человека оказались более эффективными, чем ритмы одной определенной частоты. Ответная реакция го-

ловного мозга на такой сложный музыкальный сигнал соответствует обострению восприятия пространственной локализации колебаний звука. Данный вывод подтверждает факт наибольшей эффективности музыко-резонансной терапии в сравнении с одиночными ритмами одной определенной частоты. Таким образом, музыка как сложный звуковой сигнал является многокомпонентным фактором влияния на активизацию различных органов, зон головного мозга и функциональных систем по их физиологическому ответу [3, 9].

Библиографический список

1. Алексеев А. В. Себя преодолеть. М.: Физкультура и спорт, 1982. 191 с.
2. Банаян А. А. Применение метода ГРВ для мониторинга психофизиологического состояния спортсменов-паралимпийцев — членов сборной команды РФ по хоккею-следж // По итогам выступления сборной команды Российской Федерации на XI Паралимпийских играх 2014 года в Сочи: матер. Всерос. научно-практ. конф. (5–6 июня 2014, Санкт-Петербург). СПб: ФГБУ СПбНИИФК, 2014. С. 19–22.
3. Белецкая Е. А., Иванова Т. И. Музыкаотерапия как средство коррекции психологического здоровья детей старшего дошкольного возраста // Научно-методический электронный журнал «Концепт». 2014. Т. 20. С. 2996–3000.
4. Бецкий О. В., Лебедева Н. Н. Современные представления о механизмах воздействия низкоинтенсивных волн на биологические объекты // Миллиметровые волны в биологии и медицине, 2001. № 3 (24). С. 5–19, 25.
5. Бецкий О. В., Путвинский А. В. Биологические эффекты ММ-излучения низкой интенсивности // Изв. вузов. Сер. «Радиоэлектроника. Электронные приборы СВЧ». 1986. Т. 29. № 10. С. 4–10.
6. Бундзен П. В., Баландин В. И. Основы ментального тренинга в спорте (психотренинг для успешного выступления в соревнованиях). Методическое пособие. СПб: ООО «КомТехника». 1997. 24 с.
7. Воробьев С. А., Коротков К. Г., Короткова А. К. Методы приборной оценки и воздействия на психофизиологическое состояние спортсменов паралимпийских команд России // Психическое здоровье человека XXI века: матер. конгресса (7–8 октября 2016, Москва). М.: ИД «Городец», 2016. С. 403–405.
8. Ильин Е. П. Психофизиология состояний человека // СПб.: Изд-во Питер, 2005. 411 с.
9. Керимова М. В. Музыкаотерапия как метод коррекции функциональных нарушений детей с ограниченными возможностями здоровья // Молодой ученый. 2017. № 15.2. С. 87–89.
10. Коротков К. Г., Короткова А. К. Методики контроля психологического состояния и психологической поддержки в системе спортивной подготовки спортсменов-паралимпийцев: метод. рекомендации. СПб.: ФГБУ СПбНИИФК, 2017. 64 с.
11. Методические рекомендации для контроля и регуляции психологического состояния у московских спортсменов, специализирующихся в зимних видах спорта, связанных с повышенным риском травмирования (горнолыжный спорт, сноуборд, фристайл, прыжки на лыжах с трамплина, санный спорт, скелетон) [Электронный ресурс]. URL: <http://csp-athletics.ru/images/doc/metod/psyho/metod-psyho-1.3.pdf> (дата обращения: 03.04.2018).

ПСИХОФИЗИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛИЦ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА И ВОЗМОЖНОСТИ ИХ УЧАСТИЯ В ПАРАЛИМПИЙСКОМ СПОРТЕ

Воробьев С. А., к. п. н., доцент, **Набойченко Е. С.**, д. псих. н., профессор, ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт физической культуры», Санкт-Петербург, Российская Федерация, ФГБУ ВО «Уральский государственный медицинский университет», Екатеринбург, Российская Федерация

Аннотация

Рассмотрен метод коррекции расстройств аутистического спектра (РАС) средствами адаптивной физической культуры и гимнастики мозга, цель и задачи ее применения, которые обоснованы графически. Выстроены конкретные рекомендации для занятий адаптивной физической с детьми с РАС, обоснованы средства, методы и принципы обучения, которые необходимо применять на данных занятиях. Выявлены особенности поведения ребенка с РАС во время двигательной активности, с учетом этого подобраны способы и формы преодоления дезадаптации.

Ключевые слова

Синдром Дауна, расстройства аутистического спектра и их коррекция, интеллектуальная недостаточность, адаптивная физическая культура, паралимпийский спорт, гимнастика мозга.

PSYCHOPHYSICAL ABILITIES OF PERSONS WITH ASDS IN PARALYMPIC SPORTS

Vorobev S. A., PhD (Pedagogy), Associate Professor,
Naboichenko E. S., Psy. D., Professor,
Saint Petersburg Scientific-Research Institute for Physical Culture,
Saint Petersburg, Russian Federation,
Ural State Medical University,
Yekaterinburg, Russian Federation

Abstract

The article deals with the method of correction of autism spectrum disorders (hereinafter ASDs) using adaptive physical training and brain gymnastics. The purposes of its employment are graphically represented. Specific recommendations for the employment of adaptive physical training with children with ASDs are discussed. The necessary means, methods and principles of training are developed. The paper reveals behavior patterns of children with ASDs during motor activity and, on this basis, works out methods and forms of overcoming maladaptation.

Key words

Down syndrome, autistic spectrum disorders, ASD correction, intellectual disabilities, adaptive physical culture, Paralympic sports, brain gymnastics.

Огромные проблемы современности — когнитивные нарушения, поведенческие и эмоциональные расстройства — давно вышли за узкие рамки медицины и требуют комплексного и качественного сопровождения и реабилитации, а также социальной адаптации посредством включения лиц с расстройствами в спортивные мероприятия. Рассматриваются как диагностические, так и лечебно-реабилитационные аспекты этих расстройств, их социальный статус и даже мировоззренческое значение. Столь многоплановое представление о том, что совсем недавно умещалось в границах понятия «норма — болезнь», естественно, требует кардинальных изменений и в любой сфере и на уровнях — биологическом, индивидуально-психологическом, социальном и даже на духовном. Только широчайший контекст понятия «психическое здоровье» позволяет концептуализировать в едином ключе все вышеназванные аспекты.

Актуальность. Участие в паралимпийском спорте лиц с интеллектуальной недостаточностью, синдромом Дауна, с расстройствами аутистического спектра (РАС) возможно только при условии перманентного нейропсихологического сопровождения. Актуальным направлением работы с данной категорией лиц являются адаптивная физическая культура и спорт, которые позволяют обеспечить условия для самореализации и социализации личности, нивелировать негативные изменения психоэмоционального состояния и создать предпосылки для физической и психической адаптации человека к новым условиям жизни [1].

Проблема заключается в необходимости совместного освоения и реализации технологии «Гимнастика мозга» тренером и родителями по отношению к детям с РАС, осуществлении систематического, пролонгированного сопровождения детей и подростков.

Количество стран и спортсменов, принимающих участие в Паралимпийских играх, постоянно растет. Спорт высших достижений играет важную социализирующую и информирующую роль, привлекая внимание общественности к проблемам инвалидности, без барьерной среды, поддержки достоинства, прав и благополучия людей, имеющих статус человека с ограниченными возможностями. Однако спортивная карьера людей с ограниченными возможностями тесно связана с процессом посттравматической адаптации, характером инвалидности и другими специфическими трудностями и проблемами, не характерными для здоровых спортсменов, что создает необходимость оценки не только физической, но и психологической адаптации спортсменов. Эффективность психической адаптации обусловлена комплексом социальных и внутриличностных факторов, а ее нарушения клинически выражаются психопатологической симптоматикой.

Качество жизни, доступное людям с интеллектуальной недостаточностью (ментальными нарушениями), зависит от того, где и с кем они живут, насколько они образованны и какие возможности роста существуют для них как дома, так и в их социальной среде. Данная задача становится возможной в связи с признанием адаптивного спорта как средства физической реабилитации, социальной интеграции и повышения уровня качества жизни инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья. Современное состояние спорта лиц с интеллектуальной недостаточностью (ЛИН) в нашей стране требует объединения усилий различных ведомств не только физической культуры и спорта, но и образования, социальной защиты, здравоохранения различных организационно-правовых форм для значительного увеличения количества отделений адаптивного спорта ЛИН и числа занимающихся в них людей [7].

На процесс успешности социализации и адаптации лиц с ментальными нарушениями, синдромом Дауна, с РАС влияет множество факторов, таких как тяжесть и глубина расстройства, характер течения болезни, его

семейный анамнез и социальное окружение и ряд других причин.

Существуют противоположные взгляды на адаптацию лиц с ментальными и психическими нарушениями: одни исследователи придерживаются политики вмешательства, «включения» ребенка в социальную среду, в то время как другие говорят о «невмешательстве» в пространственный континуум «особой» личности; но все чаще ученые и исследователи различных направлений и школ заявляют о жизненно важном и значимом для таких людей процессе, процессе их включения в группу, игру, адаптивный спорт.

Проблема включения лиц с РАС в паралимпийское движение является малоизученной и требует не только теоретического обоснования, но и эмпирической проверки вопроса о том, сможет ли данная категория лиц успешно адаптироваться к спорту, противостоять стрессовым условиям.

Сегодня мы можем обозначить две основные, полярные позиции в психологии, на которых строятся общение и взаимодействие с аутичным ребенком, — «консервация» и «провокация». Консервация — сохранение и поддержание аутичной защиты (кокона, колпака, скафандра, внутри которого находится нервный, испуганный ребенок) и использование ее в качестве единственного способа борьбы с тревогой и страхами аутичного ребенка. Провокация — побуждение ребенка выходить за пределы аутичной защиты, ограничивающей поступление сигналов из окружающего мира, с целью получения нового позитивного опыта переживания, реагирования, взаимодействия, игры и общения, а также для дальнейшего использования полученных навыков в жизни. Главное — создавать условия с помощью включения в адаптивную физическую культуру, при которых ребенок будет постоянно получать новый опыт из внешнего мира, и при необходимости помогать ему учиться обращаться с этим новым знанием.

Аутичный ребенок в силу своей отгороженности от реальности зачастую имеет довольно скудный набор навыков, и это служит одной из причин того, что многие из них приобретают форму навязчивости, стереотипа — они являются элементарной занятостью. Они заполняют пустоту и скуку, которые часто присутствуют в жизни аутичного ребенка. Другая причина возникновения стереотипов — повышенная тревожность, свойственная аутичному ребенку. И в этом случае «навязчивость» выполняет функцию дополнительной защиты и является показателем усилившейся тревоги или напряжения в данный конкретный момент. Причиной может быть и какая-либо ситуация, эмоционально задевшая ребенка и закрепившая определенную реакцию на подобные стимулы, которая в дальнейшем возникает уже рефлексивно и не выполняет никакой конкретной функции. Ну и еще один вариант — это процесс усвоения новой информации, который зачастую проявляется в форме стереотипа. Стоит отметить, что во всех случаях стереотипного поведения ребенок в той или иной мере и по разным причинам «выключен» из окружающей действительности и не получает достаточного объема информации для полноценного

развития — это первое. И второе: стереотипное поведение — это всегда показатель тревоги и попытки с ней справиться.

Существуют разные варианты реагирования на стереотип: ломка стереотипа, расширение стереотипа (участие в спортивных мероприятиях), переключение стереотипа, включение в стереотип (занятие адаптивной физической культурой (АФК)), консервация стереотипа, адаптация стереотипа и пр. В целом все способы хороши, но пользоваться ими нужно умело и понимать, что только лишь модель действий не дает гарантии решения проблемы. Наиболее значимыми факторами в динамике изменений являются четкое понимание того, что мы делаем и почему, внутренний настрой, уверенность в своих силах и силах ребенка, терпение, гибкость и ориентация на внутреннюю причину появления стереотипа.

Выделяется градация отношений к ребенку с РАС:

1) к ребенку относятся как к «обычному», не замечая или не придавая значения существующим у него психологическим проблемам, требуя от него включения в социальную и психологическую коммуникацию, несмотря на объективные сложности;

2) к ребенку относятся как к «особому» — принимая проблемного ребенка проблемным и полностью подстраивая социум под его потребности, обеспечивая ему уход и безопасность, не требуя от него «включения в среду»;

3) к ребенку относятся как к «равному», постоянно тренируя и развивая его, с учетом существующих у него проблем [4].

Были выделены позитивные варианты отношения к особому ребенку: «хорошее отношение»; «принятие» — включает в себя хорошее отношение; «интеграция» — включает в себя принятие и хорошее отношение; «реабилитация» — включает в себя интеграцию, принятие и хорошее отношение; «адаптация» — включает в себя реабилитацию, интеграцию, принятие и хорошее отношение (рис. 1).

Планирование, проговаривание, заблаговременная подготовка ребенка к чему бы то ни было с помощью адаптивного спорта — это то, что активно пропагандируется в отношении лиц с РАС. Поэтому основная задача использования адаптивной физической культуры — научиться грамотно реагировать в момент стресса, а не предупредить его появление и даже возможность появления. Важно дать ребенку с РАС почувствовать уверенность и защиту, если она требуется, в каждом конкретном действии в конкретный момент времени, а не лишать его возможности получения непосредственного живого опыта переживания, реагирования и самозащиты, даже если что-то будет противоречить ранее планируемому.

Цель любой терапии, реабилитации и адаптации с использованием АФК всегда одна — достичь позитивных изменений. И наиболее успешна та терапия, в которой принимают участие все члены семьи, когда изменяется не только «больной» ребенок, но и вся семья, вся семейная система. Задач, которые решает АФК, достаточно много — это и расслабление, и эмоциональная разрядка накапливающегося напряжения,

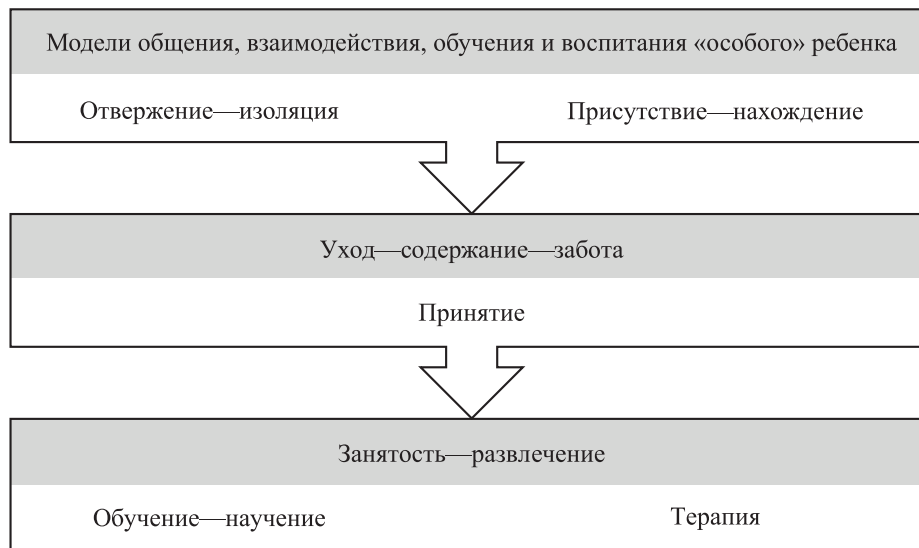


Рис. 1. Модель взаимодействия с особым ребенком

и снижение уровня тревожности, преодоление существующих страхов, и стимуляция активности со стороны ребенка в общении (вербальном и невербальном, с детьми и малознакомыми взрослыми), развитие навыков взаимодействия, отстаивание своего мнения, и развитие умения при необходимости подстроиться под существующие правила, желаниа и потребности других участников группы, и включение ребенка в активную игровую деятельность с окружающими его детьми и взрослыми, и расширение привычных и безопасных для ребенка границ пространства общения и взаимодействия с окружающими, опосредованного игрой, рисунком (творчеством), речью, и стимуляция общения с детьми и взрослыми в активных двигательных и ролевых играх, и расширение способов общения и взаимодействия, которые дадут ребенку возможность получить и в дальнейшем закрепить и использовать новый опыт взаимодействия с людьми, от которого в силу повышенной тревожности они закрываются своим «аутизмом», и повышение уровня доверия к окружающим ребенка людям (детям и взрослым), действиям, предметам, и возможность наблюдать за игрой других, и активизация игровой деятельности, речи и еще много-много другого.

Для максимального эффективного решения поставленных задач психолог, медицинские работники, дефектолог, невролог и другие специалисты должны активно вовлекать всех участников занятий, как детей, так и взрослых (родителей, тренера) в процесс АФК (игры, общение) [6].

Основное внимание при любом виде деятельности нужно уделять установлению и сохранению контакта, включенности ребенка в общение, взаимодействие, игру, в том числе эмоционального и тактильного контакта, фиксировать взгляд (глаза в глаза). В случае проявления страхов или агрессии переключать их в двигательные или тактильные игры. Во время прогулок обращать внимание на окружающих людей и предметы, фиксируя и проговаривая любую деятельность простыми, четкими, эмоционально окрашенными предложениями, в которые ребенок будет «включен». Для

эмоционального расслабления использовать любые двигательные и тактильные игры. Часто менять виды деятельности, не заикливаясь на однообразной занятости. При любом взаимодействии (игровом, обучающем) речь должна подкрепляться не только взглядом в глаза, но и тактильным контактом, минимальным расстоянием (можно обнять, взять за руки).

Целью исследования является выявление оптимальных путей и средовых ресурсов, способствующих социализации и адаптации аутичных детей в адаптивном спорте; сравнение разных групп детей и подростков, занимающихся адаптивным спортом (с интеллектуальными нарушениями и с синдромом Дауна, РАС).

Улучшение качества жизни и адаптация таких детей возможны через спорт, что в нашей стране требует объединения усилий различных ведомств не только физической культуры и спорта, но и здравоохранения, образования, социальной защиты, различных организационно-правовых ведомств с целью значительного увеличения количества отделений адаптивного спорта и количества занимающихся в них людей. Данная задача становится возможной в связи с признанием адаптивного спорта как средства физической реабилитации, социальной интеграции и повышения уровня качества жизни инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья [3].

Известно, что люди, страдающие РАС, нуждаются в постоянной медикопсихологопедагогической поддержке. В зависимости от уровня развития нервной системы, знаний и умений ребенка с РАС, характера его пристрастий и интересов для него создается индивидуальная программа медикопсихологопедагогического сопровождения таких людей.

Основная психологическая работа осуществляется в русле трех основных направлений:

- 1) установление эмоционального контакта и обработка продуктивных форм коммуникации и взаимодействия;
- 2) проработка принципов социально-бытовой адаптации, а также систематическая работа с родителями, обучение их эффективному взаимодействию и

поведению как в домашних условиях, так и взаимодействию с социальным окружением в целом;

3) выявление и развитие адаптивных и коммуникативных способностей детей с РАС, формирование коммуникативных навыков.

В нашем эксперименте принимали участие 16 подростков с РАС, занимающихся адаптивным спортом, в частности плаванием. В 2012–2017 гг. нами были исследованы психофизические особенности детей с подростками с интеллектуальными нарушениями и синдромом Дауна, возможности их участия в спорте ЛИН. Эти две группы являлись группами для сравнения.

В процессе исследования применялись следующие методики: методика диагностики социально-психологической адаптации (СПА К. Роджерс, Р. Даймонд в адаптации Т. В. Снегиревой); многоуровневый личностный опросник «Адаптивность» (МЛО-АМ А. Г. Маклаков, С. В. Чермянин); опросник «Способы совладающего поведения» (Р. Лазарус, С. Фолкман в адаптации Т. Л. Крюковой, Е. В. Куфтяк, М. С. Замышляевой).

В ходе полученных результатов было выявлено, что у подростков с РАС отмечается низкий уровень эмоционального комфорта, принятия других, им достаточно тяжело в общении, взаимодействии с окружающими, совместной деятельности, также подросткам присуще стремление быть подчиненными, легче выполнять поставленные кем-либо задачи, нежели брать ответственность на себя. Треть опрошенных подростков входят в группу сниженной адаптации и коммуникативных навыков, процесс адаптации у них протекает крайне тяжело, возможна склонность к отклоняющемуся от нормы поведению, во взаимодействии чаще всего конфликтны.

После диагностического исследования нами применялась технология «Гимнастика мозга», которая включает в себя комплекс дыхательных и координационно-двигательных упражнений, способствующих снятию психоэмоционального стресса.

Для многих инвалидов и людей с ограниченными возможностями в развитии адаптивная физическая культура является единственным способом «разорвать» замкнутое пространство, войти в социум, приобрести друзей, получить возможность для общения, полноценных эмоций, познания мира. Именно здесь, зачастую впервые в жизни, они познают радость движения, учатся побеждать и достойно переносить поражения, осознавать счастье преодоления себя.

Адаптивная физическая культура является важнейшим компонентом всей системы реабилитации лиц с РАС, лиц с интеллектуальными нарушениями и синдромом Дауна, и включает все ее виды (адаптивное физическое образование, адаптивный спорт, адаптивную двигательную рекреацию, адаптивную физическую реабилитацию, экстремальные виды двигательной активности, креативные телесно-ориентированные практики адаптивной физической культуры) и форм. Для лиц с ограниченными возможностями движение — не только условие жизнеобеспечения, средство и метод поддержания работоспособности, но и способ развития всех зон коры больших полушарий

мозга, координации межцентральных связей, формирования двигательных взаимодействий, анализаторных систем, познавательных процессов, коррекции и компенсации недостатков в физическом и психическом развитии, и поэтому целесообразно применение средств и методов АФК в сочетании с технологией «Гимнастики мозга» [5].

Также АФК решает еще несколько проблем комплексной реабилитации детей и подростков с РАС:

— проблема преодоления психологических комплексов неполноценности (чувства эмоциональной обиды, отчужденности, пассивности, повышенной тревоги, потерянной уверенности в себе и др.) или наоборот, завышения своей оценки (эгоцентризма, агрессивности и др.);

— коррекция основного дефекта;

— необходимость осваивать новые двигательные умения и навыки, обусловленные потребностью человека компенсировать дефект, не поддающийся коррекции или восстановлению;

— всестороннее и гармоничное развитие физических качеств и способностей занимающихся, повышению их кондиционных возможностей на основе широкого применения средств и методов АФК.

Задачи, которые мы решаем с помощью АФК:

— осознанное отношение к своим силам в сравнении с силами среднестатистического здорового человека;

— способность к преодолению не только физических, но и психологических барьеров, препятствующих полноценной жизни;

— компенсаторные навыки, т. е. использование функций разных систем и органов вместо отсутствующих или нарушенных;

— способность к преодолению необходимых для полноценного функционирования в обществе физических нагрузок;

— потребность быть здоровым, насколько это возможно, и вести здоровый образ жизни;

— осознание необходимости своего личного вклада в жизнь общества;

— желание улучшить свои личностные качества;

— стремление к повышению умственной и физической работоспособности.

Адаптивная физическая культура включает следующие направления.

1. Адаптивное физическое воспитание или образование направлено на ознакомление с комплексом знаний о двигательных системах и навыках, о развитии специальных возможностей и качеств, о сохранении, использовании и развитии оставшихся телесно-двигательных качеств.

Основной задачей АФК является воспитание у ребенка с РАС уверенности в своих силах за счет участия в соревнованиях и достижение хороших результатов. Основная цель АФК — это привлечение ребенка с РАС к спорту, освоению интеллектуальных, технологических и мобилизационных ценностей физкультуры.

2. Адаптивная физическая рекреация подразумевает восстановление физических сил, которые были

Сравнительный анализ проведенных исследований, направленных на выявление отличительных особенностей лиц с интеллектуальными нарушениями, с РАС и синдромом Дауна

Параметры	Интеллектуальная недостаточность	Синдром Дауна	Расстройства аутистического спектра
Интеллектуальное развитие	Меньшая выраженность нарушений предпосылок интеллекта	Не умеют интегрировать свои ощущения — одновременно концентрировать внимание, слушать, смотреть, реагировать, следовательно, не имеют возможности в отдельно взятый момент времени обрабатывать сигналы более чем одного раздражителя	Интеллект преимущественно сохранен, но мышление нарушено
Двигательное развитие	Трудности при выполнении задач, требующих использования навыков мелкой моторики	Трудности при выполнении задач, требующих использования навыков крупной моторики, проблемы при осуществлении тонко дифференцированных движений конечностями и пальцами и выполнении заданий на произвольную регуляцию движений	Периоды двигательного беспокойства сочетаются с периодами заторможенности, неосознанные повторяющиеся движения или действия
Эмоциональное развитие	Недоразвитие эмоциональной сферы	Эмпатийные в реалистических эмоционально насыщенных ситуациях, тревожные и неуверенные	Сочетание тревожности и пугливости, наличие страхов
Социально-психологическая адаптация	Социальная дезадаптация	Ситуативная	Трудно адаптируются к новым, изменяющимся условиям и ситуациям
Коммуникативное развитие	Коммуникативные трудности и их проявления зависят от ситуации и отношения к ним	Нарушение речи. Идут на контакт	Трудности в установлении контактов, уход от взаимодействия
Рекомендуемые виды спорта	Лыжный спорт. Легкая атлетика	Плавание	Неконтактные виды спорта. Легкая атлетика. Плавание

затрачены ребенком с РАС во время соревнований, учебы с помощью развлечений (игры), приятного досуга (общение, праздники) или оздоровления (нахождение на стационарном или амбулаторном лечении).

3. Адаптивная двигательная реабилитация направлена на восстановление функций, утраченных в результате перенесенных заболеваний, травм или перенапряжений, связанных с основным видом деятельности или образом жизни (массаж, комплексы физических упражнений, закаливание и прочие процедуры) [2].

Модель медикопсихологопедагогического сопровождения по формированию социально-психологической адаптации подростков с РАС, на наш взгляд, должна включать несколько направлений и этапов работы (рис. 2).

Рекомендуется проводить следующие упражнения из «Гимнастики мозга»: «перекрестные шаги и прыжки», «ленивые восьмерки», «слон», «вращение шеи», «рокер», «брюшное дыхание». Упражнения базовой части предназначены для всех трех групп, а вариативная часть включает упражнения для достижения успеха в определенном виде спорта и для каждой группы в отдельности. Рекомендации схематически представлены на рис. 3. Результаты проведенных исследований представлены на следующих диаграммах (рис. 4).

Как мы видим из диаграмм, исходный уровень показателей психофизического развития на контрольном этапе исследования незначительно, но изменился в сторону увеличения. Изменений в двигательной сфере достигли в большей степени лица с РАС и с интеллектуальными нарушениями, чем с синдромом Дауна, и это может быть связано с тем, что данной категории необходимо расширить варианты адаптивной физической культуры не только с использованием плавания, но и легкой атлетики. Возможно, подросткам с синдромом Дауна сложнее адаптироваться к данному виду спорта. В интеллектуальном развитии сдвиг положительный во всех трех группах, что говорит об эффективности адаптивного физического воспитания и обучения в сочетании с технологией «Гимнастика мозга». Коммуникативные навыки и адаптивность по сравнению с другими двумя группами дали положительный сдвиг в группе с синдромом Дауна, но это не исключает незначительное увеличение и в группах с РАС и лиц с интеллектуальными нарушениями. Включение их в процессы социализации, несомненно, дает определенные результаты, и это отражается на навыках взаимодействия и коммуникации. Говоря про эмоциональную сферу, можно констатировать тот факт, что удалось незначительно снизить тревожность, агрессию, негативизм.

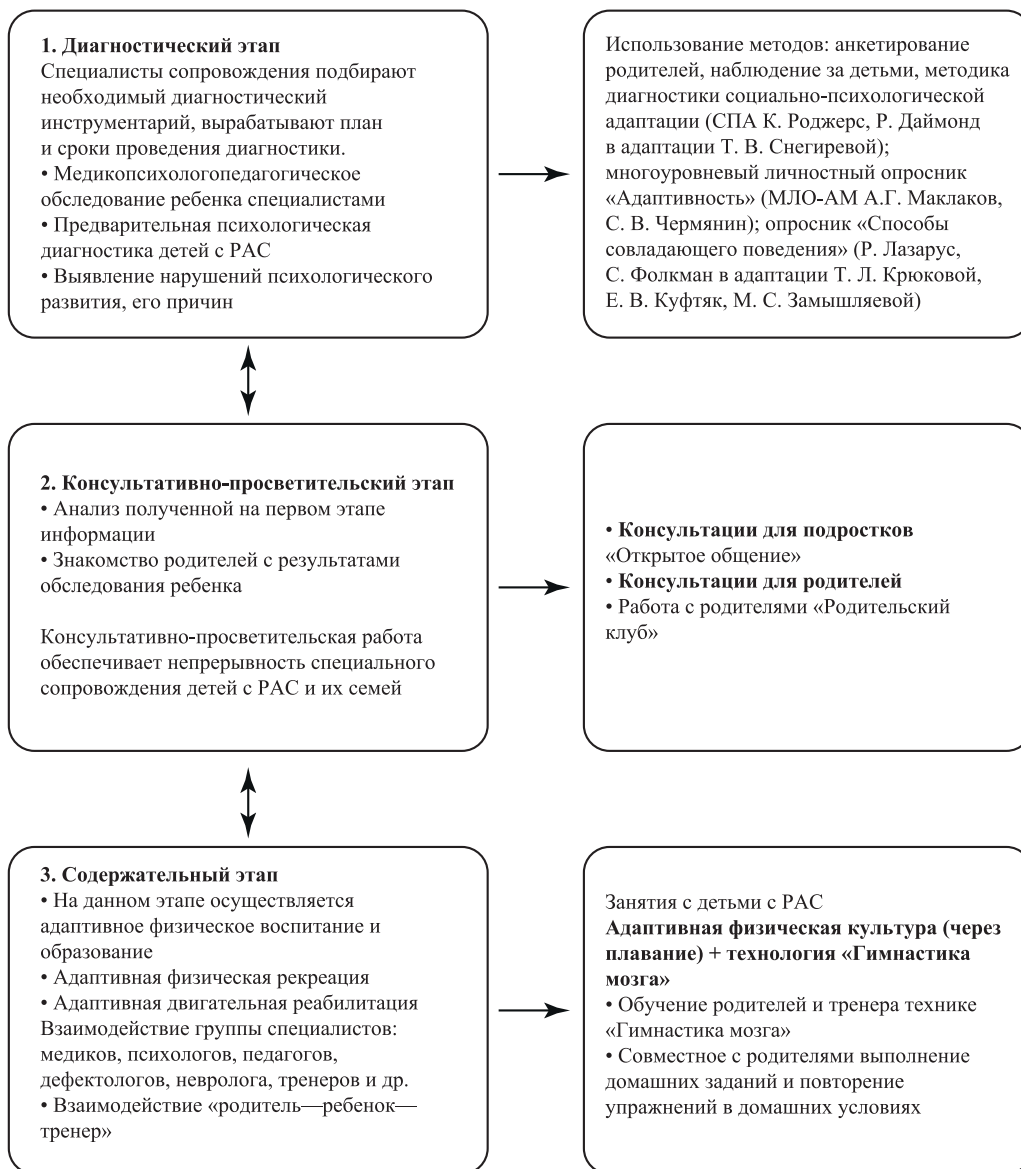


Рис. 2. Модель медикопсихологопедагогического сопровождения по формированию социально-психологической адаптации подростков с РАС

Сочетание адаптивной физической культуры и психокинезиологии и технологии «Гимнастика мозга» показало хороший и стойкий результат, о чем свидетельствуют результаты повторной диагностики: подростки с РАС демонстрируют средний уровень эмоционального комфорта, частично принимают на себя ответственность за происходящие с ними события, результаты деятельности подростки объясняют своим поведением, характером, способностями, но для них по-прежнему сложно взаимодействовать с окружающими, советоваться со значимыми взрослыми в планировании решения каких-либо задач.

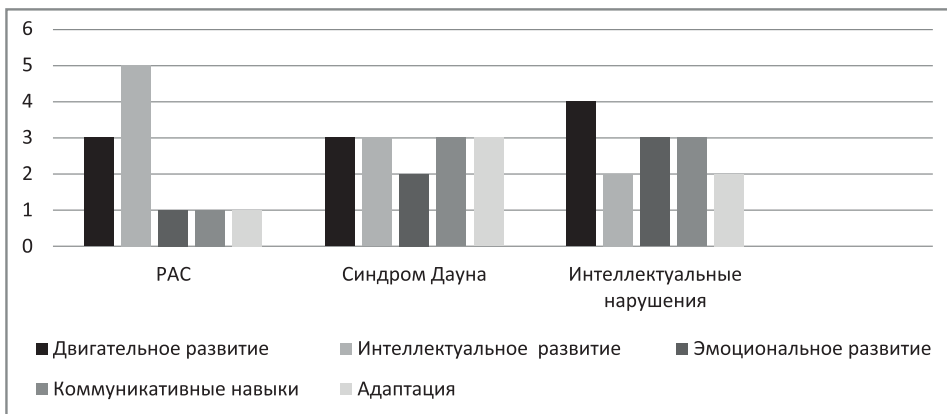
Разработанная и предложенная модель показала свою эффективность, так как удалось повысить эмоциональный комфорт, уровень ответственности за происходящее, но достигнуть комфорта в межличностном общении удалось не в полной мере и требуется систематическая поддержка. При этом для лиц с интеллектуальными нарушениями и синдромом Да-

уна приемлемо сопровождение при частоте один раз в три месяца, а для лиц с РАС необходимо перманентное сопровождение при совместном участии тренера—родителей—детей, освоивших технологию «Гимнастика мозга».

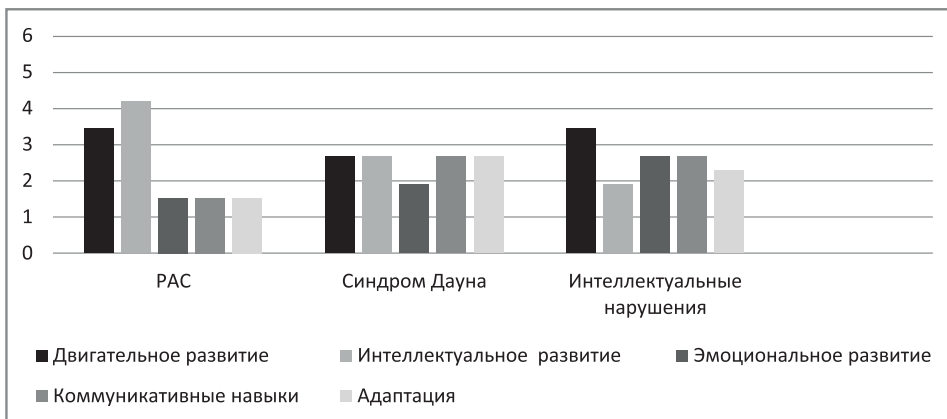
Считаем, что программу паралимпийского спорта для спорта ЛИН следует расширить до трех функциональных классов: лиц с интеллектуальными нарушениями, лиц с РАС и синдромом Дауна в силу достаточных существенных отличий между ними и невозможностью соревноваться в одном классе лицам, имеющим разные нозологии. В то же время следует учитывать, что принятие решения об участии в паралимпийском спорте для подростков с РАС, с синдромом Дауна и интеллектуальными нарушениями должно приниматься индивидуально в каждом конкретном случае, так как сама ситуация будет являться стрессовым событием и от этого будут зависеть результаты.



Рис. 3. Рекомендации по адаптации лиц с различными нарушениями средствами АФК и технологии «Гимнастики спорта»



а



б

Рис. 4. Сравнительный анализ психофизического развития а — на констатирующем этапе; б — на контрольном этапе

Библиографический список

1. *Абшилава Е. Ф., Набойченко Е. С.* Теоретические и практические проблемы современной психологии здоровья / Социальное здоровье: теория, методология, практика. Стерлитамак—СПб., 2015. С. 5–24.
2. *Воробьев С. А., Баряев А. А.* Организация и проведение занятий адаптивной физической культурой с лицами разного возраста // *Материалы Всерос. науч.-прак. конф. с междунар. участием.* Санкт-Петербург. СПб., 2015. 196 с.
3. *Мартынова О. Г., Валишин Э. Х.* Графическое обоснование адаптивной физической культуры как технологии реабилитации детей с расстройствами аутистического спектра // *Молодой ученый.* 2017. № 4. С. 337–342.
4. *Максимова Е. В.* Уровни общения. Причины возникновения раннего детского аутизма и его коррекция на основе теории Н. А. Бернштейна. М.: Диалог-МИФИ, 2008. 288 с.
5. *Набойченко Е. С., Воробьев С. А.* Инновационная технология адаптации и реабилитации лиц с тяжелой и умеренной умственной отсталостью путем адаптивного спорта // *Материалы Всерос. науч.-прак. конф. с междунар. участием.* Санкт-Петербург. СПб., 2016. 190 с.
6. *Набойченко Е. С.* Технология адаптации и реабилитации лиц с синдромом Дауна путем адаптивного спорта // *Материалы Всерос. науч.-прак. конф.: итоги, пути дальнейшего развития.* Санкт-Петербург. СПб.: ФГБОУ СПбНИИФК, 2016. 172 с.
7. *Никольская О. С., Баенская Е. Р., Либлинг М. М.* Аутичный ребенок. Пути помощи. М.: Теревинф, 2000. 336 с.
8. *Плаксунова Э. В.* Влияние занятий по программе адаптивного физического воспитания «Моторная азбука» на двигательное и психомоторное развитие детей с расстройствами аутистического спектра // *Аутизм и нарушения развития.* 2009. № 4. С. 67–72.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА ТРЕНЕРОВ, РАБОТАЮЩИХ В СПОРТЕ ЛИЦ С ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Грецов А. Г., д. п. н.,
ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт
физической культуры»,
Санкт-Петербург, Российская Федерация

Аннотация

Обсуждается необходимость психологической подготовки тренера в спорте лиц с интеллектуальными нарушениями и его содержания. Представлены следующие модули психологической подготовки: изучение психологических особенностей лиц с нарушением интеллекта, изучение психологии спорта, личностный тренинг, тренинг профессиональной коммуникации, освоение некоторых техник психологической помощи, профилактика профессионального выгорания.

Ключевые слова

Спорт лиц с интеллектуальными нарушениями, тренеры, психологическая подготовка.

PSYCHOLOGICAL TRAINING FOR SPORTS COACHES OF PEOPLE WITH INTELLECTUAL DISABILITIES

Gretsov A. G., D. Ped.,
Saint Petersburg Scientific-Research Institute for Physical Culture,
Saint Petersburg, Russian Federation

Abstract

The article describes modules of psychological training for sports coaches: psychological features of persons with intellectual disabilities, sports psychology, personal and professional communication training, mastering techniques of psychological counseling and prevention of professional burnout.

Key words

Sports for people with intellectual disabilities, coach, psychological training.

Тренерская работа в спорте лиц с интеллектуальными нарушениями (спорт ЛИН) сопровождается рядом объективных и субъективных сложностей, преодоление которых требует не только собственно профессиональной, но и психологической подготовки.

Как характер деятельности, так и базовая профессиональная подготовка тренера в спорте ЛИН существенно отличаются от подготовки других педагогических работников, занимающихся людьми с нарушениями интеллекта. Педагоги, работающие в данной области, как правило, имеют базовое дефектологическое образование по профилю «олигофренопедагогика». Они получают обстоятельную научную и методическую подготовку для работы именно с этим контингентом, включающую и психологический компонент. Глубокие же научные знания преподаваемых предметов для них не столь важны. Содержательно учебные программы упрощены, основная предпосылка профессионального мастерства олигофренопедагога — умение работать с учетом специфики данного контингента, а не хорошее знание учебного предмета.

Для тренеров же, работающих в спорте ЛИН, ситуация существенно отличается:

— чтобы подготовить конкурентоспособного спортсмена, такой специалист должен быть выдающимся знатоком избранного вида спорта. Ни о каком содержательном упрощении тренировочного процесса (в отличие от учебного) для лиц с нарушениями интеллекта речь не идет. Реализуется модель «классического» спорта с его жесткой конкуренцией, «где есть победители и проигравшие, где победители поощряются, а проигравшие получают упреки, часто незаслуженные, но стимулирующие к дальнейшей работе и самосовершенствованию» [1], что и обеспечивает оптимальные условия для интеграции лиц с ограниченными возможностями здоровья в реальную жизнь, так как адекватно отражает ее условия;

— тренеры в спорте ЛИН, в отличие от олигофренопедагогов, в большинстве случаев не имеют столь обстоятельной подготовки, учитывающей специфику работы с данным контингентом. Чаще всего это либо тренеры по виду спорта, либо специалисты по адаптивной физической культуре. В первом случае они проходят краткосрочную переподготовку, во втором — в процессе обучения знакомятся с нарушениями интеллекта наряду с другими нозологиями;

— при решении учебных задач от лиц с нарушениями интеллекта и их педагогов не ждут выдающихся достижений в освоении учебных предметов и не ставят их в конкурентные отношения. Речь идет о выработке элементарных знаний и умений, необходимых для социально-психологической адаптации, частичной компенсации нарушения интеллекта. В спорте ЛИН же, как и в обычном спорте, существует жесткое соперничество, нацеленность на победу, на рекорды (в этом принципиальное отличие такого спорта от специального олимпийского движения).

Указанные аспекты обуславливают необходимость специализированной психологической подготовки тренеров в спорте ЛИН. Разработанный нами курс включает следующие модули.

Изучение психологических особенностей лиц с нарушением интеллекта. Для успешной тренерской работы с таким контингентом наиболее важно не овладение психологическими теориями, объясняющими природу умственной отсталости, а понимание,

как педагогическое воздействие будет воспринято с учетом ментальных особенностей адресата. Необходимо уметь мысленно реконструировать уровень восприятия и мышления лиц с различной степенью умственной отсталости, чтобы адекватно подбирать способы воздействия на них и прогнозировать, как они будут интерпретированы. Основная сложность состоит в том, что интеллект этих людей имеет не только количественные, но и качественные отличия: информация воспринимается и осмысливается не только (и не столько) просто «хуже», а принципиально другими способами. Однако именно в таком ракурсе проблема представлена в учебной и методической литературе недостаточно.

Основное внимание при изучении психологических особенностей лиц с нарушениями интеллекта предлагается уделять анализу кейсов, отражающих различные ситуации, возникающие при педагогическом взаимодействии с данным контингентом. На их примерах следует научить специалистов «смотреть на происходящее глазами подопечных», прогнозировать, как та или иная ситуация будет ими интерпретирована в зависимости от степени нарушения интеллекта, а также нюансов поведения самого тренера.

Изучение основ психологии спорта. Основные разделы психологии спорта связаны с изучением индивидуально-психологических особенностей спортсменов и возможностями их учета в ходе тренировок и соревнований, мотивации и эмоций в контексте спортивной деятельности, функциональных состояний спортсмена и управления ими, а также психологических аспектов тренерской деятельности. Применительно к спорту ЛИН важнее всего профессиональное понимание нюансов, связанных с непосредственным, в ситуациях «здесь и сейчас», управлением психологическими состояниями подопечных. Акцент делается не на интеллектуальную, а на эмоциональную сферу, которая более сохранна, раскрывает возможности для коммуникации и обуславливает мотивацию к тренировкам и соревнованиям. Кроме того, в процессе изучения психологии спорта следует создать представление о сути работы спортивных психологов и их профессиональных возможностях, чтобы подготовить тренера к компетентному взаимодействию с этими специалистами.

Тренинг личностной готовности к работе с лицами с интеллектуальными нарушениями. Деятельность тренера предъявляет повышенные требования к личностным качествам специалиста [2]. В спорте ЛИН они, с учетом специфики контингента, даже выше, чем в «классическом» спорте. Тем не менее задача формирования таких качеств в контексте психологической подготовки тренеров не ставится (она мало реализуема в рамках краткосрочных учебных курсов; скорее, речь должна идти о профессиональном отборе). Внимание акцентируется на раскрытии личностного смысла такой деятельности, осознанном и осмысленном отношении к профессиональной карьере, планировании путей самосовершенствования.

Тренинг включает следующие разделы:

— мотивация профессиональной деятельности тренера в спорте ЛИН;

- работа в спорте ЛИН в контексте личных жизненных целей и ценностей тренера;
- рефлексия своих профессиональных возможностей и их границ;
- профилактика профессионального выгорания специалиста;
- способы преодоления личностных затруднений, связанных с профессиональными сложностями и неудачами;
- мотивация профессионального самосовершенствования тренера, планирование его путей.

Тренинг профессиональной коммуникации с лицами с интеллектуальными нарушениями. Деятельность тренера подразумевает интенсивную коммуникацию с подопечными. Она характеризуется необходимостью активно влиять на спортсменов (функции побуждения, фасилитации), осуществлять организаторские и управленческие воздействия. Значительная часть профессионального общения протекает в эмоционально напряженных ситуациях (особенно на соревнованиях и непосредственно перед ними). Необходимо не только владеть вербальными и невербальными средствами коммуникации, но и эффективно применять их для решения педагогических задач. Коммуникативные навыки эффективно вырабатываются в ходе тренингов, что подразумевает игротехническое моделирование ситуаций, служащих источником личного опыта, и создание условий для его рефлексии.

В тренинг включаются следующие модули:

- совершенствование владения вербальными и невербальными средствами общения;
- тренировка социальной наблюдательности, восприимчивости;
- элементы тренинга артистизма;
- коммуникативные приемы для эффективного взаимодействия с людьми, имеющими нарушения интеллекта.

Тренинг включает сюжетно-ролевые игры, групповые дискуссии, анализ кейсов, информационные блоки.

Освоение базовых техник психологической помощи. Хотя к работе со спортсменами обычно есть возможность привлечь профессионального психолога, зачастую именно тренер оказывается тем, от кого в первую очередь ждут психологической помощи. Задача превратить тренера в психолога-консультанта не ставится, однако овладение некоторыми профессиональными приемами индивидуальной и групповой психологической работы позволит ему оказывать помощь более эффективно, чем просто руководствуясь интуицией. Для работы с занимающимися спортом ЛИН актуальны индивидуальные и групповые техники краткосрочного консультирования и психологического тренинга, позволяющие воздействовать на эмоцио-

нальную сферу. В частности, в процессе психологической подготовки предлагается освоить:

- базовые коммуникативные навыки, позволяющие вести помогающий диалог (активное слушание, перефразирование, отражение чувств, приемы «присоединения» к собеседнику);
- техники быстрого воздействия на эмоциональную сферу (использование средств визуальной и пластической экспрессии, внушение и самовнушение);
- приемы саморегуляции, преодоления стрессов (техники релаксации, дыхательные упражнения);
- приемы групповой психологической работы, направленные на сплочение команды, повышение степени эмоциональной вовлеченности в занятия.

Профилактика профессионального выгорания. Проблема профессионального выгорания актуальна и для тренеров, работающих с обычными спортсменами. В спорте ЛИН проблема стоит еще более остро, так как помимо свойственных для любых тренеров появляются дополнительные факторы риска, связанные со спецификой контингента.

Для предотвращения профессионального выгорания важно уметь психологически дистанцироваться от работы в то время, когда ей непосредственно не занимаешься. Следует избегать перенесения отношения к профессиональным затруднениям на свою личность в целом, реалистично оценивать ограниченность своих профессиональных возможностей, обладать эмоционально значимыми увлечениями помимо работы, поддерживать дружеские отношения за пределами профессионального сообщества. Труд должен быть спланирован рационально, без резких изменений интенсивности, со сведением к минимуму отвлекающих фактов (особенно возникающих внезапно), обязательно сопровождаться периодами отдыха. Высокую значимость имеет профессиональная коммуникация с коллегами — атмосфера взаимной поддержки, предотвращение конфликтов.

Помимо изучения самого явления профессионального выгорания, необходимо уделять внимание следующим аспектам:

- навыки тайм-менеджмента, целеполагания и планирования;
- психология стресса, приемы саморегуляции в стрессогенных ситуациях;
- коммуникация в профессиональном сообществе, предотвращение конфликтов с коллегами.

Описанные модули могут входить в состав учебных программ для студентов, обучающихся по направлению «Адаптивная физическая культура» (целесообразно позиционировать их в рамках дисциплины по выбору для студентов, планирующих работать в спорте ЛИН), а также реализовываться в форме краткосрочных курсов повышения квалификации для специалистов, работающих с данным контингентом.

Библиографический список

1. Евсеев С. П. Адаптивный спорт для лиц с интеллектуальными нарушениями: состояние и перспективы развития // Адаптивная физическая культура. 2012. № 2 (50). С. 2–11.
2. Ильина Е. П. Психология тренера. СПб.: Изд-во СПбГУ, 2016. 109 с.

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ АДАПТИВНОГО СПОРТА ДЛЯ ЛИЦ С ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИМИ ОСОБЕННОСТЯМИ

Евсеев С. П., д. п. н., профессор,
член-корреспондент Российской академии образования,
ФГБОУ ВО «Национальный государственный университет физической культуры,
спорта и здоровья имени П. Ф. Лесгафта»,
Санкт-Петербург, Российская Федерация

Аннотация

Рассмотрены состояние и перспективы развития адаптивного спорта для лиц с интеллектуальными нарушениями и психическими особенностями.

Ключевые слова

Адаптивный спорт, лица с интеллектуальными нарушениями, лица с психическими заболеваниями и особенностями.

CURRENT DEVELOPMENT OF ADAPTIVE SPORTS FOR PERSONS WITH INTELLECTUAL DISABILITIES AND PSYCHOLOGICAL DISORDERS

Evseev S. P., D. Ped., Professor, Corresponding Member
of the Russian Academy of Education,
Lesgaft National State University of Physical Education, Sports and Health,
Saint Petersburg, Russian Federation

Abstract

The article examines the current state and prospects for development of adaptive sports for people with intellectual disabilities and psychological disorders.

Key words

Adaptive sports, persons with intellectual disabilities, persons with mental illness.

Адаптивный спорт для лиц с интеллектуальными нарушениями (ЛИН) и психическими особенностями в Российской Федерации в последние годы активно развивается: почти в 30 раз увеличилось число спортивных дисциплин, включенных во Всероссийский реестр видов спорта нашей страны (с 8 в 2013 году до 236 в настоящее время); почти на 40 тысяч человек увеличилось число лиц данной нозологии, систематически занимающихся адаптивной физической культурой в 2017 году по сравнению с 2016 годом (в 2017 году этот показатель достиг 223 119 человек); по всем спортивным дисциплинам разработана и утверждена Единая всероссийская спортивная классификация, Федеральный стандарт спортивной подготовки по спорту ЛИН; ежегодно увеличивается число мероприятий Единого календарного плана межрегиональных, всероссийских и международных физкультурных мероприятий и спортивных мероприятий [2].

Важно отметить, что в соответствии с Федеральным законом «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24.11.1995 № 181-ФЗ с 1 ян-

варя 2016 года в индивидуальную программу реабилитации или абилитации (ИПРА) инвалида и ребенка-инвалида включено такое направление реабилитации (абилитации), как физкультурно-оздоровительные мероприятия, занятия спортом или, иначе, — адаптивная физическая культура и адаптивный спорт.

Положительную роль в развитии спорта ЛИН в нашей стране сыграли разработка в 2016 году и апробация в 2017 году в 13 регионах России Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья в рамках комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО) [1, 3].

Все это подтверждает, что реабилитационный и социализирующий потенциал адаптивного спорта и прежде всего спорта ЛИН признают специалисты не только физической культуры и спорта, но и образования, социальной защиты населения, здравоохранения.

Вместе с тем на пути дальнейшего развития спорта ЛИН как в России, так и в мире стоит ряд проблем, сдерживающих этот процесс. Прежде всего, это

проблема несовершенства критериев годности спортсменов для спорта ЛИН и критериев спортивно-функциональной классификации атлетов.

Существующая система формирования стартовых групп в спорте ЛИН не предусматривает какой-либо дифференциации спортсменов по тяжести заболевания, наличия сопутствующих вторичных отклонений. Это приводит к тому, что после получения статуса «годен к спорту ЛИН» все атлеты соревнуются между собой без учета каких-либо особенностей. Например, спортсмен с легкой степенью интеллектуальных нарушений соревнуется наравне со спортсменом с синдромом Дауна и с аутизмом (если имеются интеллектуальные нарушения) и др. Безусловно, в этом случае нельзя согласиться с тем, что соблюдается основополагающий принцип спортивной деятельности — принцип честной игры, или принцип равных возможностей и справедливости.

Необходимо особо подчеркнуть, что в таких видах спорта, как спорт слепых, спорт лиц с поражением опорно-двигательного аппарата, давно существует другая практика — практика разделения спортсменов на разные спортивно-функциональные классы, каждый из которых либо борется за отдельный комплект наград (выступает в разных стартовых группах), либо соревнуется со своим гандикапным коэффициентом, корректирующим реальный результат в зависимости от тяжести поражения или оставшихся функциональных возможностей.

Таким образом, одним из перспективных направлений развития спорта ЛИН в нашей стране является

внедрение спортивно-функциональной и гандикапной классификаций спортсменов, применяющихся в спорте слепых и спорте лиц с поражением опорно-двигательного аппарата.

Вторым перспективным направлением развития спорта ЛИН является использование принципа дивизионирования спортсменов, а именно распределение их на стартовые группы (дивизионы) в зависимости от демонстрируемых спортсменами результатов в предварительных соревнованиях.

Примером продвижения в развитии спорта ЛИН в обозначенных направлениях являются мероприятия, проводимые Всероссийской федерацией спорта лиц с интеллектуальными нарушениями (ВФСЛИН).

Во-первых, введение специальных (отдельных) спортивно-функциональных классов для спортсменов с синдромом Дауна, спортсменов с аутистическим спектром заболеваний.

Рассматривая это как временную меру на пути совершенствования спортивно-функциональной классификации спортсменов, разработки гандикапной классификации спортсменов, ВФСЛИН тем самым преодолевает нарушения правил честной игры и способствует привлечению в адаптивный спорт максимального возможного числа спортсменов.

Во-вторых, заключив соглашение о сотрудничестве со Специальной Олимпиадой России (СОР), ВФСЛИН продолжает поиск оптимизации моделей соревновательной деятельности, используемых в спорте ЛИН и специальным олимпийским движением.

Библиографический список

1. *Евсеев С. П., Евсеева О. Э.* Методы исследования эволюции физических качеств человека с инвалидностью при выполнении нормативов Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» // *Адаптивная физическая культура*. 2017. № 3 (71). С. 5–8.
2. *Евсеева О. Э., Евсеев С. П., Аксенов А. В.* Инклюзивные занятия спортом // *Адаптивная физическая культура*. 2017. № 1 (69). С. 2 обложки, 2–6.
3. *Евсеев С. П., Евсеева О. Э.* Теоретические проблемы адаптивного спорта на современном этапе // *Вестник Российского международного олимпийского университета*. 2014. № 1. С. 76–83.

ЗНАЧИМОСТЬ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ ДЛЯ СОХРАНЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ В СПОРТЕ

Иванова И. Г., научный сотрудник,
ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт физической культуры»,
Санкт-Петербург, Российская Федерация

Аннотация

Показана значимость психологических аспектов для успешности деятельности и сохранения психического здоровья в спорте, рассмотрены возможности использования психологических закономерностей в практике спортивных педагогов.

Ключевые слова

Психическое здоровье, спорт, педагогика спорта, психологическая подготовка, психогигиена.

THE IMPORTANCE OF PSYCHOLOGICAL AND PEDAGOGICAL ASPECTS FOR MAINTAINING MENTAL HEALTH IN SPORTS

Ivanova I. G., Researcher,
Saint Petersburg Scientific-Research Institute for Physical Culture,
Saint Petersburg, Russian Federation

Abstract

The article considers the role of psychological aspects for succeeding in sports and preserving mental health, as well as the use of psychological regularities by sports coaches.

Key words

Mental health, sports, sports pedagogy, psychological training, psycho-hygiene.

Психическое здоровье, согласно определению Всемирной Организации Здравоохранения, — это состояние благополучия, при котором человек может реализовать свой собственный потенциал, справляться с обычными жизненными стрессами, продуктивно и плодотворно работать, а также вносить вклад в жизнь своего сообщества. В этом позитивном смысле психическое здоровье является основой благополучия человека и эффективного функционирования сообщества, а также служит неотъемлемой частью и важнейшим компонентом здоровья [11].

Спорт — это та сфера деятельности человека, в которой необходимость максимально реализовать свой потенциал является важнейшим условием успешности. Спорт прочно вошел в современную структуру общества. Обладая универсальным значением, он служит и системой знаний о двигательных действиях, и частью экономической системы, а также мощным фактором социализации и социальной интеграции, развития и воспитания личности. Получившее широкое развитие в мире и в России паралимпийское движение позволяет использовать возможности спорта для адаптации в обществе, построения карьеры, самосовершенствования и многого другого не только здоровым людям, но и лицам с ограниченными возможностями здоровья [3]. В спортивную деятельность вовлечено огромное число людей, поэтому эту сферу общественной жизни нельзя оставлять без внимания, обсуждая психическое здоровье.

Развитие и повышение общественной значимости спорта происходило неравномерно, в своем развитии спорт проходил через кризисы и критику. Исследователи спорта описывают тенденции, которые могут неблагоприятно сказываться на физическом и психическом здоровье спортсменов. Например, в процессе развития спорта усугубились различия между массовым и профессиональным спортом, перестала быть очевидной связь между спортом, здоровьем и физическим совершенством, коммерциализация спорта послужила причиной возникновения системы, в которой спортсмен становился инструментом для добывания медалей, многие виды спорта стали стремительно «молодеть», что, в свою очередь, вызвало опасения за стоимость и последствия подобных достижений для юных спортсменов, и т. д. [8].

Кроме того, бесспорно, что важной специфической особенностью спортивной деятельности является наличие высокой степени физического и психологического напряжения, которое может возникать как во время соревнований, так и в процессе подготовки к ним [2]. Причиной тому служит все более возрастающая конкуренция, причем как в олимпийском, так и в адаптивном спорте. Такое напряжение может быть вызвано физиологическими и психофизиологическими нагрузками, особенностями межличностных отношений, а также возникать как индивидуальная реакция на определенные ситуации. Как известно, напряжение может оказывать мобилизирующее воздействие или вызывать фрустрацию и дезинтеграцию (напряженность) [11, с. 25], поэтому в контексте сохранения психического здоровья необходимо оценивать уровень и контролировать последствия напряжения.

Современные публикации, посвященные исследованию психического здоровья в спорте, подтверждают, что для спортсменов часто характерны неблагоприятные психические состояния [4, 8, 9].

Важным ресурсом для предотвращения деструктивных проявлений стресса в спортивной деятельности является проведение психогигиенических мероприятий, использование знаний о психологических закономерностях спортивной деятельности, а также понимание проявлений индивидуальных и личностных особенностей спортсменов во время тренировок и соревнований.

Практика выступлений на соревнованиях свидетельствует, что спортсменам даже при высокой всесторонней подготовленности далеко не всегда удается справиться с напряжением и реализовать свои возможности, и причиной неудачных выступлений в таких случаях, как правило, считают недостаточную психологическую готовность.

Проблематику психологической подготовки начали разрабатывать в России в 1950-х годах. Понимание «психологической подготовки» претерпевало изменения вместе с развитием спортивной психологии. Изначально психологическая подготовка понималась как способ настроиться на предстоящее соревнование и заключалась в активации волевых процессов и внушении спортсмену чувства высокой ответственности перед обществом. Когда стала очевидной недостаточ-

ная эффективность подобного метода, специалисты по спортивной психологии начали постулировать необходимость общей психологической подготовки, осуществляемой в течение всего подготовительного периода и включающей в себя развитие важных в данном виде спорта психических процессов, состояний, умений и навыков. Построение же психологической подготовки к конкретному старту подразумевается на основе общей психологической подготовки [6, 10].

Поскольку подготовка спортсмена представляет собой непрерывный процесс совершенствования необходимых качеств, состоящий из взаимосвязанных элементов (система спортивной подготовки), учет и использование психологических закономерностей и психогигиенические мероприятия также должны реализовываться в этой системе, т. е. быть включенными в педагогический процесс. Оказалось, что, хотя «различные виды подготовки (физическая, техническая, тактическая) пронизаны психологическим содержанием, включенность этого содержания в другие виды подготовки приводит к тому, что специальная психологическая подготовка не имеет собственных средств, хотя имеет свои цели и задачи» [5]. То есть собственными психологическими средствами являются такие способы подготовки, как, например, аутогенная (АТ) и психомышечная тренировка (ПМТ), в то время, как, например, одна из задач психологической подготовки к соревнованию — «создание трезвой уверенности спортсмена в своих силах» может решаться педагогическими средствами, такими как уточнение уровня подготовленности, постановка сложных, но достижимых целей, моделирование соревновательной нагрузки и т. п. [7]. При этом применение сугубо психологических методов без опоры на педагогические методы, решающие задачи психологической подготовки, может снижать эффективность подготовки. Например, владение аутотренингом мало чем поможет спортсмену,

если он недостаточно адекватно оценивает свою подготовленность, не имеет определенной цели на данных соревнованиях, либо имеет завышенную или заниженную относительно уровня подготовленности цель и/или плохо себе представляет особенности соревновательной дистанции.

Таким образом, психологическая подготовка и психогигиенические мероприятия могут быть признаны важными средствами для сохранения психического здоровья в спорте. Обобщая вышеизложенное, необходимо обратить внимание, что для сохранения психического здоровья спортсменов недостаточно просто «внедрить» в процесс подготовки те или иные психологические методы. Необходимо правильно оценивать педагогические средства, методы и воздействия в системе спортивной подготовки, оказывающие существенное влияние на психологическую готовность спортсменов, а также планировать и разрабатывать такого рода психологопедагогические воздействия (воздействия, решающие задачи психологической подготовки и использующие психологические закономерности).

Для выполнения подобной работы необходимо сотрудничество тренера и спортивного психолога. В этом случае сложность задачи заключается не только в междисциплинарном содержании работы, но и в распределении ответственности за результат. Кроме того, необходима хорошая осведомленность и тренера, и спортивного психолога о возможных методах, с тем, чтобы избежать ситуаций, когда предпочтение может отдаваться очевидным или более знакомым методам (педагогическим или психологическим) вместо более эффективных. Современные тенденции также диктуют необходимость апробации и внедрения новых технических средств (биологическая обратная связь, современные методики тестирования) в тренировочный процесс.

Библиографический список

1. Алёшичева А. В. Влияние занятий спортом на психическое здоровье спортсменов // Спортивный психолог. 2015. № 4 (39). С. 43–49.
2. Гогунев Е. Н., Мартынов Б. И. Психология физического воспитания и спорта. М.: Издательский центр «Академия», 2000. 288 с.
3. Евсеев С. П. Адаптивная физическая культура и адаптивный спорт в системе охраны психического здоровья // В сборнике конференции Психическое здоровье человека XXI века. М., 2016. С. 408–411.
4. Лысенко А. В. и др. Оценка влияния физической нагрузки на выраженность тревожно-депрессивных состояний // Научно-теоретический журнал «Ученые записки». 2014. № 11 (117). С. 218–224.
5. Мельников В. М., Непопалов В. Н. Некоторые проблемы психологической подготовки спортсменов // Вопросы психологии. 1986. № 1. С. 108–118.
6. Непопалов В. Н., Сопов В. Ф. Спортивная психология в «зеркале» истории // Спортивный психолог. 2015. № 2 (37). С. 6–21.
7. Пуни А. Ц. Психологическая подготовка к соревнованию в спорте. М.: Физкультура и спорт, 1969. 88 с.
8. Столяров В. И. Спорт и современная культура: методологический аспект // Теория и практика физической культуры. 1997. № 7. С. 2–5.
9. Sebbens J. et al. Mental Health in Sport (MHS): Improving the Early Intervention Knowledge and Confidence of Elite Sport Staff // Frontiers in psychology. 2016. No. 7. P. 1–9.
10. Психологическая подготовка спортсмена / под ред. П. А. Рудик, А. Ц. Пуни. М.: Физкультура и спорт, 1965.
11. Стресс и тревога в спорте / под ред. Ю. Л. Ханин. М.: Физкультура и спорт, 1983. 288 с.
12. Психическое здоровье [Электронный ресурс]. URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/ru/> (дата обращения: 04.03.2018).

ИНКЛЮЗИВНЫЕ ЗАНЯТИЯ С ЭЛЕМЕНТАМИ АДАПТИВНОГО СПОРТА В КОМПЛЕКСНЫХ ЦЕНТРАХ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ С ЛЮДЬМИ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Ладыгина Е. Б., к. п. н., доцент,
Евсеева О. Э., к. п. н., профессор, **Ладыгин Б. А.**, руководитель центра,
ФГБОУ ВО «Национальный государственный университет физической культуры,
спорта и здоровья имени П. Ф. Лесгафта»,
Центр научно-оздоровительных технологий «100 ПЛЮС»,
Санкт-Петербург, Российская Федерация

Аннотация

Рассмотрена возможность инклюзивных занятий с элементами адаптивного спорта с людьми пожилого возраста на базе комплексных центров обслуживания населения.

Ключевые слова

Инклюзивные занятия, адаптивный спорт, комплексные центры социального обслуживания населения, пожилые люди.

INCLUSIVE CLASSES FOR THE ELDERLY WITH ELEMENTS OF ADAPTIVE SPORTS IN SOCIAL SERVICES CENTERS

Ladygina E. B., PhD (Pedagogy), Associate Professor,
Evseeva O. E., PhD (Pedagogy), Professor,
Ladygin B. A., Head of Lesgaft National State University of Physical Education,
Sports and Health,
Center of Scientific and Recreational Technologies “100 PLUS”,
Saint Petersburg, Russian Federation

Abstract

This article discusses inclusive classes with elements of adaptive sports for elderly people in social services centers.

Key words

Inclusive activities, adaptive sports, integrated centers of social services for the population, the elderly.

В последнее время сложилось мнение, что инклюзивные занятия физическими упражнениями, творчеством и другими видами деятельности возможны только с детьми и подростками в сферах образования, физической культуры и спорта. Но среди взрослого, в том числе пожилого населения существует большое количество лиц с отклонениями в состоянии здоровья, которые также требуют внимания и заботы со стороны общества. В нашей стране категория людей, перешагнувших 60-летний рубеж, неуклонно увеличивается. По мнению специалистов, наше общество стареет. Поэтому вопрос о том, как помочь пожилому человеку дольше оставаться активным, бодрым, здоровым и трудоспособным, становится все актуальнее.

Продление активного периода жизни пожилого человека является сегодня жизненно необходимой задачей как для государства, так и для самого человека.

Сегодня проблеме обеспечения комфортной среды, позволяющей представителям данной возрастной категории населения адаптироваться к современным условиям жизни, со стороны органов государственной власти уделяется много внимания. Так, распоряжением Правительства РФ от 5 февраля 2016 г. № 164-р утверждена Стратегия действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года [4].

Целью Стратегии является повышение продолжительности, уровня и качества жизни людей старшего поколения. Одна из задач Стратегии — формирование условий для организации досуга и отдыха граждан пожилого возраста, их вовлечение в различные виды деятельности (физкультурно-оздоровительную, туристскую и культурную), что имеет большое значение для самореализации и социальной активности старшего

поколения. Результатом реализации Стратегии станет создание условий для активного долголетия граждан старшего поколения, которые позволят повысить их уровень и качество жизни [4].

Очевидно, что для продления активного и творческого периода жизни человека в третьем возрасте необходима двигательная активность, учитывающая физические и психические особенности лиц данной возрастной категории. Адаптивная физическая культура призвана обеспечивать необходимый оптимум сбалансированных движений, которые позволяют пожилому человеку как можно дольше сохранять физическую форму и психическое здоровье. Каждый вид адаптивной физической культуры привносит вклад в этот процесс, но особо необходимо отметить адаптивный спорт, который как нельзя лучше стимулирует приспособительные возможности пожилого человека [1, 2].

Арсенал средств адаптивного спорта для большинства представителей данной возрастной категории несколько уже, нежели для молодых спортсменов, и в процессе занятий вполне уместно использовать только его элементы, направленные на достижение результатов и имеющие признаки состязательности.

Занятия адаптивным спортом, даже его элементами, способствуют формированию у индивида активной жизненной позиции, воспитанию волевых качеств, позволяющих человеку преодолевать депрессивные состояния, различные психологические комплексы. Здесь вполне уместен девиз «Дорогу осилит идущий».

Важное место в процессе занятий элементами адаптивного спорта с людьми пожилого возраста занимает система социального обслуживания граждан, и, в частности, комплексные центры социального обслуживания населения (КЦСОН). Эти учреждения осуществляют практическую деятельность по оказанию различных видов социальной помощи престарелым гражданам, инвалидам и другим группам населения, нуждающимся в социальной защите. В Санкт-Петербурге, например, подобные учреждения, как правило, организуются в каждом районе города и имеют широко развитую сеть структурных подразделений.

Организация досуга и отдыха граждан пожилого возраста проводится на социально-досуговых отделениях, отделениях временного проживания и дневного пребывания в форме занятий адаптивной физической культурой, адаптивным спортом, творческими видами деятельности, танцевальной терапией и др. Состав групп — смешанный, поскольку в группы приходят люди пожилого возраста с разным уровнем физической подготовленности и различным спектром заболеваний, многие из них имеют инвалидность.

Поскольку формировать группы по видам отклонений в состоянии здоровья не представляется возможным по ряду объективных причин, в данном случае можно говорить об инклюзивных занятиях лиц пожилого возраста, т. е. совместных занятиях различными видами деятельности, включая элементы адаптивного спорта, людей здоровых и имеющих инвалидность.

При формировании групп для занятий двигательной активностью, адаптивным спортом преподавателю необходимо руководствоваться многими факторами:

наличием инвалидности, врачебного допуска к тем или иным физическим нагрузкам, возрастом, двигательным опытом, уровнем подготовленности и др. Кроме того, преподаватель или инструктор-методист должен очень хорошо знать анатомофизиологические и психологические особенности лиц пожилого возраста, правила построения занятий, и самое главное — принципы нормирования нагрузки с учетом особенностей контингента. Нагрузки должны быть систематическими и регулярными. По мере закрепления формируемых навыков, функциональных и структурных изменений в организме можно повышать требования к занимающимся и осуществлять переход к новым, более сложным упражнениям. Здесь должен соблюдаться принцип постепенности, поскольку в группе занимаются и здоровые люди, и лица, имеющие инвалидность. Повышение нагрузки осуществляется постепенно и плавно. Средства для занятий физическими упражнениями подбираются адекватно состоянию организма и уровню физической и координационной подготовленности занимающихся.

Адаптивная физическая культура включает в себя обширный спектр средств, методов и методических приемов, позволяющих осуществлять инклюзивные занятия физическими упражнениями и различными видами адаптивного спорта с лицами пожилого возраста.

Наш многолетний опыт физкультурно-оздоровительной работы с данной возрастной категорией показал целесообразность использования в процессе занятий адаптивной физической культурой с людьми старшего поколения восточных оздоровительных систем, обладающих комплексным воздействием на организм любого человека (элементы йоги, тай-цзи-цюань, цигун и др.). Наиболее адекватной для пожилого человека можно назвать оздоровительную гимнастику тай-цзи-цюань, имеющую боевые аспекты, которую вполне можно рассматривать как средство из арсенала адаптивного спорта. Эта система представляет собой целый ряд взаимосвязанных комплексов психофизической тренировки, созданных на основе сочетания сложнокоординационных движений и дыхательных упражнений на фоне физической и психической релаксации при глубокой и устойчивой концентрации внимания. Она повышает устойчивость к стрессовым факторам, укрепляет сердечно-сосудистую и дыхательную системы, улучшает подвижность суставов. Немаловажным преимуществом гимнастики тай-цзи-цюань является то, что она не требует специальной физической подготовки, высокого уровня развития гибкости и больших физических затрат. Освоив ее в достаточно зрелом возрасте, совершенствоваться мастерство можно до глубокой старости, как занимаясь самостоятельно, так и принимая участие в различных мероприятиях и соревнованиях, которые достаточно регулярно проводятся в нашей стране, и в частности в г. Санкт-Петербурге. Например, в 2017 году проводился Международный фестиваль внутренних искусств «Здоровье и долголетие».

Еще одно направление, созданное на основе восточных оздоровительных систем, которое начинает

широко применяться в практике адаптивной физической культуры для пожилого человека, и которое вполне можно также реализовывать в контексте адаптивного спорта — это система специальных упражнений с ракеткой и мячом — тай-цзи-болл (Taiji Rouli Qiu), пришедшая к нам из Китая. Изначально она была предназначена для лиц с ограниченными возможностями здоровья, но стала популярной среди всего населения Китая. Сегодня Taiji Rouli Qiu обретает своих последователей и в нашей стране. В основу этой системы положены философия, принципы и движения традиционной гимнастики тай-цзи-цюань и игры в теннис или в бадминтон. Это принципиально новое средство, имеющее много возможностей и преимуществ, которое успешно применяется в рамках занятий адаптивной физической культурой с пожилыми людьми. Данное направление востребовано и прекрасно прижилось в оздоровительных группах на досуговых отделениях КЦСОН в г. Санкт-Петербурге.

Следующее средство адаптивной физической культуры, которое активно используется при работе с лицами пожилого возраста в КЦСОН — это «нордическая ходьба», «северная ходьба», «скандинавская ходьба», «финская ходьба» или «оздоровительная ходьба». В ходьбе используется вспомогательный инвентарь: специально сконструированные палки для ходьбы (имеют сходное строение с лыжными палками), с помощью которых взаимодействуют с грунтом и обеспечивают безопасную и устойчивую опору. В процессе ходьбы используется заданный маршрут, который предусматривает смену настила (травяной покров, мелкая галька, бетонные покрытия), а также наличие зон отдыха в виде скамеек с подлокотниками. Данный вид двигательной активности очень популярен в г. Санкт-Петербурге и Ленинградской области. Ежегодно проводится множество мероприятий и соревнований среди клубов скан-

динавской ходьбы, большинство участников которых — люди пожилого возраста [3].

В процессе регулярных занятий адаптивной физической культурой у занимающихся преклонного возраста формируется потребность решать более сложные двигательные задачи, обеспечивающие возможность для проявления инициативы, творчества и получения удовлетворенности как от самого процесса занятий, так и от его результата. Именно на этом этапе и начинает проявляться дух состязательности, который присущ адаптивному спорту и так необходим пожилому человеку для самоутверждения и самореализации.

В этой связи целесообразно проводить различные спортивные и спортивно-массовые мероприятия с участием пожилых людей, где бы они могли представить свои достижения. Наиболее значимым проектом подобного рода, который ежегодно проводится в г. Санкт-Петербурге, является международный форум «Старшее поколение». На этом масштабном празднике представлено множество показательных выступлений групп и клубов здоровья, творческих коллективов людей пожилого возраста, занимающихся на базах КЦСОН, центров спорта и других учреждений. И как показывает многолетняя практика, такие выступления стимулируют граждан старшего поколения к регулярным занятиям адаптивной физической культурой и спортом. Даже лица пожилого возраста, имеющие инвалидность, более активно включаются в занятия.

В заключение можно сказать, что инклюзивные занятия в КЦСОН с использованием элементов адаптивного спорта вполне успешно решают проблему социальной адаптации и социальной интеграции пожилых граждан, а также способствуют расширению социальных контактов людей старшего поколения и создают условия для их самопознания, самореализации и самоутверждения.

Библиографический список

1. *Евсеев С. П.* Адаптивная физическая культура и адаптивный спорт в системе охраны психического здоровья // Сборник научных статей, посвященный конгрессу «Психическое здоровье человека XXI века». 2016. С. 408–410.
2. *Евсеева О. Э., Евсеев С. П.* Новые подходы к определению понятий: объем, интенсивность и новизна тренировочных нагрузок // Адаптивная физическая культура. 2017. № 2 (70). С. 4–5.
3. *Ладыгина Е. Б., Давыдова А. А.* Влияние скандинавской ходьбы и элементов гимнастики ХАДУ на физическое и психоэмоциональное состояния лиц пожилого возраста // III Всероссийская научно-практическая конференция «Физическая реабилитация в спорте, медицине и адаптивной физической культуре. 16–17 июня 2017. СПб.: Изд-во Политехн. ун-та, 2017. С. 46–49
4. Стратегия действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года. URL: <http://gov.garant.ru/document?id=71222816&byPara=1&sub=269> (дата обращения: 28.02.2018).

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ

MENTAL HEALTH EDUCATION IN THE WORKPLACE

ФЕНОМЕН ВЫГОРАНИЯ В ПРОЦЕССЕ ПОДГОТОВКИ ПЕДАГОГОВ: НЕОБХОДИМОСТЬ РАННЕЙ ПРОФИЛАКТИКИ

Белозерова Л. А., к. б. н.,
ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный педагогический университет
имени И. Н. Ульянова»,
Ульяновск, Российская Федерация

Аннотация

Статья посвящена проблеме формирования выгорания у студентов педагогического вуза. В качестве предпосылок раннего выгорания авторы рассматривают характер учебной деятельности, индивидуальные особенности личности студентов — высокую тревожность, низкую стрессоустойчивость, применяемые неадаптивные варианты копинг-поведения. Как следствие, особую актуальность приобретает проблема ранней психологической профилактики выгорания у студентов на этапе овладения педагогической профессией.

Ключевые слова

Выгорание, студенты, тревожность, стрессоустойчивость, копинг, профилактика.

PHENOMENON OF BURNOUT IN TEACHER'S TRAINING: THE NEED FOR EARLY PREVENTION

Belozerova L. A., PhD (Biology),
Ulyanovsk State Pedagogical University named after I. N. Ulyanov,
Ulyanovsk, Russian Federation

Abstract

This article examines the issue of burnout among students studying pedagogics. The authors consider educational environment and individual personality traits of students, including anxiety level, stress resistance and coping behaviors as indicators of early burnout.

Key words

Burnout, students, anxiety, stress resistance, coping, prevention.

Освоение профессии может приводить не только к позитивным изменениям качеств личности, но и к формированию профессиональных деструкций и деформаций. У специалистов социономических профессий наиболее распространенной профессиональной деформацией является эмоциональное выгорание [7, 10, 13]. Возникновение и развитие выгорания может быть обусловлено как объективными факторами, связанными с профессиональной деятельностью, так и с индивидуальными особенностями личности, детерминирующими его появление. Существующие

исследования педагогической деятельности показали, что в ней представлены основные психотравмирующие факторы, определяющие формирование синдрома выгорания [6, 16]. Накопленный объем эмпирических данных, свидетельствующих, что эмоциональному выгоранию подвержены лица, еще получающие профессиональное образование [1, 3, 8, 11, 12, 19–22, 24–25], определяет актуальность разработки и применения адекватных мер ранней профилактики и коррекции выгорания еще на этапе получения студентами педагогического образования.

В нашем исследовании приняло участие 100 студентов выпускных курсов педагогического направления подготовки педагогического вуза в возрасте от 21 года до 23 лет. В качестве метода исследования выгорания у студентов был использован опросник «Эмоционального выгорания» В. В. Бойко [5]. Обоснованность применения данного опросника для студентов подтверждена в исследованиях Е. Е. Алексеевой [1], Б. Е. Фишман [20], Е. Я. Матюшкиной [12] и др. В соответствии с выраженностью симптоматики выгорания обследуемые были разделены на три группы — без выгорания, с формирующимся выгоранием и со сформированным выгоранием. Для изучения личностной и реактивной тревожности студентов была использована методика самооценки Ч. Д. Спилберга, Ю. Л. Ханина, степени стрессовой нагрузки и сопротивляемости стрессу — методика определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса и Раге, копинг-стратегий — методика Э. Хейма [14]. Полученный в ходе исследования материал был подвергнут статистическому анализу с применением пакетов компьютерной обработки данных SPSS 13.0. Оценка достоверности различий между исследуемыми группами была выполнена с помощью критерия Манна—Уитни. Связь между полученными показателями выявлялась с помощью коэффициента ранговой корреляции (уровень значимости $p \leq 0,01$).

В ходе исследования сформировавшееся эмоциональное выгорание выявлено у 18% студентов, формирующееся — у 48%. Отсутствие эмоционального выгорания отмечено у 34% студентов педагогического направления подготовки.

Фаза напряжения является «запускающим» механизмом в формировании выгорания, возникающим в ответ на действие психотравмирующих обстоятельств [5]. Во всех обследуемых группах студентов в фазе напряжения наиболее ярко выражен симптом «тревоги и депрессии», свидетельствующий о том, что студенты переживают тревожную напряженность, личностную тревогу, разочарованность в себе, выbranной профессии [5].

На второй фазе выгорания — «резистенции» — субъект стремится снизить напряжение, достичь психологического комфорта за счет «экономии» эмоций [5]. Доминирующим симптомом в фазе резистенции у студентов всех выделенных групп является «неадекватное избирательное эмоциональное реагирование», которое представляет собой неадекватную «экономю» эмоций, ограничивающую эмоциональную отдачу в результате выборочной реакции на ситуации [5]. Подобные эмоциональные реакции можно рассматривать как стремление к временному отходу от решения проблем. Показатели фазы резистенции являются наиболее высокими по средним значениям относительно других фаз во всех группах. Это свидетельствует о наличии у обследуемых сопротивления нарастающему стрессу, формировании защитных механизмов и стремлении к психологическому комфорту [5].

Третья фаза выгорания — «истощение» — характеризуется тем, что выгорание становится неотъемлемым атрибутом личности, вызывая падение общего

энергетического тонуса [5]. Ведущим симптомом в фазе истощения у студентов без выгорания и с формирующимся синдромом выгорания является «эмоциональный дефицит», который проявляется в том, что они испытывают преимущественно отрицательные эмоции, становятся раздражительными, обидчивыми, резкими, грубыми. Ведущим симптомом в фазе истощения у студентов со сформированным выгоранием является личностная отстраненность — деперсонализация, которая прежде всего проявляется в полной либо частичной утрате интереса к субъекту профессиональной деятельности, перерастающей в антигуманистический настрой, работа с людьми представляется неинтересной, не доставляет удовлетворения, не представляет социальной ценности [5]. Деперсонализация отражается в искажении отношений с ближайшим окружением, что может проявляться в повышении негативного отношения, циничности установок и чувств по отношению к субъектам своей деятельности [23].

Корреляционный анализ связей между уровнем выгорания и личностными особенностями студентов показал наличие значимой положительной связи между итоговым показателем синдрома эмоционального выгорания и уровнем ситуативной ($r_s = 0,520$; $p \leq 0,01$) и личностной тревожности ($r_s = 0,281$; $p \leq 0,01$) студентов. Таким образом, чем чаще студенты находятся в состоянии тревоги как реакции на воздействие стрессоров, чем выше их предрасположенность к реакциям тревоги в ответ на воздействие неблагоприятных факторов, тем выше вероятность появления у них выгорания как механизма психологической защиты в ответ на психотравмирующие воздействия. Известно, что высокий уровень тревожности служит одним из факторов, снижающих устойчивость субъекта к стрессовым воздействиям [7], поэтому личностную тревожность можно рассматривать в качестве основного психологического маркера формирующегося эмоционального выгорания [1]. В пользу стрессовой обусловленности выгорания студентов говорят значимые корреляционные связи уровня стресса и итогового уровня выгорания ($r_s = 0,364$; $p \leq 0,01$), а также данные исследований Lin Shu-Hui, Huang Yun-Chen [22], Е. Я. Матюшкиной [12]. В свою очередь, развитие выгорания у студентов может быть обусловлено неадаптивным совладающим поведением, что подтверждается результатами проведенного корреляционного анализа, в ходе которого выявлены отрицательные связи между когнитивными $r_s = -0,632$; $p \leq 0,01$) и эмоциональными $r_s = -0,478$; $p \leq 0,01$) копинг-стратегиями и итоговым показателем эмоционального выгорания у студентов. С одной стороны, эмоциональное выгорание может быть обусловлено применением неконструктивных стратегий, с другой стороны, само эмоциональное выгорание может приводить к истощению психологических ресурсов, привычным стереотипам поведения с наименьшими энергетическими затратами, применению неадаптивных копинг-механизмов [18].

Учитывая, что эмоциональное выгорание будущих педагогов развивается под влиянием высокой тре-

возможности, низкой стрессоустойчивости в сочетании с неадаптивным совладающим поведением, мы считаем необходимым в целях профилактики данного явления проводить тренинговую работу, направленную на практическое обучение студентов конструктивным способам разрешения стрессовых и конфликтных ситуаций, приемам и техникам саморегуляции эмоциональных состояний, повышения стрессоустойчивости. Конструктивное совладающее поведение должно строиться на формировании и развитии общих ресурсов личности студентов. В качестве эффективных средств, мобилизирующих внутренние ресурсы, внутренние механизмы саморегуляции и исцеления «выгорающих» студентов, мы рассматриваем методы арт-терапии. Использование арт-терапии для профилактики и коррекции выгорания обуславливается рядом преимуществ, основными из которых являются «экологичность» для личности, мягкое погружение в проблему, неограниченность проблематики, отсутствие жестких возрастных, социальных, профессиональных ограничений [4, 9].

Эффективность применения арт-терапии для сохранения психологического здоровья студентов в си-

стеме высшего образования подтверждают исследования С. Б. Аскапоновой [2], Л. А. Белозеровой, Л. В. Гурылевой [4], Н. Н. Романовой [15], И. Р. Рыбиной [17]. Результаты данных работ свидетельствуют, что включение арт-терапевтических программ в процесс подготовки студентов способствует развитию у них умения управлять своими эмоциями, преодолевать стрессовое и психоэмоциональное напряжение, осознавать личностные и средовые ресурсы для преодоления жизненных и профессиональных трудностей, применять эффективные поведенческие копинги.

Таким образом, можно отметить, что эмоциональное выгорание у студентов проявляется как стресс-реакция на эмоционально напряженные условия профессионального обучения [1, 8]. При этом индивидуальные особенности личности и стереотипы поведения студентов создают условия, определяющие подверженность эмоциональному выгоранию. Использование методов арт-терапии для профилактики и ранней коррекции эмоционального выгорания у студентов может снизить влияние негативных эмоциональных реакций, стресса и их проявления в процессе профессионального обучения.

Библиографический список

1. Алексеева Е. Е. Психофизиологические и психологические маркеры эмоционального выгорания студентов педагогических и психологических специальностей // Знание. Понимание. Умение. 2009. № 3. С. 211–214.
2. Аскапонова С. Б. К вопросу о методах коррекции состояний стресса // Вестник Марийского государственного университета. 2015. № 3 (18). С. 8–12.
3. Белозерова Л. А., Забегалина С. В. Эмоциональная направленность студентов с формирующимся эмоциональным выгоранием // Wschodnioeuropejskie Czasopismo Naukowe (East European Scientific Journal). 2016. № 12. С. 38–42.
4. Белозерова Л. А., Гурылева Л. В. Направления профилактики социально-психологической дезадаптации студентов в процессе профессионализации в вузе // Современные исследования социальных проблем (электронный научный журнал). 2017. Т. 8, № 12–2. С. 55–61.
5. Борисова М. В. Психологические детерминанты синдрома выгорания у педагогов // Проблемы исследования синдрома «выгорания» у специалистов «помогающих» профессий. Курск: Курск. гос. ун-т, 2007. 168 с.
6. Бойко В. В. Синдром эмоционального выгорания в профессиональном общении. СПб.: Питер, 1999. 434 с.
7. Водопьянова Н. Е., Старченкова Е. С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. СПб.: Питер, 2005. 336 с.
8. Глазачев О. С. Синдром эмоционального выгорания у студентов: поиски путей оптимизации педагогического процесса // Вестник международной академии наук (русская секция). Специальный выпуск. 2011. С. 26–45.
9. Копытин А. И. Методы арт-терапии в преодолении последствий травматического стресса. М.: Когито-Центр, 2014. 208 с.
10. Корытова Г. С. Профессиональная деформация личности в педагогической деятельности // Вестник Томского государственного педагогического университета. 2014. № 1(142). С. 13–20.
11. Маркова Ю. А., Мареева Е. Б., Севидова Л. Ю. Взаимосвязь синдрома эмоционального выгорания и успеваемости среди студентов старших курсов медицинских вузов // Русский медицинский журнал. 2010. № 30. С. 1834.
12. Матюшкина Е. Я. Учебный стресс у студентов при разных формах обучения // Консультативная психология и психотерапия. 2016. Т. 24, № 2. С. 47–63.
13. Неруш Т. Г., Поваренков Ю. П. Профессиональное выгорание как деструктивная тенденция профессионального развития личности. Саратов, 2012. 216 с.
14. Практическая психодиагностика: методы и тесты / ред.-сост. Д. Я. Райгородский. Самара: Бахрах-М, 2001. 672 с.
15. Романова Н. Н. Эффективность комплекса педагогических условий развития рефлексии эмоциональных состояний будущих педагогов // Сибирский педагогический журнал. 2012. № 4. С. 211–215.
16. Рукавишников А. А. Личностные детерминанты и организационные факторы генезиса психического выгорания у педагогов: дис. ... канд. психол. наук. Ярославль, 2001. 173 с.
17. Рыбина И. Р. Формирование позитивных эмоциональных состояний студентов средствами арттерапии // Ученые записки ОГУ. Серия: Гуманитарные и социальные науки. 2015. № 5. С. 277–280.
18. Старченкова Е. С. Роль неконструктивного совладающего поведения в развитии синдрома выгорания // Современные проблемы исследования синдрома выгорания у специалистов коммуникативных профессий. Курск: Курск. гос. ун-т, 2008. С. 82–100.
19. Степанов Ф. Г. Профессиональное выгорание: возможности и направления предупреждения в период обучения в вузе // Евразийское научное объединение. 2015. Т. 2, № 5 (5). С. 163–166.

20. Фишман Б. Е., Гольцова Н. В. Реальность эмоционального выгорания у студентов медицинского колледжа // Фундаментальные исследования. 2014. № 9. С. 2774–2778.
21. Caballero C., Abello R., Palacio J. Relación del burnout y rendimiento académico con lasatisfacción frente a los estudios // Avances en Psicología Latinoamericana. 2007. V. 25. No. 2. P. 98–111.
22. Lin Shu-Hui, Huang Yun-Chen. Life stress and academic bornout // Active Learning in Higher Education. 2014. V. 15. No. 1. P. 77–90.
23. Maslach C. Understanding burnout: Definitional issues in analyzing a complex phenomenon / ed. W. S. Paine // Job Stress and Burnout. Beverly Hills: Sage, 1982. P. 29–40.
24. Schaufeli W. B., Salanova M. Efficacy or inefficacy, that's the question: Burnout and workengagement, and their relationship with efficacy beliefs // Anxiety, Stress and Coping. 2007. V. 20. P. 177–196.
25. Yang H.-J. Factors affecting student burnout and academic achievement in multipleenrolment programs in Taiwan's technical-vocational colleges // International Journal of Educational Development. 2004. V. 24. P. 283–301.

ТЕХНОЛОГИЯ ДИЗАЙН-МЫШЛЕНИЯ КАК УСЛОВИЕ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКИ КОМФОРТНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ В ВУЗЕ

Галой Н. Ю., к. псих. н.,
ФГБОУ ВО «Московский педагогический государственный университет»,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

Рассмотрена технология дизайн-мышления, показаны ее особенности и возможности применения в образовательном процессе с целью обеспечения психологически комфортной образовательной среды вуза.

Ключевые слова

Образовательная среда, психологически комфортная образовательная среда вуза, дизайн-мышление, технология дизайн-мышления.

DESIGN THINKING IN ENSURING A PSYCHOLOGICALLY COMFORTABLE LEARNING ENVIRONMENT

Galoy N. Y., PhD (Psychology),
Moscow State Pedagogical University,
Moscow, Russian Federation

Abstract

This article aims to explore the features and implementations of design thinking. This approach is used to ensure psychologically comfortable learning environment.

Key words

Educational environment, psychologically comfortable learning environment, design thinking, design thinking approach.

В настоящее время ни у кого не вызывает сомнения, что психологически комфортная среда является не только фактором успешности обучения студентов, но и условием сохранения их психического здоровья.

Понятие «образовательная среда» составляет предмет изучения специалистов в области педагогики и психологии и трактуется как система условий, влияющих на формирование личности, а также совокупность содержащихся в социальном и пространственно-предметном окружении возможностей для саморазвития учащихся [3].

Психологически комфортная образовательная среда вуза предполагает, прежде всего, благоприятное взаимодействие между преподавателями и студентами, базирующееся на принципах сотрудничества, доверия и взаимной поддержки. При этом смысл сотрудничества заключается не столько в совместной деятельности, сколько в радости взаимодействия, которую оно приносит. Индикатором психологически комфортной образовательной среды является высокий уровень учебной мотивации студентов, их активное участие в научно-исследовательской и культурно-досуговой деятельности университета.

С нашей точки зрения, условием обеспечения психологически комфортной образовательной среды вуза является использование в образовательном процессе технологии дизайн-мышления.

В Открытом университете Великобритании каждый год выпускается доклад об инновациях в педагогике. К 2015 году британские эксперты выделили десять уже существующих нововведений, которые в ближайшие годы окажут самое значительное влияние на образование в мире, в их числе названа технология дизайн-мышления [4].

В 1969 году Герберт Саймон в своей книге «Науки об искусственном» определил дизайн как процесс преобразования существующих условий в желаемые. По мнению автора, процесс дизайн-мышления всегда ориентирован на создание лучшего будущего, а также на поиск новых способов решения комплексных проблем в самых разных областях [5].

Понятие «дизайн-мышление» (Design Thinking) разработано Дэвидом Келли, основателем одного из первых в мире дизайн-агентств IDEO и Хассо Платтнером, сооснователем компании SAP. В настоящее время развитием инструментов дизайн-мышления активно занимаются в школе дизайн-мышления d.school (Стэнфорд) и в Институте Хассо Платтнера (HPI School of Design Thinking, Потсдам). Многие инновационные продукты SAP создаются именно на основе методологии дизайн-мышления [1].

В своей книге «Креативная уверенность» Дэвид Келли пишет о том, что технология дизайн-мышления опирается на естественную человеческую способность быть интуитивным, находить закономерности и придумывать идеи, которые не только эмоционально привлекательны, но и функциональны [2]. То есть главной особенностью дизайн-мышления является не критический анализ, а свободный от напряжения творческий процесс, в котором самые неожиданные идеи приводят к наилучшему способу решения проблемы.

Мария Сташенко, основатель лаборатории Wonderfull в России, определяет дизайн-мышление как «такую точку зрения на мир, позицию, необходимую человеку для того, чтобы преобразовывать и организовывать пространство вокруг себя» [6].

Технология дизайн-мышления, или проектного мышления, представляет собой модель совместной командной деятельности, реализация которой в условиях сложившейся системы группового аудиторного обучения в университете является актуальной и востребованной. Применение технологии дизайн-мышления на практических и даже на лекционных занятиях не только стимулирует познавательную активность студентов, но и превращает их из простых слушателей в главных участников, организаторов и фасилитаторов процесса собственного обучения. Такая активная позиция студентов на занятиях обеспечивает резкий подъем учебной мотивации, повышение степени усвоения знаний, расширение взаимной коммуникации и возможность более полной самореализации.

Технология дизайн мышления предполагает ряд четко определенных последовательных этапов: 1) эмпатия (на данной стадии происходит глубокое осозна-

ние проблемы целевой аудитории и ее формулировка); 2) фокусировка (на данной стадии происходит всестороннее изучение проблемы с точки зрения того, как ее пытались решить другие; на этом этапе важно наблюдение и взаимодействие с конкретными представителями целевой аудитории); 3) генерация (на этой стадии происходит анализ собранной информации, помогающей понять потребности обследуемых; затем методом мозгового штурма обозначают все возможные идеи, помогающие решить проблему; в этот момент особенно важна командная работа); 4) выбор лучшего решения (абстрагируясь от авторства идей и эмоциональной составляющей, группа выбирает одно итоговое решение); 5) прототипирование (опираясь на обратную связь с представителями целевой аудитории, уточняют выбор итогового решения); 6) тестирование (внедрение выбранного решения, при этом важно правильно выделить задачи и распределить ресурсы команды); 7) оценка (происходит оценка результатов внедрения выбранного решения, намечаются пути его доработки и изменения; на этом этапе важно регулярно получать обратную связь от целевой аудитории) [1].

Каждый из перечисленных этапов относится к дивергентной или конвергентной фазе мышления. Дивергенция — это расширение угла зрения, объединение всех находок и идей. Конвергенция — сужение фокуса и выбор приоритетной идеи, которую впоследствии проверяют и дорабатывают на следующих итерациях. При этом следует помнить, что дизайн-мышление — это четко определенный процесс. Здесь можно выполнять только часть его цикла, а можно, при необходимости, неоднократно возвращаться к его середине или началу. Это снижает стрессовость процесса выработки правильного решения и развивает гибкость мышления обучающихся.

Проект выполняется всей группой. Сумасшедшие идеи, которыми делятся участники группы, делают процесс обучения легким и увлекательным, что позволяет снять рамки шаблонного мышления, вывести на новый уровень сотрудничества взаимоотношения между всеми субъектами образовательного процесса. Но каждый этап ограничивается по времени для того, чтобы подстегнуть творческий процесс и стимулировать порождение большего количества идей [1].

В процессе реализации технологии дизайн-мышления приоритетным является применение игровых технологий. Кроме того, дизайн-мышление предлагает множество интересных инструментов, направленных на исследование пользовательского опыта взаимодействия с готовым решением, на выявление его ключевых проблем, направлений для развития или создания инновационного продукта. Это, например, визуализация идей и результатов, мозговой штурм, партизанская этнография, причинно-следственные диаграммы, прототипирование, тестирование, включенное наблюдение и другие инновационные техники [1].

Исходя из вышеизложенного, можно выделить следующие параметры технологии дизайн-мышления:

- творческий подход;
- командная работа;
- ориентация на людей;

- возможность самореализации каждого;
- любопытство и оптимизм;
- доброжелательная атмосфера.

Перечисленные характеристики позволяют рассматривать технологию дизайн-мышления в качестве условия обеспечения психологически комфортной образовательной среды в вузе. Дизайн-мышление — это

подход, применение которого позволяет будущим выпускникам вуза приобретать знания, получать новый опыт, находить уникальные решения, сохранять внутреннее равновесие и действовать эффективно в ситуациях неопределенности, идти в ногу с изменяющимися тенденциями и потребностями своей профессиональной среды.

Библиографический список

1. Алтухова Н. Ф., Васильева Е. В. Техники дизайн-мышления в курсе «Интернет-предпринимательство» // От управления информацией к управлению знаниями. 2017. № 1. С. 404–408.
2. Келли Т., Келли Д. Креативная уверенность. Как высвободить и реализовать свои творческие силы / пер. с англ. Т. Землянской. М.: Азбука Бизнес, Азбука — Аттикус, 2015. 288 с.
3. Новиков В. Н. Образовательная среда вуза как профессионально и личностно стимулирующий фактор // Психологическая наука и образование. 2012. № 1. С. 1–8.
4. Поляевская А. Инновации в образовании. 2016. URL: <http://nitforyou.com/innovacii-v-obrazovanii-2016/> (дата обращения: 12.04.2018).
5. Саймон Г. А. Науки об искусственном / пер. с англ. Э. Л. Наппельбума. 2-е изд. М.: Едиториал УРСС, 2004. 146 с.
6. URL: <https://www.mann-ivanov-ferber.ru/trend/design-thinking/> (дата обращения: 12.04.2018).

EFFECT OF SPIRITUALITY AT WORK—UNREVEALED WORKPLACE

Gorkovenko O. V., Research Scholar, PhD (Educational Psychology),
University of South Africa,
Pretoria, South Africa

Abstract

Maslow's theory of human motivation acknowledges the importance of self-transcendence. In practice, however, the spiritual dimension of the employee and of the work environment remains something of a mystery and untapped. This qualitative method research paper, in the context of multiple intelligences, applies the lens of spiritual intelligence to the leader, employee, and work environment, to examine why and how this increases organizational effectiveness, productivity and employee well-being.

Key words

Spiritual intelligence, multiple intelligences, workplace spirituality, work satisfaction, leaders, employees.

Conceptual Overview. This article focuses on linking spiritual intelligence with vision, improvement, conflict-less, positive psychotherapeutical and psychological results in order to overcome the problems of the human element in the workplace. Factors at the individual, organizational, social and global levels are considered. When it is recognised spirituality impacts on all levels, ranging from individual personal and work satisfaction to positive organizational outcomes, it builds society's trust in the organization and a positive global role for the organization. Workplace and performance have been researched in such industries as the nuclear and aviation industries, and in the field of healthcare, among others, and this research has focused on the Physical Quotient (PQ), the Intelligence Quotient (IQ) and the Emotional Quotient (EQ). However, the effect on human task performance, informed by Spiritual Intelligence (SQ), is a very different and new area for research. This article aims to link the unlimited and ultimate knowledge of spiritual intelligence to the workplace. This study was conducted at an investment and trading company. The dependent

variable is Accuracy of the transaction processed with independent factors as Gender, Age and Spiritual Intelligence. It was a 3-level study, i. e. 3 factors (Gender, Age and SQ), with 2 sub-levels (male/female and high/low). Twenty employees (15 males and 5 females) from the investment and trading company were involved in this study. They were asked to fill out a 24-item questionnaire on Spiritual Intelligence [King, 2009] and other data. Later, they were asked to perform a task and to understand their performance. Sufficient time was given for all tasks and data processing. The results show that the workplace can significantly benefit from the acknowledgment and use of Spiritual Intelligence.

Introduction. Currently, in this post-materialistic era, the basic needs of many people within their workplace, together with their organizational and societal duties and needs, are changing. Their jobs feel less routine and more creative if employees are self-driven, and have higher order priorities. To satisfy these developments, leadership must be based on a higher level of cognitive intelligence, emotional intelligence, spiritual intelligence,

and even artificial intelligence. Cognitive and emotional intelligence have become more common, while spiritual intelligence and artificial intelligence are in the early stages of development.

Definition of Spirituality. Commonly, spirituality has been linked with religious beliefs and practices. But recent research across the world confirms that people associate less and less with formal religion. Around 35% of the global population consider themselves as spiritual, and *not* religious. Spirituality has got nothing to do with religiosity. Zohar D. [1997] refers to spiritual intelligence as the innate need of the human being to understand himself or herself. She proposed 12 principles to describe Spiritual Intelligence and Self-awareness. King [2009] defines Spiritual Intelligence as a set of adaptive mental capacities based on non-material and transcendent aspects of reality, specifically those that “contribute to the awareness, integration, and adaptive application of the nonmaterial and transcendent aspects of one’s existence, leading to such outcomes as deep existential reflection, enhancement of meaning, recognition of a transcendent self, and mastery of spiritual states.” He developed a 24-item scale which was used for this study.

Growing Importance of Spiritual Intelligence at Work. In the 21st century modern organizations are looking to differentiate themselves. Companies have begun to realise that merely relating on the emotional (EQ) and rational (IQ) levels and relying on the skills of their staff does not offer sufficient progress towards meaningful existence and the purpose of the organization, to renew vision, and to overcome the complex problems facing staff, and so sustain the survival of the organization. Covey explains that effective leaders in the organization “consistently practice the four attributes of human personality: physical, mental, emotional, and spiritual” (at p. 38). Following the same direction, Strack and Fottler [2002] state that organizations where at least some of the leaders are more spiritually intelligent are more likely to implement the practices of effective leadership, such as: empower others; challenge the process; inspire a shared vision; direct behavior; and encourage the heart. Watkins [2003] argues that organizations have started to recognise the importance of the value of a person as a whole, more from a spiritual perspective than just as someone who brings the required skills for the job. Neal [2001] refers to the increasing awareness of Spiritual Intelligence in the workplace shown by organizations. Between 1999 and 2012, Koenig, King and Carson [2001] estimate that more than 3,000 articles and studies which were published on the topic of spirituality.

Now an increasing number of companies have started incorporating spiritual intelligence training, skills, practices and transformation into their system of organizational development. Many business schools, and scientific, management, health research journals accept and recognise spirituality as an important and crucial area for study and research in the 21st Century.

Spirituality is the ultimate level of intelligence, with or without any religious bias, to help one understand oneself. Neal [2001] highlighted that during periods of economic downturn, people become demotivated and start looking beyond conventional materialism for meaning and purpose in life.

Stress at work and home has increased various stress-related health problems. This has made people tune into such concepts and practices as yoga, meditation, pilates, mindfulness, spiritual music and prayer. If an employee spent more than seven hours at the workplace and especially in the IT/ITES industry with typically extended working hours, there is a need for the organization to look for methods and practices to relieve stress and anxiety. Work-life-family balance has become essential today. Several corporates in the US, France, India, Russia and England have opted for such programmes as the Achieving Personal Excellence offered by the Art of Living Foundation and similar programmes. Conger et al. [1994] refer to the workplace as a community rather than a neighbourhood. When more and more people reach the level and state of self-actualisation, their need for spirituality also increases as indicated by Maslow [1994].

Purpose of this article. There are many theories and models relating to Spiritual Intelligence and the workplace. Satisfaction and performance are important for today’s organization. The relationship between spirituality and workplace performance is very current and links with the success and survival of the organization in the 21st century.

Summary. We need to focus on the multiple dimensions of workplace spirituality at the individual, group, community, organizational and global levels. The dimension of spirituality positively relates to organizational commitment. A holistic experience of workplace spirituality includes the physical, effective, cognitive, interpersonal and spiritual dimensions, feelings of joy and well-being, an awareness of the congruence between beliefs, behaviors, and the presence of meaning, an interconnection with others and a higher power, and a sense of transcendence. The concept of workplace spirituality means the ability to carry one’s whole self to work.

Bibliography

1. Azizi M., Zamaniyan M. The Relationship between Spiritual Intelligence and Vocabulary Learning Strategies in EFL Learners. *Theory and Practice in Language Studies*. 2013.
2. Baker M. Connecting the dots: Erickson Methods, The Quantum Paradigm, Spiritual Intelligence (SQ) and Ernest Rossi’s Psychosocial and Cultural Genomics. 2011.
3. Deters J. Global leadership talent management: successful selection of global leadership talents as an integrated process. United Kingdom: Emerald Publishing, 2017.
4. Campuzano L. G., Seteroff S. S. A New approach to a spiritual business organization and employee satisfaction // Social Science Research Network, 2010.

5. *Conger J. A.* et al. Spirit at work: discovering the spirituality in leadership. Jossey-Bass, San Francisco, 1994.
6. *Frankl V. E.* Man's search for meaning. New York: Washington Square Press, 1985.
7. *King D. B., DeCicco T. L.* A Viable model and self-report measure of Spiritual Intelligence // The International Journal of Transpersonal Studies. 2009.
8. *Rossi E., Rossi K.* Creating consciousness: how therapists can facilitate wonder, wisdom, truth and beauty. Phoenix, Arizona: The Milton H. Erickson Foundation Press, 2011. 437 p.
9. *Immordino-Yang M. H., Damasio A., Gardner H.* Emotions, learning, and the brain: exploring the educational implications of affective neuroscience. (The Norton Series on the Social Neuroscience of Education). 1st edition. New York: Maple Press, 2016.
10. *Макаров В. В.* Psychotherapeutic aspects of mental health // Congress on Mental Health: "Meeting the needs of the 21 Century". Moscow, 2016.
11. *Макаров В. В., Макарова Г. А., Макарова Е. В.* Роль психотерапии, практической психологии и психологического консультирования в развитии современного индивида // Профессиональная психотерапевтическая газета. Январь 2012. № 1 (110).
12. *Maslow A. H.* Religions, values, and peak-experiences. Middlesex: Arkana, 1994.
13. *Neal J.* Creating enlightened organizations: four gateways to spirit at work. First edition. New York: Palgrave Macmillan, 2013.
14. *Owen N.* The Magic of metaphor. Glasgow, UK: Bell and Bain Ltd., 2001.
15. *Polster E., Polster M., Polster I.* Integrated gestalt therapy. Beograd, 1989.
16. *Sapolsky R. M.* Behave: the biology of humans at our best and worst. New York: Penguin Press, 2017.
17. *Saks A. M.* Workplace spirituality and employee engagement // Journal of Management, Spirituality & Religion. 2011.
18. *Siegel D. J., Solomon M.* Healing moments in psychotherapy. 1st edition. New York: Quad Graphics, 2013.
19. *Yalom I. D.* Becoming myself. New York: Basic Books, 2017.
20. *Zohar D.* Rewiring the corporate brain. San Francisco: Berrett-Koehler Publishers, 1997.

САНОГЕННЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ КАК СОВРЕМЕННАЯ ПАРАДИГМА АНТИСТРЕССОВОГО УПРАВЛЕНИЯ

Морозюк Ю. В., д. псих. н., профессор,
Морозюк С. Н., д. псих. н., профессор,
ФГБОУ ВО «Московский государственный педагогический университет»,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

Представлена новая парадигма управленческой деятельности — саногенный менеджмент. Направленный на поддержание эмоционального, психологического и профессионального благополучия субъектов профессиональной деятельности, саногенный менеджмент позволяет руководителю не только осознавать собственные действия и поведение, но и изменять средства и основания управленческой деятельности, направленной как на оздоровление организации в целом, так и на повышение ресурсности каждого ее члена.

Ключевые слова

Саногенный менеджмент, антистрессовое управление, поведение, действие.

SANOGENIC MANAGEMENT: A MODERN PARADIGM OF STRESS COPING STRATEGIES

Morozyuk Yu. V., Psy. D., Professor, **Morozyuk S. N.**, Psy. D., Professor,
Moscow State Pedagogical University,
Moscow, Russian Federation

Abstract

The article presents a new paradigm of management activity called "Sanogenic management". It aims to promote emotional, psychological and professional well-being. By using this paradigm, managers can gain an understanding of their own actions and behaviors and make changes to their management style if needed. This strategy can raise the performance of an organization as a whole and improve the efficiency of each worker.

Key words

Sanogenic management, stress management, behavior, action.

Практика свидетельствует, что экономия на качестве управленческого решения приносит огромные, а часто и невозполнимые потери из-за его тиражирования на последующих стадиях жизненного цикла объекта.

Зачастую ошибки в управлении способствуют созданию стрессогенного фона в организации. Как результат — психологическое напряжение, снижение лояльности и эффективности персонала, конфликтность в отношениях, эмоциональное и профессиональное выгорание.

Менеджер, осуществляющий свою управленческую деятельность на основе парадигмы насилия, стимулирования¹, а не мотивации, тратит свою энергию на принуждение, а исполнитель — на сопротивление, и переживание отрицательных эмоций. Насилие всегда вызывает сопротивление и требует постоянного увеличения масштабов принуждения, тотального контроля и наказания. В третьем тысячелетии менеджмент, основанный на устрашении и запретах, — атавизм общественного развития.

Современным менеджерам всех уровней необходимо овладеть основами психологического обеспечения управления организациями. Эту возможность дает инновационное направление «Саногенный менеджмент», обеспечивающее оздоровление профессионального, эмоционального климата в компании, повышающий психологическую ресурсность персонала, его профессиональную эффективность.

Саногенный менеджмент — технология, оздоравливающая дух организации, обеспечивающая оздоровление профессионального, эмоционального климата в компании, повышающая психологическую ресурсность персонала, его профессиональную эффективность и стрессоустойчивость. В основе саногенного стиля управленческой деятельности лежит парадигма безнасиельственного управления.

Применение ненасильственной парадигмы управления существенно снижает затраты энергии, времени, средств и усилий на достижение результата, а следовательно, экономически более эффективно.

В основе такого подхода лежит знание основных законов как функционирования и развития организаций, так и поведения людей, а также способов эффективного влияния на протекающие в организации процессы. Чем выше психологическая, эмоциональная, компетентность² руководителя, тем богаче палитра его управленческих решений и применяемых в конкретной ситуации методов управления, тем обоснованнее качество управленческого решения, а следовательно, меньше риск потерпеть неудачу и больше шансов на успех.

В рыночных условиях не существует обязательных для любой ситуации «жестких стандартов» управле-

ния. Выбор технологий, методов анализа, прогнозирования, оптимизации и обоснования управленческого решения является делом сугубо творческим. Вместе с тем знание функциональной структуры наиболее широких классов действия или поведения является необыкновенно сильным средством, повышающим уровень понимания и усвоения сложных процессов управления персоналом.

В основе концепции саногенного (оздоравливающего) менеджмента лежит понимание поведения в широком смысле как активности, направленной на выживание. Жизнедеятельность в самом широком смысле является поведением живых существ, ведущим к их выживанию. Жизнь в значительной мере состоит в управлении поведением или координации в поведении различных его частей ради выживания в конечном итоге.

Любое поведение состоит из последовательности действий, скоординированных на основе единого плана. Для понимания поведения важно исследовать главную единицу поведения — действие.

В поведенческом акте каждый структурный компонент выполняет определенную функцию, обеспечивающую системную направленность на результат — выживание. Болезнь в данном контексте можно определить как нарушение функций органов и систем. Организация, в которой управление не обеспечивает функционального системного взаимодействия, обречена на гибель. В этом случае нужно сознательно структурировать управленческое действие, выделить его элементы.

Функциональная структура саногенного (оздоравливающего) менеджмента как управленческой деятельности выглядит следующим образом.

Началом управления является определение ситуации менеджером, который выступает в двух ипостасях: как субъект профессиональной деятельности и как личность, испытывающая симпатии и антипатии к своим сотрудникам. Ситуация требует принятия решения и с позиции технологии процесса, и с позиции личностного взаимодействия. Ориентировка — это действие, в результате которого оценивается ситуация, ставится цель, определяется программа (план) достижения цели. Результатом ориентировки должно быть определение ситуации, уточнение цели, определение программы поведения, анализ информации и прошлого опыта, связанного с подобными ситуациями. В ориентировке осуществляется оценка прошлого и настоящего.

Цель представляет собой некоторый образ результата, который должен получиться вследствие исполнения поведения. Цель — основа для управления любым поведением. Неопределенность цели снижает эффективность любого действия, а в иных случаях делает

¹Стимул (лат. *stimulus*) — стрекало, погонялка — палка с острым концом для побуждения быка к активности.

²Эмоциональная компетентность определяется как способность понимать свои собственные чувства, эмоциональные состояния других, правильно оценивать их, а также контролировать свои эмоции и конструктивно их выражать, используя их для того, чтобы управлять своим поведением [4]. Эмоциональная компетентность определяет содержательную сторону эмоциональной зрелости личности и имеет характерные отличительные признаки — учет целесообразной направленности эмоций, означающий использование силы позитивных эмоций (воодушевление, восторг, интерес и др.) для совладания со сложными ситуациями, а также конструктивное использование негативных эмоций (раздражение, тревога, дискомфорт) как сигнала о неудовлетворенной потребности и необходимом изменении поведения [1].

его невозможным. При отсутствии или недостатке обратной связи действие тоже дезорганизуется.

В компоненте цели эмоционально компетентный менеджер осознает реалистичность цели и свои ожидания относительно результата деятельности и поведения партнера по общению, а также осознает источники возникновения отрицательных эмоций в результате рассогласования ожиданий, образов желаемого и реального результатов деятельности.

В компоненте принятия решения эмоционально компетентный менеджер осуществляет функцию выбора программы поведения или поступка в соответствии с целью, выбирает типовой план и синтез действующего плана, исполнение которого должно привести к достижению цели. Когда план составлен и приведен в готовность, мы говорим о намерении. Плохо организованный план, не соответствующий ситуации, приводит к неудаче и иногда к разрушению действия еще до начала его исполнения. Поэтому в овладении действием нужно преднамеренно обращать внимание на усвоение координации и взаимодействия всех функциональных элементов действия.

В реализации программы деятельности менеджер регулирует действия в соответствии с выбранной программой, управляет поведением, оценивает его в контексте ситуации, места и времени.

Управление осуществляет контроль за исполнением, обратную связь, которая состоит в регулировании исполнения плана путем проверки соответствия исполняемого действия плану и его корректировки.

Акт управления предполагает прекращение поведения с момента как полученный результат поведения стал соответствовать поставленной цели.

В компоненте «индивидуальные качества» субъекта деятельности менеджер проявляет способности к саморегуляции адекватной ситуации, эмпатии, экспрессивности.

Менеджмент состоит в управлении собственным поведением или поведением других. Знание того, как устроено поведение, делает возможным его понимание и управление им. Это также облегчает научение определенному поведению. Управление поведением состоит с одной стороны в стремлении вызвать определенное поведение или придать ему какие-то важные для нас свойства и с другой стороны бывает важно устранить нежелательное поведение. Перечисленные выше функциональные элементы присутствуют в любом поведении любого живого существа. Если же отсутствует хотя бы один из этих основных функциональных элементов, то поведение организма, личности, группы, государства, становится невозможным. Поведение в этом случае распадается.

Знание функциональной структуры поведения делает менеджера более эффективным в управлении поведением персоналом организации.

Таким образом, саногенный менеджмент можно рассматривать как современную парадигму управленческой деятельности. Он направлен на поддержание эмоционального, психологического и профессионального благополучия субъектов профессиональной деятельности, повышение их лояльности и надежности. Саногенный менеджмент как управленческая парадигма позволяет руководителю не только осознавать собственные действия и поведение, но и изменять средства и основания управленческой деятельности, направленной на оздоровление организации в целом, повышая тем самым ресурсность организации через повышение ресурсности каждого ее члена.

Саногенный менеджмент как философия управленческой деятельности и как практика управления на сегодняшний день ждет экспериментальной проверки в научных исследованиях и апробации в практической деятельности.

Библиографический список

1. *Либина Е. В., Либин А. В.* Стили реагирования на стресс: психологическая защита или совладание со сложными обстоятельствами? // *Стиль человека: психологический анализ.* М.: Смысл, 1998. С. 190–204.
2. *Морозюк С. Н., Морозюк Ю. В.* Саногенная рефлексия как фактор стрессоустойчивости персонала организации. *Вестник финансового университета.* 2012. № 4. С. 99–102.
3. *Морозюк С. Н., Морозюк Ю. В.* Психологические аспекты управления персоналом (в контексте обеспечения экономической безопасности). М.: Изд-во Финакадемия, 2011. 183 с.
4. *Райнольдс М.* Коучинг: эмоциональная компетентность / пер. с англ. Центра поддержки корпоративного управления и бизнеса, М., 2003, 112 с.
5. *Орлов Ю. М.* Структура поведения. Сер. «Управление поведением». М.: Имринт—Гольфстрим, 1997. 28 с.

TRAINING NEEDS FOR WORKPLACE MENTAL HEALTH PROMOTION

Wynne R., PhD,
 Director, Work Research Centre, Ireland;
 Director, European Network for Workplace Health Promotion.

Abstract

This paper examines the issues involved in developing training for workplace mental health promotion (WMHP). It points to the need to take into account the statutory obligations of employers to address occupational stress as well as the public health inspired MHP approach. There appears to be few dedicated training courses for WMHP. This paper draws upon work of the MindHealth project to show the need to take into account both implementation issues as well as the content of MHP.

Key words

Workplace mental health promotion, training, needs analysis, workplace health, public health.

Introduction. If the concept and practice of mental health promotion in the workplace is relatively new, then the availability of training for its practice is even newer. Workplace health promotion in relation to physical health issues goes back no further than the late 1970's in the US and began even later in Europe. Regulations dealing with occupational stress in the European Union were transposed in national legislation following the adoption of the Framework Directive in 1989 by the EU Member States and even then took many years to be implemented in practice.

These two major strands of mental health related activity in the workplace—stemming from public health and occupational health policies—have sat more or less uneasily alongside one another since then. Table 1 highlights some of the most important differences between the two approaches. These carry major implications for the development of training for workplace mental health promotion (WMHP).

Generally, OSH (Occupational Safety and Health) has a strong legislative basis in Europe and elsewhere, requiring, for example, that employers undertake risk assessments and produce safety statements, while in many countries they must use occupational health services. Workplace Health Promotion (WHP) on the other hand, is almost never legislated for though some countries such as Germany have mandated health insurance agencies to undertake WHP.

Typically, there are different types of personnel involved in delivering OSH and WHP services. Health and safety is delivered by trained personnel, who may come from a range of backgrounds such as engineering, ergonomics, occupational hygiene or production, while occupational health services are delivered by occupational physicians, nurses or paramedics. WHP, in contrast, is delivered by a wide range of professionals from public health or other backgrounds. Moreover, even in large enterprises, WHP is often delivered by external agencies, while occupational safety is an in-house function.

There are typically differences in the focus of activity also—OSH tends to be both environmentally and individually focused while WHP is often more focused on the individual in the types of interventions that are made.

There are also differences in the types of methods and tools that are used, with OSH being more work-

place focused and WHP being more focused on the individual—OSH targets specific workplaces, while WHP tends to use the workplace as one more setting in which to use generic tools and techniques.

However, perhaps the greatest single difference between the two approaches concerns the level of activity in workplaces—OSH is (or is supposed to be) operational in all workplaces while WHP is practiced in only a small percentage of them.

What is Workplace Mental Health Promotion? WMHP may be defined in a number of ways, but at its heart are the concepts of mental health, well-being and health promotion.

The World Health Organisation WHO [2001] provides the following definition of mental health:

“Mental health can be understood as a state of wellbeing in which the individual realises his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to his or her own community.”

Mental health and mental illness have often been described as points on a continuum. However, research suggests that there are two continuums to be considered and that the absence of mental illness may not always be reflective of genuine mental health. The continuum of ‘flourishing and languishing’ [Keyes, 2002] takes the positive approach to mental health and proposes that even in the absence of full mental well-being, a person may still flourish.

It is important to separate mental health promotion from mental disorder prevention as the distinction between these terms is often blurred.

“Mental health promotion aims to promote positive mental health by increasing psychological well-being, competence and resilience, and by creating supporting living conditions and environments. Mental disorder prevention has as its target the reduction of symptoms and ultimately of mental disorders. It uses mental health promotion strategies as one of the means to achieve these goals. Mental health promotion when aiming to enhance positive mental health in the community may also have the secondary outcome of decreasing the incidence of mental disorders.” [WHO, 2004]

Table 1. Typical differences between occupational health and safety and mental health promotion in the workplace

	OSH/Health and Safety	Mental health promotion
Legislative basis	<ul style="list-style-type: none"> • Statutory obligations on employers and employees to manage and prevent occupational stress • Often regulation of service suppliers 	<ul style="list-style-type: none"> • Health promotion may be enabled by legislation, but is not obligatory • Part of public health strategy
Personnel involved	<ul style="list-style-type: none"> • In house health and safety • Occupational health is usually external service suppliers 	<ul style="list-style-type: none"> • Human Resources • External public health suppliers
Focus of activity	<ul style="list-style-type: none"> • Prevention, protection, promotion • Workplace environment • Individual training 	<ul style="list-style-type: none"> • Promotion • Individual training
Methods and tools	<ul style="list-style-type: none"> • Risk assessment • Job Design, work organisation, operational training, psychosocial environment interventions 	<ul style="list-style-type: none"> • Health needs assessment • Coping skills training • Awareness raising • Health education
Practice	<ul style="list-style-type: none"> • Monitored and reported • High level of coverage of workplaces 	<ul style="list-style-type: none"> • No obligatory monitoring • Low level of coverage of workplaces

Table 2. Selected priorities for WMHP implementation, knowledge and skill levels and the training needs gap

Training elements	Priorities	Knowledge & Skills	Training needs gap
Recognising the signs of Mental Health problems	3.5	2.39	1.11
Holistic Policy on Mental Health Promotion in place	3.33	2.23	1.1
Knowledge of Mental Health screening available	3.25	2.22	1.03
Selecting effective & appropriate tools	3.54	2.52	1.02
Providing Training for managing Mental Health	3.5	2.48	1.02
Improving employees' coping skills	3.58	2.58	1
Involvement of all employees	3.5	2.52	0.98
Early Intervention practices	3.58	2.71	0.87
Stakeholder support	3.67	2.82	0.85
Policies/Practices to manage Mental Health	3.46	2.61	0.85

Translating this to the workplace, there are therefore a number of key elements to workplace mental health promotion (WMHP):

– there should be a focus both on the individual and the work environment;

– it should focus mainly on the promotion of positive mental health, though elements of disease prevention may also be part of the process.

Issues affecting training for practicing MHP in the workplace. Defining the nature of WMHP in theoretical terms is relatively easy, but translating this concept into real workplace practice faces some significant difficulties, all of which have implications for the training required for implementation. Amongst these issues are:

– in the workplace there are two approaches to workplace mental health—Health and Safety/OSH and the emergent approach of mental health promotion at work. This raises issues of how these approaches relate to one another, if at all, and how they may be adapted or integrated to ensure maximum impact on the mental health and well-being of workers;

– there is a wide range of actors that may be involved in delivering WMHP. These may be located within the workplace or be external to it and may come from dis-

ciplines such as medicine, nursing, psychology, health promotion, engineering, human resources management, counselling and many others. There is often no common concept of WMHP between these disciplines and this can lead to different interpretations of how to implement it. It should be noted that many of the people involved in WMHP programmes don't come from health related backgrounds. One example is the Blue Light Programme run by MIND in the UK, where much of the implementation work is done by 'Champions' from within the workforce [MIND, 2015];

– there are many potential barriers to the implementation of WMHP. These include a lack of demand from management and workforce; high levels of stigma attached to dealing with mental health issues in the workplace; a lack of knowledge amongst stakeholders about what is best practice and what interventions are appropriate to implement; disjointed approaches to OSH; and workplace culture;

– there is a shortage of health professionals to deliver workplace health services in general and WMHP in particular. Many countries struggle to deliver basic occupational medical services to enterprises, especially to micro-enterprises and SMEs and even the delivery

of safety services and activities may not be widespread. For example, as few as 37% of workplaces had carried out risk assessments in the EU in the past year, while even fewer reported that there was a specific budget for health and safety measures and equipment set each year [ESENER, 2014].

Taken together, these issues present formidable barriers to the implementation of WMHP. Training in the area must address these barriers as well as the technical aspects of WMHP if it is to stand a reasonable chance of being successful. Potential content for training should take into account practical issues such as marketing of WMHP; overcoming stigma; setting up or using workplace structures for WMHP; relationships with health and safety and occupational health; and generating an integrated vision of workplace mental health and well-being practice. Some attempts to develop this view have been taken by the EU Commission [e.g. Wynne et al, 2015].

Existing training courses. Information on the availability of existing training courses is for WMHP is hard to find. Some limited research carried out for a range of Leonardo Da Vinci programmes indicates that not only is training for workplace mental health promotion difficult to find [e.g. MindHealth, 2013], but it is also difficult to find training courses in general workplace health promotion [e.g. the ELWHP project, 2009; SLWHP, 2009].

Such courses do exist, but tend not to be standalone (they tend to be part of larger courses in public health, health promotion or health and safety) and do not lead directly to a qualification in workplace (mental) health promotion alone. These elements of courses tended not to be integrated into undergraduate studies, but were either elements of postgraduate courses or vocational training. This situation may be beginning to change with the growing development of mental health promotion policies that emphasise workplace settings in many countries. In Ireland, for example, a recent postgraduate diploma in workplace well-being had just begun which includes mental health as a significant component of its curriculum [NUIG, 2017].

Structure of knowledge needed. If there are few training qualifications available in WMHP there has been some work done to identify the knowledge and skills needs for potential workplace mental health promoters. The MindHealth Project [MindHealth 2013, Lang et al. 2016] undertook a training needs analysis in 5 countries for purposes of developing e-learning courses in mental health promotion in three settings—schools, workplaces and older people's homes. These courses were to be aimed at people working in workplaces who had an interest in implementing mental health promotion

programmes. It was assumed that these people would not necessarily have a professional background in either mental health or health promotion—the training aimed to increase the numbers of people in these settings that could do so, thereby extending the reach of mental health promotion beyond the traditional professional holders of that role.

The findings from this needs analysis pointed to interesting knowledge and skills gaps amongst people with an interest in the area, as well as some clear statements of what the most important issues to be addressed are. When spontaneously asked what these most important issues were, respondents replied:

- awareness raising and increasing knowledge about MHP;
- implementation of MHP;
- designing health promoting working conditions;
- effective leadership;
- suitable/manageable workload management;
- provision of services and supports.

A quantitative analysis of needs, knowledge and skills needs reinforced these findings. The Table 2 illustrates how the sample viewed their needs in relation to what needs to be done to implement WMHP and the state of their existing knowledge in relation to these priorities (the 'training needs gap'—the difference between current knowledge and skills and the importance of the issue).

There are a number of points of interest in this table:

- the issues that are rated as being most important for practice are not necessarily the ones that need to be focused on in training;
- the knowledge, and particularly the skills needed for implementing WMHP relate as much to implementation issues as they do to mental health issues. Though these needs would vary according to the professional background and experience of prospective trainees, they illustrate the importance of matching training to what needs to be done in the workplace, taking into account what the trainee already knows.

Conclusion. The workplace is a setting that has had limited involvement of public health professionals to date, especially in the area of WMHP. There is a widespread need for training in the area of WMHP. Workplaces are not generally familiar with how to deal with mental health issues, and non-health professional workplace based stakeholders need mental health content knowledge, as well as a working knowledge of the types of MHP interventions that can be made. In contrast, the training of mental health professionals needs to prepare them to operate in the workplace, to understand implementation mechanisms and to relate in a constructive way to ongoing OSH activities in the workplace.

Bibliography

1. ELWHP. Workplace Health Promotion Training. 2009. URL: <http://www.whp-training.ro/?i=whp.en> (accessed 03.04.2018).
2. ESENER. 2014. URL: <https://osha.europa.eu/en/surveys-and-statistics-osh/esener/2014> (accessed 03.04.2018).
3. Keyes C. The mental health continuum: From languishing to flourishing in life // Journal of Health and Social Behaviour, 2002. V. 43. P. 207–222.

4. Lang G., Stengard E., Wynne R. Developing a scale measuring mental health promotion knowledge and skills levels: A convenience sample drawn in Austria, Estonia, Finland, Germany, and Ireland. *Journal of Mental Health Training*. March 2016. V. 11. No. 1. P. 10–22.
5. MindHealth. Training for mental health promotion—schools, workplaces and older people’s homes. 2013. URL: <http://www.mentalhealthpromotion.net/?i=training> (accessed 03.04.2018).
6. MIND. The Blue Light Programme for emergency services. 2015. URL: <https://www.mind.org.uk/news-campaigns/campaigns/bluelight/> (accessed 03.04.2018).
7. NUIG. Postgraduate certificate in health promotion: workplace wellness. 2017. URL: <http://www.nuigalway.ie/medicine-nursing-and-health-sciences/health-sciences/disciplines/health-romotion/postgraduatetaughtprogrammes/workplacewellness/> (accessed 03.04.2018).
8. SLWHP. Slovenian training on workplace health promotion. 2013. URL: <http://www.whp-training.ro/?i=whp.en> (accessed 03.04.2018).
9. WHO. Mental Health: Strengthening Mental Health Promotion. 2001. Factsheet No. 220. URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/> (accessed 03.04.2018).
10. WHO. Prevention of mental disorders. WHO, Geneva. 2004.
11. Wynne R., DeBroeck V., Vandebroek K., Leka S., Jain A., Houtman I., McDaid D., Park A. L. Promoting mental health in the workplace: Guidance to implementing a comprehensive approach. 2015. URL: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=716&langId=en> (accessed 03.04.2018).

ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ «РЖД-МЕДИЦИНА» КАК ЗНАЧИМАЯ ПЛОЩАДКА ДЛЯ ПОДДЕРЖАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ РАБОТНИКОВ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА И ОБЕСПЕЧЕНИЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ БЕЗОПАСНОСТИ ДВИЖЕНИЯ ПОЕЗДОВ

Юсупова Ф. А., главный внештатный психофизиолог, ведущий психолог,
Центральная дирекция здравоохранения—филиал ОАО «Российские железные дороги»,
Западно-Сибирская дирекция здравоохранения—структурное подразделение Центральной
дирекции здравоохранения—филиала ОАО «Российские железные дороги»,
Новосибирск, Российская Федерация

Аннотация

Рассмотрены актуальные аспекты функционирования системы медико-психологического обеспечения сети здравоохранения «РЖД-Медицина», представлена организация и деятельность психофизиологических подразделений, являющихся значимыми практическими площадками как для поддержания психологического здоровья работников железнодорожного транспорта, так и для реализации и обеспечения медико-психологической составляющей безопасности движения поездов.

Ключевые слова

Медико-психологическое обеспечение, психофизиологическое обеспечение, безопасность движения поездов, работники локомотивных бригад, психофизиологические подразделения лечебных учреждений «РЖД-Медицина».

PSYCHOPHYSIOLOGICAL DEPARTMENTS WITHIN “RZD MEDICINE”: PROMOTING PSYCHOLOGICAL HEALTH AND SAFETY OF RAILWAY WORKERS

Yusupova F. A., Chief Psychophysiologicalist, Leading Psychologist,
Central Healthcare Directorate, Branch of JSC Russian Railways,
West-Siberian Healthcare Directorate, Structural Unit of Central Healthcare Directorate,
Branch of JSC Russian Railways,
Novosibirsk, Russian Federation

Abstract

This article explores medical and psychological support within the healthcare network “RZD Medicine”. Psychophysiological departments serve as an important platform for maintaining mental health of railway workers. Their activity ensures railway safety from the medical and psychological perspectives.

Key words

Medical and psychological support, psychophysiological safety, railway safety, locomotive crew, psychophysiological units of medical institution “RZD-Medicine”.

Медико-психологическое обеспечение безопасности движения поездов представляет собой один из важных блоков медицинского обеспечения безопасности. Безопасность движения поездов — основное условие эксплуатации железных дорог, перевозок пассажиров и грузов. Все организационные и технические мероприятия должны отвечать требованиям безопасного и бесперебойного движения поездов [1, с. 843].

Конечно же, одно из основных значений в обеспечении безопасности имеет деятельность персонала железнодорожного транспорта, непосредственно участвующего в реализации движения поездов (машинисты, дежурные по станции и т. д.). От их профессиональной подготовленности, опыта, способности быстро ориентироваться и принимать правильные решения в сложных ситуациях зависит не только четкая реализация, но главное — безопасность и надежность всего перевозочного процесса [1, с. 843].

Деятельность в опасной профессии не может быть обеспечена только знаниями, умениями и навыками, и в этом ее существенная психологическая особенность [3, с. 62].

Другими словами, уровень работы транспортных объектов, их экономическая эффективность, сохранность грузов и жизнь людей напрямую зависят от профессиональной подготовки, состояния здоровья и индивидуально-психологических качеств работников железнодорожного транспорта, непосредственно связанных с движением поездов.

Именно данные требования определяют организацию проведения оценки профессиональной пригодности работников, связанных с безопасностью движения поездов, не только по медицинским параметрам, но по психофизиологическим, а также обуславливают необходимость осуществления своевременных и адекватных социальных, медицинских и психологических мероприятий в целях поддержания высокого уровня работоспособности, обеспечения безопасности движения поездов и сохранения здоровья работников [2, с. 786].

Система медико-психологического обеспечения безопасности движения поездов, являясь важным блоком медицинского обеспечения безопасности движения поездов, на протяжении многих лет остается актуальным разделом, который в связи с развитием и реформированием железнодорожного транспорта совершенствуется и развивается.

Основной целью медико-психологического обеспечения является обеспечение медицинской, психологической и психофизиологической составляющих безопасности движения поездов, с обязательным выпол-

нением достаточно большого объема медико-психологических мероприятий.

Медико-психологическое обеспечение безопасности движения поездов представляет собой комплекс организационных, медико-психологических и психофизиологических мероприятий, направленный на обеспечение функциональной надежности работников, непосредственно связанных с безопасностью движения поездов, всесторонний системный анализ характеристик работающего человека и учет психофизиологической и медико-психологической составляющих с целью обеспечения эффективности профессиональной деятельности на железнодорожном транспорте и безопасности движения поездов.

Психофизиологическое обеспечение работников локомотивных бригад является важной составляющей системы медико-психологического обеспечения безопасности движения поездов и включает в себя два больших блока: пролонгированный профессиональный психофизиологический отбор работников бригад, психофизиологическое сопровождение профессиональной деятельности работников бригад. Также психофизиологические мероприятия проводятся для энергодиспетчеров, работников специального самоходного подвижного состава, работников бригад сторонних организаций, имеющих право выезда на пути ОАО «РЖД».

Нормативно-правовая база медико-психологического обеспечения безопасности движения поездов включает в себя определенный широкий и открытый перечень нормативно-правовых актов, регламентирующих деятельность, совершенствуется и развивается с учетом производственных потребностей.

Организационная структура системы медико-психологического обеспечения безопасности движения поездов включает следующие подразделения со штатом специалистов: Центральную дирекцию здравоохранения — филиал ОАО «РЖД» (начальник и старшие инспекторы по производственным вопросам отдела медицинского обеспечения безопасности движения поездов; главный внештатный психофизиолог), институт главных внештатных психофизиологов и ведущих психологов отделов организации медицинской помощи Дирекций здравоохранения железных дорог, психофизиологические подразделения лечебных учреждений сети здравоохранения «РЖД-Медицина» (начальники, специалисты — психологи, физиологи).

Многоуровневая система психофизиологических структур и подразделений обеспечивает оперативное и качественное проведение медико-психологических и психофизиологических мероприятий.

Психофизиологические подразделения лечебных учреждений «РЖД-Медицина» (лаборатории психофизиологического обеспечения и кабинеты психолога) расположены на территории локомотивных и моторвагонных предприятий (депо), занимают помещения административных зданий цехов данных предприятий, оснащены специальным психодиагностическим и психокоррекционным оборудованием, оргтехникой, мебелью, имеют телефонную, электронную связь.

Непосредственно медико-психологические мероприятия осуществляются профессиональным штатом специалистов психофизиологических подразделений, которые в своей деятельности тесно взаимодействуют с медицинскими работниками лечебных учреждений «РЖД-Медицина», руководящим составом и специалистами предприятий заказчиков (филиалов и структурных подразделений ОАО «РЖД»).

Основными видами психофизиологических обследований и мероприятий, которые проводятся в лабораториях психофизиологического обеспечения и кабинетах психолога, являются: первичный профессиональный психофизиологический отбор, периодическое психофизиологическое обследование, динамический контроль функционального состояния, расширенное психофизиологическое обследование, оценка психологической совместимости; формирование групп риска по психофизиологическим показателям; коррекционные (восстановительные) мероприятия, информационно-разъяснительные мероприятия.

Психофизиологическое сопровождение профессиональной деятельности работников, связанных с безопасностью движения поездов, включает себя следующие различные блоки и направления деятельности: диагностические мероприятия и обследования; комплексную работу с группами риска (группа риска по психофизиологическим и медицинским показателям; группа работников бригад, причастных к транспортным происшествиям, в том числе к наездам в пути следования; группа работников бригад, совершающих частые ошибочные действия в поездной работе); блок коррекционных (восстановительных) мероприятий психопрофилактической и психокоррекционной

направленности; блок мероприятий по профилактике нарушений безопасности движения поездов; блок мероприятий психолого-педагогической поддержки и сопровождения работника бригады, направленный на профессиональное становление личности и карьерный рост (мероприятия, ориентированные на адаптацию молодых специалистов на производстве и выработку индивидуального стиля трудовой деятельности; формирование уверенного поведения в новой для него системе взаимодействия; готовность сформировать внутреннюю способность самостоятельно и осознанно планировать, корректировать и реализовывать перспективы своего профессионального, жизненного и личностного развития).

На протяжении последних 15 лет эффективно действует система взаимодействия психофизиологов, цеховых терапевтов и командно-инструкторского состава локомотивных и моторвагонных предприятий. При взаимодействии участники процесса, преследуя общие цели и задачи в обеспечении медико-психологической составляющей безопасности движения поездов, выполняют в полном объеме и в нормативные сроки все регламентируемые виды мероприятий. Данная система взаимодействия развивается и совершенствуется каждый год.

Плановые и внеплановые психофизиологические обследования проводятся регулярно в соответствии с требованиями нормативных документов. Объем проводимых психофизиологических мероприятий находится на достаточно высоком уровне с увеличением количества мероприятий по отдельным видам направлений деятельности.

Система медико-психологического обеспечения безопасности движения поездов, являясь актуальным разделом деятельности системы здравоохранения ОАО «РЖД», совершенствуется и расширяется как с учетом развития и реформирования железнодорожного транспорта, так и в соответствии с современным уровнем развития системы психофизиологического обеспечения, технологиями и разработками в области психодиагностики в России и в мире.

Библиографический список

1. Большая энциклопедия транспорта. В 8 т. Т. 4. Железнодорожный транспорт / гл. ред. Н. С. Конарев. М.: Большая Российская энциклопедия, 2003. 1039 с.
2. Железнодорожная медицина. Энциклопедия / под ред. О. Ю. Атькова, А. З. Цфасмана. М.: Медицина, 2007. 1040 с.
3. *Нерсеян Л. С.* Железнодорожная психология. 2-е изд., переработанное и дополненное / ФГУП Всеросс. институт железнодорожной гигиены Роспотребнадзора, Кафедра железнодорожной гигиены МПФ ППО ММА им. И. М. Сеченова. М.: ООО Фирма «РЕИНФО», 2005. 534 с.

ОБРАЗОВАНИЕ В СИСТЕМЕ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ EDUCATION IN NARCOLOGY

КРАТКИЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ИНТЕРВЕНЦИИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ СИНДРОМА ЗАВИСИМОСТИ И УПОТРЕБЛЕНИЯ СПИРТНОГО С ПАГУБНЫМИ ПОСЛЕДСТВИЯМИ У ПАЦИЕНТОВ ШИРОКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕТИ

Агибалова Т. В., д. м. н., Тучина О. Д.,
ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии
Департамента здравоохранения города Москвы»,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

Актуальная задача уменьшения негативных экономических, медицинских и социальных эффектов потребления алкоголя гражданами Российской Федерации требует взаимодействия наркологической службы и специалистов широкой медицинской сети для своевременного выявления потребителей алкоголя, профилактики синдрома зависимости и потребления спиртного с пагубными последствиями. Авторы постулируют необходимость открытого обсуждения и внедрения высокоэффективных краткосрочных психотерапевтических вмешательств в практику работы врача первичного звена. Приведено описание основных компонентов подобных интервенций и предложена рабочая модель, которая может быть использована для достижения цели снижения потребления алкоголя пациентами, обращающимися за помощью к специалистам общемедицинской сети.

Ключевые слова

Краткосрочная психотерапия, синдром зависимости от алкоголя, пагубное употребление, мотивационное интервью, BRENDA.

BRIEF PSYCHOSOCIAL INTERVENTIONS TO PREVENT ALCOHOL DEPENDENCE AND ABUSE IN PRIMARY CARE PATIENTS

Agibalova T. V., MD, Tuchina O. D.,
Moscow Research and Practical Center for Addictions, Moscow Department of Healthcare,
Moscow, Russian Federation

Abstract

Reducing negative economic, medical and social consequences of alcohol use requires the collaborative efforts of narcological services and primary health care systems. As a result of their cooperation, they will better identify and prevent alcohol dependence and abuse. There is a strong need for open public discussions on the subject. Implementation of short-term psychotherapeutic interventions by primary care practitioners can have a big impact. This article gives a detailed account of the basic components of these interventions. A working model for reducing alcohol consumption is proposed.

Key words

Brief interventions, alcohol dependence, harmful alcohol use, motivational interview, BRENDA.

Задачу снижения потребления спиртного гражданами Российской Федерации невозможно решить усилиями только специалистов наркологической службы. Характерные для потребителей спиртного анозогнозия, отсутствие мотивации на отказ от потребления алкоголя, негативные изменения психологической сферы, дефицит мнестических и прогностических функций при развитии наркологического заболевания приводят к тому, что пьющие не обращаются за наркологической помощью [16], а при обращении к врачам первичного звена крайне неохотно говорят об употреблении спиртного, отличаются низким комплаенсом к лечению тяжелых соматических патологий, что ведет к хронификации этих заболеваний, утяжелению их экономического, медицинского и социального бремени, снижению качества и продолжительности жизни больных.

Сегодня назрела острая необходимость открытого обсуждения внедрения в широкой медицинской сети технологий, позволяющих снизить потребление алкоголя и минимизировать причиняемый им вред. Такие технологии должны быть ориентированы на лиц с уже сформировавшимся синдромом зависимости (СЗ) (F10.2 по МКБ-10) и тех, кто потребляет спиртное с пагубными последствиями (ПУ — пагубное употребление, F10.1 по МКБ-10). Аргумент в пользу внедрения этих технологий — установленное эпидемиологическими исследованиями значительное число случаев снижения потребления алкоголя пациентами, никогда не обращавшимися за наркологической помощью [7, 8]. Для пациентов с ПУ слово и действия специалиста первичного звена (авторитетного, умеющего аргументированно представлять данные о состоянии здоровья пациента и вреде, наносимом привычной для больного дозой алкоголя) могут оказаться решающими для принятия решения о снижении потребления алкоголя. В случае недоучета сочетанных наркологических заболеваний врачи лишаются возможности планировать и адекватно выстраивать лечебный процесс, что чревато осложнениями и нарушением режима терапии, снижает показатели эффективности лечения и нивелирует врачебные усилия.

С учетом реальной практики организации российской медицины ключевой стратегией воздействия на потребителей алкоголя в общемедицинской сети может стать краткосрочная интервенция (КИ). Существует ряд лаконичных форм работы, созданных специалистами-наркологами, целесообразных для снижения потребления алкоголя, в том числе и в долгосрочной перспективе (как способ профилактики развития СЗ) и доступных добросовестным и грамотным специалистам, готовым учитывать алкогольные проблемы пациентов при организации взаимодействия с ними [1–3, 5, 6, 9–11, 17].

Краткосрочная интервенция призвана сократить длительность и частоту сессий, построить четкую структурированную процедуру, легко воспроизводимую психиатрами-наркологами и специалистами, не имеющими психотерапевтической подготовки. Краткосрочная интервенция (особенно при ПУ) направлена на снижение потребления алкоголя, уменьше-

ние причиняемого привычным потреблением вреда и профилактику формирования СЗ [10]. Снижение потребления может быть промежуточной целью и у пациентов с СЗ, когда они по каким-либо причинам не готовы сразу полностью отказаться от спиртного [1, 6]. В последнем случае важно вовремя перевести пациента на цель полной трезвости, не затягивая терапевтический процесс. Специалист должен быть уверен, что сделал все возможное для мотивирования к полной трезвости на этапе согласия на тот или иной вариант лечения, и что употребление даже «малых доз» у лиц с СЗ не приведет к катастрофическим и необратимым последствиям. Приглашение к участию в программах снижения потребления алкоголя должно базироваться на тщательной оценке клинических и социальных возможностей пациента с учетом основного этического требования «не навреди» [1, 4]. Дополнительная задача КИ для пациентов общемедицинской сети — улучшение комплаенса к лекарственному лечению соматических заболеваний, что востребовано в разных направлениях медицинской помощи.

Ряд метаобзоров свидетельствуют о неплохой эффективности КИ даже по сравнению с долгосрочными вмешательствами [15, 19, 29]. Последний факт объясняется прогрессом в создании технологий КИ, значительным их усовершенствованием [19, 20, 22]. В общемедицинской сети КИ доказали свою экономическую целесообразность и имеют отсроченные эффекты в виде снижения алкоголь-связанной смертности [14, 17, 25, 27].

Краткосрочная интервенция, как правило, основывается на техниках мотивационного интервью и когнитивно-поведенческой терапии. Это алгоритмизированные процедуры с рядом обязательных компонентов: скринингом потребления алкоголя субъектом (тесты CAGE, AUDIT, MAST); сравнение этого уровня с медицинскими нормами; беседой с пациентом (15–60 мин); предоставлением обратной связи о негативном эффекте потребляемых доз алкоголя; планированием изменений и контрольной телефонной сессии через какое-то время [9, 13, 15, 21]. Акцент ставится на мотивации к изменению алкогольного поведения; повышению уверенности пациента в возможности изменить свое поведение («самоэффективности») и социальной поддержке его усилий со стороны доброжелательно настроенного специалиста (и значимых фигур в окружении больного) [24].

BRENDA — распространенная и хорошо изученная модель КИ [28], эффективность которой подтверждена клиническими испытаниями [18, 23, 26]. Подход BRENDA закреплен как рекомендованный к использованию в широкой медицинской сети в Великобритании [12]. Модель опирается на биопсихосоциальную трактовку генеза АЗ, стандартизирована, относительно проста при обучении широкого круга специалистов и внедрении в практику здравоохранения и сочетается с использованием фармакотерапии для лечения АЗ, тем самым обеспечивая возможность комплексного подхода.

Основные шаги BRENDA:

B (Bio psychosocial evaluation) — многоосевая оценка состояния пациента с позиции биопсихосоциального подхода;

R (Report) — сообщение результатов оценки потребления алкоголя и его последствий;

E (Empathetic) — эмпатическое понимание ситуации пациента;

N (Needs) — потребности в изменениях, план которых определяется совместно с пациентом;

D (Direct) — прямой совет в отношении того, как именно можно достичь запланированных изменений;

A (Assessing) — оценка реакции на рекомендации и отслеживание происходящих изменений с подкреплением позитивных результатов.

Краткосрочная интервенция включает первичную беседу и 3–8 повторных контактов для усиления эффекта и оценки изменений в поведении. Длительность первичной беседы не превышает 60 минут (при усовершенствовании навыков специалиста — 40 минут); последующих консультаций — 15–30 минут. Возможно сочетание очных сеансов с беседами по телефону; последние могут превалировать на завершающих этапах программы (в зависимости от потребностей и запросов пациента).

BRENDA не заменяет специализированные виды психотерапии (ПТ), поскольку не решает амбициозных задач изменения личности, взглядов, ценностей,

стиля реагирования, как это происходит в ходе профессиональной ПТ. Не решает она и задач лечения сопутствующей психопатологии, например, депрессии, если таковая имеется. Вместе с тем глубинная ПТ может осуществляться параллельно с КИ, дополняться различными стратегиями преодоления влечения, выявления и преодоления алкогольных триггеров и пр. Важнейшее достоинство BRENDA — логичное встраивание в нее рекомендаций по фармакотерапии наркологических и соматических заболеваний, психотерапии или ведению здорового образа жизни. КИ по модели BRENDA может проводить врач общего профиля, психиатр-нарколог, психиатр, психотерапевт, медицинский психолог, специалист по социальной работе после специальной подготовки.

Идея использования модели BRENDA или мотивационного консультирования в общемедицинской сети может вызвать определенное сопротивление у части специалистов. Одновременно с этим мы полагаем, что при правильном подходе к организации помощи и овладении некоторыми процедурами (в первую очередь, оценкой объема потребления алкоголя и навыками психологического консультирования) врач практически любой специализации может расширить число пациентов, которым он действительно сумел помочь; повысить эффективность работы и удовлетворенность ею.

Библиографический список

1. Агибалова Т. В., Тучина О. Д., Шустов Д. И. и др. Стратегия снижения потребления алкоголя как новая возможность в терапии алкогольной зависимости // Социальная и клиническая психиатрия. 2015. Т. 25, № 3. С. 61–68.
2. Агибалова Т. В., Шустов Д. И., Кошкина Е. А., Тучина О. Д. Психотерапия в наркологии — обзор научно-доказательных моделей психотерапевтического вмешательства: зарубежный опыт. Ч. 1: Психотерапия как эмпирически обоснованный метод лечения // Вопросы наркологии. 2015. № 2. С. 69–81.
3. Агибалова Т. В., Шустов Д. И., Тучина О. Д., Тучин П. В. Психотерапия в наркологии — обзор научно-доказательных моделей психотерапевтического вмешательства: зарубежный опыт. Ч. 2. Эмпирически обоснованные методы психотерапии наркологических заболеваний // Вопросы наркологии. 2015. № 5. С. 46–65.
4. Сиволап Ю. П. Лечение алкогольной зависимости: рациональные и спорные подходы // Журнал неврологии и психиатрии имени С. С. Корсакова. 2014. Т. 114, № 5–2. С. 53–56.
5. Сиволап Ю. П. Злоупотребление алкоголем и фармакотерапия алкоголизма // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2014. № 3. С. 4–9.
6. Сиволап Ю. П., Савченков В. А., Янушкевич М. В., Смирнова В. Н. Налтрексон-депо (вивитрол) в лечении алкоголизма: первый опыт применения в России // Наркология. 2009. Т. 8, № 9. С. 48–52.
7. Шустов Д. И., Агибалова Т. В., Федотов И. А. Обратная сторона алкогольной зависимости: абстиненты и спонтанные ремиссии // Вопросы наркологии. 2014. № 5. С. 147–161.
8. Dawson D. A., Grant B. F., Stinson F. S. et al. Recovery from DSM-IV alcohol dependence: United States, 2001–2002. *Addiction*. 2005. No. 100 (3). P. 281–292.
9. D'Onofrio G., Fiellin D. A., Pantalon M. V. et al. A brief intervention reduces hazardous and harmful drinking in emergency department // *Annals of Emergency Medicine*. 2012. No. 60 (2). P. 181–192.
10. Fleming M. F., Barry K. L., Manwell L. B. et al. Brief physician advice for problem drinkers. A randomised controlled trial in community-based primary care practices // *JAMA*. 1997. No. 277. P. 1039–1045.
11. Higgins-Biddle T. F. Brief intervention for hazardous and harmful drinking. A manual for use in primary care. World Health Organization, 2001. 53 p.
12. Hall W. British drinking: a suitable case for treatment? // *BMJ*. 2005. No. 331. P. 527–528.
13. Imel Z. E., Wampold B. E., Miller S. D., Fleming R. R. Distinctions without a difference: direct comparisons of psychotherapies for alcohol use disorders // *Psychol. Addict. Behav.* 2008. No. 22. P. 533–543.
14. Jonas D. E., Garbutt J. C., Brown J. M. et al. Screening, behavioral counseling, and referral in primary care to reduce alcohol misuse. Comparative effectiveness review No. 64. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2012.
15. Kaner E. F., Dickinson H. O., Beyer F. et al. The effectiveness of brief alcohol interventions in primary care settings: a systematic review. *Drug Alcohol Rev.* 2009. No. 28. P. 301–323.

16. *Mark T.L., Kranzler H.R., Poole V.H.* et al. Barriers to the use of medications to treat alcoholism // *Am. J. Addict.* 2003. No. 12. P. 281–294.
17. *McQueen J., Howe T.E., Allan L.* et al. Brief interventions for heavy alcohol users admitted to general hospital wards // *Cochrane Database Systematic Reviews.* 2011. No. 8. CD005191.
18. *Monterosso J.R., Flannery B.A., Pettinati H.M.* et al. Predicting treatment response to naltrexone: the influence of craving and family history // *Am. J. Addict.* 2001. No. 10. P. 258–268.
19. *Moyer A., Finney J.W., Swearingen C.E.* et al. Brief interventions for alcohol problems. A meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. *Addiction.* 2002. No. 97. P. 279–292.
20. *Moyer A., Finney J.W.* Brief interventions for alcohol misuse // *Canadian Medical Association Journal.* 2015. No. 187 (7). P. 502–506.
21. *Nilsen P., Baird J., Mello M.J.* et al. A systematic review of emergency care brief alcohol interventions for injury patients // *Journal of Substance Abuse Treatment.* 2008. No. 35. P. 184–201.
22. *O'Donnell A., Anderson P., Newbury-Birch D.* et al. The impact of brief alcohol interventions in primary healthcare: a systematic review of reviews // *Alcohol Alcohol.* 2014. No. 49 (1). P. 66–78.
23. *Pettinati H.M., Volpicelli J.R., Pierce J.D.* et al. Improving naltrexone response: An intervention for medical practitioners to enhance medication compliance in alcohol dependent patients // *J. Addict. Dis.* 2000. No. 19. P. 71–83.
24. *Rome J.* An evidence-based analysis of the 'BRENDA Approach': psychosocial interventions for dependent alcohol drinkers. [Электронный ресурс] // *Gen Practice.* 2015. S. 1. DOI: <http://dx.doi.org/10.4172/2329-9126.S1-002>.
25. *Solberg L.I., Maciosek M.V., Edwards N.M.* Primary care intervention to reduce alcohol misuse: ranking its health impact and cost effectiveness // *Am. J. Prev. Med.* 2008. No. 34. P. 143–152.
26. *Starosta A.N., Leeman R.F., Volpicelli J.R.* The BRENDA Model: integrating psychosocial treatment and pharmacotherapy for the treatment of alcohol use disorders // *J. Psychiatr. Pract.* 2006. No. 12 (2). P. 80–89.
27. *Sullivan L., Tetrault J., Braithwaite S.* et al. A meta-analysis of the efficacy of nonphysician brief interventions for unhealthy alcohol use: implications for the patient-centered medical home // *Am. J. Addiction.* 2011. No. 20. P. 343–356.
28. *Volpicelli J.R., Pettinati H.M., McLellan A.T., O'Brien C.P.* BRENDA manual: compliance enhancement techniques with pharmacotherapy for alcohol and drug dependence. Philadelphia, PA: Gilford Press, 1997.
29. *Wilk A.I., Jensen N.M., Havigan T.C.* Meta-analysis of randomised control trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers // *Journal of General Internal Medicine.* 1997. No. 12. P. 274–283.

ОРГАНИЗАЦИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИИ И СИСТЕМА ПОДГОТОВКИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КАДРОВ

Брюн Е. А., д. м. н., профессор,
ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии
Департамента здравоохранения города Москвы»,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

Московским научно-практическим центром наркологии разработан и внедрен в практику полный цикл оказания специализированной помощи больным алкоголизмом, наркоманией и другими болезнями зависимости, рекомендованный для всех субъектов Российской Федерации. Его основой является формирование лечебной субкультуры как действенной антитезы алкогольной и наркотической субкультурам. Система эффективной наркологической помощи неразрывно связана с необходимостью четкой организации образовательного процесса с учетом всех тенденций и требований, а также с соблюдением условий контроля качества образования в наркологии. Обучение врачей психиатров-наркологов становится управляемым и эффективным образовательным процессом.

Ключевые слова

Наркологическая служба, организация наркологической помощи, профилактика, лечение, реабилитация, образовательный процесс.

ALCOHOL AND DRUG ABUSE TREATMENT SERVICE AND PROFESSIONAL TRAINING FOR ADDICTION SPECIALISTS IN RUSSIA

Bryun E. A., MD, Professor,
Moscow Research and Practical Center for Addictions, Moscow Department of Healthcare,
Moscow, Russian Federation

Abstract

Moscow Research and Practical Center for Addictions has developed and implemented a full cycle of specialized care for patients with alcohol, drug and other types of addictions. This care is recommended for all federal subjects of Russia. In the framework of these policies, a therapeutic subculture is formed. It is opposed to alcohol and drug subcultures. To create an effective addiction care, it is important to establish a clear educational process taking into account all the relevant trends and requirements. It is also essential to follow the quality control standards of education in addiction treatment. Therefore, the training of addiction specialists becomes manageable and effective.

Key words

Drug treatment service, organization of alcohol and drug treatment service, prevention, treatment, rehabilitation, educational process.

Специализированная наркологическая помощь по профилю «психиатрия-наркология» осуществляется в соответствии с Порядком оказания наркологической помощи и клиническими протоколами. Разработанный и внедренный в практику в ГБУЗ «МНПЦ наркологии Департамента здравоохранения города Москвы» полный цикл оказания специализированной помощи больным алкоголизмом, наркоманией и другими болезнями зависимости был рекомендован для всех субъектов Российской Федерации. Данный подход к организации наркологической помощи в городе Москве также получил высокую оценку среди европейских экспертов, работающих в области болезней зависимости.

В основе этого цикла лежит формирование лечебной субкультуры как действенной антитезы алкогольной и наркотической субкультурам. Этот полный цикл включает первичную, вторичную и третичную профилактику. Разрабатываются групповые и индивидуальные профилактические и лечебно-реабилитационные программы, основу которых составляют мотивационные, психотерапевтические и коррекционные интервенции. В полном объеме проводится лабораторно-диагностическое обследование. В лечении больных применяется мультидисциплинарный подход. Бригада специалистов включает: врача психиатра-нарколога; клинического психолога; специалиста по социальной работе, врачей-консультантов (по показаниям) [3]. Эффективные результаты в работе с населением наркологическая служба обеспечивает посредством многоуровневой системы оказания помощи, включающей и систему социального прессинга на наркологическую популяцию.

На I уровне проводится широкая информационная пропаганда в СМИ о возможных факторах риска употребления и злоупотребления психоактивными веществами (ПАВ) в дифференцированных группах населения. Особое внимание уделяется социально-психологическому тестированию и профилактическим осмотрам обучающихся в различных образовательных учреждениях. Разрабатываются и внедряются программы по профилактике злоупотребления ПАВ и раннему выявлению факторов риска в организованных коллективах и СМИ.

На II уровне осуществляются раннее выявление групп риска и социотерапевтические интервенции. Проводится работа с пациентами группы риска в форме консультаций, профилактических школ пациентов, профилактических школ для родственников пациентов, тренингов по формированию профилактических навыков.

III уровень включает лечебно-реабилитационные программы для разных групп больных с применением фармакогенетики как основного инструмента персонализированной медицины.

IV уровень предусматривает обязательное (альтернативное) лечение по определению суда в наркологических учреждениях.

V уровень — это изоляция в исправительно-трудовых учреждениях системы ФСИН РФ и обязательное лечение.

Эффективность раннего выявления лиц, злоупотребляющих ПАВ, в значительной степени определяется эффективностью внутриведомственного и межведомственного взаимодействия. В систему раннего выявления должны быть включены различные медицинские организации: женские консультации, родильные дома, детские поликлиники, поликлиники для взрослых, оказывающие первичную медико-санитарную помощь, центры здоровья для детей и взрослых и многопрофильные стационары [1, 2]. Формами внутриведомственного взаимодействия являются:

1) информационно-просветительская работа с населением по профилактике потребления ПАВ;

2) совместная работа по раннему выявлению потребителей ПАВ;

3) обучение врачей общего профиля навыкам раннего выявления потребителей ПАВ и мотивации на отказ от потребления ПАВ;

4) консультационная помощь по отказу от потребления ПАВ специалистам других медицинских учреждений.

Наркологические учреждения, помимо взаимодействия с медицинскими учреждениями, активно сотрудничают с различными организациями, имеющими отношение к проблеме злоупотребления ПАВ. В первую очередь это образовательные учреждения, а также трудовые коллективы, силовые структуры МВД, военкоматы, другие структуры и организации. Формами межведомственного взаимодействия являются:

1) информационно-просветительская работа с населением по повышению мотивации к ведению здорового образа жизни;

2) совместная работа по раннему выявлению потребителей ПАВ;

3) усовершенствование нормативно-правовой базы;

4) создание системы мониторинга;

5) создание механизма координации взаимодействия по проведению совместных мероприятий.

На современном этапе в стране большое внимание уделяется профилактике наркомании как наиболее социально значимой проблеме среди молодежи. Постановлением Совета Федерации Федерального собрания Российской Федерации № 94-СФ от 02.03.2016 создан Совет по проблемам профилактики наркомании. Этот Совет является постоянно действующим экспертно-консультативным органом при Совете Федерации Федерального Собрания Российской Федерации.

Основными задачами Совета являются:

1) изучение вопросов формирования и реализации государственной политики в области профилактики наркомании;

2) выработка рекомендаций по формированию и реализации государственной политики в области профилактики наркомании, в том числе среди несовершеннолетних;

3) подготовка предложений по совершенствованию законодательства Российской Федерации и законодательства субъектов Российской Федерации в области профилактики наркомании;

4) мониторинг мероприятий, направленных на профилактику наркомании, проводимых на федеральном, региональном и местном уровнях;

5) информирование общественности о мерах по профилактике наркомании, принимаемых на федеральном, региональном и местном уровнях.

В состав Совета входят члены Совета Федерации, сотрудники Аппарата Совета Федерации Федерального Собрания Российской Федерации (далее — Аппарат Совета Федерации), а также по согласованию депутаты Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации, представители иных федеральных органов государственной власти, органов государственной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления, организаций, экспертных советов и комиссий [4].

Жизнь в современном мире предъявляет все новые требования к профессиональному высшему образованию и, в частности, к высшему медицинскому образованию. Выпускники вуза — врачи должны быть подготовлены не только к выполнению профессиональных обязанностей в стабильных условиях, но и к творческой самореализации в изменяющихся условиях труда, к социальной мобильности.

Для повышения уровня образования специалистов в рамках системы непрерывного медицинского образования с 1 января 2016 г. внедряется новая процедура допуска к профессиональной деятельности — аккредитация специалиста. Переход к процедуре аккредитации специалистов осуществляется поэтапно в четыре этапа (с 2016 по 2025 г.).

В системе организации наркологической помощи большое внимание уделяется обучению специалистов различного профиля. Система подготовки специалистов строится в соответствии с нормативно-правовыми документами, регламентирующими образовательную деятельность [5–11].

В соответствии с указанными нормативными документами, основная цель обучения по программам высшего образования — в ординатуре по специальности «Психиатрия-наркология» — подготовка квалифицированного врача психиатра-нарколога, способного и готового к самостоятельной профессиональной деятельности в охране здоровья граждан путем обеспечения оказания высококвалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения на основе сформированных универсальных и профессиональных компетенций [6].

Врач психиатр-нарколог должен обладать двенадцатью профессиональными компетенциями, которые включают в себя следующие виды деятельности:

- профилактическую;
- диагностическую;
- лечебную;
- реабилитационную;
- организационно-управленческую.

Далее специалист входит в систему непрерывного медицинского образования в виде индивидуального 5-летнего цикла обучения по специальности «психиатрия-наркология», по окончании которого он допускается к повторной аккредитации. Информационная поддержка формирования и освоения индивидуального плана 5-летнего цикла будет осуществляться с помощью портала непрерывного медицинского и фармацевтического образования из личного кабинета специалиста. Компонентами индивидуального плана являются различные виды образовательной деятельности, включающие дополнительные профессиональные программы повышения квалификации непрерывного образования и образовательные мероприятия.

Требуют обсуждения вопросы соответствия медицинского образования в наркологии потребностям отечественного здравоохранения, общеевропейским требованиям Всемирной Организации Здравоохранения, а также международным стандартам. Крайне важно уделять внимание формам объективизации оценки профессиональной компетенции врачей психиатров-наркологов. Только комплексный подход к организации поставленных перед медицинским образованием задач с учетом современных тенденций позволит добиться решения вопросов эффективной подготовки врачей психиатров-наркологов и повышения качества их непрерывного образования.

Библиографический список

1. Брюн Е. А. и др. О результатах внутреннего контроля качества медицинской помощи в ГБУЗ «МНПЦ наркологии Департамента здравоохранения Москвы» // Наркология. 2017. Т. 16, № 7. С. 3–7.
2. Брюн Е. А., Кошкина Е. А. Организация наркологической помощи в России // Вопросы наркологии. 2017. № 8. С. 78–81.

3. Брюн Е. А., Савченко Л. М., Сборникова Е. А. Опыт реабилитационной работы в системе помощи лицам, злоупотребляющим психоактивными веществами // Российский медицинский журнал. 2013. № 4.
4. Постановление Совета Федерации Федерального Собрания Российской Федерации № 94-СФ от 02.03.2016.
5. Приказ Минздравсоцразвития России от 23.07.2010 № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел „Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения“».
6. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 25.08.2014 № 1063 «Об утверждении Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология (уровень подготовки кадров высшей квалификации)» (зарегистрировано в Министерстве юстиции Российской Федерации 23.10.2014, регистрационный № 34429).
7. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 08.10.2015 № 707н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки „Здравоохранение и медицинские науки“» (зарегистрировано в Министерстве юстиции Российской Федерации 23.10.2015, регистрационный № 39438).
8. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.12.2015 № 1034н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю „психиатрия-наркология“».
9. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 17.05.2016 № 301н «Об утверждении стандарта первичной специализированной медико-санитарной помощи при пагубном употреблении психоактивных веществ».
10. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 17.05.2016 № 302н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при синдроме зависимости, вызванном употреблением психоактивных веществ».
11. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 03.07.2016) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 03.10.2016) (Собрание законодательства РФ, 28.11.2011, № 48, ст. 6724).

ПРОФИЛАКТИКА ИГРОВОЙ И КОМПЬЮТЕРНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Бузик О. Ж., д. м. н., доцент,
ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии
Департамента здравоохранения города Москвы»,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

Игровая и компьютерная зависимость остается достаточно распространенным заболеванием в мире. Существует целый комплекс факторов риска формирования зависимости, которые необходимо учитывать при создании и проведении профилактических программ. Школа может наиболее эффективно оказывать позитивное влияние на личностное развитие подростка и быть основным субъектом профилактики зависимостей и патологического поведения. В Москве успешно реализуется программа «Первичная позитивная профилактика для детей дошкольного и школьного возраста».

Ключевые слова

Игровая зависимость, компьютерная зависимость, факторы риска, профилактика.

PREVENTING COMPUTER AND VIDEO GAME ADDICTION

Buzik O. Zh., MD, Associate Professor,
Moscow Research and Practical Center for Addictions, Moscow Department of Healthcare,
Moscow, Russian Federation

Abstract

Computer and video game addiction is a global issue. There are multiple risk factors of addiction development which clinicians and state authorities need to consider in prevention programs. Schools have a positive influence on the personality development of adolescents helping to prevent addictions and pathological behaviors. We have successfully implemented a program named “Primary Positive Prevention for Preschool and School Children” in Moscow.

Key words

Video game addiction, computer addiction, risk factors, prevention.

Виртуальная реальность захватывает все области жизни населения. Так, 60% британцев активно осуществляют покупки с помощью Интернет, для чего не требуется выходить из дома, а рост онлайн-продаж в 4 раза опережает продажи в обычной рознице [20]. Социальные сети и электронные приложения часто используются для поиска сексуальных партнеров и потенциальных супругов [10, 12]. Огромным спросом пользуются и компьютерные игры, причем 41% пользователей компьютерных игр сообщают, что основным мотивом игры является уход от реального мира в виртуальный [15].

На сегодняшний день в зоне риска игровой и компьютерной зависимости (ИКЗ) в России находятся около 20 миллионов человек. Число патологических игроков во взрослой популяции варьируется от 0,4 до 3,4%, а в некоторых регионах достигает и 7% [4]. Среди подростков и юношей количество игроков часто превышает среднее число взрослых патологических игроков почти в 2 раза и достигает 2,8...8%. В Европе и США 1,5...8,2% населения имеют ИКЗ [11]. От компьютерных игр зависимы 4,4% европейских подростков [14].

Негативные проявления ИКЗ происходят в разных сферах жизнедеятельности [21]. Особую тревогу вызывает тот факт, что ИКЗ наиболее часто проявляется в юном возрасте, что затрудняет социализацию подростков и юношей, препятствует способности делать карьеру, создать семью [17]. У школьников снижается академическая успеваемость, изменяется круг интересов, оскудевает эмоциональная сфера, появляются эпизоды агрессивного поведения, нарастает социальная изоляция, возникают трудности в межличностных контактах с тенденцией к аутизации. Проживая часть жизни в виртуальном мире, подросток снижает естественную потребность в личностном росте в реальной жизни.

Этот социальный феномен характерен и для России. По данным сплошных, не выборочных исследований, проведенных в ряде московских школ, критериям интернет-зависимости соответствовало 69% обследованных подростков. В течение последних 2–3 лет происходит стремительный рост числа лиц, увлеченных Интернетом.

В основе механизма формирования ИКЗ лежит потребность человека в «уходе» от повседневных проблем за счет «погружения» в виртуальную реальность. Уходя в мир игры, подросток живет в своем мире «иллюзий», где достигает хороших успехов и реализует многие потребности: принадлежность к определенной социальной группе, общение, проявление доминирующих качеств и др.

Другое опасное явление — идентификация с персонажем из игр. Происходит «вживание» в образ и принятие роли. С последующими играми нарастает разлад между «реальным» и «виртуальным» миром. Игра превращается в средство компенсации жизненных проблем, личность начинает реализовываться в «виртуальном мире», что снижает мотивацию к реализации своих потребностей в настоящей жизни.

Многие молодые люди характеризуются эмоциональной нестабильностью с плохой переносимостью скуки, ощущением тревоги, сниженным фоном настроения. Эта категория людей плохо переносит «неструктурированное время» и потенциально предрасположена к формированию зависимости от компьютерных игр.

Для пациентов с ИКЗ типично «движение в сторону» от реальной жизни. Игра воображения нивелирует целенаправленную активность и продуктивную деятельность. Запросы среды, необходимость преодоления трудностей и реализации социальных контактов вызывают раздражение, злость, дисфорию.

Ц. П. Короленко [2] выделял гемблинг в одном ряду с другими видами нехимических аддикций: аддикцией избегания, сексуальной и любовной аддикциями, работоголизмом и пр. Главным качественным составляющим аддиктивного агента является виртуальный мир, где можно осуществлять свои скрытые желания, владеть ситуацией, преодолевать трудности, чувствовать себя героем/героиней, ощущать различные эмоции [2, 3]. По мере развития зависимости виртуальный мир постепенно становится все более соблазнительным, а реальный — неинтересным, невеселым и враждебным.

Приверженцы психоаналитической концепции выделяют следующие причины генеза игровой зависимости: низкая дифференцированность самосознания, незавершенность процессов идентификации «Я»; фантазии всемогущества, возложение ответственности на фортуны; дефицит адекватной интернализации родительских фигур; психологическая защита от внутренних конфликтов, уход от реальности, аутоагрессия [18]. Выигрыш желателен как символическое одобрение инцестуозных влечений, однако проигрыш также желателен, поскольку он обеспечивает наказание за запрещенные инцестуозные действия и таким образом устраняет чувство вины [7]. Выигрыши вызывают нестерпимое чувство вины, а проигрыши доказывают недостаточное всемогущество, игрок попадает в порочный круг.

При формировании профилактических программ и их проведении необходимо учитывать целый комплекс факторов риска формирования ИКЗ [1, 8, 13].

1. *Генетические*: наследственная предрасположенность проявляется в нарушении нейрохимии головного мозга; депрессивных расстройствах; расстройствах личности; конституциональных особенностях. Реализация предрасположенности в значительной степени зависит от средовых условий.

2. *Врожденные факторы*: патология беременности и родов.

3. *Нарушения комплекса «мать—дети» в младенчестве*: отсутствие телесного и эмоционального контакта; сенсорная депривация; обездвиженность; недостаток речевого контакта; несоблюдение режима и пр.

4. *Факторы риска в возрасте 2–6 лет*: избыточная двигательная активность в сочетании с дефицитом внимания (СДВГ); повышение внутричерепного давления; дефицит культурно-мифологического вос-

питания; неконтролируемый просмотр телевизионных программ и видеофильмов; раннее приобщение к компьютерным и виртуальным играм; неконтролируемое поведение родителей и пр.

5. *Дезадаптивный психологический климат в семье*: издержки воспитания в виде гипер- или гипоопеки; дисфункциональная семья; ранняя смерть родителя, развод, разлука с родителем(-ями) более 12 месяцев, эмоциональная депривация, сосредоточенность семьи на финансовых символах и др.

6. *Факторы риска в детских коллективах*: оторванность от привычной семейной среды; агрессивные формы поведения детей и воспитателей; незанятость в течение дня; обездвиженность на уроках в начальной школе; проблемы социализации в референтной группе и пр.

7. *Факторы риска подросткового возраста*: раннее и быстрое половое созревание; личностные расстройства, депрессии; неудачи в дружбе и любви, дружеская или любовная зависимость от потребителя ПАВ или азартного игрока; рассогласование уровня притязаний и реализации своих желаний; маргинальные молодежные субкультуры; отсутствие эмоционального контакта с родителями и пр.

8. *Факторы информационной среды*: легкий доступ к сети Интернет, обилие противоречивой и негативной информации и др.

Поиск новых ощущений и склонность к рискованным формам поведения — нормативное проявление развития нервной системы подростков [1]. Подростковый возраст является периодом, когда большинство молодых людей начинают пробовать или даже регулярно употреблять ПАВ, проявляют повышенный интерес к азартным и компьютерным играм. Именно в этот период происходят значительные морфологические изменения префронтальной и височной коры — мозговых структур, дисфункция которых лежит в основе большинства нейропсихиатрических расстройств [1].

Существуют разные мотивы приобщения к азартным и компьютерным играм: быстрый заработок; развлечение; способ ухода от проблем; получение удовольствия и пр. На этапе заболевания значимость этих мотивов нивелируется и возникает лишь стремление к снятию состояния психического и физического дискомфорта, вызванного вынужденным воздержанием от игры.

Общая концепция профилактики зависимостей обозначена как стратегическое направление Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), сконцентрированное на снижении факторов риска формирования болезни и на усилении личностных факторов защиты, понижающих восприимчивость к ней. Личностное противостояние формированию зависимости более оптимистично, но требует значительных усилий

со стороны общества, государства и семьи по созданию надежных интрапсихических механизмов защиты. Вложение средств в предотвращение формирования зависимости экономически эффективнее по сравнению с устранением его последствий.

На первый план в профилактике ИКЗ выходит школа как субъект позитивного воздействия на формирующуюся личность подростка. Благодаря политике ВОЗ, во многих странах в школьный курс включаются программы, способствующие профилактике наркологических и поведенческих аддикций и ориентированные на развитие личности и необходимых жизненных навыков.

Одной из самых распространенных и эффективных считается программа обучения жизненным навыкам ("Life Skills Education") [9, 16, 19] (реализуется в 30 странах). Формирование жизненных навыков предполагает обучение детей в их взаимодействии между собой и обучающими взрослыми для приобретения знаний, навыков и формирования поведения, которое позволит ответственно относиться к собственной жизни, принимать «здоровые» жизненные решения, обладать высокой устойчивостью к негативным формам давления, минимизировать вредное поведение [5, 6].

В Москве на протяжении последних 10 лет успешно реализуется программа «Первичная позитивная профилактика для детей дошкольного и школьного возраста». Программа получила высокую оценку специалистов системы образования, была рекомендована к реализации во всех образовательных организациях города Москвы.

В основе программы лежит представление о многофакторности этиологии болезней зависимости, согласно которой существует множество внешних и внутренних факторов, влияющих на мотивацию приобщения к ПАВ, азартным и компьютерным играм и на развитие зависимости. В связи с этим программа преследует двойную цель: 1) формирование адекватного самовосприятия, самосознания, обучение эффективному взаимодействию с окружающими людьми; 2) непосредственное предупреждение вредных привычек и развития болезней зависимости.

Программа первичной позитивной профилактики содержит описание структуры занятий, методические рекомендации по проведению занятий с целевыми группами в образовательном учреждении. Занятия по программе отличаются от обычного урока не только по темам, но и по форме, и включают различные виды деятельности (ролевые игры, «мозговой штурм», упражнения, лекции, дискуссии, круглые столы, малые группы и пр.), которые чередуются для стимулирования интереса учащихся. Вести занятия по этой программе могут получившие специальную подготовку учителя, психологи, сотрудники органов внутренних дел, врачи.

Библиографический список

1. Брюн Е. А. Модернизация наркологии: профилактика наркологических заболеваний; лечение и реабилитация больных наркологического профиля. Доклад на съезде наркологов Московской области. 29 апреля 2014 г. М., 2014.
2. Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В. Психосоциальная аддиктология. Новосибирск: Издательство «Олсиб», 2001. 251 с.

3. Короленко Ц. П., Лоскутова В. А. Интернет-зависимость в русскоязычном секторе интернета // Бюллетень СО РАМН. 2004. № 3 (113). С. 45–51.
4. Скокаускас Н., Саткявичюте Р., Бурба Б. Некоторые аспекты патологического влечения к азартным играм // Психиатрия. 2004. № 3 (9). С. 59–65.
5. Спрэнгер Б. Е. Ключевые принципы построения профилактических программ для подростков // Вопросы наркологии. 1993. № 3. С. 48–53.
6. Спрэнгер Б. Е. Анализ состояния обучающих программ «Формирование жизненных навыков» в мире // Вопросы наркологии. 1994. № 1. С. 82–85.
7. Старшенбаум Г. В. Суицидология и кризисная психотерапия. М.: Когито-Центр, 2005. 376 с.
8. Buth S., Wurst F. M., Thon N., Lahusen H., Kalke J. Comparative analysis of potential risk factors for at-risk gambling, problem gambling and gambling disorder among current gamblers—results of the Austrian Representative Survey 2015 // Front. Psychol. 2017. No. 8. P. 2188. DOI: 10.3389/fpsyg.2017.02188.
9. Bühler A., Schröder E., Silbereisen R. K. The role of life skills promotion in substance abuse prevention: a mediation analysis // Health Educ. Res. 2008. No. 23 (4). P. 621–632.
10. Cacioppo J. T., Cacioppo S., Gonzaga G. C., Ogburn E. L., Vander Weele T. J. Marital satisfaction and break-ups differ across on-line and off-line meeting venues // Proc. Natl. Acad. Sci. USA. 2013. No. 110 (25). P. 10135–10140.
11. Cash H., Rae C. D., Steel A. H., Winkler A. Internet addiction: a brief summary of research and practice // Curr. Psychiatry Rev. 2012. No. 8 (4). P. 292–298.
12. Choi E. P.-H., Wong J. Y.-H., Lo H. H.-M. et al. The impacts of using smartphone dating applications on sexual risk behaviors in college students in Hong Kong. PLoS ONE. 2016. No. 11 (11). P. e0165394. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0165394>.
13. Dowling N. A., Merkouris S. S., Greenwood C. J. et al. Early risk and protective factors for problem gambling: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies // Clin Psychol Rev. 2017. No. 51. P. 109–124.
14. Durkee T., Kaess M., Carli V. et al. Prevalence of pathological internet use among adolescents in Europe: demographic and social factors // Addiction. 2012. No. 107 (12). P. 2210–2222.
15. Hussain Z., Griffiths M. D. Excessive use of massively multi-player online role-playing games: a pilot study // International Journal of Mental Health and Addiction. 2009. No. 7. P. 563–557.
16. Kingsnorth S., Healy H., Macarthur C. Preparing for adulthood: a systematic review of life skill programs for youth with physical disabilities // J. Adolesc. Health. 2007. No. 41 (4). P. 323–332.
17. Kuss D. J., Griffiths M. D., Karila L., Billieux J. Internet addiction: a systematic review of epidemiological research for the last decade // Curr. Pharm. Des. 2014. No. 20 (25). P. 4026–4052.
18. Rosenthal R. J. Psychodynamic psychotherapy and the treatment of pathological gambling // Rev Bras Psiquiatr. 2008. No. 30, suppl. 1. P. S41–S50.
19. Srikala B., Kishore K. K. Empowering adolescents with life skills education in schools—School mental health program: Does it work? // Indian J. Psychiatry. 2010. No. 52 (4). P. 344–349.
20. Rose S., Dhandayudham A. Towards an understanding of Internet-based problem shopping behavior: The concept of online shopping addiction and its proposed predictors // J. Behav. Addict. 2014. No. 3 (2). P. 83–99.
21. Wallace P. Internet addiction disorder and youth // EMBO Rep. 2014. No. 15 (1). P. 12–16.

ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ В ЯРОСЛАВСКОЙ ОБЛАСТИ ОБУЧАЮЩИХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ БОЛЕЗНЕЙ ЗАВИСИМОСТИ

Волков А. В., главный внештатный специалист психиатр-нарколог,
Департамент здравоохранения и фармации Ярославской области,
главный врач ГБУЗ Ярославской области «Ярославская областная клиническая
наркологическая больница»,
Ярославль, Российская Федерация

Аннотация

Продемонстрирован опыт превентивной работы наркологической службы Ярославской области с использованием обучающих профилактических программ по предупреждению болезней зависимости. Представлены разработанные и внедренные в практику инновационные программы психосоциальной работы с дифференцированными группами населения. Рассмотрены профилактические вмешательства в соответствии со степенью риска развития аддиктивного поведения в различных целевых аудиториях (несовершеннолетние и родители).

Ключевые слова

Профилактические вмешательства, обучающие программы, дифференцированные группы, вариативно-субъектный подход, антиаддиктивные навыки.

A CASE STUDY OF ADDICTION PREVENTION PROGRAMS IN YAROSLAVL REGION

Volkov A. V., Chief Non-Staff Addiction Psychiatrist,
Department of Healthcare and Pharmacy of the Yaroslavl Region,
Chief of Medicine of Yaroslavl Region Clinical Narcological Hospital,
Yaroslavl Region Clinical Narcological Hospital,
Yaroslavl, Russian Federation

Abstract

This paper describes prevention work of the narcological service in the Yaroslavl region. Prevention training programs include innovative psychosocial work and psychological rehabilitation for different population groups. Preventive interventions according to addiction risk are considered.

Key words

Preventive intervention, training programs, population groups, variative-subjective approach, addiction coping skills.

В настоящее время профилактика болезней зависимости — это организованная полипрофессиональная деятельность, использующая ресурсы и средства (технологии, методы, методики) различных наук и практик, прежде всего таких, как медицина, психология, педагогика, социология и право. Минимизацию поведенческого риска посредством усиления проективных факторов, а также формирование жизненных антиаддиктивных навыков обеспечивает превенция наркологических заболеваний на популяционном, групповом и индивидуальном уровнях [2].

Становление ценностей здорового образа жизни у несовершеннолетних является значимым в комплексе мер по охране физического и психического здоровья подрастающего поколения. На наш взгляд, основой результативности профилактики болезней зависимости является реализация идеи комплексности и принципа адресности: превентивные вмешательства должны применяться на основе изучения имеющихся проблем и трудностей той категории населения, в отношении которой они осуществляются [2, 5–7].

В этой связи специалистами Ярославской наркологической больницы разработан и внедрен в практику ряд инновационных профилактических программ по предупреждению аддиктивного поведения, адаптированных для определенных целевых аудиторий:

1) программа «Возьмемся за руки, друзья, чтоб не пропасть поодиночке». Данная программа апробирована в профессиональных образовательных организациях и заключается в совместном проведении занятий сотрудниками наркологической больницы и священнослужителями в целях осознания обучающимися важности бережного отношения к своему здоровью и развития духовно-нравственных основ личности;

2) программа «Между нами, девочками». На основе мониторинга протоколов административных правонарушений несовершеннолетних возникла необходимость разработки специальной программы для девушек, имеющих опыт употребления психоактивных веществ (ПАВ), направленной на выработку психологического иммунитета к потреблению ПАВ и формированию личной ответственности девушки как за свое

поведение, так и за здоровье будущих детей. В дальнейшем гендерный подход стал активно применяться и в рамках первичной профилактики;

3) здоровьесберегающая программа «В поисках эликсира здоровья». Реализуется в летнем оздоровительном лагере, позволяет осуществить принцип непрерывности профилактической деятельности в целях укрепления у детей устойчивой позиции отказа от употребления ПАВ и мотивации к ведению здорового образа жизни;

4) программа «Не заслоняй себе солнце». Программа внедрена в практику и направлена на развитие психосоциальной компетентности подростков — воспитанников детских домов и интернатов, и коррекции их поведения с учетом особенностей данного контингента (неблагоприятный социальный и биологический анамнез по формированию аддикций);

5) комплексная программа «День нарколога». Реализуется на регулярной основе в образовательных организациях для несовершеннолетних, склонных к аддиктивному поведению, и включает в себя превентивные групповые занятия, а также индивидуальные консультации обучающихся с целью предотвращения перехода подростками от этапа экспериментирования к злоупотреблению ПАВ;

6) тренинговый курс подготовки волонтеров из числа обучающихся образовательных организаций «Я в команде здоровья». Проект реализуется в соответствии с принципом «равный — равному» и направлен на формирование навыков ведения работы по пропаганде здорового образа жизни среди сверстников, развитие лидерского потенциала и социальных инициатив молодежи;

7) конкурс агитбригад «Ярославию — здоровое завтра!». Проводится с участием несовершеннолетних возраста 12+ с целью активизации и развития личностных ресурсов обучающихся по формированию установок на ведение здорового образа жизни. По итогам конкурса команды-победители стали участниками волонтерского «Агитпоезда» и выступали в образовательных организациях перед сверстниками;

Таблица 1. Содержание занятий женских групп

№ п/п	Тема занятия	Цели занятия
1	«Для тебя и о тебе»	Сформировать умение идентифицировать свои социальные роли, отработать навыки самопознания и умения оценивать сильные и слабые стороны своей личности, содействовать формированию адекватной самооценки и развитию положительной Я-концепции
2	«Жизненные ценности»	Способствовать сознательному осмыслению пройденного жизненного пути, диалектическому анализу прошлого, настоящего и будущего, помочь в осмыслении собственных ценностей и ранжировании их по значимости
3	«Я и мое здоровье»	Способствовать осознанию ценности и культуры здорового образа жизни, разъяснить причинно-следственную связь здоровья и собственного поведения
4	«Учимся общаться конструктивно»	Содействовать восстановлению коммуникативных навыков, обучить основам эффективного общения и продуктивного взаимодействия, техникам отказа в провоцирующих ситуациях
5	«Страхи, которые мешают нам жить»	Осознать причины возникновения своих страхов и освоить способы их преодоления
6	«Я справлюсь»	Отработать навыки оптимального поведения в стрессовых ситуациях, навыки самоконтроля, навыки саморегуляции и поиск внутренних ресурсов в провоцирующих ситуациях
7	«Я – мама»	Содействовать восстановлению гармоничных детско-родительских отношений и навыков ответственного родительства
8	«Счастье моей семьи»	Способствовать восстановлению нравственно-этических норм и традиций семьи, навыков ведения домашнего хозяйства
9	«Хочешь быть счастливой – будь ей!»	Закрепить позитивный образ будущего, содействовать в поиске внешних и внутренних ресурсов с целью возвращения к социально полезной деятельности

Таблица 2. Содержание занятий

№ п/п	Тема занятия	Цели занятия
1	«Технология организации и проведения тренинга как формы активного обучения»	Актуализировать знания специалистов субъектов профилактики по интерактивным методам психопрофилактической работы и организации тренинга
2	«Технология организации и проведения тренинга развития личностных ресурсов»	Обучить специалистов субъектов профилактики психолого-педагогическим технологиям, направленным на развитие личностных ресурсов и эффективных поведенческих стратегий подростков
3	«Технология организации и проведения коммуникативного тренинга»	Обучить специалистов субъектов профилактики психолого-педагогическим технологиям по формированию навыков конструктивного общения и взаимодействия
4	«Технология организации и проведения проблемно-ориентированного тренинга»	Обучить специалистов субъектов профилактики психолого-педагогическим технологиям по формированию у подростков навыков управления стрессом, оценки проблемной ситуации и принятия решения
5	«Технология организации и проведения тренинга отказа»	Обучить специалистов субъектов профилактики психолого-педагогическим технологиям по формированию у подростков навыков отказа в провокационных ситуациях и умения противостоять групповому давлению
6	«Технология организации и проведения тренинга ассертивности»	Обучить специалистов субъектов профилактики психолого-педагогическим технологиям по формированию у подростков навыков уверенного поведения, разрешения конфликтных ситуаций, адекватного реагирования на критику, ответственности за свой выбор

8) интерактивные мероприятия по пропаганде здорового образа жизни и профилактике употребления ПАВ проводятся специалистами наркологической службы ежегодно на базе городских летних трудовых лагерей «Профи» для несовершеннолетних группы риска и детей из семей, находящихся в социально опасном положении;

9) проект областного лагеря «Викинги» для подростков, имевших опыт употребления ПАВ. Реализуется с 1997 г. совместно с управлением по делам моло-

дежи мэрии г. Ярославля и территориальных комиссий по делам несовершеннолетних и защите их прав при Правительстве ЯО (далее ТКДНиЗП).

Профилактические вмешательства ежегодно совершенствуются и адаптируются к тем изменениям и тенденциям употребления ПАВ, которые наиболее остро проявляются в молодежной среде. В настоящее время работа в лагере направлена на профилактику употребления подростками одурманивающих веществ, алкогольных и спиртосодержащих напитков, психоте-

рапевтическую поддерживающую и противорецидивную терапию агрессивного поведения. В лагере проводится медикаментозная и индивидуальная и групповая психокоррекционная работа, а также спортивно-культурные, развивающие и трудовые реабилитационные мероприятия. В среднем более чем у 80% участников лагеря наблюдается устойчивая установка на отказ от употребления ПАВ, по возвращению домой более 63% участников не совершают правонарушений, более 55% участников лагеря снято с профилактического учета в связи с исправлением, в отношении остальных проводится дальнейшая индивидуальная профилактическая работа и сопровождение органами системы профилактики.

Программа лагеря включена в каталог лучших социальных практик Российской Федерации в области охраны здоровья населения и окружающей среды.

При формировании рефлексивной позиции обучающихся как осознанной устойчивой системы их отношения к проблеме употребления ПАВ специалисты наркологической больницы активно используют вариативно-субъектный подход к профилактическому процессу [2, 5–8]:

1) сочетание вариативных составляющих профилактики: основные тенденции, преобладающие в детско-подростковой среде, учет половых и возрастных особенностей детей, уровень их психического и физического развития, социальное окружение и степень вовлеченности в наркогенную ситуацию;

2) персонификация превентивной работы: профилактические вмешательства ориентированы на конкретную личность ребенка с ее потребностями, интересами, ценностными ориентациями, мотивацией и т. д.;

3) использование интерактивных методов, при которых обучающиеся становятся активными участниками профилактического процесса (тренинги, викторины, кинолектории, аудиовизуальная стимуляция);

4) предоставление альтернативы как функционального эквивалента употреблению ПАВ через профилактические мероприятия (творческие конкурсы, акции, проекты, волонтерство), позволяющие реализовать возрастные мотивы и потребности молодежи в общении, самоутверждении, самоактуализации, самореализации, самовыражении.

Традиционно главным институтом воспитания и социализации личности является семья [1, 3, 7, 8]. Однако сегодня в условиях социальной нестабильности наблюдается снижение значимости семейных ценностей и воспитательного потенциала семьи. В этой связи специалисты наркологической службы уделяют большое внимание вовлечению родителей в профилактический процесс. Семейная профилактика употребления ПАВ осуществляется по следующим краткосрочным образовательным программам:

1) программа ответственного родительства (формирование семейных установок на здоровый образ жизни, повышение правовой грамотности);

2) программа эффективного родительства (повышение педагогической и психологической грамотности);

3) программа формирования наркологической настороженности и положительного отношения к профилактическим медицинским осмотрам обучающихся в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ.

Среди социально-психологических факторов, провоцирующих аддиктивное поведение подростков, наиболее негативным является злоупотребление ПАВ в семье. Особую тревогу вызывает алкоголизация и наркотизация матерей, так как это напрямую подрывает основы физического и духовного развития детей [2, 4]. Осознавая важность данной проблемы, специалисты наркологической больницы внедрили в практику тренинговый курс, направленный на восстановление утраченных социальных навыков, гармонизацию семейных и детско-родительских отношений [1, 8–10]. Первоначально программа была рассчитана на пациенток женского стационара, в дальнейшем она стала востребована субъектами профилактики для сопровождения семей, находящихся в социально опасном положении или нуждающихся в государственной поддержке.

Практика показывает, что необходимым условием действенной профилактики болезней зависимости является регулярная консультативная поддержка специалистов субъектов профилактики [2, 5–8]. В целях создания в регионе единого информационно-методического поля по вопросам предупреждения употребления ПАВ для участников профилактического процесса сотрудники наркологической больницы регулярно проводят обучающие семинары, навыки тренинги и мастер-классы. Так, в Ярославской области успешно реализован базовый интерактивный модуль обучения психолого-педагогическим технологиям ведения профилактической работы в подростковой среде, состоящий из шести блоков.

В современных условиях определился новый вектор взаимодействия и развития партнерских отношений в сфере расширения профилактического пространства с использованием информационных технологий, таких как видеоконференции и вебинары по мультидисциплинарным проблемам зависимостей.

Представленные инновационные профилактические программы по предупреждению болезней зависимости показали свою эффективность в Ярославском регионе и широко используются в качестве рабочего инструмента в повседневной практике специалистов субъектов профилактики.

Библиографический список

1. *Битти М.* Алкоголик в семье, или Преодоление созависимости / пер. с англ. М.: Физкультура и спорт, 1997. 331 с.
2. *Брюн Е. А., Клименко Т. В., Кошкина Е. А., Аршинова В. В., Валькова У. В., Сирота Н. А., Ялтонская А. В., Агibalова Т. В., Кибитов А. О., Москаленко В. Д., Деменко Е. Г., Есакова А. П., Копоров С. Г., Сафонцева С. В.,*

- Волков А. В.* Медицинская профилактика наркологических заболеваний: клинические рекомендации. М.: Нью Терра, 2015. 154 с.
3. Здоровье нации — основа процветания России: материалы X Всероссийского форума (Москва, 28–30 апреля 2016 г.). М.: Лига здоровья нации, 2016. 489 с.
 4. *Иванец Н. Н., Анохина И. П., Винникова М. А.* Наркология: национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. 720 с.
 5. Методические рекомендации для специалистов органов и учреждений системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних Ярославской области по вопросам профилактики аддиктивного поведения несовершеннолетних и раннего выявления несовершеннолетних, употребляющих психоактивные вещества. Ярославль, 2014. 24 с.
 6. Ресурсная модель профилактики злоупотребления психоактивными веществами в образовательном учреждении. 3 модуль: методические материалы в помощь педагогам / под науч. ред. Н. В. Афанасьевой. Вологда, 2011. 220 с.
 7. *Трушов В. П.* Наркология, педагогика и школьная психология. Липецк, 2014. 232 с.
 8. *Фолькович Т. А., Шостаковская Н. А., Крапивина В. Ф.* Антинаркотическая профилактическая работа с подростками и их семьями. Воронеж, 2006. 195 с.
 9. *Lowinson J. H., Ruiz P., Millman R. B., Langrod J. G.* Substance Abuse: A Comprehensive Textbook. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005. 1421 p.
 10. *Miller W. R., Rollnick S.* Motivational Interviewing: Preparing People for Change, 2nd ed. New-York: Guilford Press, 2002. 419 p.

МОНИТОРИНГ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ В СИСТЕМЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ВРАЧЕЙ ПСИХИАТРОВ-НАРКОЛОГОВ

Кошкина Е. А., д. м. н., профессор,
ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии
Департамента здравоохранения города Москвы»,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

Улучшение качества системы непрерывного образования врачей психиатров-наркологов позволит усовершенствовать оказание квалифицированной медицинской помощи пациентам с наркологическими заболеваниями. Мониторинг наркологической ситуации позволяет выявить тенденции и прогнозировать развитие наркологической ситуации. В основе выработки предложений по улучшению качества оказания наркологической помощи должны использоваться результаты мониторинга. С учетом выявленных изменений в тенденциях распространенности наркологических заболеваний должны разрабатываться инновационные программы профилактики, лечения и реабилитации. Оценка наркологической ситуации в России осуществляется в основном по статистическим данным различных государственных ведомств. Представлены данные о распространенности алкоголизма и наркомании в России и Европейском регионе.

Ключевые слова

Непрерывное образование, психиатр-нарколог, мониторинг, наркологическая ситуация, общая заболеваемость, алкоголизм, наркомания.

DRUG SITUATION MONITORING IN TRAINING OF ADDICTION SPECIALISTS

Koshkina E. A., MD, Professor,
Moscow Research and Practical Center for Addictions, Moscow Department of Healthcare,
Moscow, Russian Federation

Abstract

Improving the quality of continuous education for addiction specialists promotes quality medical care for patients with narcological diseases. Monitoring drug situation allows us to follow and predict its development. Spread of the diseases should prompt the development of innovative prevention, treatment and rehabilitation programs. Evaluation of drug abuse rates in Russia is carried out based on the statistical data provided by the state authorities. The data on the spread of alcoholism and drug addictions in Russia and Europe are presented.

Key words

Continuous education, addiction doctors, monitoring, drug situation, general morbidity, alcoholism, drug addiction.

Мониторинг употребления психоактивных веществ позволяет оценить наркологическую ситуацию и выработать рекомендации по сокращению негативных последствий их употребления. Мониторинг обеспечивает основу для пропаганды, разработки политики и глобальных действий [7].

Совершенствование оказания квалифицированной медицинской помощи пациентам с наркологическими заболеваниями требует улучшения качества системы непрерывного образования врачей психиатров-наркологов. Специалисты, работающие в системе наркологической помощи населению в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология», должны владеть профессиональными компетенциями по профилактике, диагностике, лечению и реабилитации. Методику оценки наркологической ситуации целесообразно внедрять в образовательный процесс на всех уровнях образования врача психиатра-нарколога.

В России для оценки наркологической ситуации традиционно на основе правовых актов используются данные официальной статистической информации, аналитические документы, представляемые федеральными органами исполнительной власти и их территориальными органами в виде статистических форм, утвержденных Росстатом.

Для более точного понимания масштабов проблемы и тенденций в области употребления психоактивных веществ необходимо осуществлять регулярный мониторинг, включающий в себя помимо анализа статистических данных:

- 1) проведение популяционных исследований среди всего населения, включая молодежь;
- 2) расчет коэффициентов, определяющих долю скрытого контингента потребителей;
- 3) проведение качественных исследований, позволяющих своевременно выявить формирующиеся модели употребления [7].

Вышеуказанные эпидемиологические качественные и количественные исследования эпизодически проводятся в разные годы в отдельных регионах страны. Методики их проведения неоднозначны, а результаты трудно сопоставимы.

Высокая распространенность алкоголизма в России оказывает существенное влияние на социальный и демографические процессы. Главным показателем алкогольной ситуации является общее количество алкоголя, потребляемого населением страны. Обычно количество потребляемого алкоголя выражают количеством этилового спирта, содержащегося во всех выпитых напитках, в пересчете на одного человека в год. В России в последние годы потребление спиртных напитков имеет тенденцию к снижению. По данным Минздрава России, за последнее десятилетие (2007–2016) употребление спиртных напитков на душу населения снизилось с 18 до 10,1 л. Важным результатом снижения потребления алкоголя на душу

населения является увеличение средней продолжительности жизни. За последнее десятилетие ожидаемая продолжительность жизни увеличилась более чем на 5 лет и продолжает расти. За 2016 г., по оценкам Росстата, ожидаемая продолжительность жизни составила 71,9 лет [4]. По данным медицинской статистики, в России с 2005 г. отмечаются тенденции снижения общей заболеваемости алкоголизмом и употребления алкоголя с вредными последствиями.

Краткосрочный прогноз свидетельствует, что тенденция снижения этих показателей сохранится в ближайшие пять лет (рис. 1).

В России доля потребления крепкого алкоголя среди всех потребляемых алкогольных напитков чрезвычайно высока. В структуре потребляемых алкогольных напитков преобладает в основном водка, что негативно влияет на соматическое здоровье населения. Тем не менее следует отметить, что в 2017 г. объем розничной продажи водки сократился за год на 16,6% [8].

По оценкам Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), на уровне общества самым пьющим регионом в мире является Европейский Союз, где более одной пятой населения в возрасте старше 15 лет сообщает об эпизодическом употреблении алкоголя в больших количествах (пять или более стандартных порций, или 60 г спирта за один раз) как минимум раз в неделю. Эпизодическое употребление алкоголя в больших количествах широко распространено среди всех возрастов и во всей Европе [9].

Суммарное подушевое потребление алкоголя в стране тесно связано с распространенностью вреда, обусловленного алкоголем, и распространенностью болезней зависимости. Спиртные напитки в европейском регионе употребляют многие женщины, и это существенно отягощает бремя болезней и смертности. По мере роста гендерного равенства и смещения гендерных ролей постепенно возросло потребление алкоголя среди женщин [3].

Динамика общей заболеваемости наркоманией на 100 тыс. населения в России с 2005 по 2016 г. при стабильно высоком уровне демонстрирует тенденцию к снижению начиная с 2009 г. (с 250,6 в 2009 г. до 199,5 в 2016 г.). При этом краткосрочный прогноз рассчитанный на 5 лет свидетельствует о некотором ожидаемом росте заболеваемости наркоманией в стране (рис. 2).

В структуре общей заболеваемости наркоманией в России в динамике с 1999 по 2016 г. произошли значительные изменения. Снижился процент больных потребителей опиоидов с 86,0 до 69,6%; в 1,5 раза увеличилась доля потребителей каннабиноидов, почти в 2 раза — психостимуляторов и в 3 раза — других наркотиков и их сочетаний. Среди больных наркоманией показатель инъекционных потребителей наркотиков с 2005 г. имел тенденцию к росту, и максимальный уровень показателя 275,5 на 100 тыс. населения отмечал-

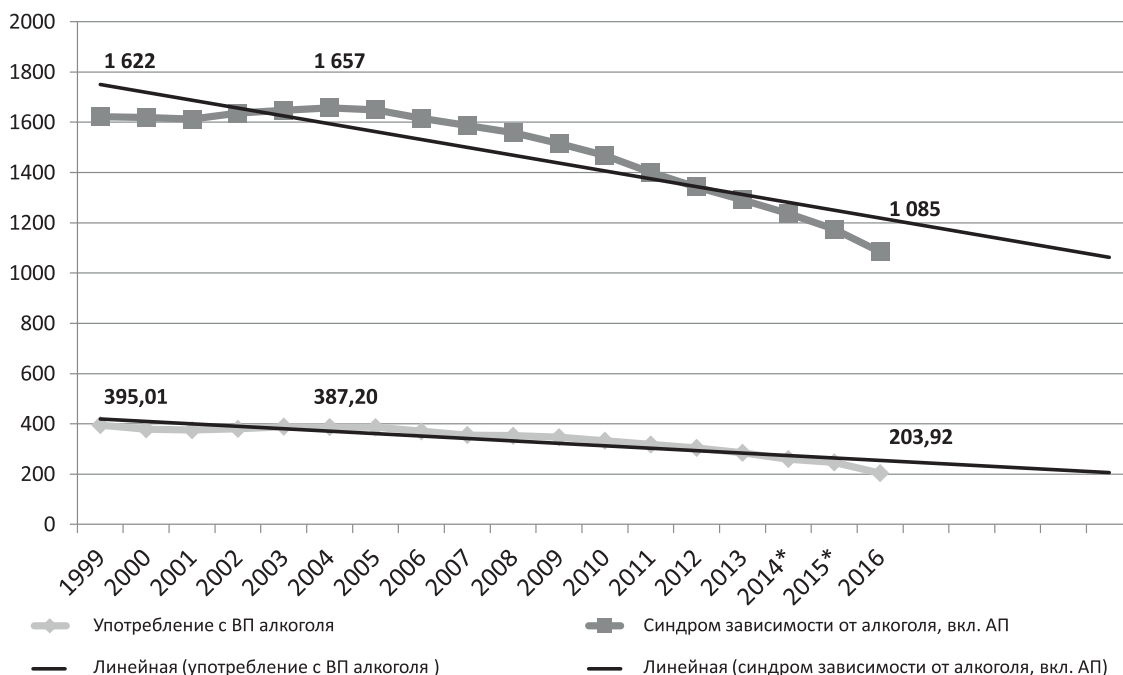


Рис. 1. Тенденции и прогноз на 5 лет общей заболеваемости алкоголизмом и употребление с вредными последствиями в России (на 100 тыс. населения)

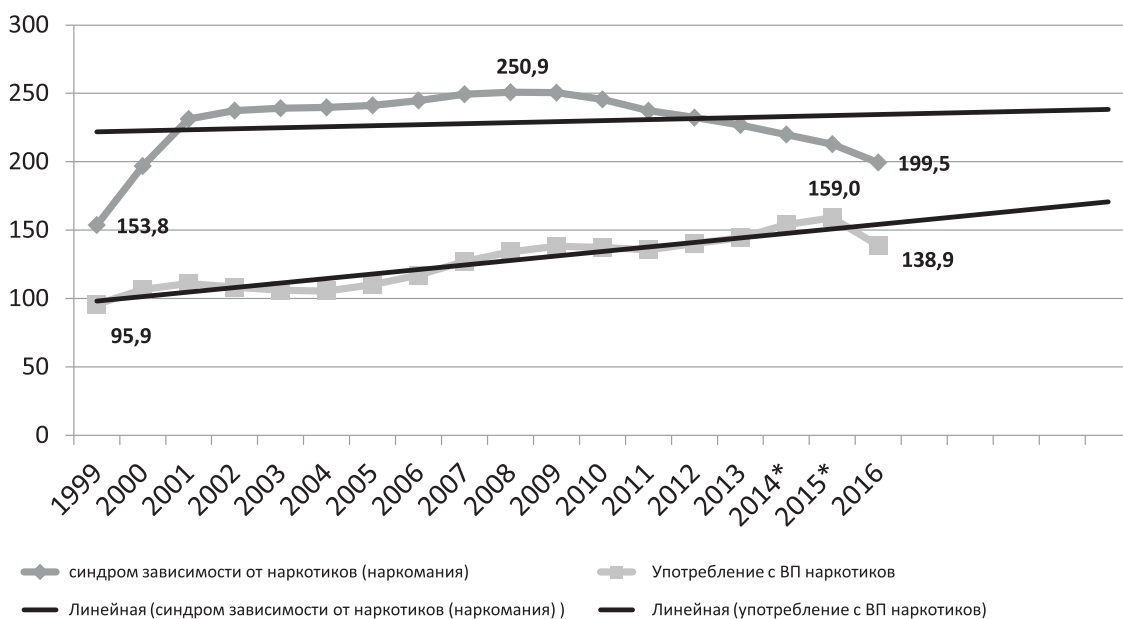


Рис. 2. Тенденции и прогноз на 5 лет общей заболеваемости наркоманией и употребление с вредными последствиями в России (на 100 тыс. населения)

ся в 2010 г. В 2016 г. этот показатель составил 179,4, т. е. снизился на 35%.

Несмотря на снижение потребления наркотиков инъекционным путем доля ВИЧ-инфицированных среди потребителей инъекционных наркотиков продолжает увеличиваться, и если в 2005 г. их было 9,3%, то в 2016 стало 24,3% (т. е. каждый четвертый потребитель инъекционных наркотиков ВИЧ-инфицирован).

На протяжении всей жизни наиболее популярным наркотиком в Европейских странах является каннабис — его употребляют 51,5 млн мужчин и 32,4 млн

женщин. Второе ранговое место занимает кокаин, который потребляют 11,9 млн мужчин и 5,3 млн женщин. MDMA занимает третье место в структуре потребляемых наркотиков, его потребляют 9,1 млн мужчин и 3,9 млн женщин. Четвертое место отводится амфетаминам, которые употребляют 8,3 млн мужчин и 3,8 млн женщин. Население европейских стран имеет свои особенности по частоте употребления перечисленных выше наркотиков на протяжении жизни [5].

Таким образом, тенденции распространенности употребления по всем основным видам наркотиков совпадают как в Европе, так и России.

В России в формах государственной медицинской статистики данные по новым психоактивным веществам не представлены. В Российской Федерации продолжился стремительный рост незаконного оборота синтетических наркотиков, в том числе новых психоактивных веществ. Синтетические наркотики изымались практически во всех субъектах федерации.

В настоящее время в Российской Федерации наркорынок активно пополняется новыми психоактивными веществами (такими как синтетические каннабиноиды ряда JWH, мефедрон, метилон, MDPV и др.),

схожими по своему воздействию на организм человека с такими наркотическими средствами, как амфетамин, марихуана и ЛСД [6].

Таким образом, своевременное выявление негативных тенденций в развитии наркологической ситуации и прогнозирование ее развития должны лежать в основе оценки и выработки предложений по улучшению качества оказания наркологической помощи. С учетом выявленных изменений в тенденциях распространенности наркологических заболеваний должны разрабатываться инновационные программы профилактики, лечения и реабилитации.

Библиографический список

1. Глобальная стратегия сокращения вредного употребления алкоголя. Всемирная Организация Здравоохранения, 2010 г. [Электронный ресурс]. URL: http://www.who.int/substance_abuse/activities/msbalstrategyru1.pdf?ua=1 (дата обращения: 03.04.2018).
2. Государственная программа развития здравоохранения Российской Федерации [Электронный ресурс]. URL: <https://www.rosminzdrav.ru/news/2014/01/30/1686-gosudarstvennaya-programma-razvitiya-zdravoohraneniya-rossiyskoy-federatsii> (дата обращения: 03.04.2018).
3. Данные и статистика. Электронный ресурс ВОЗ, [Электронный ресурс]. URL: <http://www.euro.who.int/ru/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/data-and-statistics> (дата обращения: 03.04.2018).
4. Доклад об итогах работы Министерства Здравоохранения Российской Федерации в 2016 году и задачах на 2017 год. М., 2016.
5. Европейский центр мониторинга наркотиков и наркозависимости (2016 г.), Европейский доклад о наркотиках за 2016 г.: тенденции и изменения.
6. Доклад Государственного антинаркотического комитета о наркоситуации в Российской Федерации за 2015 год [Электронный ресурс]. URL: <http://www.volgograd.ru> (дата обращения: 15.06.2017).
7. Методика и порядок осуществления мониторинга, а также критерии оценки развития наркоситуации в Российской Федерации и ее субъектах (с изменениями и дополнениями от 11 декабря 2017 г.) [Электронный ресурс]. URL: <https://гак.мвд.рф/комитет/pravo/metodika> (дата обращения: 12.02.2018).
8. Доклад Генерального секретаря Организации Объединенных Наций «Концепция последующей деятельности в связи с Программой действий Международной конференции по народонаселению и развитию в период после 2014 года».
9. Употребление алкоголя. Информационный бюллетень № 349. Январь 2015 г. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/ru/> (дата обращения: 12.02.2018).

ИЗУЧЕНИЕ ЗЛУПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЕМ И ДРУГИМИ ПАВ СРЕДИ СОМАТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ (ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ)

Надеждин А. В.^{1, 2}, к. м. н., Петухов А. Е.^{1, 3}, к. фарм. н.,

¹ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии
Департамента здравоохранения города Москвы»,

²ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального
образования» Минздрава России,

³ФГБОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет
имени И. М. Сеченова» Минздрава России,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

Разработка эффективных методов диагностики и профилактики злоупотребления алкоголем и другими психоактивными веществами является актуальной задачей здравоохранения не только в России, но и в других странах Европы. Высокий риск развития или обострения соматических заболеваний при злоупотреблении алкоголем определяет высокую актуальность проводимого международного исследования по изучению уровня употребления алкоголя и других психоактивных веществ среди госпитализированных соматических больных. На основании результатов исследования будут предложены инструменты для скрининга злоупотребления ал-

коголем у больных соматического профиля и биологические маркеры, подтверждающие проблемное употребление алкоголя.

Ключевые слова

Алкоголь, психоактивные вещества, скрининг, AUDIT-4, фосфатидилэтанол.

EXPLORING ALCOHOL AND DRUG ABUSE IN SOMATIC PATIENTS: PRELIMINARY RESULTS

Nadezhdin A. V.^{1, 2}, PhD (Medicine), Petukhov A. E.^{1, 3} PhD (Pharmacology),

¹Moscow Research and Practical Center for Addictions, Moscow Department of Healthcare,

²Russian Medical Academy of Postgraduate Professional Education of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation,

³I. M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation (Sechenov University), Moscow, Russian Federation

Abstract

Development of effective methods for diagnosis and prevention of alcohol and substance abuse is an urgent healthcare task for both Russia and Europe. There is a high risk of the development and exacerbation of alcohol-induced somatic diseases. Therefore, there is a critical need for studying the use of alcohol and other psychoactive substances among somatic patients. The results will provide screening tools for alcohol abuse as well as biological markers confirming problematic alcohol abuse.

Key words

Alcohol, psychoactive substances, screening, AUDIT-4, phosphatidylethanol.

Введение. По оценкам Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), от вредного употребления алкоголя ежегодно умирают 2,5 млн человек, значительную долю из которых составляет молодежь. Употребление алкоголя является третьим ведущим фактором риска плохого состояния здоровья, поддающиеся изменению и предупреждению. Самые разнообразные проблемы на почве алкоголя могут иметь тяжелейшие последствия для индивидов и их семей и серьезно влиять на жизнь общества. Сокращение вредного употребления алкоголя с помощью эффективных мер выявления и путем обеспечения соответствующей помощи является актуальной задачей здравоохранения.

По данным научной литературы, в России от 20 до 40% лиц, длительно злоупотребляющих напитками, содержащими этиловый спирт, имеют соматические расстройства при частом отсутствии типичных признаков алкоголизма; в 10–15% случаев эти расстройства обуславливают летальный исход [3]; поражение печени встречается в 100% случаев госпитализаций в соматический стационар с алкоголь-ассоциированной патологией, в 30% оно становится причиной смерти [5]; алкогольная висцеропатия наблюдается у значительного количества лиц трудоспособного возраста, она быстро приводит к инвалидизации и смерти [1]. По данным Европейского бюро ВОЗ риск умереть по причине, вызываемой воздействием алкоголя, для живущих в восточной части Европейского региона в 7 раз выше, чем в его средиземноморской части [4]. Среди поступивших по экстренным показаниям в ГКБ № 50

г. Москвы и умерших от сердечно-сосудистых и злокачественных заболеваний хроническая алкогольная интоксикация выявляется на секции в 31,7% случаев, в том числе в 11,2% присутствует в патологоанатомическом заключении как основная причина летального исхода [6]. По данным Е. Н. Травенко (2016) наиболее часто встречающейся патологией среди умерших от острого отравления алкоголем, являются следующие алкогольные болезни печени: адаптивная гепатопатия; алкогольный стеатоз; алкогольный гепатит; алкогольный цирроз [7]. В работе А. Ю. Егорова с соавт. (2013) сообщается, что заболевания, ассоциированные со злоупотреблением алкоголя, имели место у 7–20% больных стационара скорой медицинской помощи [2]. Все вышеизложенное определяет высокую актуальность изучения проблемы злоупотребления алкоголем как одного из ведущих факторов возникновения неинфекционной патологии.

В этой связи актуальным является международный исследовательский проект «Изучение употребления алкоголя и других психоактивных веществ среди госпитализированных соматических больных». Он осуществляется по инициативе Экспертной группы по злоупотреблению алкоголем и наркотиками (ASA EG) Партнерства «Северное Измерение» при поддержке Правительства Норвегии с 2014 г. Участники исследования: Клиника Университета Осло; Диаконическая больница Ловисенберг в г. Осло; Московский научно-практический центр наркологии ДЗМ; Городская клиническая больница им. В. П. Демикова (№ 68) ДЗМ.

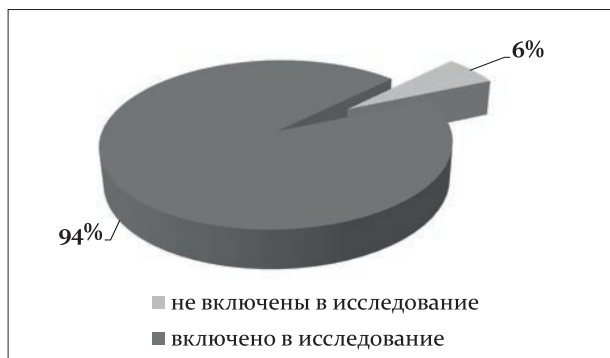


Рис. 1. Общее количество обследованных пациентов (%)

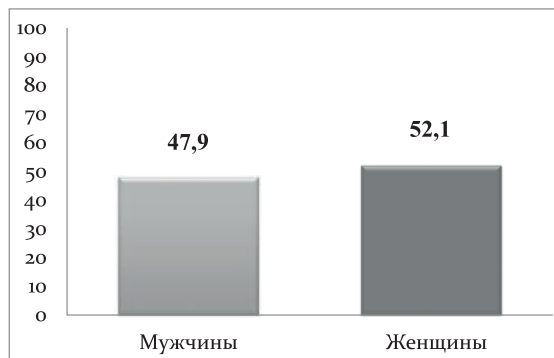


Рис. 2. Распределение обследованных больных по полу (% числа вошедших в исследование)

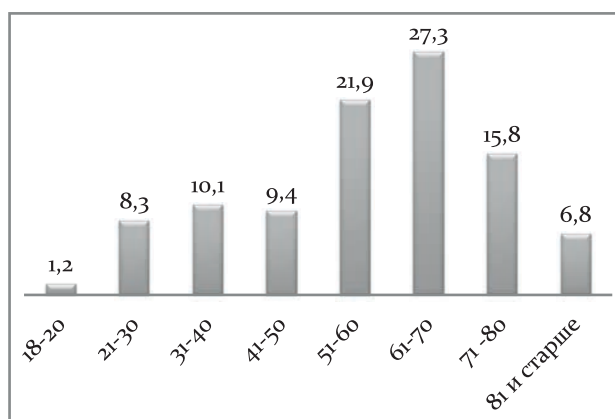


Рис. 3. Распределение обследованных больных по возрасту (% числа вошедших в исследование)

Целью исследования является изучение взаимосвязи между случаями госпитализации пациентов в соматические отделения в связи с заболеваниями внутренних органов и проблемным употреблением алкоголя и других психоактивных веществ (ПАВ) с помощью опросных листов в комбинации с анализом биологических маркеров в крови. В результате тестирования международных скрининговых инструментов и определения корреляций с рядом распространенных патологий будет разработан алгоритм выявления проблемного употребления алкоголя и других ПАВ у пациентов с соматической патологией.

Материалы и методы. Исследование носит открытый, кросс-секционный и экспериментальный характер. При поступлении на стационарное лечение в соматические отделения (терапия, кардиология, пульмонология, неврология) пациентам в возрасте старше 18 лет предложено принять участие в исследовании. Пациенту представляется информация об исследовании в письменной и/или устной форме и предлагается подписать информированное согласие. Для исследования отбирается кровь в две дополнительные пробирки одновременно с первым плановым забором крови. После получения информированного письменного согласия на исследование пациент заполняет анкету исследования, состоящую из вопросов скринингового теста AUDIT-4 об употреблении алкоголя, двух модифицированных вопросов из теста “Drug Use Disorders

Identification Test” (DUDIT) об употреблении других психоактивных веществ и некоторых других психометрических шкал. Объем выборки: 3000 пациентов. Критерии включения: мужчины и женщины в возрасте от 18 и старше, поступившие на стационарное лечение в соматические отделения по неотложным показаниям; наличие подписанного информированного согласия. Критерии исключения: отказ пациента подписать информированное согласие на участие в исследовании и/или отказ от взятия образца крови; по состоянию здоровья пациент не в состоянии дать информированное согласие.

Пробы крови анализировались на присутствие целевых веществ: концентрацию алкоголя; биомаркеры алкоголя для проблемного и не проблемного употребления; наркотические средства и психотропные вещества (опиоиды, амфетамин, кокаин, каннабиноиды и другие психоактивные вещества). С целью исследования на хроническое потребление алкоголя использовался фосфатидилэтанол (PEth) — это прямой биологический маркер алкоголя, т. е. он образуется в крови только после употребления этанола, что делает его чрезвычайно избирательным. Период его полураспада составляет около 7–10 дней в зависимости от количества алкоголя и периода его употребления. В случае хронического употребления алкоголя он может быть выявлен и через 29 дней после последнего приема. Таким образом, исходя из значений концентрации, поз-

воляющих отличить высокое долговременное употребление алкоголя от умеренного, можно выявить различия между проблемным употреблением алкоголя и употреблением алкоголя в связи с социальными поводами.

Результаты исследования. В отделениях городской клинической больницы имени В. П. Демикова (№ 68) ДЗМ собрано 3191 образцов крови из них: отказались от участия в исследовании 186 пациентов; приняли участие в исследовании 3005 пациентов, что составило соответственно 94 и 6% (рис. 1) В настоящий момент полностью обработано и введено в информационную базу 1023 анкеты.

Основными причинами невключения пациентов в исследование были: деменция или иная неспособность дать информированное согласие; срочный перевод больного в другое отделение по неотложным показаниям; отказ от исследования; отказ от лечения и уход из больницы.

Распределение включенных в исследование пациентов по полу представлено на рис. 2.

Распределение обследованных пациентов по возрасту в процентах их общего числа демонстрирует, что основная масса больных госпитализированных в отделения соматического профиля по неотложным показаниям сосредоточена в возрастной группе 51–70 лет — 49,2% (рис. 3).

Лабораторный анализ осуществлялся в химико-токсикологической лаборатории МНПЦ наркологии ДЗМ, куда поступило 3191 образцов крови, исключено из исследования 186 образцов. В результате изучено 3005 образцов. У 428 пациентов (14,24%) выяв-

лен фосфатидилэтанол (PEth) в концентрациях более 0,3 мкмоль/л, что свидетельствует о злоупотреблении алкоголем в течение месяца, предшествующего госпитализации.

Количество лиц, употребляющих наркотические средства и психотропные вещества (включая диазепам и фенобарбитал), составило 6,6%.

Заключение. Ожидаемыми результатом реализации настоящего исследовательского проекта являются:

1) установление диагностической чувствительности и специфичности сокращенной версии теста AUDIT — AUDIT-4 — для эффективного скрининга употребления алкоголя с вредными последствиями в медицинских учреждениях первичного звена;

2) эффективное использование определения в крови фосфатидилэтанола как высокочувствительного и высокоспецифичного маркера потребления алкоголя, имеющего большие перспективы применения их в качестве экспертной методики для подтверждения злоупотребления спиртными напитками;

3) установление корреляций между группами пациентов с различными диагнозами и уровнями потребления ими алкоголя для адресного осуществления мероприятий по раннему выявлению и профилактике пьянства;

4) возможность сопоставить научные данные полученные в России и Норвегии, что может послужить основой для взаимного использования практических подходов к выявлению и профилактике употребления алкоголя с вредными последствиями, доказавших свою эффективность.

Библиографический список

1. *Говорин Н. В., Сахаров А. В.* Алкогольное бремя соматического стационара. Томск: Изд-во «Иван Федоров», 2010. 160 с.
2. *Егоров А. Ю., Крупицкий Е. М., Софронов А. Г.* и др. Злоупотребление алкоголем у больных, экстренно госпитализированных в больницу скорой помощи. // *Обозр. психиатр. мед. психол.* 2013. № 1. С. 36–43.
3. *Люсов В. А., Харченко В. И., Корякин М. В., Соболева В. Н., Вирин М. М.* Заболеваемость населения России алкоголизмом и смертность от болезней системы кровообращения и других причин смерти // *Российский кардиологический журнал.* 2008. № 4. С. 79–93.
4. Материалы ВОЗ. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/319729/Infograph-risk-deaths-alcohol.pdf?ua=1 (дата обращения: 01.03.18).
5. *Тихоновская Е. Ю., Верткин А. Л.* Оптимизация терапии неотложных состояний, ассоциированных с приемом этанола у соматических больных в многопрофильном стационаре // *Врач скорой помощи.* 2010. № 3. С. 32–45.
6. *Тихоновская Е. Ю.* Оптимизация терапии неотложных состояний, ассоциированных с приемом этанола у соматических больных в многопрофильном стационаре: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2010.
7. *Травенко Е. Н.* Отравления этанолом и алкоголь-ассоциированная патология внутренних органов // *Кубанский научный медицинский вестник.* 2016. № 2.

**Психическое здоровье и образование:
сборник научных статей по материалам II Конгресса
«Психическое здоровье человека XXI века»**

**Mental Health and Education:
Collection of scientific papers of the II Congress on Mental Health:
Meeting the Needs of the XXI Century**

Подписано в печать 09.06.2018.
Формат 60 × 90 1/8.
Гарнитура Новая литературная. Усл. печ. л. 63.
Тираж 700 экз. Заказ

ООО «ИД „Городец“»
www.gorodets.ru
105082, г. Москва, Переведеновский переулок, д. 17, к. 1
e-mail: info@gorodets.ru
тел.: +7(985)8000-366

Отпечатано в типографии
Отпечатано в АО «Первая образцовая типография».
Филиал «Чеховский печатный двор».
142300, Московская область, г. Чехов, ул. Полиграфистов, д. 1,
www.chpd.ru, тел.: +7 (499) 270 7359



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



МИНИСТЕРСТВО
ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



МИНИСТЕРСТВО ТРУДА
И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



МИНИСТЕРСТВО СПОРТА
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ОРГАНИЗАТОРЫ



СОЮЗ ОХРАНЫ
ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ



РОССИЙСКОЕ
ОБЩЕСТВО
ПСИХИАТРОВ



ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ
ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ
ЛИГА



ГЕНЕРАЛЬНЫЕ ПАРТНЁРЫ



co-sponsored by
WPA



world council for
psychotherapy



issa



ACTION
for Mental Health - 1 year to Normal Abnormality



Autism
Europe



GLE
INTERNATIONAL
International Association for Logotherapy and Existential Analysis
International Society for Logotherapy and Existential Analysis



ПРИ СОТРУДНИЧЕСТВЕ



АССОЦИАЦИЯ ЛОГОТЕРАПЕВТОВ
И ЭКЗИСТЕНЦИАЛИСТОВ
РОССИИ



РОССИЙСКОЕ
ОБЩЕСТВО
ЛОГОТЕРАПЕВТОВ
И ЭКЗИСТЕНЦИАЛИСТОВ



НАУЧНЫЙ
ЦЕНТР
ИССЛЕДОВАНИЙ И
ЗДОРОВЬЯ
РАМН



МОСКОВСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
ПСИХОЛОГО-
ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ



аутизм
ИГЛУ ФРЦ



АССОЦИАЦИЯ ПСИХОЛОГОВ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



ASIAN
FEDERATION FOR
PSYCHOTHERAPY



The National
Autistic Society



Federación
Latinoamericana
de PSICOTERAPIA



FF2P



Federación
Latinoamericana
de PSICOTERAPIA

МЕДИАПАРТНЁРЫ



МЕДВЕСТНИК
ПОРТАЛ РОССИЙСКОГО ВРАЧА



Indicator.Ru



Yellmed



РЕМЕДИУМ
ГРУППА КОМПАНИЙ



ФАРМАТЕКА



Журнал
Современная терапия
в психиатрии и неврологии



РУССКИЙ ВРАЧ
ИЗДАТЕЛЬСКИЙ
ДОМ



Медицинский фонд
Неврология
и психиатрия



PsyJournals.ru
ПОРТАЛ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ НАУК



MEDIAMEDICA



Здравоохранение
России



КТО ОСТЬ ОТИ
Who is Who
В М С А И Ц И Н С



АФ ЗДОРОВЬЕ



СОБЕСЕДНИК.RU



VADEMECUM



НЕЗАВИСИМАЯ



МЕДИЦИНА
целевые проекты

