

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ
МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ
ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ им. М. ГОРЬКОГО

**ЖУРНАЛ ПСИХИАТРИИ И МЕДИЦИНСКОЙ
ПСИХОЛОГИИ**

**THE JOURNAL OF PSYCHIATRY AND MEDICAL
PSYCHOLOGY**

Научно-практический журнал
Основан в 1995 году

№ 2 (38), 2017 г.

Редакционно-издательский отдел
Донецкого национального медицинского университета им. М.Горького

ЖУРНАЛ ПСИХИАТРИИ И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР В.А. Абрамов

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

А.В. Абрамов (ответственный секретарь), И.А. Бабюк, Т.И. Букановская (Россия), Р.А. Грачев, Л.К. Максимов (Россия), Г.С. Рачкаускас (ЛНР), Т.Л. Ряполова (заместитель главного редактора), В.В. Свиридова, С.В. Титиевский, Т.В. Черникова (Россия)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Ю.А. Александровский (Россия), А.Г. Джоджуа, Г.А. Игнатенко, О.Н. Долгошапка, В.Г. Заика (Россия), И.И. Зинкович, Д.В. Плотников (Россия), Б.С. Положий (Россия), В.А. Солдаткин (Россия).

Ответственный за выпуск: В.А. Абрамов

Основатель и издатель:

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Периодичность издания: 4 раза в год.

Временная государственная регистрация печатного средства массовой информации
29.02.2016г.

Рекомендовано к изданию Ученым советом Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького (протокол № 4 от 23.06.2017г.).

Адрес редакции: г. Донецк, ул. Одинцова, 19. Республиканская клиническая психиатрическая больница. Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии ДонНМУ им. М. Горького.

Тел./факс: (062) 277-14-54, (062) 304-00-94.

e-mail: psychea@mail.ru dongournal@mail.ru

СОДЕРЖАНИЕ

CONTENTS

СОДЕРЖАНИЕ

3 CONTENTS

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

ORIGINAL INVESTIGATION

- Кондуфор О.В., Рачкаускас Г.С., Тананакина Т.П., Булкина Н.Э.** Влияние факторов стресса и сложных социально-экономических условий на уровень злоупотребления психоактивными веществами **5**
- Kondufor O.V., Rachkauskas G.S., Tananakina T.P., Bulkina N.E.** Influence of stress factors and complex socio-economic conditions on the level of abuse of psychoactive substances
- Жигулина И.В., Абрамов В.А., Левчук И.Н., Кравцов Н.Н., Осокор И.В.** Особенности интеграции идентичности у больных шизофренией с различной длительностью заболевания **12**
- Zhigulina I.V., Abramov V.A., Levchuk I.N., Kravtsov N.N., Osocor I.V.** Features of integration of identity in patients with schizophrenia with various duration of disease
- Голоденко О.Н., Абрамов А.В., Соловьева М.А.** Изучение саморегуляции в структуре учебно-познавательной компетенции у студентов медицинского университета в ходе учебно-образовательного процесса **18**
- Golodenko O.N., Abramov A.V., Solovyova M.A.** The study of self-regulation in the structure of educational and cognitive competence among students of a medical university during the educational process
- Абрамов В.А., Соловьева М.А., Студзинский О.Г.** Оценка субъективной витальности у больных шизофренией с различной длительностью заболевания **25**
- Abramov V.A., Solovyova M.A., Studzinsky O.G.** Evaluation of subjective vitality in patients with schizophrenia with different duration of disease
- Бойченко А.А.** Экзистенциальная исполненность как внутренний фактор виктимизации больных шизофренией **30**
- Boychenko A.A.** Essential fulfillment as an internal factor of viktimization of schizophrenia patients
- Коваленко С.Р., Битюкова Ю.В.** Исследование рефлексии как межуровневого регулятора саморегуляции у больных с расстройствами шизофренического спектра **36**
- Kovalenko S.R., Bityukova Yu.V.** Investigation of reflection as an intergural regulator of self-regulation in patients with disorders of the schizophrenic spectrum
- Гашкова Л.А., Лик-ван-джи Н.Е., Черепков В.Н., Побережная Н.В.** Клиническое интервью в циклах психотерапии и медицинской психологии: обучение курсантов **43**
- Gashkova L.A., Lik-van-ji N.E., Cherepkov V.N., Poberezhnaya N.V.** Clinical interview in the psychotherapy and medical psychology: postgraduate training
- Ряполова Т.Л.** Структурные особенности субъективного жизненного пространства больных шизофренией и заболеваниями шизофренического спектра **49**
- Ryapolova T.L.** Structural features of the subjective life space of schizophrenia patients and diseases of the schizophrenic spectrum
- Бойченко А.А., Ряполова Т.Л., Абрамов В.А.** Жизнестойкость как предиктор эффективности обучения с помощью интерактивных методов в медицинском вузе **58**
- Boychenko A.A., Ryapolova T.L., Abramov V.A.** Vitality as an efficiency predictor of studying at medical school through interactive teaching methods
- Титиевский С.В., Воеводина В.С., Бабюк И.А., Гостиук И.М., Федоровская И.В.** Сравнительная оценка сверхценных идей при различных непсихотических психических расстройствах **62**
- Titievsky S.V., Vojevodina V.S., Babiuk I.A., Gostiuk I.M., Fedorovskaja I.V.** Comparative assessment of overvalued ideas in different non-psychotic mental disorders
- Вильдгрубе С.А., Фирсова Г.М.** Синдром эмоционального выгорания медицинских сестер в условиях травматического стресса военного времени **68**
- Vildgrube S.A., Firsova G.M.** The syndrome of emotional fire of nurses in conditions of traumatic stress of military time

Абрамов В.А., Абрамов А.В. Субъективное пространство дисфункциональных личностных паттернов (дезадаптивных схем) и режимов функционирования у лиц с психическими расстройствами (Сообщение 2. Деадаптивные схемы) **73**

Abramov V.A., Abramov A.V. Subjective space of dysfunctional personality patterns (disadaptive regimens) and modes of functioning in individuals with mental disorders (Communication 2. Disadaptive schemes)

Титухин Н.В. Стигма и самостигматизация больных с аффективными расстройствами и пути их преодоления **85**

Titukhin N.V. Stigma and self-stigmatization of patients with affective disorders and the ways of their overcoming

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

УДК616.89-008.441.33:57.048

*Кондуфор О.В., Рачкаускас Г.С., Тананакина Т.П., Булкина Н.Э.***ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ СТРЕССА И СЛОЖНЫХ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ УСЛОВИЙ НА УРОВЕНЬ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ**

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки»

Ключевые слова: заболеваемость алкоголизмом, алкогольными психозами, наркоманиями, факторы стресса, комплексные меры противодействия

Злоупотребление психоактивными веществами населением и увеличение числа психических расстройств представляет собой реакцию на весь круг неблагоприятных обстоятельств, в которых оказывается человек: безработица, необходимость смены места работы и места жительства, низкая социальная защищенность, сложные социально-экономические условия и политическая обстановка. Все это усиливает стрессовые ситуации, охватывающие, прежде всего, молодежь и людей в трудоспособном возрасте [1].

Наркологические проблемы оборачиваются колоссальными человеческими потерями и наносят серьезный урон социальной сфере, экономическому и демографическому развитию республики [2].

В связи с этим возникает необходимость изучения влияния факторов стресса и сложных

социально-экономических условий на уровень злоупотребления психоактивными веществами для разработки в дальнейшем плана комплексных мер противодействия злоупотреблению алкоголем и наркотиками, профилактических мероприятий, направленных на укрепление здоровья населения [3].

Таким образом, целью нашего исследования явилось изучение наркологической ситуации по заболеваемости хроническим алкоголизмом, алкогольными психозами и наркоманиями в городах и районах Луганского региона за последние 6 лет, а также установление причинно-следственных связей, влияющих на динамику наркологической заболеваемости, в том числе, степени влияния психологического состояния на уровень злоупотребления психоактивными веществами.

Материал и методы исследования

· 150 медицинских карт стационарных больных, находившихся на лечении в Луганском республиканском наркологическом диспансере в 2014-2016 г.г.

· 60 больных, находившихся на лечении в Луганском республиканском наркологическом диспансере в 2015-2016 г.г. (30 больных в 2015 г. и 30 больных в 2016 г.).

· «Клинический опросник для выявления и

оценки невротических состояний» К.К. Яхина, Д.М. Менделевича.

· Статистические данные заболеваемости алкоголизмом, алкогольными психозами и наркоманиями за период с 2011 г. по 2016 г. по городам и районам Луганского региона, предоставленные ГУ «Луганский республиканский медицинский информационно-аналитический центр» ЛНР.

Результаты исследования и их обсуждение

Исследован уровень наркологической заболеваемости в г. Луганске, а также в городах и районах Луганского региона, которые были сгруппированы по принципу наименьшей или наибольшей приближенности к линии разграничения во время активных боевых действий в 2014-2016

г.г. Сформированные группы представлены на рис. 1.

1-я группа: г. Луганск.

2-я группа: города, расположенные в достаточной отдаленности от линии разграничения: г.г. Антрацит, Краснодон, Красный Луч, Ровеньки,

Свердловск.

3-я группа: города и районы, расположенные в непосредственной близости к линии разграничения, которые наиболее пострадали от боевых

действий и в настоящее время обстановка в них остается достаточно напряженной: г.г. Брянка, Кировск, Алчевск, Первомайск, Стаханов; Лутугинский, Перевальский, Славяносербский р-ны.

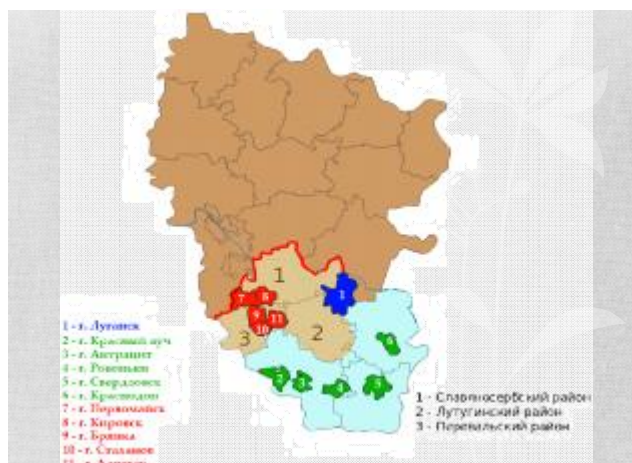


Рис. 1. Распределение по группам, подлежащим исследованию

По статистическим данным, предоставленным ГУ «Луганский республиканский медицинский информационно-аналитический центр» ЛНР, были определены следующие показатели заболеваемости хроническим алкоголизмом, алко-

гольными психозами и наркоманиями за период с 2011 г. по 2016 г. в исследуемых группах.

1. Определен уровень заболеваемости хроническим алкоголизмом, который представлен на рисунке 2.

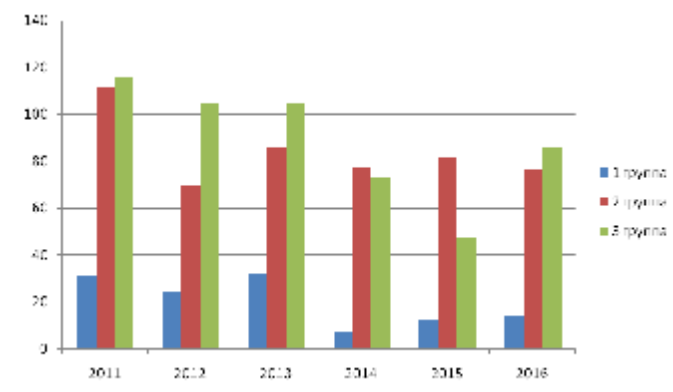


Рис. 2. Показатели заболеваемости хроническим алкоголизмом за период с 2011 г. по 2016 г.

Уровень заболеваемости хроническим алкоголизмом по г. Луганску в течение 3-х лет с 2011 г. по 2013 г. претерпевал умеренные колебания: в 2011 г. составлял 30,8 на 100 тыс. населения, в 2012 г. снижался до 24,4 на 100 тыс. населения, в 2013 г. снова возрастал и составлял 32,1 на 100 тыс. населения. В 2014 г. отмечено резкое падение показателя, почти в 5 раз, до 6,7 на 100 тыс. населения, затем в 2015 г. и в 2016 г. отмечался подъём в 2 раза, сначала до 12,0 на 100 тыс. населения, затем до 14,0 на 100 тыс. населения.

Во 2-й группе (города, удаленные от линии разграничения) наиболее высокий показатель заболеваемости хроническим алкоголизмом отмечался в 2011 г. и составляет 111,5 на 100 тыс.

населения, что почти в 4 раза выше, чем по г. Луганску. Затем в 2012 г. снижался до 69,1 на 100 тыс. населения, и в последующем оставался достаточно высоким, приблизительно на одном уровне, с колебанием от 5 до 15 единиц, и в 2016 г. составлял 76,1 на 100 тыс. населения. Следует отметить, что этот показатель в 2014 г. превосходил в 10 раз, а в 2015-2016 г.г. – в 6-7 раз был выше, чем по г. Луганску.

В 3-й группе (города и районы, находящиеся в значительном приближении к линии разграничения) показатель заболеваемости хроническим алкоголизмом был достаточно высоким в течение 3-х лет с 2011 г. по 2013 г. и колебался со 115,2 до 104,9 на 100 тыс. населения. В 2014 г.

снижался на 30% и составлял 73,4 на 100 тыс. населения, в 2015 г. продолжал свое снижение до 47,1 на 100 тыс. населения (или на 35%), т.е. по сравнению с периодом относительного социально-экономического и политического благополучия снижался в 2,5 раза. В 2016 г. вновь уве-

личивался почти вдвое и составлял 85,7 на 100 тыс. населения, при этом не превышая довоенный уровень.

2. Определен уровень заболеваемости алкогольными психозами, который представлен в рисунке 3.

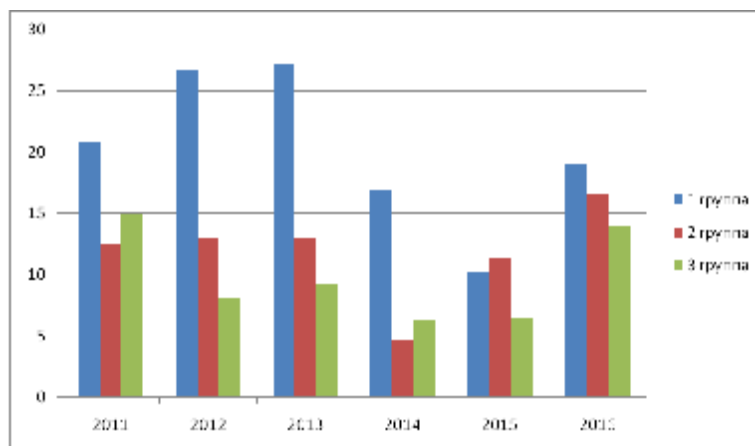


Рис. 3. Показатели заболеваемости алкогольными психозами за период с 2011 г. по 2016 г.

Показатель заболеваемости алкогольными психозами по г. Луганску в течение 3-х лет с 2011 г. по 2013 г. повышался на 1/3: в 2011 г. составлял 20,8 на 100 тыс. населения и до 2013 г. повышался до 27,1 на 100 тыс. населения. В 2014 г. отмечено резкое падение показателя на 35%, до 16,9 на 100 тыс. населения. В 2015 г. отмечалось дальнейшее снижение показателя до 10,2 на 100 тыс. населения, т.е. по сравнению с периодом относительного социально-экономического и политического благополучия снижался в 3 раза. Затем вновь повышался в 2 раза, до 19,0 на 100 тыс. населения.

Во 2-й группе (города, удаленные от линии разграничения) показатель заболеваемости алкогольными психозами в течение 3-х лет с 2011 г. по 2013 г. оставался на одном уровне и состав-

лял 12,4-13,0 на 100 тыс. населения. В 2014 г. показатель снижался почти в 2,5 раза и составлял 4,7 на 100 тыс. населения, а в 2015-2016 г. г. возвращался и даже превышал довоенный уровень (11,4 и 16,6 на 100 тыс. населения соответственно).

В 3-й группе (города и районы, находящиеся в значительном приближении к линии разграничения) показатель заболеваемости алкогольными психозами снижался в течение 3-х лет (2011-2013 г.г.) и колебался между 14,9 и 9,1 на 100 тыс. населения. В 2014-2015г.г. снижался в 1,5 раза и оставался на одном уровне: 6,3-6,4 на 100 тыс. населения. В 2016 г. резко увеличивался в 2 раза, до 13,9 на 100 тыс. населения.

3. Определен уровень заболеваемости наркоманиями, который представлен в рисунке 4.

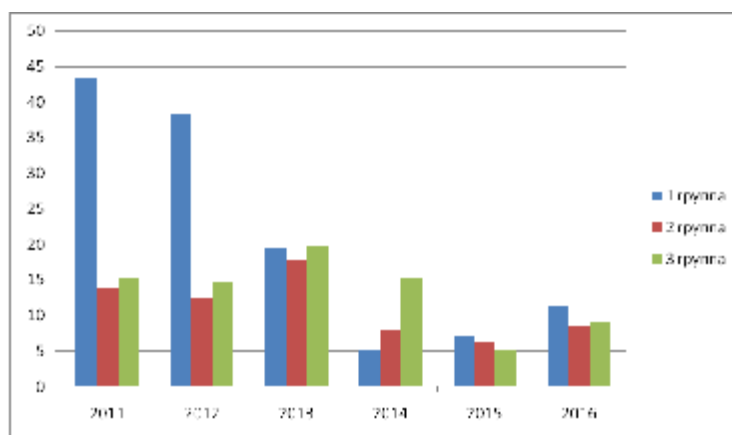


Рис. 4. Показатели заболеваемости наркоманиями за период с 2011 г. по 2016 г.

Показатель заболеваемости наркоманиями по г. Луганску в течение 3-х лет (2011-2013 г.г.) сни-

жался в 2 раза: в 2011 г. составлял 43,2 на 100 тыс. населения, в 2013 г. - 19,5 на 100 тыс. на-

селения. В 2014 г. отмечено резкое падение показателя в 4 раза, до 5,1 на 100 тыс. населения. В 2015 г. отмечалось незначительное повышение (на 2 единицы) и составляло 7,0 на 100 тыс. населения, т.е. по сравнению с периодом относительно социально-экономического и политического благополучия снижался почти в 3 раза. В 2016 г. выявлялось значительное повышение показателя в 1,5 раза, до 11,3 на 100 тыс. населения, и тем ни менее, почти вдвое ниже довоенного уровня.

Во 2-й группе (города, удаленные от линии разграничения) показатель заболеваемости наркоманиями в течение 3-х лет (с 2011 г. по 2013 г.) увеличивался на 1/3, с 13,9 до 17,8 на 100 тыс. населения. В 2014 г. показатель снижался в 2 раза и составлял 7,8 на 100 тыс. населения, и 2015-2016 г.г. сохранялся примерно на этом уровне и составлял 6,3 – 8,5 на 100 тыс. населения.

В 3-й группе (города и районы, находящиеся в значительном приближении к линии разграничения) показатель заболеваемости наркоманиями увеличивался в течение 3-х лет (2011-2013 г.г.) с 15,2 до 19,8 на 100 тыс. населения. В течение 2014-2015 г.г. показатель снижался в 3 раза, с 15,1 до 5,0 на 100 тыс. населения, а в 2016 г. вновь возрастал почти вдвое, до 8,9 на 100 тыс. населения.

При исследовании 150 медицинских карт стационарных больных, находившихся на лечении в Луганском республиканском наркологическом диспансере в 2014-2015 г.г., а также 60 стационарных больных, находившихся на лечении в Луганском республиканском наркологическом диспансере в 2015-2016 г.г., было установлено, какие факторы стали причиной сложившейся наркологической ситуации в этот период, а также степень влияния психологического состояния на уровень злоупотреб-

ления психоактивными веществами.

I. Установлено 6 факторов, повлиявших на динамику наркологической ситуации в период 2014-2015 г.г., которые представлены в следующем процентном соотношении:

- 1) Употребление алкоголя в небольших количествах не менее 4-5 раз в неделю для «снятия стресса» – 43, 8%;
- 2) Сложности в приобретении ПАВ – 18,7%;
- 3) Выезд за пределы региона в период активных боевых действий и последующий период – 14,8%;
- 4) Мобилизация внутренних резервов организма и прекращение употребления ПАВ – 10,2%;
- 5) Не могли добраться до учреждения оказания специализированной медицинской помощи – 7,4%;
- 6) Не знали о непрерывной работе наркологической службы – 5,1%.

Основными факторами статистического снижения заболеваемости являются: употребление алкоголя в умеренных количествах для «снятия стресса», не требующее обращения за специализированной медицинской помощью; сложности в приобретении ПАВ; выезд за пределы региона в период активных боевых действий и последующий период.

По результатам исследования 60 стационарных больных, находившихся на лечении в Луганском республиканском наркологическом диспансере в 2015-2016 г.г. (30 больных в 2015 г. и 30 больных в 2016 г.), был проведен анализ невротических состояний. При помощи «Клинического опросника для выявления и оценки невротических состояний» [4] установлены показатели уровня невротической депрессии и тревоги, которые представлены на рисунке 5.

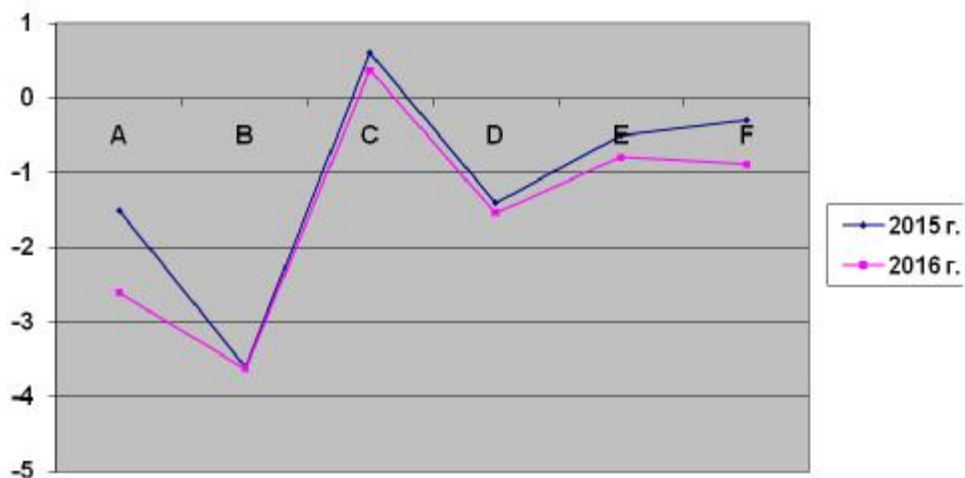


Рис 5. Показатели уровня невротической депрессии и тревоги.

Шкалы: А – тревоги, В – невротической депрессии, С – астении, D – истерического типа реагирования, Е – обсессивно-фобических нарушений, F – вегетативных нарушений

На рисунке 5 видно, что в 2015 г., как и 2016 г. в среднем у пациентов на I месте находится показатель невротической депрессии (-3,6 и -3,62 соответственно), что характеризовалось плохим настроением, потерей интереса к жизни, понижением уровня общей активности.

На II месте – уровень тревоги (в 2015 г.: -1,51, в 2016 г.: -2,61), который характеризовался устойчивую склонность воспринимать большой круг ситуаций как угрожающие, реагировать на такие ситуации состоянием тревоги, напряжением, беспокойством, повышенной нервозностью.

Таким образом, по шкале Менделевича в 2015 г. высокий уровень тревожности выявлен у 18 пациентов, что составляет 60% от общей выборки. Высокий уровень невротической депрессии характерен для 70% обследованных пациентов. В 2016 г. высокий уровень тревожности выявлен у 20 пациентов, что составляет 66,7% от общей выборки. Высокий уровень невротической депрессии характерен для 83,3% обследованных пациентов.

Показатель невротической депрессии в 2015 г. и 2016 г. оставался примерно на одном уровне, а показатель тревоги значительно ухудшился.

Выводы. Отмечается статистическое снижение заболеваемости наркологической патологией в период с 2013 г. по 2015 г., в 2016 г. отмечается повышение уровня заболеваемости хроническим алкоголизмом, особенно на территории «максимального стресса», т. е. в городах и районах, находящихся в значительном приближении к линии разграничения.

Показатель заболеваемости алкогольными психозами по г. Луганску и в городах и районах, находящихся в значительном приближении к линии разграничения, снизился в 2-3 раза, а затем увеличился вдвое, но при этом остается ниже довоенного уровня. В городах, удаленных от линии разграничения, к 2016 г. возвратился и даже превысил довоенный уровень.

Показатель заболеваемости наркоманиями по г. Луганску и в городах и районах, находящихся в значительном приближении к линии разграничения, незначительно повысился к 2016 г. В городах, удаленных от линии разграничения, снизился в 2 раза и сохраняется примерно на этом уровне.

Следует отметить, что состояние «максимального» стресса оказало существенное влияние на алкогольные проблемы жителей г. Луганска, а также городов и районов, находящихся в значительном приближении к линии разграничения. Употребление алкоголя в умеренных коли-

чествах для «снятия стресса», не требующее обращения за специализированной медицинской помощью на начальном этапе привело к росту заболеваемости алкоголизмом в период отдаленных последствий активных боевых действий, что следует рассматривать как результат посттравматического стрессового расстройства. Длительное пребывание в состоянии стресса приводит к эмоциональному истощению, усугублению тревожности. Пациенты вынуждены искать выход из сложной эмоционально-психологической ситуации, но способность принятия конструктивного решения утрачивается. Употребление алкоголя связано с определенной защитной реакцией для преодоления стресса. Но, вместо «защиты» от стресса, наблюдается лишь усиление стрессовой реакции, и как результат – нарастание тревоги и длительное пребывание в состоянии невротической депрессии [5].

В конечном итоге, спустя несколько лет мы получим резкий убедительный рост заболеваемости хроническим алкоголизмом.

В отношении же проблем с наркотиками необходимо сделать вывод, что на динамику заболеваемости оказало существенное влияние резкое ограничение регулярной транспортировки наркотических средств (наркотрафика) в регион в целом, что значительно снизило предложение наркотиков на рынке сбыта путем целенаправленного пресечения их нелегального производства и оборота внутри страны при достаточно высоком спросе (по результатам опросов наркозависимых лиц, они находятся в «творческом» поиске способов приготовления наркосодержащих препаратов, к примеру, изготавливают опиоиды из кондитерского мака, что представляет значительные трудности ввиду достаточно низкого наркогенного действия этих препаратов).

Для контроля ситуации с распространением алкоголизма и наркомании необходим комплекс мер не только медицинского характера, но и активное участие правоохранительных органов, а также мощная антиалкогольная и антинаркотическая пропаганда, которая должна включать в себя первичную профилактику с приоритетами здорового образа жизни. Успех этих мероприятий возможен при выработке единой системы стратегических приоритетов и мер, а также совместной деятельности органов государственной власти, Государственного антинаркотического комитета, антиалкогольных и антинаркотических комиссий, органов местного самоуправления, на-

правленных на предупреждение заболеваемости алкоголизмом, на выявление и пресечение незаконного оборота наркотиков и их прекурсоров, профилактику злоупотребления алкоголем и немедицинского потребления наркотиков, лечение и реабилитацию больных алкоголизмом и наркоманией [6].

Полученные результаты позволяют утверждать, что необходимо продолжить изучение вли-

яния стрессовых факторов на динамику наркологической заболеваемости в регионе и разработать комплекс мер профилактики, одним из направлений которой должна быть борьба со стрессом и повышение стрессоустойчивости к неблагоприятным условиям жизни, а также выработка навыков принятия конструктивного решения в ситуации выбора и сложных социально-экономических условиях.

Кондуфор О.В., Рачкаускас Г.С., Тананакина Т.П., Булкина Н.Э.

ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ СТРЕССА И СЛОЖНЫХ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ УСЛОВИЙ НА УРОВЕНЬ ЗЛУПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки», кафедра дерматовенерологии, психиатрии и наркологии

Ключевые слова: заболеваемость алкоголизмом, алкогольными психозами, наркоманиями, факторы стресса, комплексные меры противодействия.

Вступление и актуальность. Злоупотребление психоактивными веществами населением и увеличение числа психических расстройств представляет собой реакцию на весь круг неблагоприятных обстоятельств, в которых оказывается человек.

В связи с этим возникает необходимость изучения влияния факторов стресса и сложных социально-экономических условий на уровень злоупотребления психоактивными веществами для разработки в дальнейшем плана комплексных мер противодействия злоупотреблению алкоголем и наркотиками, профилактических мероприятий, направленных на укрепление здоровья населения.

Цель исследования. Изучение анализа наркологической ситуации по заболеваемости хроническим алкоголизмом, алкогольными психозами и наркоманиями в городах и районах Луганского региона за последние 6 лет, а также установление причинно-следственных связей, влияющих на динамику наркологической заболеваемости, в том числе степени влияния психологического состояния на уровень злоупотребления психоактивными веществами.

Материал и методы исследования.

· 150 медицинских карт стационарных больных, находившихся на лечении в Луганском республиканском наркологическом диспансере в 2014-2016 г.г.

· 60 больных, находившихся на лечении в Луганском республиканском наркологическом диспансере в 2015-2016 г.г. (30 больных в 2015 г. и 30 больных в 2016 г.).

· «Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний» К.К. Яхина, Д.М. Менделевича.

· Статистические данные заболеваемости алкоголизмом, алкогольными психозами и наркоманиями за период с 2011 г. по 2016 г. по городам и районам Луганского региона, предоставленные ГУ «Луганский республиканский медицинский информационно-аналитический центр» ЛНР.

Результаты исследования и их обсуждение.

Исследован уровень наркологической заболеваемости в г. Луганске (1 группа), а также в городах и районах Луганского региона, которые были сгруппированы по принципу наименьшей или наибольшей приближенности к линии разграничения во время активных боевых действий в 2014-2016 г.г. (2 и 3 группа соответственно).

Определены такие показатели заболеваемости хроническим алкоголизмом (ХА), алкогольными психозами (АП) и наркоманиями (Н) за период с 2011 г. по 2016 г. в исследуемых группах.

Было установлено, какие факторы стали причиной сложившейся наркологической ситуации в этот период, а также степень влияния психологического состояния на уровень злоупотребления психоактивными веществами.

Основными факторами статистического снижения заболеваемости являются: употребление алкоголя в умеренных количествах для «снятия стресса», не требующее обращения за специализированной медицинской помощью; сложности в приобретении ПАВ; выезд за пределы региона в период активных боевых действий и последующий период.

Был проведен анализ невротических состояний, установлены показатели уровня невротической депрессии и тревоги.

На I месте находится показатель невротической депрессии.

На II месте – уровень тревоги.

В 2015 г. высокий уровень тревожности выявлен у 60% пациентов от общей выборки. Высокий уровень невротической депрессии характерен для 70% обследованных пациентов. В 2016 г. высокий уровень тревожности выявлен 66,7% пациентов. Высокий уровень невротической депрессии характерен для 83,3% обследованных пациентов.

Показатель невротической депрессии в 2015 г. и 2016 г. остается примерно на одном уровне, а показатель тревоги значительно ухудшился.

Выводы. Следует отметить, что состояние «максимального» стресса оказало существенное влияние на алкогольные проблемы жителей г. Луганска, а также городов и районов, находящихся в значительном приближении к линии разграничения.

На динамику заболеваемости наркоманией оказало существенное влияние резкое ограничение регулярной транспортировки наркотических средств в регион в целом.

Полученные результаты позволяют утверждать, что необходимо продолжить изучение влияния стрессовых факторов на динамику наркологической заболеваемости в регионе и разработать комплекс мер профилактики, одним из направлений которой должна быть борьба со стрессом и повышение стрессоустойчивости к неблагоприятным условиям жизни, а также выработка навыков принятия конструктивного решения в ситуации выбора и сложных социально-экономических условиях. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2017. — № 2 (38). — С. 5-11).

INFLUENCE OF STRESS FACTORS AND COMPLEX SOCIO-ECONOMIC CONDITIONS ON THE LEVEL OF ABUSE OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES

SO LPR «Luhansk State Medical University named after St. Luke»

Key words: alcoholism, alcoholic psychosis, drug addiction, stress factors, complex measures of counteraction.

Abuse of psychoactive substances by the population and an increase in the number of mental disorders represent a reaction to the whole range of unfavorable circumstances in which a person finds himself. In this regard, there is a need to study the influence of stress factors and complex socio-economic conditions on the level of substance abuse in order to further develop a plan of comprehensive measures to counteract alcohol and drug abuse, preventive measures aimed at improving the health of the population.

Research purpose. A study of the analysis of the narcological situation in the incidence of chronic alcoholism, alcoholic psychoses and drug addiction in the cities and districts of the Lugansk region over the past 6 years, as well as the establishment of cause and effect relationships that affect the dynamics of narcological morbidity, including the extent to which the psychological state affects the level of substance abuse.

Materials and methods.

- 150 medical records of inpatients who were on treatment at the Lugansk Republican Narcological Dispensary in 2014-2016.
- 60 patients treated at the Lugansk Republican Narcological Dispensary in 2015-2016. (30 patients in 2015 and 30 patients in 2016).
- «Clinical questionnaire for the detection and evaluation of neurotic states» K.K. Yakhina, D.M. Mendelevich.
- Statistical data on the incidence of alcoholism, alcoholic psychosis and drug addiction for the period from 2011 to 2016 for the cities and regions of Lugansk region, provided by the State Institution «Lugansk Republican Medical Information and Analytical Center» LPR

Results and discussion. The level of narcological morbidity in Lugansk (1 group), as well as in the cities and districts of the Lugansk region, which were grouped according to the principle of the least or the closest approximation to the line of delineation during active hostilities in 2014-2016, was investigated. (2 and 3 group respectively).

The incidence rates of chronic alcoholism (CA), alcoholic psychoses (AP) and drug addiction (DA) for the period from 2011 to 2016 in the study groups were determined.

There is a statistical decrease in the incidence of drug abuse in the period from 2013 to 2015, and in 2016 there is an increase in the incidence of CA, especially in the area of «maximum stress», i.e. in cities and areas that are significantly closer to the line of demarcation.

The incidence rate of AP in Lugansk and in cities and regions that are significantly closer to the line of demarcation fell by 2-3 times, and then doubled, but it remains below the pre-war level. In cities remote from the line of demarcation, by 2016 returned and even exceeded the pre-war level.

The incidence rate of DA in Lugansk and in cities and regions that are significantly closer to the line of demarcation increased slightly by 2016. In cities remote from the demarcation line, it decreased 2-fold and remained approximately at this level.

It was established which factors were the cause of the current narcological situation in this period, as well as the degree of influence of the psychological state on the level of abuse of psychoactive substances.

The main factors of the statistical decline in the incidence are: moderate consumption of alcohol for «stress management», which does not require the request for specialized medical assistance; Difficulties in purchasing surfactants; Departure outside the region during the period of active hostilities and the subsequent period.

An analysis of neurotic conditions was performed, and indicators of the level of neurotic depression and anxiety were established. The first place is the indicator of neurotic depression. In second place is the level of anxiety. In 2015, a high level of anxiety was detected in 60% of patients from the total sample. A high level of neurotic depression is typical for 70% of the patients examined. In 2016 a high level of anxiety revealed 66,7% of patients. A high level of neurotic depression is characteristic for 83,3% of the patients examined. The indicator of neurotic depression in 2015 and 2016 remains approximately at the same level, and the anxiety indicator has significantly worsened.

Conclusions. It should be noted that the state of «maximum» stress had a significant impact on the alcohol problems of residents of Lugansk, as well as cities and regions that are in significant proximity to the line of demarcation.

The dramatic reduction in the incidence of drug addiction was significantly influenced by the sharp restriction of the regular transportation of narcotic drugs to the region as a whole. The obtained results make it possible to assert that it is necessary to continue studying the influence of stress factors on the dynamics of narcological morbidity in the region and to develop a set of preventive measures, one of the directions of which should be to combat stress and increase stress resistance to unfavorable living conditions, as well as develop skills for making constructive decisions in a situation of choice and complex socio-economic conditions. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2017. — № 2 (38). — P. 5-11).

Литература

1. Поляков И.П. Уровень жизни: пейзаж после кризиса / И.П. Поляков // Политэкономия. — 2000. — № 13. — С. 7-15.
2. Щепин О.П. Общественное здоровье и здравоохранение / О.П.Щепин, В.А. Медик.— М.: ГЭОТАР-Медиа. — 2012. — 35с.
3. Величковский Б.Т. Социальный стресс, трудовая мотивация и здоровье / Б.Т. Величковский //Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. — 2005. — № 2 (40). — С. 27.
4. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология / В.Д.Менделевич. Учебное пособие. 6-е изд. — М.: Медпресс-

информ. — 2008. — С. 12-45.

5. Разводовский Ю.Е. Алкоголь и стресс / Ю.Е. Разводовский // Медицинские новости. — 2006. — №10. — С. 18-22.

6. Павловская Н.П. Совещание рабочей группы Европейского регионального бюро ВОЗ «Российская Федерация: политика в области алкоголя и наркотиков. Концепция и резолюция» (Москва, март 2003 г.) / Н.П. Павловская, В.Е. Пелипас, М.Г. Цетлин // Вопросы наркологии. — 2003. — № 3. — С. 15-21.

Поступила в редакцию 23.05.2017

УДК:616.895.8.-036.3/.8-037:159.9

*Жигулина И.В.¹, Абрамов В.Ал.², Левчук И.Н.¹, Кравцов Н.Н.¹, Осокор И.В.¹***ОСОБЕННОСТИ ИНТЕГРАЦИИ ИДЕНТИЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С РАЗЛИЧНОЙ ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ**Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького², Республиканская клиническая психиатрическая больница¹

Ключевые слова: идентичность, интеграция идентичности, профиль идентичности, психические расстройства

Понятие «психическое здоровье» является центральным понятием в современной профессиональной и, прежде всего, практической деятельности врача-психиатра. Модель психического здоровья выступает непосредственным «инструментом» для оценки состояния обратившегося за помощью человека, и от того какой видится профессионалам эта модель во многом будет определяться содержание и стратегия оказываемой им психиатрической помощи.

По мнению ВОЗ, к критериям психического здоровья относятся: 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 деятельности и ее результатам; соответствие психических реакций силе и частоте средовых воздействий, социальным обстоятельствам и ситуациям; способность самоуправления и планирования собственной жизнедеятельности, а также способность изменять способ поведения в зависимости от смены жизненных ситуаций и обстоятельств. В качестве системного понятия, интегрирующего перечисленные свойства личности, и являющегося интегративным критерием психического (личностного) здоровья, на наш взгляд, и в соответствии с критериями ВОЗ, может использоваться понятие идентичности, как динамическое, развивающееся, структурное, многоуровневое, сложноорганизованное, целостное, процессуальное образование, как процесс переживания человеком тождественности самому себе.

Личностная идентичность – это динамическая структура личности, обеспечивающая ее целостность за счет интеграции и синтеза ценностей, смыслов, отдельных идентификаций и ролей в разные периоды жизни человека. Под интеграцией понимается состояние и ведущий к нему процесс связывания отдельных частей в

упорядоченное, согласованное, устойчивое, иерархически организованное целое. Синтез означает порождение новой структуры, свойства и функции которой несводимы к свойствам и функциям ее частей [1].

Идентичность понимается как самоопределение личности, самоотождествление своих биологических, психических и социальных составляющих с собственным «Я». Элементами идентичности являются принятые человеком суждения относительно себя и своей жизни. Идентичность на личностном уровне есть определение себя в терминах личностных качеств, а на социально-психологическом уровне – определение себя в терминах групповых индивидуальных отношений [2].

Многие авторы отмечают трудности, возникающие в процессе операционализации понятия идентичность. Поэтому наибольшее применение находит статусная модель идентичности, предложенная Дж. Марсиа [3], который определил идентичность как «структуру эго – внутреннюю самосоздающуюся, динамическую организацию потребностей, способностей, убеждений и индивидуальной истории». Для операционализации понятия идентичности он выдвинул предположение, что данная гипотетическая структура проявляется феноменологически через наблюдаемые паттерны «решения проблем». Решение каждой, даже незначительной жизненной проблемы вносит определенный вклад в достижение идентичности. По мере принятия все более разнообразных решений относительно себя и своей жизни, развивается структура идентичности, повышается осознание своих сильных и слабых сторон, целенаправленности и осмысленности своей жизни [4].

Идентичность, являясь единицей переживания человеком своего «Я» как себе принадлежащего, выступает как одно из проявлений сохранения психической реальности, дает возмож-

ность выделить собственное «Я», его нетождественность «Другому». Выбор в качестве критерия психического здоровья идентичности как переживания своего «Я» не случайно, так как переживание как «...внутреннее отношение к тому или иному моменту действительности» является динамической единицей сознания, в которой «...основные свойства сознания даны как таковые», всякое переживание «...есть переживание чего-нибудь». Переживание есть основная единица для изучения личности и среды, так как «переживание и есть единица личности и среды» [5]. Таким образом, идентичность выступает как процесс и результат переживания внутренней действительности, своего «Я». Переживание характеризуется следующими признаками: через переживание мы можем представить единство личностных и средовых моментов; это внутреннее отношение человека к тому или иному моменту действительности; всякое переживание всегда есть переживание чего-нибудь; переживание индивидуально, так как оно показывает, чем в данный момент среды является для личности; переживание есть динамическая единица сознания [4].

Идентичность представляет собой непрерывный, изменяющийся поток переживаний личностью своей тождественности. Это динамическое, комплексное, внутреннее образование, которое в норме находится в процессе постоянного уточнения, построения образа своего «Я», вписанного в контекст внешней среды – мира и других людей, и представляет собой системное процессуальное единство. Функцией данного системного процесса, как уже указывалось, является уточнение, коррекция и самопостроение образа своего «Я», других людей и мира в целом. Результатом же этого процесса выступает определенная для данного момента «Я-концепция» и «концепция Другого», которые являются структурными компонентами системы «идентичность» [4].

Идентичность как динамическое свойство личности можно рассматривать как структуру и как функцию, как процесс и как результат. Структурно-динамический анализ идентичности предполагает наличие структурных компонентов и сложно интегрированных связей между ними. Структурность и целостность, динамичность и стабильность – таковы диалектические свойства идентичности. Только наличие одновременно этих противоречивых свойств дает возможность говорить о существовании подлинной идентичности [4].

Таким образом, идентичность («Я-концепция») – одна из концепций психологии, уделяющая особое внимание механизмам отражения личностью собственного «Я» [6].

Структура идентичности включает в себя когнитивный компонент (осознанная самоидентификация); аффективный компонент – отношение к себе и своему групповому членству и смысловой компонент – ценности и установки. Качественные характеристики этих компонентов оцениваются полярными признаками: дифференцированность – диффузность; целостность – фрагментарность; стабильность – динамичность; объективное восприятие Я – восприятие Я, не основанное на реальности; высоко развитые навыки саморегуляции – слабо развитые навыки саморегуляции [7].

Дифференцированность означает расчленение обобщенного, туманного психического опыта на некоторое число отчетливо определенных переживаний, что сообщает опыту в целом богатство и глубину. Из отдельных феноменов низкого уровня в результате такой дифференциации рождаются феномены более высокого уровня; смутная инстинктивная жизнь обогащается новым содержанием. Рост дифференциации приводит к большей ясности и осознанности. Неопределенные ощущения и чувства уступают место отчетливым мыслям [8].

Диффузная идентичность рассматривается как «ядерное» образование внутри пограничной личностной организации, которая обнаруживается, по преимуществу, при пограничных и нарциссических расстройствах личности как отсутствие связного и стабильного чувства собственной индивидуальной определенности [9].

Под целостностью идентичности О. Кернберг [10] подразумевает интегрированность отдельных элементов идентичности «Я» и объект репрезентаций. Хорошая интеграция «Я» и объект-репрезентаций, характерна для невротического уровня (самого высокого уровня функционирования в рамках психоанализа), и чем менее интегрировано «Я», тем более вероятно наличие пограничного и психотического уровня психического функционирования. Э. Джекобсон [11] считала критерием сформированности идентичности способность Я признавать всю целостность собственной психической организации (несмотря на ее возрастающую структурированность, дифференцированность и сложность) [4].

Стабильность идентичности проявляется, во-первых, в ощущении себя как личности неизменной, независимо от изменения ситуации, роли,

самовоспитания; во-вторых, в переживании своего прошлого, настоящего и будущего как единого целого; в-третьих, в ощущении связи между собственной непрерывностью и признанием этой непрерывности другими людьми. Исходя из этого, идентичность рассматривается как некая структура, состоящая из определенных элементов, переживаемая субъективно как чувство тождественности и непрерывности собственной личности при восприятии других людей, признающими это тождество и непрерывность [4].

Динамичность переживается как потенциальная изменчивость себя, своего Я, открытость новому опыту, как условие развития. Процесс развития идентичности Э. Эриксон [12] понимает как одновременно интеграцию и дифференциацию различных взаимосвязанных элементов (идентификаций). Для каждого человека эти элементы образуют уникальный гештальт. Всякий раз, когда возникают какие-либо изменения – биологические или социальные, – необходимы интегрирующая работа эго и переструктурирование элементов идентичности, так как разрушение структуры ведет к потере идентичности и связанным с этим негативным состоянием, вплоть до депрессии и самоубийства [4].

Развитие идентичности идет от неосознаваемой идентичности к осознаваемой. Осознаваемая идентичность предполагает наличие способности к рефлексии. Дж. Марсиа [3] также отмечает, что идентичность развивается на протяжении всей жизни человека. Он вводит различие двух путей достижения идентичности: 1) постепенное осознание некоторых данных о себе (имя, гражданство, наличие способностей и т. п.). Этот путь ведет к формированию присвоенной, или преждевременной, идентичности; 2) самостоятельное принятие человеком решений относительно того, каким ему быть. Этот путь ведет к формированию конструируемой или достигнутой, идентичности.

Таким образом, идентичность как функция –

динамичная, постоянно изменяющаяся субъективная реальность переживания своего «Я», как структура» – относительно стабильные во времени формообразования «Я-концепции» и «концепции Другого». Условием твердой здоровой идентичности является реализация ценностно-смысловой системы в деятельности. А. Маслоу [13] понимает открытие идентичности как «обнаружение истинных желаний и характеристик, а также способность жить так, чтобы они находили свое выражение». Если пациент определил, что именно несет смысл в его жизни, но по каким-то причинам, например, под давлением стигматизирующих обстоятельств, сопровождающих психические расстройства, возникает угроза идентичности, а при длительном воздействии – кризис, с утратой возможности поиска новых условий личностного существования, то его продуктивная деятельность существенно затрудняется [4].

Неотъемлемым компонентом расстройств психотического круга является искаженное, дефицитарное, дезинтегративное переживание себя или нарушение идентичности личности. Различными авторами отмечается качественное своеобразие «Я-концепции» больных шизофренией, в частности, заниженная и неадекватная самооценка, слабая структурированность образа «Я», искаженное отраженное «Я», нарушение границы собственного «Я», низкий уровень активности, слабая мотивация к социальным контактам [14,15].

Эти изменения «Я-концепции» или идентичности личности являются универсальным признаком, лежащим в основе разнообразных нарушений психосоциальной адаптации больных, их способности к адекватному функционированию, снижения качества жизни [16].

Целью настоящего исследования было определение особенностей интеграции и профиля идентичности личности у больных шизофренией с различной длительностью заболевания.

Материал и методы исследования

Нами было обследовано 76 больных шизофренией с различной длительностью заболевания, находящихся на стационарном лечении в РКПБ г. Донецка. По длительности заболевания больные распределились следующим образом: 5 пациентов страдают психическим расстройством менее года, 26 пациентов от 1 до 5 лет, 45 пациентов свыше 5 лет.

Для оценки уровня интеграции и профиля идентичности нами использовался оригиналь-

ный опросник определения уровня интеграции и профиля идентичности (В.А. Абрамов, 2011). Опросник включает в себя 46 суждений, которые предлагается прочесть и оценить испытуемым по критериям: «Правильно», «Сомневаюсь», «Неправильно». Ответы испытуемых оцениваются следующим образом: правильно – 2 балла, сомневаюсь – 1 балл, не правильно – 0 баллов. Опросник позволяет выявить у испытуемого один из трех возможных уровней

интеграции идентичности: 1) целостный уровень; 2) диффузно-фрагментарный уровень; 3) уровень спутанности или кризис идентичности личности.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием лицензионного пакета статистического анализа «Statistica 12.6» (StatSoft) на IBM PC/AT.

Результаты исследования и их обсуждение

Таблица 1

Уровень интеграции идентичности у больных шизофренией в зависимости от длительности болезни

Уровень интеграции идентичности	Длительность заболевания до 1 года (n=5)		Длительность заболевания от 1 до 5-ти лет (n=26)		Длительность заболевания свыше 5-ти лет (n=45)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Целостно-дифференцированный	3	60,0*	2	7,7*/**	2	4,4**
Диффузно-фрагментарный (диссоциированный)	2	40,0*	13	50,0*/**	15	33,3**
Спутанный (отчуждение, кризис идентичности)	-	-	11	42,3**	28	62,3**

Примечание: */** - $p \leq 0,05$

Анализируя полученные результаты, нами было выявлено, что у 3 (60,0%) больных шизофренией с длительностью заболевания менее года определяется целостно-дифференцированный уровень интеграции идентичности. Высокая степень дифференцированности предполагает осознание и выделение личных сторон и качеств своего «Я». Целостность означает переживание внутреннего единства, несмотря на кажущуюся разновидность качеств «Я». Целостность образа «Я» зависит от особенностей осознания рефлексии себя: чем выше уровень рефлексии себя, чем шире и богаче то содержание, с позиций которого человек осуществляет рефлексии себя, тем устойчивее его «Я», тем сохраннее целостность личности. Таким образом, «целостно-рефлексивное Я», как переживание человеком своей уникальности и бесконечности, своего тождества с миром представляет собой стержень целостности личности. Функционирование на этом, самом высоком, уровне интеграции является для больных с заболеваниями психотического регистра недоступным, что свидетельствует об искаженной, дефицитарной структуре их системы идентичности.

Целостно-дифференцированный уровень интеграции идентичности отражает наличие балан-

са динамичности-статичности, а также высокий уровень дифференцированности и целостности.

У 2 (40,0%) пациентов данной группы был выявлен диффузно-фрагментарный уровень идентичности. Больным с таким статусом идентичности свойственно дисгармоничное функционирование смысловых, когнитивных и поведенческих структур личности, в частности: фрагментарность и противоречивость представлений о себе, о качествах «Я», выраженность иррациональных установок, ослабление способности тестировать реальность, низкой оценкой себя с точки зрения соответствия социальным нормативам, недостаточный уровень самопрятия, эмпатии и контроля за внешними проявлениями эмоций, межличностная конфликтность, низкая мотивация социального одобрения. Больные используют незрелые формы психологической защиты: изоляция, отрицание, обесценивание, ипохондрия, пассивно-агрессивное поведение, однако способность ощущать реальность сохраняется.

При таком статусе идентичности характерны отсутствие обязательств, целей, ценностей и убеждений, холодные, дистанцированные отношения с окружающими, не предпринимаются активные попытки к их восстановлению. При

отсутствии ясного чувства идентичности, больные переживают ряд негативных состояний, включая пессимизм, апатию, отчуждение, элементы беспомощности и безнадежности, отсутствие понимания своих чувств и желаний.

Диффузно-фрагментарная идентичность – отражает отсутствие связного и стабильного чувства собственной индивидуальной определенности.

Кризис идентичности не определялся ни у одного из больных этой группы.

У больных с длительностью заболевания от 1 до 5 лет показатели уровня интеграции идентичности личности были следующими: у 2 (7,7%) пациентов определялся целостно-дифференцированный уровень интеграции идентичности, у 13 (50,0%) больных – диффузно-фрагментарный и у 11 (42,3%) обследованных был выявлен кризис идентичности. Кризис личностной идентичности характеризуется разрывом связи, нарушением непрерывности переживания «прошлое – настоящее – будущее», которое является одним из его обязательных индикаторов. Больному, переживающему кризис идентичности сложно понять, что он хочет, определить, что в сложившейся ситуации для него ценно, какой профессиональной, личностной или мировоззренческой линии следовать. Поэтому он старается избегать принятия решений. Нарушаются ценностные переживания: больной перестает ощущать многообразие и разносторонность жизни, ее осмысленность. Переживание красоты порождает негативные эмоции, страх поделиться со значимым другим из-за боязни быть непонятым. Больной перестает доверять своим чувствам о мире, о нем самом, о том, что он воспринимает, проживает и делает. Собственное состояние воспринимается как усталость, отсутствие сил и энергии.

Для больных с данным уровнем интеграции идентичности характерна потеря чувства самого себя, невозможность приспособиться к собственной роли в сложившейся в результате болезни ситуации, ощущение потери контроля над собственной жизнью, дезинтеграцией самости.

Для больных шизофренией с длительностью заболевания более 5 лет результаты распределились следующим образом: у 2 (4,4%) больных определялся целостно-дифференцированный уровень интеграции идентичности, у 15 (33,3%) пациентов – диффузно-фрагментарный и у 28 (62,3%) – кризис идентичности.

Анализируя полученные результаты, можно

утверждать о наличии тенденции к нарастанию количества больных шизофренией с диффузно-фрагментарным и спутанным уровнем идентичности личности при увеличении длительности заболевания. Статистически установлены ($p < 0,05$) значимые различия в показателях уровня интеграции идентичности личности у больных шизофренией с длительностью заболевания до 1 года и у пациентов с длительностью заболевания от 1 до 5 лет. Преобладание у больных, страдающих шизофренией от 1 до 5 лет, диффузно-фрагментарного уровня интеграции идентичности (50,0%) и кризиса идентичности (42,3%) свидетельствует о том, что уже к первому году «жизни с болезнью», у пациента, в силу воздействия ряда факторов, формируется деструкция своего внутреннего «Я», в корне меняющая представления пациента о себе. Это проявляется деидентификацией пациента с собой прежним, идентификацией себя с психически-больным, что является глубинным личностным содержанием самостигматизации пациента.

Сравнивая показатели больных с длительностью заболевания от 1 года до 5 лет и больных с длительностью заболевания свыше 5 лет, можно увидеть четкую тенденцию к увеличению количества больных с кризисом идентичности (62,3%) в группе больных страдающих шизофренией более 5 лет, в сравнении с больными страдающими шизофренией до 5 лет (42,3%), и тенденцию к снижению, при этом, количества больных с диффузно-фрагментарным уровнем интеграции идентичности: 50,0% в группе с длительностью заболевания от 1 до 5 лет против 33,3% в группе больных с длительностью заболевания свыше 5 лет. Данные статистически значимые различия ($p \leq 0,05$), лишней раз подтверждают тот факт, что нарушение интеграции идентичности личности больных шизофренией непосредственно зависит от длительности заболевания.

Резюмируя все вышесказанное, можно сделать вывод, что спустя достаточно небольшой период времени, с момента начала заболевания, у большинства больных происходит негативная трансформация идентичности, являющаяся сущностью процесса самостигматизации и приводящая к дезинтеграции самости пациента. Происходит распад целостности ценностно-смысловой структуры личности, искажение чувства времени и смысла жизни. Повидимому, такого рода изменения личности являются основой клинической идентификации так называемого дефекта личности у больных с шизофренией.

ОСОБЕННОСТИ ИНТЕГРАЦИИ ИДЕНТИЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С РАЗЛИЧНОЙ ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького², Республиканская клиническая психиатрическая больница¹

Ключевые слова: идентичность, интеграция идентичности, профиль идентичности, психические расстройства

Неотъемлемым компонентом расстройств психотического круга является искаженное, дефицитарное, дезинтегративное переживание себя или нарушение идентичности личности. Различными авторами отмечается качественное своеобразие «Я-концепции» больных шизофренией, в частности, заниженная и неадекватная самооценка, слабая структурированность образа «Я», искаженное отраженное «Я», нарушение границы собственного «Я», низкий уровень активности, слабая мотивация к социальным контактам.

Обследовано 76 больных шизофренией с различной длительностью заболевания, находящихся на стационарном лечении в Республиканской клинической психиатрической больнице г. Донецка. По длительности заболевания больные распределились следующим образом: 5 пациентов страдают психическим расстройством менее года, 26 пациентов от 1 до 5 лет, 45 пациентов свыше 5 лет.

Нарушение интеграции идентичности личности больных шизофренией напрямую зависит от длительности заболевания. Спустя достаточно небольшой период времени, с момента начала заболевания, у большинства больных происходит негативная трансформация идентичности, являющаяся сущностью процесса самостигматизации и приводящая к дезинтеграции самости пациента. Происходит распад целостности ценностно-смысловой структуры личности, искажение чувства времени и смысла жизни. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2017. — № 2 (38). — С. 12-17).

Zhigulina I.V.¹, Abramov V.A.², Levchuk I.N.¹, Kravtsov N.N.¹, Osocor I.V.¹

FEATURES OF INTEGRATION OF IDENTITY IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA WITH VARIOUS DURATION OF DISEASE

Donetsk State Medical University. M.Gorkogo², Republican Clinical Psychiatric Hospital¹

Keywords: identity, identity integration, identity profile, mental disorders

An inherent component of psychotic disorders is a distorted, deficit, disintegrating experience of self or a violation of the identity of the individual. Various authors note the qualitative uniqueness of the "I-concept" of schizophrenic patients, in particular, the understated and inadequate self-esteem, the poor structuredness of the self image, the distorted reflected self, the violation of the self's boundaries, low level of activity, weak motivation for social contacts.

A total of 76 patients with schizophrenia with different duration of the disease were examined at inpatient treatment at the Republican Clinical Psychiatric Hospital in Donetsk. For the duration of the disease, the patients were distributed as follows: 5 patients suffer from a mental disorder of less than a year, 26 patients from 1 to 5 years, 45 patients over 5 years.

The violation of the integration of the identity of individuals with schizophrenia directly depends on the duration of the disease. After a short period of time, from the moment of onset of the disease, in most patients a negative transformation of identity takes place, which is the essence of the process of self-stigmatization and leads to disintegration of the patient's self. There is a disintegration of the integrity of the value-semantic structure of the personality, a distortion of the sense of time and meaning of life. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2017. — № 2 (38). — P. 12-17).

Литература

1. Овчинникова Ю.Г. О конструктивной роли кризиса личностной идентичности в развитии личности / Ю.Г. Овчинникова // Мир психологии: научно-методический журнал. — № 2 (38). — М; Воронеж: Московский психолого-социальный институт РАО, 2004. — Сс. 124-132
2. Дмитриева Н.В. Психологические факторы трансформации идентичности личности / Н.В. Дмитриева // Дис. доктора психологических наук. — Новосибирск, 1999. — 361 с.
3. Marcia J.E. Identity in adolescence // Adelson J. (ed.) Handbook of adolescent psychology. N.Y.: John Wiley, 1980
4. Абрамов В. А. Личностно-ориентированная психиатрия ценностно-гуманистические подходы к оказанию психиатрической помощи / В.А. Абрамов, О.И. Осокина, Г.Г. Путькин // Монография. — Донецк: «Каштан», 2014. — 296с.
5. Выготский Л.С. Психология / Л.С. Выготский. — М.: Апрель Пресс, 2000. — 1008 с.
6. Малейчук Г.И. Идентичность ранней юности. Клинико-феноменологический подход / Г.И. Малейчук // Монография.- Брест: Бр.ГУ им. А.С. Пушкина, 2001.
7. Соколова Е. Т. Связь феномена диффузной гендерной идентичности с когнитивным стилем личности / Е.Т. Соколова, Н.С. Бурлакова, Ф. Лэониту // Вопр. психол. 2002.
8. Ясперс К. Избр. труды по общей психопатологии. Т.1—2, М., 1996. № 3.
9. Соколова Е.Т. Изучение личностных особенностей и самосознания при пограничных личностных расстройствах / Е.Т. Соколова, В.В. Николаева // Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. — М.: Аргус, 1995. — С. 27 — 206.
10. Кернберг О. Тяжелые личностные расстройства. Стратегия психотерапии / О. Кернберг. — М.: Независимая фирма «Класс», 2001.
11. Jacobson, E. The self and the object world / E. Jacobson. — N.Y. : Inter. Univ. Press, 1964.
12. Эриксон, Э. Идентичность: юность и кризис / Э. Эриксон. — М. : Прогресс, 1996. — 344 с.
13. Маслоу А. Мотивация и личность / А. Маслоу. — СПб.: Евразия, 1999. — 479 с.
14. Вид В.Д. Бригадный подход в современной психиатрической клинике и его функциональное структурирование / В.Д. Вид // Социальная и клиническая психиатрия. — М., 1995. — Т. 5, №6. — С. 102 — 105.
15. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных / М.М. Кабанов. — Л., 1978. — 233 с.
16. Толпина И.А. Динамика идентичности при психотических расстройствах / И.А. Толпина // Дис. канд. психол. наук. — М., 2009. — 281 с.

Поступила в редакцию 06.04.2017

УДК 159.9:378.147:61-057.875

*Голоденко О.Н., Абрамов А.В., Соловьева М.А.***ИЗУЧЕНИЕ САМОРЕГУЛЯЦИИ В СТРУКТУРЕ УЧЕБНО-ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ КОМПЕТЕНЦИИ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА В ХОДЕ УЧЕБНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА**

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: саморегуляция, ключевые компетенции, личностный потенциал, студенты медицинского университета

Компетентностные специалисты, это не только «знающие» молодые люди, но и «умеющие». Иначе говоря, люди не только владеющие информацией как таковой освоенной в процессе обучения, но и обладающие особыми образовательными ресурсами – компетенциями.

Учебно-познавательную компетенцию, выделяют как ключевую компетенцию, направленную на приращение знаний, освоение методов познавательной деятельности, развитие определенных умений и навыков в образовательной деятельности, развитие творческого мышления и самостоятельности в учебной деятельности.

В последнее время понятие «компетентность», «компетенция» все чаще появляются на страницах педагогических изданий, посвященных школьному, вузовскому, последиplomному образованию. В переводе с латинского – *competentia* – означает круг вопросов, в которых человек хорошо осведомлен, обладает познаниями и опытом. Компетентный в определенной области человек обладает соответствующими знаниями и способностями, позволяющими ему обоснованно судить об этой области и эффективно действовать в ней.

Компетентность – совокупность личностных качеств студентов (ценностно-смысловых ориентаций, знаний, умений, навыков, способностей), обусловленных опытом его деятельности в определенной социально и личностно-значимой сфере служебного этикета [1].

Выделяют: ключевые компетенции, управленческие и профессиональные. По мнению современных педагогов, само приобретение жизненно важных или ключевых компетентностей даёт человеку не только возможность ориентироваться в современном обществе, а и формирует способность личности быстро реагировать на запросы времени [2].

Ключевые компетенции необходимы для эффективного участия граждан в социальной и эко-

номической жизни. Эти компетенции важны для всех граждан и определяют основу обучения в течение всей жизни. Они начинают формироваться на самых ранних этапах жизни человека и постепенно содержательно усложняются, углубляются или расширяются. Они охватывают несколько основных категорий: традиционные базовые умения, интеллектуальные, социальные и межличностные, предпринимательские.

Важно подчеркнуть, что учебно-познавательная компетентность предполагают автономное обучение, основанное на решении проблем в реальной ситуации трудовой деятельности (или в ситуациях, приближенных к реальной трудовой ситуации или имитирующих ее). Для развития компетентностного потенциала требуется использование в образовательном процессе интерактивных методов обучения. Интерактивная модель обучения, это наиболее современная модель активного обучения, предусматривающая взаимодействие между всеми участниками образовательного процесса.

Модернизация образования на компетентностной основе должна отразить такой вид содержания образования, который не сводится к знаниево-ориентировочному компоненту, а предполагает целостный опыт решения жизненных проблем, выполнения ключевых функций, социальных ролей, компетенций. Разумеется, предметное знание при этом не исчезает из структуры образованности, а выполняет в ней подчиненную, ориентировочную роль. Компетентностный подход выдвигает на первое место не информированность учащегося, а умение разрешать возникающие проблемы. Такое обучение отличается от того, где необходимо «запомнить и ответить», где есть готовая формула, в которую надо только подставить значение. Необходимо осознать постановку самой задачи, оценить новый опыт, контролировать эффективность собственных действий.

Созданием информационных условий для получения целостного представления о состоянии формирования системы профессиональной компетентности, о качественных и количественных изменениях в ней может выступать педагогический мониторинг. Педагогический мониторинг является объединяющим началом социологического, психологического и управленческого мониторинга с целью получения целостного представления о личности обучающегося. Такой комплексный подход к изучению личности учащегося направлен, прежде всего, на осмысление реальных учебных возможностей: степени обученности, обучаемости, познавательных и личностных интересов, мотивов учения, а также на установление дидактических причин слабой успеваемости, степени удовлетворенности учащихся и педагогов образовательным процессом, эмоционального состояния обучающихся, характера взаимоотношений. Личностные компетенции отражают интегральные свойства человека, связанные с тем, как он строит отношения с другими людьми, как ставит перед собой цели, как решает задачи и обращается с информацией, и какой уровень саморегуляции ему доступен.

В настоящей работе предметом исследования явился один из кластеров учебно-познавательной компетенции – саморегуляция.

Саморегуляция или личная эффективность, с точки зрения компетентного подхода, включает в себя: адекватную самооценку; самоконтроль в стрессовых ситуациях; тайм-менеджмент; гибкость перед лицом меняющихся обстоятельств, в ситуации изменений; умение принимать ответственность; способность уверенно выражать собственное мнение и противостоять групповому давлению; умение извлекать из ошибок опыт, способность видеть и понимать разные точки зрения [3].

Саморегуляцию следует считать одним из ключевых системообразующих признаков личности. Саморегуляция – это системная характеристика, отражающая субъективную природу личности, ее способность к устойчивому функционированию в различных условиях жизнедеятельности, к произвольной регуляции личностью параметров своего функционирования (состоя-

ния, поведения, деятельности, взаимодействия с окружением), которые оцениваются ею как желаемые; настройка человеком самого себя, своего внутреннего мира с целью адаптации [4].

Саморегуляция базируется на совокупности закономерностей функционирования психики и их многочисленных следствиях, известных в виде психологических эффектов. Сюда можно отнести [5]:

- активизирующую роль мотивационной сферы, порождающей деятельность (в широком смысле слова) индивида, направленную на изменение своих характеристик;
- управляющий эффект психического образа, произвольно или непроизвольно возникающего в сознании индивида;
- структурное и функциональное единство (системность) всех психических познавательных процессов, обеспечивающих эффект воздействия индивида на собственную психику;
- единство и взаимообусловленность сфер сознания и бессознательного как объектов, через которые индивид реализует регулирующие воздействия на себя;
- функциональную взаимосвязь эмоционально-волевой сферы личности и ее телесного опыта, речи и мыслительных процессов.

Саморегуляция позволяет человеку меняться в соответствии с изменением обстоятельств внешнего мира и условий его жизни, поддерживает необходимую для деятельности человека психическую активность, обеспечивает сознательную организацию и коррекцию его действий [6, 7].

Саморегуляция – это раскрытие резервных возможностей человека, а, следовательно, развитие потенциала личности или компетентного потенциала. Применение приемов саморегуляции предполагает активное волевое участие и, как следствие, является условием формирования сильной, ответственной личности [8].

Цель исследования: изучение саморегуляции в структуре учебно-познавательной компетенции у студентов медицинского университета, и оценка влияния интерактивных методов обучения на оптимизацию компетентного потенциала.

Материал и методы исследования

В исследовании приняли участие 47 студентов IV курса Донецкого национального медицинского университета им. М.Горького. Среди них: 29 человек женского пола и 18 человек - мужского, средний возраст - 22 ± 3 года. Учитывался

средний уровень образования: до 4.0 баллов – 30 человек, 4.0 балла и выше – 17 человек. Студенты изучающие специальность «Лечебное дело» составили 27 человек, специальность «Педиатрия» - 20 человек.

Для оценки саморегуляции у данного контингента была выбрана многошкальная опросная методика В.И. Моросановой «Стиль саморегуляции поведения» (ССПМ) [9], позволяющая диагностировать степень развития осознанной саморегуляции и ее индивидуальные профили (гармоничный и акцентуированный), компонентами которых являются частные регуляторные процессы. Методика создана в Психологическом институте РАО в лаборатории психологии саморегуляции, пригодна для научных исследований различных аспектов индивидуальной саморегуляции, в том числе и в высших учебных заведениях. Результаты данной методики позволяют построить профиль саморегуляции и дать соответствующую психологическую характеристику. Опросник ССПМ состоит из 46 утверждений и работает как единая шкала, которая характеризует общий уровень сформированности индивидуальной системы осознанной саморегуляции произвольной активности человека. Утверждения опросника входят в состав шести шкал (по 9 утверждений в каждой), выделенных в соответствии с основными регуляторными процессами планирования целей, моделирования значимых для достижения целей условий, программирования действий, оценивания результатов, а также и регуляторно-личностными свойствами: гибкости и самостоятельности.

Единая шкала «Общий уровень саморегуляции» (ОУ) оценивает общий уровень сформированности индивидуальной системы осознанной саморегуляции произвольной активности человека.

Шкала «Планирование» (Пл) характеризует

индивидуальные особенности выдвижения и удержания целей, сформированность у человека осознанного планирования деятельности. Шкала «Моделирование» (М) позволяет диагностировать индивидуальную развитость представлений о внешних и внутренних значимых условиях, степень их осознанности, детализированности и адекватности. Шкала «Программирование» (Пр) диагностирует индивидуальную развитость осознанного программирования человеком своих действий. Шкала «Оценивание результатов» (Ор) характеризует индивидуальную развитость и адекватность оценки испытуемым себя и результатов своей деятельности и поведения. Шкала «Гибкость» (Г) диагностирует уровень сформированности регуляторной гибкости, то есть способности перестраивать, вносить коррективы в систему саморегуляции при изменении внешних и внутренних условий. Шкала «Самостоятельность» (С) характеризует развитость регуляторной автономности.

Уровень саморегуляции студентов оценивался на момент начала обучения (I этап) на кафедре психиатрии, наркологии и медицинской психологии и на момент завершения обучения на кафедре (II этап). Во время обучения использовались интерактивные образовательные технологии: учебные групповые дискуссии, case-study, деловые (ролевые) игры, «мозговой штурм».

Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с использованием пакета прикладных статистических программ «Statistica 6.0» и электронных таблиц Microsoft Excel 2003.

Результаты исследований и их обсуждение

На I этапе исследования были получены следующие данные: ОУ – 30,1 балла (65%), Пл – 6,3 балла (70%), М – 4,6 баллов (51%), Пр – 6,0 баллов (67%), Ор – 5,8 баллов (64%), Г – 6,1 балла (68%), С – 5,0 баллов (55%). Все показатели соответствуют средним значениям по единой шкале «Общий уровень саморегуляции» и всем шкалам опросника ССПМ.

На II этапе, также были получены средние значения по всей выборке и всем шкалам опросника: ОУ – 30,4 балла (66%), Пл – 6,4 балла (71%), М – 5,0 баллов (56%), Пр – 5,9 баллов (66%), Ор – 5,9 баллов (66%), Г – 6,1 балла (68%), С – 4,9 баллов (54%). Как видно из таблицы 1 достоверных различий выявлено не было, но четко прослеживается тенденция к повышению уровню саморегуляции. Такие показатели сви-

детельствуют о достаточной эффективности выполнения самых разных видов деятельности, способствуют выработке гармоничного поведения, на его основе развивается способность управлять собой сообразно реализации поставленной цели, направлять свое поведение в соответствии с требованиями жизни и учебными задачами.

В таблице 2 подробно представлены результаты II этапа исследования: средние значения уровня сформированности системы саморегуляции по подгруппам (гендерным, среднему баллу зачетной книжки, изучаемым специальностям). Все показатели указывают на средний уровень выраженности ОУ и по всем шкалам. Проведя статистический анализ, были выявлены достоверные различия.

Таблица 1

Общий уровень саморегуляции и показатели по шкалам опросника ССПМ у студентов IV курса медицинского университета в начале (I этап) и в конце (II этап) обучения, при использовании интерактивных образовательных технологий

Общий уровень саморегуляции и шкалы опросника	I этап исследования	II этап исследования
Общий уровень	30,1 балла (65%)	30,4 балла (66%)
Шкала Планирования	6,3 балла (70%)	6,4 балла (71%)
Шкала Моделирования	4,6 баллов (51%)	5,0 баллов (56%)
Шкала Программирования	6,0 баллов (67%)	5,9 баллов (66%)
Шкала Оценки результатов	5,8 баллов (64%)	5,9 баллов (66%)
Шкала Гибкости	6,1 балла (68%)	6,1 балла (68%)
Шкала Самостоятельности	5,0 баллов (55%)	5,0 баллов (55%)

Таблица 2

Средние значения уровня сформированности системы саморегуляции у студентов IV курса медицинского университета в подгруппах по гендерным различиям, среднему уровню зачетной книжки и изучаемым специальностям полученные на II этапе исследования

Общий уровень саморегуляции и шкалы опросника	Подгруппа гендерная		Подгруппа по среднему баллу зачетной книжки		Подгруппа по изучаемым специальностям	
	Ж	М	< 4,0 балла	≥ 4,0 балла	Лечебное дело	Педиатрия
Общий уровень	30,6	30,1	30,1	30,8	28,8*	32,5
Шкала Планирования	6,2	6,8	6,7	6,1	6,2	6,8
Шкала Моделирования	4,9	5,0	4,9	5,1	5,0	4,9
Шкала Программирования	6,2	5,4*	5,8	6,1	5,9	6,0
Шкала Оценки результатов	6,3	5,3*	5,6*	6,4	5,9	5,9
Шкала Гибкости	6,2	6,0	6,3	5,8	6,0	6,3
Шкала Самостоятельности	5,1	4,8	5,2	4,4*	4,5*	5,5

Примечание: * - различия между показателями статистически достоверны ($p \leq 0,05$).

В гендерных подгруппах в шкалах Программирования и Оценки результатов достоверно более низкие показатели наблюдались у студентов мужского пола ($p \leq 0,05$), что может свидетельствовать о преобладании импульсивности в их действиях, склонности действовать путем проб и ошибок, некоторого снижения в самостоятельности при формировании программы действий, при этом сталкиваясь с неадекватностью полученных результатов целям деятельности, имеют некоторое снижение в стремлении вносить изменения в программу действий, не замечать своих ошибок и недостаточно критично относиться к своим действиям, что ведет к резкому ухудшению качества результатов при увеличении объема работы или возникновении вне-

шних трудностей. Для студентов женского пола более характерна сформированность потребности продумывать способы своих действий и поведения для достижения намеченных целей; при разработке программ действий наблюдается более выраженная самостоятельность, они гибко изменяются в новых обстоятельствах и устойчивы к ситуации помех; более развита самооценка, они адекватно оценивают как сам факт рассогласования полученных результатов с целью деятельности, так и приведшие к нему причины, гибко адаптируясь к изменению условий.

Студенты со средним баллом зачетной книжке «<4,0» имели достоверно более низкие результаты по шкале Оценки результатов и достоверно более высокие по шкале Самостоятельности

($p \leq 0,05$) по сравнению со студентами со средним баллом « $\geq 4,0$ ». Эти данные можно охарактеризовать так, что на фоне склонности не замечать своих ошибок и недостаточно критичного отношения к своим действиям (что ведет к резкому ухудшению качества результатов при увеличении объема работы или возникновении внешних трудностей) они имеют более высокую автономность в организации своей активности, к самостоятельности планирования деятельности и поведения. Студенты же со средним баллом « $\geq 4,0$ » на фоне более развитой самооценки и адекватности оценивания результатов своей деятельности имеют некоторое снижение регуляторной автономности.

Достоверные различия также были получены в подгруппах студентов, обучающихся по специальности «Лечебное дело» и «Педиатрия». Студенты, обучающиеся по специальности «Лечебное дело», имели достоверно низкие результаты по Общему уровню саморегуляции и по шкале Самостоятельности ($p \leq 0,05$). Хотя ОУ, как мы уже уточняли выше, и находится в средних пределах, однако данная подгруппа студентов уступает студентам, обучающимся по специальности «Педиатрия» в достаточной сформированности регуляторной автономности, потребности в осознанном планировании и программировании своего поведения, они более зависимы от ситуации и мнения окружающих людей; у них несколько снижена возможность компенсации неблагоприятных для достижения поставленной цели личностных особенностей, что может стать следствием недостаточной успешности при овладении новыми видами деятельности.

Выводы.

Данное исследование дало возможность построить общий профиль саморегуляции, как одной из составляющих личностного потенциала, в структуре ключевых компетенций у сту-

дентов 4 курса медицинского университета (использовались данные II этапа исследования). Практически все компоненты саморегуляции имели относительно ровную развитость и диагностируются как гармоничный регуляторный профиль со средним уровнем общей саморегуляции. Такой профиль включает в свою структуру высокоразвитые и взаимосвязанные стилевые особенности регуляторики и является предпосылкой высоких достижений, не зависимо от личностного типа, при условии высокой мотивации к достижению успеха. Студенты женского пола имеют достоверно более высокую индивидуальную развитость, необходимую для достижения поставленных целей, адекватность оценивания себя и результатов своей деятельности и поведения. Студенты имеющие средний балл зачетной книжки « $\geq 4,0$ », также имеют лучшую характеристику индивидуальной развитости для достижения поставленных целей и адекватности оценивания себя и результатов своей деятельности и поведения, на фоне некоторого снижения регуляторной автономности. Студенты, обучающиеся по специальности «Педиатрия», характеризуются большей самостоятельностью, ответственностью и успешностью при овладении новыми видами деятельности.

Исследование показало, что при использовании интерактивных образовательных технологий наблюдается тенденция к повышению процессов саморегуляции, что подтверждает теорию компетентностного потенциала. Для оптимизации имеющихся ключевых компетенций и развития личностного/компетентностного потенциала, при организации учебно-познавательной деятельности студентов, в педагогическом процессе необходимо активно внедрять и расширять область использования интерактивных методов обучения и интерактивных образовательных технологий.

ИЗУЧЕНИЕ САМОРЕГУЛЯЦИИ В СТРУКТУРЕ УЧЕБНО-ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ КОМПЕТЕНЦИИ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА В ХОДЕ УЧЕБНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: саморегуляция, ключевые компетенции, личностный потенциал, студенты медицинского университета. Модернизация образования на компетентностной основе должна отразить такой вид содержания образования, который не сводится к знаниево-ориентировочному компоненту, а предполагает целостный опыт решения жизненных проблем, выполнения ключевых функций, социальных ролей, компетенций.

В работе особое внимание уделено изучению одного из кластеров учебно-познавательной компетенции – саморегуляции и ее динамики в ходе учебно-образовательного процесса при использовании интерактивных образовательных технологий.

В статье представлены результаты исследования саморегуляции у 47 студентов IV курса Донецкого национального медицинского университета им. М.Горького, и составлен общий регуляторный профиль изучаемого контингента. Средние значения по всей выборке соответствуют средним значениям по единой шкале «Общий уровень саморегуляции» и всем шкалам опросника. Эти данные свидетельствуют о достаточной эффективности выполнения самых разных видов деятельности, способствуют выработке гармоничного поведения, на его основе развивается способность управлять собой сообразно реализации поставленной цели, направлять свое поведение в соответствии с требованиями жизни и учебными задачами. В гендерных подгруппах в шкалах Программирования и Оценки результатов достоверно ниже показатели наблюдались у студентов мужского пола. Студенты со средним баллом по зачетной книжке «<4,0» имели достоверно ниже результат по шкале Оценки результатов и достоверно выше по шкале Самостоятельности. Достоверные различия также были получены в подгруппах студентов с изучением различных специальностей. Студенты изучающие специальность «Лечебное дело» имели достоверно низкие результаты по Общему уровню саморегуляции и по шкале Самостоятельности. Практически все компоненты саморегуляции имели относительно ровную развитость и диагностируются как Гармоничный регуляторный профиль со средним уровнем общей регуляции. Такой профиль включает в свою структуру высокоразвитые и взаимосвязанные стилевые особенности регуляторики и является предпосылкой высоких достижений, не зависимо от личностного типа, при условии высокой мотивации к достижению успеха. Исследование показало, что при использовании интерактивных образовательных технологий наблюдается тенденция к повышению процессов саморегуляции, что подтверждает теорию компетентностного потенциала. Для оптимизации имеющихся ключевых компетенций и развития личностного потенциала, при организации учебно-познавательной деятельности студентов, в педагогическом процессе необходимо активно внедрять и расширять область использования интерактивных методов обучения. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2017. — № 2 (38). — С. 18-24).

Golodenko O.N., Abramov A.V., Solovyova M.A.

THE STUDY OF SELF-REGULATION IN THE STRUCTURE OF EDUCATIONAL AND COGNITIVE COMPETENCE AMONG STUDENTS OF A MEDICAL UNIVERSITY DURING THE EDUCATIONAL PROCESS

Donetsk National Medical University named after M. Gorkiy

Key words: self-regulation, key competencies, personal potential, students of medical university.

Modernization of education on a competent basis should reflect such a kind of educational content that does not boil down to a knowledge-orienting component, but involves a holistic experience in solving life problems, fulfilling key functions, social roles, competencies.

In the work special attention is paid to the study of one of the clusters of educational and cognitive competence - self-regulation and its dynamics during the educational process with the use of interactive educational technologies.

The article presents the results of a study of self-regulation in 47 students of the fourth year of the Donetsk National Medical University, and the general regulatory profile of the contingent studied. The mean values for the whole sample correspond to the average values for a single scale "General level of self-regulation" and all scales of the questionnaire. These data testify to the sufficient effectiveness of carrying out various types of activities, contribute to the development of harmonious behavior, on its basis develops the ability to manage oneself in accordance with the realization of the stated goal, direct their behavior in accordance with the requirements of life and educational tasks. In gender subgroups in the Programming and Evaluation scales, significantly lower rates were observed in male students. Students with an average score of "<4.0" had a significantly lower score on the score scale and significantly higher on the scale of Autonomy. Significant differences were also obtained in the subgroups of students with the study of various specialties. Students studying the specialty "Medical business" had significantly low results in the General level of self-regulation and on the scale of Independence. Virtually all components of self-regulation had a relatively even development and are diagnosed as a Harmonious regulatory profile with an average level of general regulation. Such a profile includes in its structure highly developed and interrelated style features of the regulator and is a prerequisite for high achievements, regardless of the personal type, provided high motivation to achieve success. The study showed that when using interactive educational technologies, there is a tendency to increase self-regulation processes, which confirms the theory of competence potential. To optimize the existing key competencies and develop the personal potential, when organizing the educational and cognitive activity of students, it is necessary to actively introduce and expand the field of using interactive teaching methods in the pedagogical process. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2017. — № 2 (38). — P. 18-24).

Литература

1. Хуторская Л.Н., Хуторской А.В. Компетентность как дидактическое понятие: содержание, структура и модели конструирования / Л.Н. Хуторская, А.В. Хуторской // Вестник Института образования человека. – 2015. - №2. – С. 27-Режим доступа: <http://eidos-institute.ru/journal/2015/200/>.
2. Бар Р, Таг Дж. От обучения к учению – новая парадигма высшего образования / Р. Бар, Дж. Таг // Университетское образование: от эффективного преподавания к эффективному учению: Сб. рефератов и статей по дидактике высшей школы. – Минск: Профилен, 2001. – С. 13-25.
3. Понятие компетенции // Компетентностный подход в образовательном процессе: монография / А.Э. Федоров, С.Е.

- Метелев А.А. Соловьев, Е.В. Шлякова – Омск: Изд-во ООО «Омскбланкиздат», 2012. – С. 30-68.
4. Маклаков А.Г. Личностный адаптационный потенциал: его мобилизация и прогнозирование в экстремальных условиях / А.Г. Маклаков // Психологический журнал. – 2001. – Т. 22, № 1. – С. 16–24.
5. Моросанова В.И. Индивидуальные особенности осознанной саморегуляции произвольной активности человека / В.И. Моросанова // Вестник московского университета серп. – 2010. - №1. – С. 36-45.
6. Кулюткин Ю.Н. Эвристические методы в структуре решений / Ю.Н. Кулюткин. – М.: Педагогика, 1970. – С.221.

7. Котик М.А. Саморегуляция и надежность человека-оператора / М.А. Котик.- Таллин: Валгус, 1974. – С. 118-126.

8. Леонтьев Д.А. Личностный потенциал как потенциал саморегуляции / Д.А. Леонтьев. - 2011. – Режим доступа: preview/preview.html

9. Моросанова В.И. Опросник «Стиль саморегуляции поведения» / В.И. Моросанова // Научно-практический журнал электронных публикаций: Журнал практической психологии и психоанализа. – 2004. - №2. – Режим доступа: <http://psyjournal.ru/psyjournal/articles/detail.php?ID=2946>

Поступила в редакцию 04.05.2017

УДК 616.895.8-036.1

*Абрамов В.А., Соловьева М.А., Студзинский О.Г.***ОЦЕНКА СУБЪЕКТИВНОЙ ВИТАЛЬНОСТИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С РАЗЛИЧНОЙ ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького

Ключевые слова: текущая и диспозиционная витальность, пациенты, страдающие шизофренией, длительность заболевания

На протяжении последних десятилетий актуальным является вопрос о степени влияния жизненной энергии человека на состояние его психического и соматического здоровья, активность физиологических процессов, возможность и степень самореализации и реализации личности вове, использование личностного потенциала.

Несмотря на то, что философские и медицинские учения с глубокой древности содержали сведения о наличии у человека определенного энергетического потенциала, необходимого для здорового и гармоничного существования, понятие витальности было введено в экспериментальную психологию относительно недавно. Витальность есть субъективное переживание обладания физической и психической энергией [1], воспринимающееся человеком как внутренняя сила, мощь, энтузиазм, способность и готовность к действию, сопровождающаяся чувством удовлетворения, позитивными переживаниями. По данным G.A. Nix и соавторов (1999), витальность взаимосвязана с мотивацией т.к. подразумевает энергию, которую можно регулировать, которой можно управлять и использовать для достижения цели [2]. Таким образом, витальность способствует самореализации личности и оказывает положительное влияние на самовосприятие и ощущение счастья и удовлетворения, являясь составной частью эвдемонического благополучия [1].

Впервые научное обоснование энергетических процессов психической деятельности дал в ряде своих работ З. Фрейд. Он также рассматривал психическую энергию как некий ограниченный ресурс, присущий каждому человеку, растрачивающийся на процессы защиты и сопротивления, что, по мнению Фрейда, могло приводить к психическому истощению человека и выражаться в функциональных нарушениях.

В последующем в экспериментальной психологии к аналогичной точке зрения пришли Стюарт и соавторы [3], в процессе изучения и ана-

лиза клинических данных, установив наличие взаимосвязи между ощущением энергии и различными состояниями здоровья (от нарушений сна до соматических заболеваний). При этом негативные состояния соотносились с соматическими состояниями или чувством усталости, что соответствовало достаточно узкому подходу. Позитивным вкладом была возможность количественной оценки психической энергии с помощью разработанного ими вопросника.

Представители психодинамического направления (Jung, 1960; Perls, 1973) считали, что телесно-психическое единство является целостной системой, в рамках которой циркулирует и перераспределяется психическая энергия. Регрессия и прогрессия, по их мнению, связаны с направлениями ее движения. При прогрессии внутренняя энергия используется для адаптации к жизни и окружению и расходуется на избранные виды деятельности. При различных психотравмирующих ситуациях энергия меняет направление, регрессирует и накапливается в бессознательном, где за ее счет активизируются комплексы. При этом может происходить расщепление позиций между сознанием и бессознательным, поток энергии возвращается вспять в психическую систему и таким образом становится недоступным для адаптации и использования сознанием, вследствие чего возникает застой, движение энергии останавливается. Возникает состояние подавленности, амбивалентности, активизация внутренних конфликтов, неуверенности.

С точки зрения современной психологии, критерии, позволяющие объективно оценить количество психической энергии в человеке, отсутствуют. Таким образом, правильнее было бы говорить не о витальности, а о субъективной витальности, как самооценке самим человеком своего энергетического состояния, соотносимо не столько с его физическим состоянием, сколько психическим. Понятие субъективной

вitalности было предложено Р. Райаном и К. Фредерик [1] и включало в себя степень ощущения человеком полноты жизненных сил и энергии, доступной личности. В позитивной психологии субъективная vitalность является важным индикатором психологического благополучия, отличающимся от внешних критериев благополучия, таких как успех, социальная адаптированность и личные достижения.

Важным представляется то, что «субъективная vitalность соотносится с восприятием человеком самого себя как «источника» [4] деятельности [5,6,7]». Переживание роста субъективной vitalности сопровождается ростом автономии и целостности [8, 9], самоактуализации [10, 11] дееспособности [10]. На субъективное ощущение психической энергии негативное воздействие могут оказывать различные конфликты, препятствия для самоактуализации, длительные чрезмерные нагрузки на Я, состояния дистресса, психические расстройства [12]. При этом, ряд авторов подчеркивает, что субъективная vitalность имеет интрапсихический источник происхождения, что отражается в ее восприятии человеком, так называемый внутренний субъективный локус причинности (internal perceived locus of causality) [13], и прямо связана с ощущением человеком своей способности инициировать и осуществлять действия, автономно их регулировать [14].

«Деятельность, контролируемая в соответствии с интериоризованными нормами и ценностями, которые не ощущаются субъектом как свои (с уровня «супер-эго», в терминологии З.Фрейда), ведет к снижению субъективной vitalности, хотя и в меньшей степени, нежели

деятельность, контролируемая извне. В противоположность этому, автономно регулируемая деятельность, удовлетворяющая базовые психологические потребности личности в саморегуляции, самоактуализации, причастности, компетентности и автономии, повышает уровень субъективной vitalности» [5, 15]. При различных заболеваниях vitalность снижается в той степени, в какой человек воспринимает болезнь как препятствия к личностно значимой деятельности, достижениям и самоэффективности. Следовательно, согласно Р. Райану и К. Фредерик [1], vitalность зависит от субъективного смысла недуга для личности.

Важным аспектом представляется влияние на ощущение субъективной vitalности эмоционального состояния близости и любви. При проведении исследования данного феномена было отмечено, что реализованная потребность в причастности, связях, отношениях повышают ее уровень. При эмоционально насыщенных состояниях человека нужно дифференцировать субъективную vitalность, как показатель по сути энергетического состояния человека, с другими крайне энергетическими состояниями гипертимии, гнева, враждебности и тревоги.

Представляет интерес изменения субъективной vitalности и при других внутренних энергетических состояниях, в том числе, различных психических расстройствах, в частности, самовосприятие собственного энергетического уровня и связанной с ним способности к действию у пациентов, страдающих шизофренией.

Целью исследования было изучение показателя субъективной vitalности у пациентов с различной длительностью шизофрении.

Материалы и методы исследования

В исследовании принимали участие 77 пациентов Республиканской клинической психиатрической больницы г.Донецка. У всех обследуемых была диагностирована параноидная форма шизофрении. Основным критерием формирования групп была длительность заболевания. Согласно данному показателю, к первой группе относились пациенты с длительностью заболевания до 5 лет включительно, их число составило 33 (42,9±5,6%) человека, ко второй группе с длительностью свыше 5 лет – 44 пациента (57,1±5,6%). Возраст исследуемых составил от 20 до 67 лет. Материальные условия в своей жизни большинство участников первой группы

оценивало как «удовлетворительные» (30 респондентов – 90,95%), 3 человека - как «уровень выживания» (9,1±5%), во второй группе удовлетворительными их считали 32 (72,7±6,7%) человека, «на уровне выживания» – 7 человек (15,9±5,5%), неудовлетворительными – 5 человек (11,4±4,8%). Приведенные данные свидетельствуют о снижении качества жизни и ухудшении социальной адаптации у больных с длительными сроками заболевания.

При проведении исследования использовалась методика субъективной vitalности, разработанная в рамках теории самодетерминации Р. Райаном и С. Фредерик [1]. Методика имеет

два критерия: шкала витальности как состояния (Vt-s) и шкала диспозиционной витальности (Vt-d). Первая предлагает оценить свое состояние «здесь и сейчас», вторая направлена на оценку характерного для человека уровня витальности, так как не привязана ко времени и отражает, скорее, особенности личности (витальность как черта личности).

Данные, полученные в исследованиях по валидации методики, позволяют предположить, что шкалы методики субъективной витальности, несмотря на внешнее сходство вопросов (относящихся к настоящему моменту и к самоощущению вообще), имеют различное психологическое

содержание.

Согласно проведенной ранее проверке конструктивной валидности методики в русскоязычной среде, для шкалы Vt-s нормативным можно считать уровень $Vt-s = 28.7$ при стандартном отклонении 9.3. Нормативными являются показатели, находящиеся в интервале от 19.4 до 37 баллов. Соответственно для шкалы Vt-d среднее равнялось 32.8 при стандартном отклонении 8.8. Нормативные показатели, следовательно, располагаются в интервале от 24 до 41.6 балла. Для сокращенной версии Vt-d среднее - 28.5, стандартное отклонение — 8.3, нормативные результаты колеблются от 20.2 до 36.3 балла [6].

Результаты исследования и их обсуждение

При анализе текущей субъективной витальности у пациентов первой группы с длительностью заболевания до пяти лет низкие показатели отмечались у 5 респондентов - $15,2 \pm 6,2\%$, нормативные у 21 респондентов - $63,6 \pm 8,4\%$, высокие у 7 респондентов - $21,2 \pm 7,2\%$. Соответственно, при анализе текущей витальности у пациентов с длительностью заболевания свыше 5 лет у 21 пациента показатель был низким - $47,7 \pm 7,5\%$, нормативным у 18 - $40,9 \pm 7,4\%$, у 5 - высоким - $11,4 \pm 4,8\%$.

При анализе диспозиционной витальности у пациентов с длительностью заболевания до 5 лет низкий показатель определялся у 5 респондентов - $11,4 \pm 4,8\%$, нормативный у 19 респондентов - $57,6 \pm 8,6\%$, высокий у 9 респондентов - $27,3 \pm 7,8\%$. В группе с длительностью заболевания свыше 5 лет низкий показатель отмечался у 15 - $34,1 \pm 7,1\%$ пациентов, нормативный у 22 - $50 \pm 7,5\%$, высокий у 7 - $15,9 \pm 5,5\%$.

Таким образом, во второй группе отмечался рост пациентов с низким показателем витальности. Показатель текущей витальности был снижен у $47,7 \pm 7,5\%$ респондентов, диспозиционной витальности у $34,1 \pm 7,1\%$. Это свидетельствовало о том, что самоощущение жизненной энергии у данного контингента больных прогрессивно снижается в процессе заболевания.

Исходя из определения Уайта [16] о базовой потребности человека ощущать себя субъектом собственной деятельности, т.е. быть компетентным, обладать «пригодностью или способностью производить те действия со средой, которые приводят к поддержке, росту и расцвету» мы можем предположить снижение уровня данной потребности или возможности ее удовлетворения у больных с длительным течением шизофрении.

Также у данных пациентов прогрессивно сни-

жалась внутренняя мотивация, что в свою очередь приводило к снижению самооценки. При возникновении ситуации болезни субъективная витальность выступает в роли интегральной оценки респондентом себя относительно себя самого, оценки энергии, доступной Я. Одним из аспектов, также приводящих к ее снижению мог являться личностный смысл болезни и процесса лечения.

На основании данных о том, что текущая витальность «имеет ярко выраженные значимые положительные корреляционные связи с осмысленностью жизни и показателями, отражающими ощущение подконтрольности событий жизни и того, что происходит с самой личностью, а также уровнем счастья и удовлетворенностью жизнью» [6], можно предположить, что у пациентов первой группы данные показатели снижены незначительно, а у пациентов второй группы более существенно.

Согласно проведенным ранее исследованиям [5], установлено, что более низкие показатели субъективной витальности как личностной диспозиции соответствуют значимо более низким показателям по всем основным личностным характеристикам, дефицитарности психологических ресурсов личности, таких как удовлетворенность жизнью, осмысленность жизни, интернальность, жизнестойкость, толерантность к неопределенности и уверенность в способности справляться с жизненными вызовами. Появляется склонность к поведенческому уходу, как характерному стилю реакции на трудности.

В тоже время нормативные показатели диспозиционной витальности определяют более благоприятный личностный прогноз за счет наличия значимых положительных корреляционных связей с личностными ресурсами и стратегия-

ми совладания. Более низкий уровень диспозиционной витальности может рассматриваться как субъективное отражение недостаточности жизненной энергии и ресурсов или ограниченных возможностей, вне зависимости от медицинского диагноза (болезнь, инвалидность).

Высокий процент больных с нормативными показателями в первой и второй группах свидетельствовал о субъективном восприятии себя как энергетически сохранных личностей, что обуславливается, по всей видимости, защитными механизмами личности, бессознательным стремлением к сохранению ощущения собственной дееспособности, потребностью делать «свои» выборы, ощущать себя субъектом своей жизни в будущем. Такой выбор, даже при внешней низкой его эффективности, воспринимается не просто как «свой» («принятый мною»),

но и как «соответствующий мне», автономный и внутренне мотивированный.

Таким образом, на основании результатов исследования, был выявлен рост числа пациентов с низкими показателями текущей и субъективной витальности при увеличении длительности заболевания шизофренией на фоне снижения показателей нормативной и высокой витальности. Подобное снижение чувства внутренней энергии, наполненности и готовности к действию объяснимо с точки зрения клинических и психологических проявлений данного заболевания. Достаточно высокий процент респондентов с нормативными и высокими показателями субъективной витальности свидетельствуют о возможности эффективного включения данных пациентов в систему реабилитационных мероприятий.

Абрамов В.А., Соловьева М.А., Студзинский О.Г.

ОЦЕНКА СУБЪЕКТИВНОЙ ВИТАЛЬНОСТИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С РАЗЛИЧНОЙ ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького

Ключевые слова: текущая и диспозиционная витальность, пациенты, страдающие шизофренией, длительность заболевания.

Витальность есть субъективное переживание обладания физической и психической энергией (Ryan, Frederick, 1997), воспринимающееся человеком как внутренняя сила, мощь, энтузиазм, способность и готовность к действию, сопровождающаяся чувством удовлетворения, позитивными переживаниями. Она является важной составляющей личностного потенциала, оказывает влияние на субъективную оценку качества жизни индивида. В статье рассматриваются показатели текущей и диспозиционной витальности пациентов, страдающих шизофренией.

Целью исследования было изучение показателя субъективной витальности у пациентов с различной длительностью заболевания шизофренией.

В исследовании принимали участие 77 пациентов Республиканской клинической психиатрической больницы г.Донецка. У всех обследуемых была диагностирована параноидная форма шизофрении. Основным критерием формирования групп была длительность заболевания. Согласно данному показателю было сформировано 2 группы: к первой группе относились пациенты с длительностью заболевания до 5 лет включительно, их число составило 33 человека, ко второй группе с длительностью свыше 5 лет, в нее вошли 44 пациента. Использовалась методика субъективной витальности разработанной в рамках теории самодетерминации Р. Райаном и С. Фредерик (Ryan, Frederick, 1997).

При анализе текущей субъективной витальности у пациентов первой группы с длительностью заболевания до пяти лет низкие показатели отмечались у 5 респондентов - 15,2±6,2%, нормативные у 21 респондентов - 63,6±8,4%, высокие у 7 респондентов - 21,2±7,2%. Соответственно, при анализе текущей витальности у пациентов с длительностью заболевания свыше 5 лет у 21 пациента показатель был низким - 47,7±7,5%, нормативным у 18 - 40,9±7,4%, у 5 - высоким - 11,4±4,8%.

При анализе диспозиционной витальности у пациентов с длительностью заболевания до 5 лет низкий показатель определялся у 5 респондентов - 11,4±4,8%, нормативный у 19 респондентов 57,6±8,6%, высокий у 9 респондентов - 27,3±7,8%. В группе с длительностью заболевания свыше 5 лет низкий показатель отмечался у 15 - 34,1±7,1% пациентов, нормативный у 22 - 50±7,5%, высокий у 7 - 15,9±5,5%.

На основании результатов исследования был выявлен рост числа пациентов с низкими показателями текущей (от 15,2±6,2% в первой группе до 47,7±7,5% во второй), и диспозиционной (от 11,4±4,8% в первой группе до 34,1±7,1% во второй) субъективной витальности при увеличении длительности времени заболевания. Подобное снижение чувства внутренней энергии, наполненности и готовности к действию объяснимо с точки зрения клинических проявлений данного заболевания. При этом, достаточно высокий процент с нормативными и высокими показателями субъективной витальности говорят о возможности эффективного включения данных пациентов в систему психотерапевтических и реабилитационных мероприятий. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2017. — № 2 (38). — С. 25-29).

EVALUATION OF SUBJECTIVE VITALITY IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA WITH DIFFERENT DURATION OF DISEASE

Donetsk National Medical University named after M.Gorky

Key words: current and disposition vitality, patients suffering from schizophrenia, duration of the disease.

Vitality is a subjective experience of possessing physical and mental energy (Ryan, Frederick, 1997), perceived by man as an internal force, power, enthusiasm, ability and willingness to action, accompanied by a sense of satisfaction, positive experiences. It is an important component of the personal potential, influences the subjective evaluation of the quality of life of the individual. The article examines the indicators of the current and dispositional vitality of patients suffering from schizophrenia.

The aim of the study was to study the subjective vitality index in patients with different duration of schizophrenia.

77 patients of the Republican Clinical Psychiatric Hospital of Donetsk took part in the study. All the subjects were diagnosed with a paranoid form of schizophrenia. The main criterion for the formation of groups was the duration of the disease. According to this indicator, 2 groups were formed: the first group included patients with the duration of the disease up to 5 years inclusive, their number was 33, to the second group with a duration of more than 5 years, it included 44 patients. The methodology of subjective vitality developed by R. Ryan and S. Frederick (1997) was developed using the self-determination theory.

When analyzing the current subjective vitality in the patients of the first group with the duration of the disease up to five years, low rates were observed in 5 respondents - 15.2±6.2%, normative in 21 respondents - 63.6±8.4%, high in 7 respondents - 21.2±7.2%. Accordingly, in the analysis of the current vitality in patients with a duration of disease over 5 years in 21 patients, the indicator was low - 47.7±7.5%, normative in 40.9±7.4%, in 5 - high - 11.4±4.8%.

When analyzing dispositional vitality in patients with a duration of disease up to 5 years, a low indicator was determined in 5 respondents - 11.4±4.8%, normative in 19 respondents 57.6±8.6%, high in 9 respondents - 27.3±7.8%. In the group with a duration of disease over 5 years, a low indicator was observed in 34.1±7.1% of patients, normative in 50±7.5%, high in 15.9±5.5%.

Based on the results of the study, there was an increase in the number of patients with low current indicators (from 15.2 ± 6.2% in the first group to 47.7±7.5% in the second group), and disposition (from 11.4±4.8% , 8% in the first group to 34.1±7.1% in the second) of subjective vitality with an increase in the duration of the disease. Such a decrease in the sense of inner energy, fullness and readiness for action is explainable from the point of view of the clinical manifestations of this disease. At the same time, a sufficiently high percentage with normative and high indicators of subjective vitality indicates the possibility of effective inclusion of these patients in the system of psychotherapeutic and rehabilitation measures. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2017. — № 2 (38). — P. 25-29).

Литература

1. Ryan R.M., Frederick C. On energy, personality, and health: Subjective vitality as a dynamic reflection of well-being // R.M. Ryan, C. Frederick // Journal of Personality. - 1997. - Vol. 65. - P. 529-565.

2. Nix G.A., Ryan R.M., Manly J.B., Deci E.L. Revitalization through self-regulation: the effects of autonomous and controlled motivation on happiness and vitality / G.A. Nix, R.M. Ryan, J.B. Manly, E.L. Deci // Journal of experimental social psychology. - 1999. - Vol. 35. - P. 266-284.

3. Stewart A.L., Hays R.D., Ware J.E. Health perceptions, energy / fatigue, and health distress measures / A.L. Stewart, J.E. Ware (Eds.) // Measuring functioning and well-being: The medical outcomes study approach. Durham, NC: Duke University Press. - 1992. - P. 143-172.

4. De Charms R. Personal causation: The internal affective determinants of behavior / R. Charms. - New York: Academic Press. - 1968.

5. Александрова Л.А. Субъективная витальность как личностный ресурс [Электронный ресурс] / Л.А.Александрова. - Психологические исследования: электрон. науч. журн. - 2011. - N 3(17). URL: <http://psystudy.ru>

6. Александрова Л.А. Субъективная витальность как предмет исследования / Л.А.Александрова / Психология. Журнал Высшей школы экономики. - 2014. - Т. 11. - № 1. - С. 133-163.

7. Александрова Л.А., Лебедева А.А., Леонтьев Д.А. Ресурсы саморегуляции студентов с ограниченными возможностями здоровья как фактор эффективности инклюзивного образования / Л.А.Александрова, А.А.Лебедева, Д.А.леонтьев // Личностный ресурс субъекта труда в изменяющейся России: материалы II Междунар. науч.-практ. конф. Кисловодск; Ставрополь: СевКавГТУ, 2009. - Ч. 2: Симпозиум «Субъект и личность в психологии саморегуляции». - С. 11-16.

8. Deci E.L., Ryan R.M. A motivational approach to self:

Integration in personality / E.L. Deci, R.M. Ryan // Nebraska Symposium on Motivation: Vol. 38. Perspectives on motivation / R.Dienstbier (Ed.). Lincoln: University of Nebraska Press, 1991. - P. 237-288.

9. Deci E.L., Ryan R.M. Self-determination research: reflections and future directions // E.L.Deci, R.M.Ryan (Eds.). - Handbook of self-determination research. Rochester, NY: The University of Rochester Press, 2002. - P. 431-441.

10. Rogers C. On becoming a person. Boston: Houghton Mifflin, 1961. Rogers C. The actualizing tendency in relation to "motives" and to consciousness // M.R.Jones (Ed.). Nebraska Symposium on Motivation. Vol. 11. Lincoln: University of Nebraska Press, 1963. P. 1-24.

11. Sheldon K.M., Kasser T. Coherence and congruence: Two aspects of personality integration / K.M. Sheldon, T. Kasser. - Journal of Personality and Social Psychology. - 1995. - Vol. 68. - P. 531-543.

12. Ryan R.M., Deci E.L., Grolnick W.S. Autonomy, relatedness, and the self: Their relation to development and psychopathology // D.Cicchetti, D.J.Cohen (Eds.).- Developmental psychopathology. New York: Wiley, 1995. - Vol. 1: Theory and methods. - P. 618-655.

13. Deci E.L., Ryan R.M. Intrinsic motivation and self-determination in human behavior / E.L. Deci. - New York: Plenum, 1985.

14. Ryan R.M., Deci E.L. From Ego Depletion to Vitality: Theory and findings concerning the facilitation of energy available to the Self // R.M.Ryan, E.L. Deci. - Social and Personality psychology compass. - 2008. - Vol. 2. - P. 702-717.

15. Ryan R.M. Psychological needs and the facilitation of integrative processes // R.M.Ryan. - Journal of Personality. - 1995. - Vol. 63. - P. 397-427.

16. White R.W. Competence and the psychosexual stages of development // Nebraska Symposium on Motivation. Vol. 8. Perspectives on motivation / M.R.Jones (Ed.). - Lincoln: University of Nebraska Press, 1960. - P. 97-141.

Поступила в редакцию 11.05.2017

УДК 616.895.8-058:159.9

*Бойченко А.А.***ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНАЯ ИСПОЛНЕННОСТЬ КАК ВНУТРЕННИЙ ФАКТОР
ВИКТИМИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: виктимность, шизофрения, виктимогенная среда, экзистенциальная исполненность, личностный опросник «Шкала экзистенции» А. Лэнгле и К. Орглера, сравнительный анализ, корреляционный анализ

В научной литературе широко представлены описания различных проявлений дисфункциональных состояний личности больных шизофренией [1, 2]. При обозначении этих состояний традиционно используется недифференцированное понятие дефекта личности, механизмы формирования которого до настоящего времени остаются неясными. Среди различных точек зрения представляется оправданным использование социально-психологических подходов, в частности – принципа депривационного виктимизма, как возможной детерминанты дефекта социализации и дефицитарной деформации личности у этого контингента больных. Такой подход делает возможным рассмотрение через призму виктимогенных средовых влияний и личностной виктимности таких негативных симптомов как аутизм, ангедония, отчуждение, гипобулия, асексуальность и др. [1].

Показано, что в основе виктимизации больных шизофренией лежит механизм социально-психологической деформации личности, связанный с осознанием себя как жертвы неблагоприятных условий для полноценной социализации и риска утраты субъективного статуса, обусловленных «жизнью с болезнью» и парциальной или тотальной депривацией личности. Социально-психологический механизм виктимизации больных с психическими расстройствами определяется взаимодействием внешних и внутренних факторов [3].

В качестве методологической основы исследования внутренних факторов виктимизации больных с психическими расстройствами могут быть положены психологические механизмы клинически определенных личностных дисфункций, страданий и нарушений социальной адаптации. К ним, прежде всего, относятся психологические аспекты самосознания и самоотношения личности, в том числе, осознания болезни, ценностно-смысловой и мотивационной сферы

больных, под влиянием которых формируются предопределяющие и отражающие роль жертвы стратегии поведения [3]. Формирующийся на этой основе синдром виктимности представляет собой совокупность социальных и психологических качеств человека, трансформирующихся в социально-дефицитарную уязвимость личности с риском критического социального функционирования [1].

Одним из центральных внутренних факторов виктимизации больного шизофренией признается состояние его ценностно-смысловой сферы, его идентичности и нравственной ориентации [3].

Экзистенциальная исполненность – понятие, появившееся в психологии В. Франкла для описания качества жизни человека [4]. Оно является одним из выражений состояния ценностно-смысловой сферы больного и означает степень субъективного благополучия, как позитивного эмоционального состояния удовлетворенности собой, своей жизнью, окружающим миром и своим местом в нем [5]. Исполненность – это переживание глубокого внутреннего согласия с тем, что имеет место быть, или с тем, что сделано; переживание соответствия этого своей сущности и обстоятельствам [6]. Уровень выраженности экзистенциальной исполненности показывает, много ли осмысленного в жизни человека, живет ли он с внутренним согласием, соответствуют ли его сущности его решения и поступки [7]. Это понятие описывает качество жизни человека, в отличие от общеупотребительного «счастья» как хорошего самочувствия, отсутствия страдания и боли в сочетании с полной желаний и жаждой жизни. Экзистенциальная исполненность определяется соответствием решений и действий человека его внутренней сущности, отсутствием разрыва между тем, как он полагает, как следует жить [8].

Цель работы. На основании разработанных в социально-психологической виктимологии ме-

тодологических подходов к изучению феноменов виктимности и виктимизации оценить осознанности ценностно-смысловой сферы личнос-

ти больных шизофренией и определить роль экзистенциальной исполненности, как внутреннего фактора виктимизации.

Материалы и методы работы

Исследование экзистенциальной исполненности, как внутреннего фактора виктимизации, проводилось путем обследования 71 респондента в возрасте от 18 до 60 лет, с установленным диагнозом «шизофрения». Распределение обследованных по полу: мужчин – 47 чел. (66,2 %), женщин – 24 чел. (33,8 %).

Для оценки степени виктимизации использовался специально разработанный В.А. Абрамовым и А.А. Бойченко опросник, включавший 15 утверждений, адресованных к различным сторонам и механизмам виктимогенного процесса. При конструировании опросника учитывались все внешние и внутренние факторы, составляющие виктимогенную среду. Содержание опросника давало возможность оценить уровень субъективных переживаний больным себя, как жертвы неблагоприятных условий социализации.

Исследование экзистенциальной исполненно-

сти проводилось с помощью шкалы экзистенции А. Лэнгле и К. Орглера. Методика представляет собой личностный опросник, предназначенный для измерения экзистенциальной исполненности, качества жизни личности, связанного с ощущением наполненности жизни определённым смыслом. Опросник измеряет экзистенциальную исполненность, как она субъективно ощущается испытуемым.

Опросник состоит из 46 пунктов, 4 основных шкал (самодистанцирование - SD, самотрансценденция - ST, свобода - F, ответственность - V), 2 фактора личности (персональность - P, экзистенциальность - E) и 1 суммарный показатель - субъективно переживаемая мера исполненности (G). Каждый пункт оценивается по 6-балльной шкале [9].

Статистическая обработка полученных данных проводилась в пакете статистической обработке «MedStat».

Результаты исследования и их обсуждение

В зависимости от уровня виктимности исследуемые были разделены на 4 группы по методу, используемому Р.Н. Lysaker и др. [10]:

- группа 1 - с минимальной степенью виктимизации (0 – 3 балла по опроснику виктимизации) – 7 чел. (9,8%);

- группа 2 - с легкой степенью виктимизации (4 – 7 баллов) – 27 чел. (38,1%);

- группа 3 - умеренной степенью виктимизации (8 – 11 баллов) – 23 чел. (32,4%);

- группа 4 – с тяжелой степенью виктимизации (12 – 15 баллов) – 14 чел (19,7%).

С помощью корреляционного анализа Спирмена на основе данных методики «Шкала экзистенции А. Лэнгле и К. Орглера» и опросника «Определение степени виктимизации» в исследуемой группе больных шизофренией были выявлены следующие статистически значимые взаимосвязи показателей экзистенциальной исполненности и степени виктимизации, представленные в таблице 1.

Таблица 1

Влияние экзистенциальной исполненности (методика «Шкала экзистенции А.Лэнгле и К.Орглера») на формирование виктимности (опросник «Определение степени виктимизации»), корреляции Спирмена

Показатель	Степень виктимизации
Самодистанцирование	-0,397*
Самотрансценденция	-0,245*
Свобода	-0,303*
Ответственность	-0,356*
Персональность	-0,382*
Экзистенциальность	-0,392*
Показатель экзистенциальной исполненности	-0,409*

Примечание: * - показатель корреляции статистически значимо отличается от 0, $p < 0,05$.

Как видно из представленной таблицы, была выявлена статистически достоверная (показатель корреляции статистически значимо отличается от 0, $p < 0,05$) отрицательная связь между показателем самодистанцирования и степенью виктимизации ($r = -0,397$). Самодистанцирование измеряет способность больного шизофренией отойти на дистанцию по отношению к себе самому. Респондент, обладавший способностью к самодистанцированию, мог отодвинуть при необходимости свои желания, представления, чувства и намерения, чтобы взглянуть на себя и на ситуацию с некоторой дистанции. Больные не имели способности ориентироваться лишь на самих себя, реагировать, непосредственно отвечая на случайные стимулы и воспринимать ситуацию, размышляя над ней и трезво видя данности ситуации. При высоком уровне виктимности пациенты не чувствовали дистанцию по отношению к самим себе, они преимущественно занимались собой, например, своими навязчивыми желаниями или мыслями, автоматическим мышлением, фиксированными чувствами, упреками в свой адрес. Одним из следствий затруднений в дистанцировании по отношению к себе и невозможности реалистично воспринимать и мыслить являлась потеря ориентации (больные больше не понимали, что с ними происходит).

Самотрансценденция и степень виктимизации имели статистически достоверную (показатель корреляции статистически значимо отличается от 0, $p < 0,05$) отрицательную связь ($r = -0,245$). Самотрансценденция описывает способность человека прикасаться к ценностным основаниям мира и воспринимать собственную внутреннюю затронутость в этом чувствовании. Благодаря этой способности устанавливается внутреннее отношение к пережитому, и личность может обнаруживать и проживать субъективные ценности, что проявляется, например, в способности получать удовольствие, способности к страданию. Чем выше оказывалась степень виктимизации, тем больше больной шизофренией проявлял эмоциональную уплощенность и скудность в отношениях с миром и людьми, что приводило к ощущению беспомощности и неуверенности.

Изучение корреляционных связей между показателем свободы и степенью виктимизации выявило достоверную (показатель корреляции статистически значимо отличается от 0, $p < 0,05$) отрицательную связь ($r = -0,303$). Свобода охватывает способность находить реальные возмож-

ности действия, создавать из них иерархию в соответствии с их ценностью и таким образом приходиться к персонально обоснованному решению. Соответственно, высокий показатель виктимизации означал неспособность принимать решения, нерешительность и неуверенность в собственных решениях. Для таких больных была характерна пассивная, фаталистическая жизненная установка, уверенность в том, что их решения ни к чему не приведут и они ничего не смогут изменить.

При исследовании корреляционных связей между показателем ответственности и степенью виктимизации была выявлена статистически достоверная (показатель корреляции статистически значимо отличается от 0, $p < 0,05$) отрицательная связь ($r = -0,356$). Для больных шизофренией с высоким показателем виктимизации было характерно отсутствие ощущения персональной включенности в жизнь. Им казалось, что жизнь идет сама собой, она в малой степени поддается планированию. Такие больные «застывали» в позиции ожидания и в большей степени являлись зрителями. У них имелся страх перед шагом в жизнь, перед усилиями и проблемами, перед угрожающими последствиями.

Статистически достоверная (показатель корреляции статистически значимо отличается от 0, $p < 0,05$) отрицательная корреляция между персональностью и степенью виктимизации ($r = -0,382$) свидетельствовала о том, что виктимизированные больные шизофренией в значительной степени закрыты для себя и мира. Они либо были заняты собой вследствие продолжительных душевных нагрузок, либо они были незрелы или уже пережили относительно длительный процесс разрушения личности, нарушивший когнитивные и аффективные аспекты личности.

Экзистенциальность характеризует способность ориентироваться в этом мире, приходиться к решениям и ответственно воплощать их в жизнь, меняя ее таким образом в лучшую сторону. Данный показатель свидетельствует о способности конструктивно обходиться с внешним миром, решительно и ответственно с ним справляться. Выраженность этого показателя у больных шизофренией отрицательно коррелировала со степенью виктимизации ($r = 0,392$). Виктимизированные больные шизофренией вели малоактивный образ жизни, в котором решения принимались с трудом. Для них была характерна необязательность, сдержанность, неспособность выдерживать нагрузки, чувствительность к помехам, склонность начинать действовать на ос-

новании внешних побуждающих причин, но без внутреннего соотнесения.

В данном исследовании (табл. 1) была выявлена статистически достоверная (показатель корреляции статистически значимо отличается от 0, $p < 0,05$) отрицательная связь между показателем экзистенциальной исполненности и степенью виктимизации ($r = -0,409$). Общий показатель исполненности говорит о способности справляться с самим собой и с миром, о возможности пойти на внутренние и внешние требования и предложения, соотнося их с собственными ценностями. Таким образом, высокая степень виктимизации

указывает на неисполненную экзистенцию. Такие больные были закрыты, нерешительны, для них была характерна стесненность - отсутствие ответственной включенности в жизнь.

В ходе сравнительного анализа показателей экзистенциальной исполненности в выделенных группах с разной степенью виктимизации были выявлены следующие достоверные различия по шкалам самодистанцирования, самотрансценденции, свободы, ответственности, персональности, экзистенциальности, показателю экзистенциальной исполненности, различия по этим шкалам достоверны на уровне ($p < 0,05$) (табл. 2).

Таблица 2

Сравнительный анализ показателей виктимизации и экзистенциальной исполненности в исследованных группах (Н-критерий Краскала-Уоллиса)

Показатель психодиагностической методики	Среднее значение, $\bar{X} \pm m$					Уровень значимости различия между группами, p
	Больные шизофренией (n=71)	Группа 1 (n = 7)	Группа 2 (n = 27)	Группа 3 (n = 23)	Группа 4 (n = 14)	
Общий уровень виктимности	8,04±0,42	2,57±0,3	5,59±0,24	9,52±0,26	13,07±0,25	0,011
Самодистанцирование	26,05±0,63	29,86±2,21	27,3±1,15	25,52±0,93	22,64±0,69	0,019
Самотрансценденция	57,68±1,14	67,0±3,55	58,26±2,02	56,57±1,54	53,71±2,31	0,026
Свобода	41,92±0,96	49,57±2,55	42,89±1,86	40,61±1,39	38,36±1,14	0,029
Ответственность	41,96±1,2	46,14±4,61	45,22±2,27	40,74±1,53	35,57±1,5	0,012
Персональность	83,73±1,41	96,86±4,66	85,56±2,63	82,09±1,59	76,36±1,94	0,003
Экзистенциальность	83,87±1,97	95,71±6,81	88,11±3,81	81,35±2,62	73,93±1,76	0,008
Показатель экзистенциальной исполненности	167,61±3,13	192,57±11,14	173,67±6,22	163,43±2,94	150,29±3,24	0,003

Выявлены достоверные различия по показателю самотрансценденция ($p < 0,05$). Для более виктимизированных больных шизофренией характерна эмоциональная уплощенность и скудность в отношениях с миром и людьми. Их жизнь бедна чувствами. Недостаток эмоциональности делает их беспомощными, неуверенными. Чувство важности и ценности содержаний переживания ограничено. Возникающие чувства ощущаются как мешающие и вводят в заблуждение. Аффективность и амплитуда чувств плоские, эмоциональность трудно доступна.

Исходя из полученных данных наблюдаются статистически достоверные отличия по шкале самодистанцирование ($p < 0,05$). Это означает, что по мере повышения степени виктимизации у больных шизофренией нарастает склонность к внутренней фиксации на своих мыслях, идеях, образах. Для них характерны предубеждения и суженность восприятия. С уменьшающимся показателем виктимности улучшается способность восприятия и ясность в отношении ситуа-

ции. Внимание постепенно переносится вовне. Дистанция по отношению к себе самому при этом увеличивается.

Достоверные различия в экспериментальной выборке показателя свободы ($p < 0,05$) характеризуют больных с большим уровнем виктимизации как неспособных принимать решения, нерешительных и неуверенных в собственных решениях. Со снижением виктимизации растет ясность и прочность в формировании суждения и нахождении решения. Чем ниже показатель виктимизации, тем легче находят возможность для действия и принимаются решения.

Выявленные достоверные ($p < 0,05$) различия показателя ответственности в исследуемых группах больных означают, что более виктимизированные больные не чувствуют персональной включенности в жизнь. Такие люди склонны застыть в позиции ожидания и в большей степени являются зрителями. Преобладает сдержанность. Чувство долга не сильно выражено, но может быть сформировано. Менее виктими-

зированные больные больше затронуты соотношением с жизнью и придерживаются обязательного, заботливого обхождения с ней.

Обнаруженные в ходе исследования статистически достоверные различия показателя персональности ($p < 0,05$) указывают на большую закрытость в группах с большими показателями виктимизации. Полученные данные подтверждают, что эти люди уже пережили относительно длительный процесс разрушения личности, нарушивший когнитивные и аффективные функции.

Выявленные различия ($p < 0,05$) по показателю экзистенциальности указывают на то, что более виктимизированные больные испытывают трудности в принятии решений, часто бездействуют. При уменьшении уровня виктимности растет степень решимости и ответственности за жизнь. Появляется стремление устроить свой мир и свою жизнь – как следствие, жизнь получает исполнение и становится более аутентичной.

Достоверные различия в показателе экзистенциальной исполненности ($p < 0,05$) указывают на неисполненную экзистенцию виктимизированных больных шизофренией. Для больных из групп с меньшими показателями виктимизации характерна большая внутренняя открытость, что дает им возможность реагировать на запросы и предложения внешнего мира.

Подводя итог представленным данным, следует отметить, что в основе виктимизации больных шизофренией лежит механизм социально-психологической деформации личности, связанный с осознанием себя как жертвы неблагоприятных условий для полноценной социализации и риска утраты субъективного статуса, обусловленных «жизнью с болезнью» и парциальной или тотальной депривацией личности. Экзистенциальная исполненность является лишь одним из факторов виктимогенной среды, который показывает степень осмысленности в жизни, внутреннее согласие с собой и своими поступками и ощущение возможности привносить нечто субъективно хорошее в жизнь. Составляющие экзистенциальной исполненности (самодистанцирование, самотрансценденция, свобода, ответственность, персональность, экзистенциальность, субъективно переживаемая мера исполненности) в значительной степени влияют на степень виктимизации личности больных шизофренией. В результате анализа приведенных данных были установлены следующие закономерности:

- для виктимизированных больных шизофренией характерна интровертированность, опреде-

ленная пассивность в эмоциональных реакциях;

- больные шизофренией не чувствуют дистанцию по отношению к самому себе, внутренне фиксированы (при хронических дефицитах, неудовлетворенных потребностях), стремятся заниматься собой, например навязчивыми желаниями или мыслями, фиксированны на чувствах, упреках в свой адрес, что усиливается при более высоких показателях виктимности;

- высокая степень виктимизации соответствует выраженной эмоциональной уплощенности, что сопровождается ограничением чувства важности и ценности содержания переживания, возникающие чувства ощущаются как мешающие и вводят в заблуждение, эмоциональность трудно доступна;

- низкий уровень ответственности виктимизированных больных указывает на неспособность принимать решения, нерешительность и неуверенность в собственных решениях, отсутствие чувства персональной включенности в жизнь, безволие, преобладание сдержанности, а также на слабую выраженность чувства долга;

- низкий показатель персональности может рассматриваться как показатель процесса деформации личности, нарушения когнитивных и аффективных процессов у виктимизированных больных;

- больные шизофренией испытывают трудности в принятии решений, для них характерна неуверенность в принятии решений, неуверенность, необязательность, сдержанность, малая способность выдерживать нагрузки, чувствительность к помехам, склонность начинать действовать на основании внешних побуждающих причин;

- в группах с высоким показателем виктимизации отмечается низкий уровень исполненности экзистенции. Для таких больных характерна закрытость (заикленность на себе и эмоциональная неспособность к диалогу), нерешительность и стесненность (отсутствие ответственной включенности в жизнь).

Таким образом, экзистенциальная исполненность является важной индивидуально-психологической личностной характеристикой в значительной степени детерминирующей степень виктимизации больных шизофренией. Полученные результаты могут быть применены для создания программ индивидуальной и групповой психокоррекционной и психотерапевтической работы с больными шизофренией и явиться основанием для прогнозирования процесса ресоциализации этих больных.

ЭЗИСТЕНЦИАЛЬНАЯ ИСПОЛНЕННОСТЬ КАК ВНУТРЕННИЙ ФАКТОР ВИКТИМИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: виктимность, шизофрения, виктимогенная среда, экзистенциальная исполненность, личностный опросник «Шкала экзистенции» А. Лэнгле и К. Орглера, сравнительный анализ, корреляционный анализ

Статья посвящена изучению особенностей экзистенциальной исполненности больных шизофренией с разной степенью виктимизации. Проанализированы основные психометрические показатели шкалы экзистенции А. Лэнгле и К. Орглера: самодистанцирование, самотрансценденция, свобода, ответственность; личностные факторы: персональность, экзистенциальность и показатель переживания меры исполненности. В результате анализа приведенных данных были установлены, что для виктимизированных больных шизофренией характерна интровертированность, определенная пассивность в эмоциональных реакциях. Больные шизофренией не чувствуют дистанцию по отношению к самому себе, внутренне фиксированы (при хронических дефицитах, неудовлетворенных потребностях), стремятся заниматься собой, например навязчивыми желаниями или мыслями, фиксированы на чувствах, упреках в свой адрес, что усиливается при более высоких показателях виктимности. Высокая степень виктимизации соответствует выраженной эмоциональной уплощенности, что сопровождается ограничением чувства важности и ценности содержания переживания, возникающие чувства ощущаются как мешающие и вводят в заблуждение, эмоциональность трудно доступна. Низкий уровень ответственности виктимизированных больных указывает на неспособность принимать решения, нерешительности и неуверенности в собственных решениях, отсутствие чувства персональной включенности в жизнь, безволие, преобладание сдержанности, а также на слабую выраженность чувства долга. Низкий показатель персональности может рассматривать как показатель процесса деформации личности, нарушения когнитивных и аффективных процессов у виктимизированных больных. Показано, что больные шизофренией испытывают трудности в принятии решений, для них характерна неуверенность в принятии решений, неуверенность, необязательность, сдержанность, малая способность выдерживать нагрузки, чувствительность к помехам, склонность начинать действовать на основании внешних побуждающих причин. В группах с высоким показателем виктимизации исполненность экзистенции ниже, что характеризуется закрытостью (защитленностью на себе и эмоциональной неспособностью к диалогу), нерешительностью и стесненностью (отсутствием ответственной включенности в жизнь). (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2017. — № 2 (38). — С. 30-35).

Boychenko A.A.

ESSENTIAL FULFILLMENT AS AN INTERNAL FACTOR OF VIKTIMIZATION OF SCHIZOPHRENIA PATIENTS

Donetsk National Medical University named after M. Gorky

Keywords: victimity, schizophrenia, victimization environment, existential fulfillment, personal questionnaire "Scale of Existence" by A. Langle and K. Orgler, comparative analysis, correlation analysis

The article is devoted to the study of the features of existential fulfillment of schizophrenic patients with different degree of victimization. The main psychometric indicators of the existential scale of A. Langle and K. Orgler are analyzed: self-distancing, self-transcendence, freedom, responsibility; Personal factors: personality, existentiality and the indicator of the experience of the measure of fulfillment. As a result of the analysis of the data presented, it was established that for victimized patients with schizophrenia, introvertedness, a certain passivity in emotional reactions are characteristic. Patients with schizophrenia do not feel distance to themselves, internally fixed (with chronic deficits, unmet needs), seek to engage in themselves, for example obsessive desires or thoughts, fixed on feelings, reproaches, which increases with higher rates of victimization. A high degree of victimization corresponds to a pronounced emotional flattening, which is accompanied by a restriction of the sense of importance and value of the contents of the experience, the feelings that arise are felt as disturbing and deceptive, and emotion is difficult to access. The low level of responsibility of victimized patients indicates inability to make decisions, indecisiveness and uncertainty in their own decisions, lack of personal involvement in life, lack of will, predominance of restraint, and a weak sense of duty. A low personal index can be considered as an indicator of the process of personal deformation, the violation of cognitive and affective processes in victimized patients. It is shown that patients with schizophrenia have difficulty in making decisions, they are characterized by uncertainty in decision-making, uncertainty, non-responsiveness, restraint, low ability to withstand loads, sensitivity to interference, a tendency to start acting on the basis of external inducing reasons. In groups with a high victimization rate, the fulfillment of the existential is lower, which is characterized by closeness (a fixation on oneself and an emotional incapacity for dialogue), indecisiveness and constraint (lack of responsible involvement in life). (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2017. — № 2 (38). — P. 30-35).

Литература

1. Абрамов В.А. Шизофрения, стигма, Я: Монография / В.А. Абрамов, А.В. Абрамов, И.В. Жигулина, В.Ал. Абрамов. – Донецк: ФЛП Чернецкая Н.А., 2016. – 436 с.
2. Болтенко В.В. Патопсихологическое исследование студентов, больных шизофренией / В.В. Болтенко // Патопсихология. Хрестоматия / Сост. Н.Л. Белопольская. - М.: Изд-во У РАО, 1998. - С. 204 – 209.
3. Бойченко А.А. Методологические подходы к оценке механизмов виктимизации больных шизофренией / А.А. Бойченко // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2016. - №2 (36). - С. 62 – 72.
4. Франкл В. Психотерапия на практике / В. Франкл. - СПб.: «Речь», 2001. - 256 с.
5. Леонтьев Д.А. Курс лекций по экзистенциальной психологии на психологическом факультете / Д.А. Леонтьев. - М.: Изд-во Моск. гос. ун-та, 2001.
6. Правдина Л.Р. Экзистенциальная исполненность как

- фактор профессионального здоровья / Л.Р. Правдина, О.С. Васильева, Э.В. Гаус // Инженерный вестник Дона. – 2015. - №3.
7. Лэнгле А. Экзистенциально-аналитическая теория личности / А. Лэнгле // Сб. статей / пер. с нем. - М.: Генезис, 2008. - 159 с.
8. Лэнгле А. Что движет человеком? Экзистенциально-аналитическая теория эмоций / А. Лэнгле. - М.: Генезис, 2013. - 235 с.
9. Кривцова С.В. Шкала экзистенции (Existenzskala) А. Лэнгле и К. Орглер / С.В. Кривцова, А. Лэнгле, К. Орглер // Экзистенциальный анализ. Бюллетень. – 2009. - №1. – С. 141 – 170.
10. Lysaker P.H. Toward understanding the insight paradox: Internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders / P.H. Lysaker, D. Roe, P.T. Yanos // Schizophrenia Bulletin. – 2007. - № 33. – P. 192-199.

Поступила в редакцию 13.04.2017

УДК: 616.895.8-008:159.96] - 085

*Коваленко С.Р., Битюкова Ю.В.***ИССЛЕДОВАНИЕ РЕФЛЕКСИИ КАК МЕЖУРОВНЕВОГО РЕГУЛЯТОРА САМОРЕГУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА**

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Республиканская клиническая психиатрическая больница

Ключевые слова: шизофрения, страдание, личностный потенциал, рефлексия, временная перспектива, регуляция

По мнению ряда исследователей, больные с расстройствами шизофренического спектра реже, чем больные неврозами и здоровые люди, используют адаптивные стратегии преодоления трудных и стрессовых ситуаций, что может негативно влиять на уровень социальной адаптации и прогноз заболевания, повышать риск рецидивов. Также у больных шизофренией зачастую снижена приверженность лечению, выражена самостигматизация, представление о собственной неэффективности и не успешности деятельности. В то же время, по некоторым данным, отсутствие веры пациента в успех лечения (пораженческая социальная позиция) может в значительной мере определять негативный функциональный исход. Важно отметить, что многие пациенты продолжают испытывать дистресс вызванный остаточными психопатологическими симптомами, несмотря на лекарственную терапию [1].

В связи с важной ролью личностных особенностей, убеждений и ожиданий больных, а также используемых ими стратегий совладания со стрессом, которые зачастую повышают их уязвимость к психотическим расстройствам и влияют на вероятность рецидива, крайне актуальным выглядит исследование позитивных личностных ресурсов (личностного потенциала) у больных, с расстройствами шизофренического спектра. Согласно гипотезе развития шизофрении, основанной на биопсихосоциальной модели, личностный потенциал является «средством» преодоления психотравмирующих воздействий шизофрении [2].

Межуровневые регуляторы – это психологические регуляторные механизмы вариативных связей между разноуровневыми элементами личности, опосредующие проявления личностной индивидуальности. Одним из таких регуляторов является рефлексия. Рефлексия (рефлексив-

ность) – направленность сознания на понимание себя, своих мыслей, чувств, мотивов поведения, смысл поступков; способность произвольного обращения человеком сознания на самого себя (фундаментальный феномен психической жизни, все другие феномены опосредуются рефлексивностью).

Понятие рефлексии возникло от позднелатинского *reflexio*, что в дословном переводе означает «обращение назад». Феномен рефлексии стал предметом специального изучения в психологии благодаря А. Буземану, который трактовал её как «всякое перенесение переживания с внешнего мира на самого себя» и предложил выделить специальную область психологической науки – психологию рефлексии, которая бы изучала рефлексивные процессы и сознание. В отечественной психологии основы изучения рефлексии заложены в трудах Б.Г. Ананьева, Л.С. Выготского, С.Л. Рубинштейна, которые рассматривали рефлексию как объяснительный принцип развития самосознания и психики в целом. Принято считать, что рефлексия – это компонент структуры деятельности (Л.С. Выготский, А.Н. Леонтьев и др.). Благодаря рефлексии происходит отражение во внутреннем плане осуществляемой деятельности, это дает субъекту материал, который можно наблюдать, подвергать критике и изменять. Рефлексия делает возможным совершенствование деятельности как во внутреннем плане, так и во внешнем. Вместе с тем, рефлексия дает человеку способность к самоанализу, осмыслению и переосмыслению своих предметно-социальных отношений с окружающим. Таким образом, можно говорить о том, что в работах Л.С. Выготского, С.Л. Рубинштейна, А.Н. Леонтьева и других авторов заложены основы изучения рефлексии в когнитивном, генетическом, личностном и коммуникативном аспектах [3].

По мнению А.В. Карпова, до сих пор сохраняется доминирование так называемого абстрактно-философского подхода к исследованию проблемы рефлексии над конкретно-научным. Сам предмет исследований – рефлексия – в большей степени раскрыт лишь в общем плане и в гносеологическом аспекте, а не в качестве онтологически представленной и обладающей системой собственных закономерностей психической реальности, что препятствует развитию «позитивной науки о рефлексии», включающей в качестве важнейшей и собственно психологическую составляющую. Причиной этому автор видит в длительной философской предыстории достаточно короткой психологической истории исследования рефлексии [4].

Наиболее широко в личностном аспекте рефлексия в связи с саморегуляцией самосознания, поведения, оценки человеком своих поступков представлена в работах С.Л. Рубинштейна. Он описывает два основных способа существования человека и, соответственно, два отношения к жизни. Первый – жизнь, не выходящая за пределы непосредственных связей, в которых живет человек. Здесь человек весь внутри жизни, всякое его отношение – это отношение к отдельным явлениям, но не к жизни в целом. Второй способ существования связан с появлением рефлексии. Она как бы приостанавливает, прерывает этот непрерывный процесс жизни и выводит человека мысленно за ее пределы. Человек как бы занимает позицию вне ее. С появлением такой рефлексии, по С.Л. Рубинштейну, связано ценностно-смысловое определение жизни. С этого момента каждый поступок человека приобретает характер философского суждения о жизни, связанного с ним общего отношения к жизни. С этого разрыва непосредственных связей жизни и их восстановления на новой основе заключается второй способ существования человека. Другими словами, за счет рефлексии происходит преобразование ценностей и смыслов человека. Рефлексия представляется как специфически человеческая способность, которая позволяет ему сделать свои мысли, эмоциональные состояния, свои действия и отношения, вообще всего себя – предметом специального рассмотрения (анализа и оценки) и практического преобразования [5].

Одним из первых вопросов о роли рефлексии в процессах регуляции и саморегуляции рассмотрел Ю.Н. Кулюткин (1979), опираясь на идеи Л.С. Выготского о высших психических функциях как интериоризированных социальных от-

ношениях и об орудийном характере деятельности человека. «Понятно, что использование различных средств организации собственных действий оказывается возможным лишь в результате развития иерархической структуры личности, когда человек, выступая в качестве субъекта деятельности и осуществляя свою управляющую функцию, в то же время относится к самому себе как к объекту управления, как к исполнителю, действия которого он должен направить и организовать с помощью тех или иных средств. Механизм саморегуляции, основанный на подобном рода иерархическом разделении управляющих и контрольных функций внутри одной и той же личности, когда человек выступает для самого себя как объект управления, как “я-исполнитель”, действия которого необходимо отражать, контролировать и организовывать, и когда человек одновременно является для самого себя “я-контролером”, то есть субъектом управления, – такой механизм саморегуляции имеет смысл назвать рефлексивным по своей природе. Заметим, что в данном случае речь идет не просто об отображении внутреннего мира другого человека в сознании воспринимающего, а о рефлексивной регуляции своих собственных внутренних процессов и действий» [6].

Людям с рефлексивным способом жизни свойственно обостренное восприятие и тонкое осознание огромной сложности, противоречивости и изменчивости процессов жизни в природе, других людях, их общностях, в самих себе. Внешней активности они предпочитают углубленное размышление и рефлексии. Для таких личностей социальная ситуация в настоящем нередко теряет свою значимость. В их трансспективе представлено личное прошлое и будущее. Высший по уровню тип личностной организации представлен гуманистическим созидательно-преобразующим отношением ко времени, которое выражается в соответствующем способе жизни. Его отличительные особенности: глубокое, разностороннее и реалистичное осознание сложных и противоречивых процессов жизни, развитое чувство текущего времени, созидательно-преобразующая активность в процессе осуществления собственной жизнедеятельности, ее продуктивность и плодотворность, одним из условий которой является оптимальное распределение и использование времени для различных дел, широкая временная трансспектива. Проблема личностной организации времени, проблема жизненного пути тесным образом связаны с особенностями планирования лично-

стью времени своей жизни. Временная перспектива личности не только подвержена влиянию кризисных моментов жизни социума, но и способна активно противостоять их негативному воздействию, т.е. выступать как более или менее адекватная защитная стратегия. Впервые эта особенность временной перспективы личности была выделена в рамках психоаналитического подхода. Так, активное (хотя и фантастическое) планирование будущего выступает в качестве одного из защитных механизмов [7].

Можно сказать, что больные с расстройствами шизофренического спектра находятся в экстремальных условиях жизнедеятельности. Рефлективные механизмы в экстремальных условиях позволяют продуктивно перерабатывать

жизненный опыт, содействуют формированию готовности личности к противостоянию неблагоприятным жизненным обстоятельствам, предоставляют возможность моделировать и прогнозировать дальнейшее осуществление жизни, формировать «внутренние модели», стратегии преодоления кризиса, обеспечивают динамику ценностно-смысловой сферы [8]. Исходя из вышесказанного исследование рефлексии у больных шизофренией выглядит крайне актуальным.

Целью данного исследования являлось изучение уровня рефлексии как составной части личностного потенциала, а также как межуровневого регулятора саморегуляции у больных расстройствами шизофренического спектра с различной длительностью заболевания.

Материал и методы исследования

При проведении исследования было обследовано 60 больных женского и мужского пола в возрасте от 18 до 60 лет с расстройствами шизофренического спектра, находящихся на стационарном лечении в Республиканской клинической психиатрической больнице г. Донецка. Среди респондентов лица мужского пола составили 60% (36 чел.), лица женского пола - 40% (24 чел.). Распределение пациентов по диагностическим категориям МКБ-10: параноидная шизофрения, непрерывный тип течения (F20.00) – 43 человека, шизоаффективное расстройство (F25) – 7 человек, острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении (F23.1) – 5 человек, параноидная шизофрения, эпизодический с нарастающим дефектом тип течения (F20.01) – 2 человека, острое шизофреноподобное психотическое расстройство (F23.2) – 2 человека, шизотипическое расстройство (F21) – 1 человек. В данном исследовании основным критерием распределения была длительность заболевания, менее 5 лет и более 5 лет соответственно. Количество пациентов с длительностью заболевания более 5 лет – 61,7% (37 человек) составили основную группу, менее 5 лет – 38,3% (23 человека) – группа сравнения.

Для исследования уровня рефлексии использовалась методика диагностики уровня развития рефлексивности А.В.Карпова. Методика базируется на теоретическом конструкте, который конкретизирует общую трактовку рефлексивности, а также ряд иных существенных особенностей данного свойства. В этом опроснике предлагается дать ответы на 27 утверждений.

При интерпретации результатов исходили из дифференциации полученных результатов на три основные категории. Результаты методики, рав-

ные или большие, чем 7 стенов, свидетельствовали о высокоразвитой рефлексивности, результаты в диапазоне от 4 до 7 стенов – индикаторы среднего уровня рефлексивности, показатели, меньшие 4-х стенов – свидетельство низкого уровня развития рефлексивности.

Также респонденты обследовались с помощью методики временной перспективы Ф. Зимбардо. Данная методика направлена на диагностику системы отношений личности к временному континууму. Методика разработана Ф. Зимбардо в соавторстве с А. Гонзалесом (1997).

Временная перспектива – область исследований, вызванных стремлением понять, каким образом и почему мы обращаем свои мысли за пределы текущего момента.

Временная перспектива включает несколько измерений: протяженность в будущее, или отрезок времени, на которое человек мысленно переносится в будущее; протяженность в прошлое, или отрезок времени, на которое человек мысленно переносится в прошлое; плотность, или количество событий в прошлом или будущем, о которых человек думает; связность, или степень организации нашей матрицы "прошлого-настоящего-будущего"; устремленность, или ощущение воспринимаемого темпа продвижения в направлении будущего. Методика направлена на оценку отношения ко времени, а через это – на оценку отношения личности к окружающей действительности вообще, а также к самому себе, своему опыту и грядущим перспективам.

При разделении на основную и группу сравнения анализ проводился с помощью t-критерия Стьюдента. Все расчеты производились в таблицах Microsoft Excel 2010.

Результаты исследования и их обсуждение

При исследовании уровня рефлексии с помощью методики А.В. Карпова были получены следующие результаты. Средние результаты показателей рефлексии по всей выборке находились на низком уровне ($3,6 \pm 1,79$) – испытуемые были ориентированы на действие. Если рассматривать об-

щие результаты по уровням рефлексии непосредственно, то 45% (27 чел.) испытуемых показали низкий уровень развития рефлексии, средний уровень определялся у 53,3% больных шизофренией (32 чел.), а высокий уровень был определен, лишь у 1,7% респондентов (1 чел.). (табл. 1)

Таблица 1

Общие результаты исследования рефлексии у больных с расстройствами шизофренического спектра (методика диагностики уровня развития рефлексивности А.В.Карпова)

Рефлексивность	$\bar{X} \pm m$	Кол-во испытуемых с низким уровнем рефлексии	Кол-во испытуемых со средним уровнем рефлексии	Кол-во испытуемых с высоким уровнем рефлексии
Стены (уровень рефлексии)	$3,6 \pm 1,79$	45% (27 чел.)	53,3% (32 чел.)	1,7% (1 чел.)

Анализируя приведенные выше данные, можно говорить, что больные с расстройствами шизофренического спектра либо уже имеют низкий уровень рефлексии, либо близки к этому. Такая рефлексия характеризовалась следующими признаками: незнание или слабое знание сути мыслительной операции, неумение сформулировать свою мысль; неумение описать собственные действия; отсутствие умения и навыка самостоятельного применения мыслительной операции. Кроме того, для пациентов с низким уровнем развития рефлексии было характерно незнание собственных индивидуальных особенностей мышления и отсутствие интереса к развитию логического мышления. Необходимо отметить, что низкий уровень развития рефлексивности приводил к ригидности в реализации своих ценностей в поведении и взаимодействии с окружающими людьми, к неспособности спонтанно и непосредственно выражать свои чувства, вести себя естественно и раскованно. Больные с низким уровнем реф-

лексии не всегда осознавали свои потребности и чувства, не умели ценить свои достоинства; им трудно было принимать себя такими, какие они есть. Такие пациенты испытывали затруднения в восприятии природы человека в целом как чего-то положительного, не могли принимать свое раздражение, гнев и агрессивность как естественное проявление человеческой природы. Все это приводило к неспособности к быстрому установлению глубоких и тесных эмоционально-насыщенных контактов с другими людьми, к низкой межличностной чувствительности.

Высокий же уровень рефлексии обнаружил лишь один испытуемый, который ранее не обращался за психиатрической помощью.

В таблице 2 представлены показатели уровня рефлексии пациентов с расстройствами шизофренического спектра при распределении респондентов на основную группу и группу сравнения по критерию длительности психического расстройства.

Таблица 2

Результаты исследования рефлексии у больных расстройствами шизофренического спектра с различной длительностью заболевания (методика диагностики уровня развития рефлексивности А.В.Карпова)

Рефлексивность	Длительность заболевания более 5 лет $\bar{X} \pm m$	Длительность заболевания менее 5 лет $\bar{X} \pm m$ $\bar{X} \pm m$	t-критерий Стьюдента р
Стены (уровень рефлексии)	$3,59 \pm 1,71^*$	$3,69 \pm 1,94^*$	0,04*

Примечание: * - различия между группами статистически достоверны.

Анализируя данные, полученные при сравнении этих двух групп, можно говорить о том, что уровень рефлексии у пациентов, болеющих более 5 лет, достоверно ниже, чем у пациентов с длительностью заболевания менее 5 лет. А, следовательно, можно думать о пагубном воздействии расстройств шизофренического спектра на

уровень рефлексии человека.

В таблице 3 приведены общие данные, полученные при исследовании временной перспективы, проведенном с целью диагностики системы отношений больных с расстройствами шизофренического спектра к временному континууму.

Таблица 3

Результаты оценки временной перспективы (методика Ф. Зимбардо)

Временная перспектива	Общие результаты ($\bar{X} \pm m$)	Средние значения по шкале
«Негативное прошлое»	3,21±0,89	2,70
«Гедонистическое настоящее»	3,26±0,83	3,60
«Будущее»	3,50±0,58	3,51
«Позитивное прошлое»	3,59±0,55	3,59
«Фаталистическое настоящее»	3,04±1,21	2,29

Оценивая общие результаты, полученные по данной методике, можно отметить следующее. Уровень показателя «Негативное прошлое» превышал средние значения по данной шкале, что отражает, общее пессимистическое, негативное отношение испытуемых к прошлому, что могло быть связано с реальными неприятными и травматическими событиями, с негативной реконструкцией положительных событий или из-за того и другого вместе. Показатель «Гедонистическое настоящее» был ниже среднего, то есть респонденты не отличались рискованным отношением ко времени и жизни в целом. Они не ощущали в полной мере удовольствия, волнения, возбуждения, наслаждения в настоящем, так же их тяготили заботы о том, что их ждет в будущем. Показатели «Будущее» и «Позитивное прошлое» находились на среднем уровне, следовательно, испытуемые характеризовались достаточным уровнем планирования и достижения будущих целей, также респондентам оказалось характерным теплое, сентиментальное

отношение к прошлому. Результаты по шкале «Фаталистическое настоящее» значительно превышают средний уровень, это говорит о фаталистическом, беспомощном и безнадежном отношении респондентов к своему нынешнему состоянию в жизни. Этот фактор отражал отсутствие сфокусированной временной перспективы у обследованных больных. Им не хватало фокуса на цели как у ориентированных на будущее людей. Пациенты высказывали убежденность в том, что их будущее предопределено и на него невозможно повлиять индивидуальными действиями; настоящее ими переносилось с покорностью и смирением, поскольку присутствовала уверенность в том, что их жизнь предопределена судьбой.

В таблице 4 представлены результаты оценки временной перспективы больными с расстройствами шизофренического спектра при распределении их на группы по критерию длительности психического расстройства (основная и группа сравнения).

Таблица 4

Сравнения уровня оценки временной перспективы у больных с расстройствами шизофренического спектра в зависимости от длительности заболевания (методика Ф. Зимбардо)

Временная перспектива	Длительность заболевания более 5 лет $\bar{X} \pm m$	Длительность заболевания менее 5 лет $\bar{X} \pm m$ $\bar{X} \pm m$	t-критерий Стьюдента р
«Негативное прошлое»	3,29±0,86	3,07±0,94	0,17
«Гедонистическое настоящее»	3,28±0,91	3,22±0,67	0,05
«Будущее»	3,5±0,71	3,5±0,71	0,00
«Позитивное прошлое»	3,68±0,53	3±0,75	0,74
«Фаталистическое настоящее»	3,1±1,65	2,97±0,55	0,07

При сравнении показателей временной перспективы в этих двух группах не было найдено статистически достоверных различий. Это свидетельствовало об отсутствии непосредственной зависимости между отношениями личности к временному континууму и длительностью заболевания. Однако, анализируя полученные данные, можно говорить о тенденции к уменьшению «позитивного» отношения к временной перспективе (шкалы «Гедонистическое настоящее», «Будущее», «Позитивное прошлое») и увеличению «негативного» отношения соответственно (шкалы «Негативное прошлое» и «Фаталистическое настоящее»).

Резюмируя полученные данные, можно отметить, что шизофрения и заболевания шизофренического спектра в целом влияют на уровень рефлексивности личности. По мере увеличения длительности заболевания ухудшалась возможность самостоятельного применения больными мыслительных операций. Пациентам становится трудно воспринимать природу человека как

что-то положительное, принимать свои раздражение, гнев и агрессивность, повышалась ригидность в реализации своих ценностей в поведении и взаимодействии с окружающими людьми, что приводило к неспособности спонтанно и непосредственно выражать свои чувства, вести себя естественно и раскованно.

Больным шизофренией в целом было присуще пессимистическое, негативное отношение к прошлому, они не ощущали в полной мере удовольствие, волнение, возбуждение, наслаждение в настоящем, их тяготили заботы о том, что их ждет в будущем. Для них было характерным фаталистическое, беспомощное и безнадежное отношение к будущему и жизни. Пациенты были убеждены, что их будущее предопределено и на него невозможно повлиять индивидуальными действиями.

Полученные данные могут быть положены в основу разработки индивидуальных психокоррекционных воздействий, направленных на оптимизацию саморегуляции больных с заболеваниями шизофренического спектра.

Коваленко С.Р., Битюкова Ю.В.

ИССЛЕДОВАНИЕ РЕФЛЕКСИИ КАК МЕЖУРОВНЕГО РЕГУЛЯТОРА САМОРЕГУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Республиканская клиническая психиатрическая больница

Ключевые слова: шизофрения, страдание, личностный потенциал, рефлексия, временная перспектива, регуляция.

В связи с важной ролью личностных особенностей, убеждений и ожиданий больных, а также используемых ими стратегий совладания со стрессом, которые зачастую повышают их уязвимость к психотическим расстройствам и влияют на вероятность рецидива, крайне актуальным выглядит исследование позитивных личностных ресурсов (личностного потенциала) у больных с расстройствами шизофренического спектра. Согласно гипотезе развития шизофрении, основанной на биопсихосоциальной модели, личностный потенциал является «средством» преодоления психотравмирующих воздействий шизофрении.

Целью данного исследования являлось изучение уровня рефлексии как составной части личностного потенциала, а также как межуровневого регулятора саморегуляции, у больных расстройствами шизофренического спектра с различной длительностью заболевания.

Больным шизофренией в целом было присуще пессимистическое, негативное отношение к прошлому, они не ощущали в полной мере удовольствие, волнение, возбуждение, наслаждение в настоящем, их тяготили заботы о том, что их ждет в будущем. Для них было характерным фаталистическое, беспомощное и безнадежное отношение к будущему и жизни. Пациенты были убеждены, что их будущее предопределено и на него невозможно повлиять индивидуальными действиями.

Полученные данные могут быть положены в основу разработки индивидуальных психокоррекционных воздействий, направленных на оптимизацию саморегуляции больных с заболеваниями шизофренического спектра. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2017. — № 2 (38). — С. 36-42).

Kovalenko S.R., Bityukova Yu.V.

INVESTIGATION OF REFLECTION AS AN INTERGURAL REGULATOR OF SELF-REGULATION IN PATIENTS WITH DISORDERS OF THE SCHIZOPHRENIC SPECTRUM

Donetsk National Medical University named after M. Gorky Republican Clinical Psychiatric Hospital

Keywords. Schizophrenia, suffering, personality potential, reflection, temporal perspective, regulation.

Due to the important role of personality characteristics, beliefs and expectations of patients, as well as their coping strategies, which often increase their vulnerability to psychotic disorders and affect the likelihood of relapse, it is extremely relevant to look at positive personal resources (personality potential) in patients with Disorders of the schizophrenic spectrum. According to the hypothesis of the development of schizophrenia based on the biopsychosocial model, the personality potential is a "means" for overcoming the psychotraumatic effects of schizophrenia.

The purpose of this study was to study the level of reflection as an integral part of the personal potential, as well as an inter-level regulator of self-regulation, in patients with schizophrenic disorders with different duration of the disease.

The patients with schizophrenia in general had a pessimistic, negative attitude to the past, they did not feel the full pleasure, excitement, excitement, enjoyment in the present, they were burdened by cares about what awaits them in the future. For them, a typical fatalistic, helpless and hopeless attitude toward the future and life was characteristic. Patients were convinced that their future is predetermined and can not be influenced by individual actions.

The obtained data can be used as the basis for the development of individual psychocorrectional influences aimed at optimizing the self-regulation of patients with diseases of the schizophrenic spectrum. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2017. — № 2 (38). — P. 36-42).

Литература

1. Еричев А.Н. Шизофрения: современные представления об этиопатогенезе и возможности когнитивно-поведенческой психотерапии / А.Н. Еричев, О.Д. Шмоница, В.О. Клайман // Вестник Русской христианской гуманитарной академии - 2015 №3, Т. 16. – С.385-390.
2. Михайлов Б.В. Биопсихосоциальная модель реабилитации больных шизофренией / Б.В. Михайлов, В.Б. Мажбиц // Український вісник психоневрології. 2011 – Т. 19, № 2 (67) - С. 52-53
3. Шигабетдинова Г.М. Феномен рефлексии: границы понятия / Г.М. Шигабетдинова // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского - 2014 – № 1 - С.415-422.
4. Карпов А.В. Рефлексивность как психическое свойство и методика ее диагностика / А.В. Карпов // Психологический журнал - 2003. - Т.24 №5. – С. 45-57.
5. Шаров А.С. Ограниченный человек: значимость, активность, рефлексия / А.С. Шаров - Омск: Изд-во ОмГПУ, 2008. – 358с.
6. Кулюткин Ю.Н. Рефлексивная регуляция мыслительных действий / Ю.Н. Кулюткин // Психологические исследования интеллектуальной деятельности. - М: Издательство Московского университета, 1979. – С. 22-28.
7. Горбачева М.В. Теоретические аспекты изучения временной транспективы личности в контексте становления профессионального самоопределения студентов колледжа / М.В. Горбачева - Вестник Костромского государственного университета – 2016. – С.78-81.
8. Шмачилина-Цибенко С.В. Роль рефлексивных процессов и механизмов преодоления кризиса личности в экстремальных условиях / С.В. Шмачилина-Цибенко, В.В. Ильина // Научно-методический журнал «Концепт» -2015. - №5 С. 6-10.

Поступила в редакцию 17.04.2017

УДК 616.855+378.147.046.4

*Гашкова Л.А., Лик-ван-дэжи Н.Е., Черепков В.Н., Побережная Н.В.***КЛИНИЧЕСКОЕ ИНТЕРВЬЮ В ЦИКЛАХ ПСИХОТЕРАПИИ И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ: ОБУЧЕНИЕ КУРСАНТОВ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: психотерапия, медицинская психология, последипломное образование, клиничко-психопатологический метод, клиническое интервью

Психические расстройства, по своей сути, являются сложными антропологическими феноменами, которые возникают на уровне человека как единого, сложного и уникального явления природы [1].

Принципами любого диагностического процесса являются следующие процедуры (так называемая схема обследования пациента, предлагаемая студентам медицинского высшего учебного заведения): тщательный расспрос больного (с параллельным наблюдением за ним), сбор детального анамнеза, выделение симптомов, синдромов, изучение их динамики (патогенеза), оценка синдромотаксиса (дифференциальный диагноз), формулировка диагноза, определение плана обследования, прогноза и назначение лечения.

В психиатрии основным методом исследования считается клиничко-психопатологический. Цель этого метода состоит в выявлении и клинической диагностике психического расстройства, а объектом исследования является человек, страдающий таким расстройством. Исходя из этого, психопатологический метод является научным методом познания только в системе определённых теоретических координат, а именно, при рассмотрении психического расстройства с позиции клинической медицины как душевной болезни. Само же психическое расстройство одновременно протекает на различных уровнях бытия: биохимическом, нейрофизиологическом, психическом, личностном, социально-психологическом, популяционно-генетическом. И охватить одним методом исследования все эти уровни «патологического» принципиально невозможно [2].

Начиная со второй половины XX ст. возник современный (четвёртый) этап развития психиатрической мысли, который можно обозначить как полинозографический. Его возникновение связано с двумя факторами. Во-первых, в связи

с открытием психотропных препаратов изменилась социальная задача психиатрии. Во-вторых, развитие научной психиатрической мысли привело к формированию плюралистической позиции в отношении причин возникновения одного и того же клинического синдрома. В связи с этим нозография психических заболеваний стала определяться тем или иным диагностическим принципом: этиологическим, патогенетическим, процессуальным, патокинетическим, эволюционным, реактивным, структурно-психологическим, принципом этиопатогенетического развития. Это обуславливает два принципиальных момента.

Первый: необходимо чётко разграничивать принципы функционирования психики (символические, логические законы мышления, аффективные комплексы и другие), которые являются общими и для больной, и для здоровой психики человека, и психопатологические феномены, которые по сравнению с нормой являются качественно иным образованием. Второй – следует чётко различать метод, как один из способов познания какого-либо объекта и предмета реальности, и совокупность различных процедур, которыми реализуется процесс познания. Таким образом, если метод направлен на цель, то процедуры – на решение конкретных задач. К последним относятся: процедуры выслушивания, расспроса, диалога, наблюдения за пациентом, сбор объективного, субъективного анамнеза [3].

Одной из таких процедур, включающих в себя выслушивание, диалог и наблюдение, является интервью с пациентом. В психиатрической практике чаще всего используется термин «клиническое интервью». В основе клинического интервью (КИ) лежит структурно-психологический диагностический принцип, что предопределяет место данной процедуры как части всего клиничко-психопатологического метода. В то же время, помимо диагностической, КИ наделено и терапевтической функцией. У Кэннон утверж-

дал, что для клиента интервьюирование всегда должно восприниматься как положительный жизненный опыт, процесс восстановления, регенерации [4].

Клиническое интервью занимает важное место в работе врача-психотерапевта и медицинского психолога. Это метод получения информации об индивидуально-психологических свойствах личности, психологических феноменах и психопатологических симптомах и синдромах, внутренней картине болезни и структуре проблемы пациента, а также это способ психологического воздействия на человека, производимый непосредственно на основании личного контакта психолога и клиента. Интервью отличается от обычного расспроса тем, что нацелено не только на активно предъявляемые жалобы, но и на выявление скрытых мотивов поведения человека и оказание ему помощи в осознании истинных (внутренних) оснований для изменения психического состояния. Пациент зачастую не может точно описать свое состояние и сформулировать жалобы и проблемы, и это становится ответственностью психотерапевта (психолога) – выявить и структурировать их [5].

Клиническое интервью – сложный и трудоемкий процесс, качество его зависит от уровня квалификации практикующего специалиста. В современных условиях последипломное обучение требует новых подходов к преподаванию, сочетание как традиционных, так и инновационных методов изучения дисциплин. В профессиональной деятельности психотерапевта и медицинского психолога процедура КИ является необходимым навыком.

Практическое занятие для курсантов врачей-психотерапевтов и медицинских психологов по теме «Клиническое интервью» предусматривает последовательное, поэтапное освоение навыков ведения интервью и проводится в виде ролевого тренинга по разработанному сценарию, с распределением ролей между курсантами:

- курсант в роли пациента получает клинический сценарий и разыгрывает ситуацию согласно ситуационного задания;

- курсант в роли психотерапевта – психолога (далее – консультанта) проводит клиническое интервью;

- курсант в роли наблюдателя (остальные курсанты) – наблюдают за участниками интервью, заполняют специальный опросник и представляют собственный анализ проведения процедуры в конце тренинга.

Для практического занятия нами был выб-

ран вариант проведения КИ, изложенный В.Д. Менделевичем, состоящий из 4 этапов [5]. Перед проведением учебного интервью курсантами преподавателем демонстрируется клинический пример. Затем курсанты начинают ролевою игру.

Последовательность проведения клинического интервью:

I этап. На этом этапе курсанты отрабатывают установление эмоционального контакта с клиентом, поскольку от того, насколько налажен контакт, будет зависеть не только получаемая диагностическая или оценочная информация, но и последующая психотерапевтическая помощь клиенту. Здесь необходимо учитывать самые разные характеристики: возраст, пол, культурные особенности, сексуальную ориентацию, социальную принадлежность, интеллектуальные способности.

Навыки, отрабатываемые курсантами на данном этапе:

1. Установление доверительных отношений – психологического комфорта.

2. Ситуативная поддержка.

3. Предоставление гарантий конфиденциальности.

4. Определение доминирующих мотивов проведения интервью.

Таким образом, на I этапе активная роль отводится курсанту в роли консультанта для формирования позитивных консультационных или психотерапевтических отношений.

Учебный пример для курсантов. На прием обратился мужчина 49-ти лет. Осторожно вошел в кабинет и остановился у входа. Выражение лица настороженное, плечи опущены, движения нерешительные. Создалось впечатление, что пациент раздумывает, не выйти ли ему за дверь. Психотерапевт поднялся и пошел навстречу, при этом сразу начал разговор с приветствия и предложения присесть в кресло. Подождал, пока пациент сел, а затем предложил стакан горячего чая (на улице было холодно и лил дождь). Спросил, утверждая: «Как там, на улице, очень холодно?». Далее последовало предложение ознакомиться с содержанием информированного согласия, что сопровождалось заявлением о полной гарантии конфиденциальности беседы. Так как пациент не стремился начинать разговор, отвечал односложно, то психотерапевт выбрал тактику активного, но мягкого монолога на этом этапе. Для выявления доминирующего мотива обращения и определения уровня критичности к себе были заданы вопросы: «От кого вы узнали

обо мне? Почему вы решили обратиться именно к специалисту такого профиля? Вы пришли по своей инициативе?» и т.п.

Вышеизложенные вопросы предполагают возможность односложных конкретных ответов, что, скорее всего наиболее подходит данному пациенту, который не склонен к откровенному разговору и испытывает напряжение.

II этап. Выявление жалоб (пассивное и активное интервью). На этом этапе курсант в роли пациента предъявляет жалобы в той последовательности и с теми подробностями и комментариями, которые прописаны в клиническом сценарии ситуационного задания.

Интервью не стоит начинать с вопросов типа «на что Вы жалуетесь?» или «что Вас беспокоит?», которые автоматически озвучиваются врачами всех специальностей и чаще всего выстраивают коммуникативный барьер между врачом и пациентом. Вербальные варианты могут быть такими: «что привело Вас на консультацию к психотерапевту?», «можете рассказать, что случилось?», «как Вам будет удобнее: чтобы вы сами рассказали о том, что вас привело ко мне или я буду задавать Вам вопросы?».

Однако и такие формулировки не всегда могут быть применены. В таком случае стоит использовать ситуационно-обусловленные фразы-конструкты. Важно научиться создавать такие конструкты спонтанно, в зависимости от ситуации, которая возникает в процессе взаимодействия консультанта и пациента.

Пример для курсантов, продолжение (2-й этап). Пациент выбрал вариант ответов на вопросы психотерапевта, объяснив это тем, что не знает, с чего начать.

Вопросы консультанта (ВК) и ответы пациента (ОП):

ВК – Вам нравится такая погода?

ОП – Нет, не нравится.

ВК – А почему?

ОП – Машина быстро пачкается. Я не люблю, когда машина грязная.

ВК – А Вы много ездите в течение дня?

ОП – Сейчас да, много.

ВК – Почему «сейчас»?

ОП – У меня заболел отец, он перенес инсульт. Мы с братом постоянно ездим к родителям, привозим продукты, лекарства. Обычно я в такую погоду машину оставляю в гараже, мой офис находится рядом с домом, я ходил пешком.

ВК – Два дня назад была чудесная погода, солнце, яркое голубое небо. Как вы чувствова-

ли себя в эти дни?

ОП – Я, собственно, почему пришел к вам. Я стал плохо спать, просыпаюсь среди ночи, потом долго не могу уснуть, хожу по дому до рассвета, а потом могу заснуть и просыпаюсь от будильника. Чувствую, что не выспался, целый день как разбитый. Ночью просыпаюсь от того, что сердце «колотится». Думал, что проблемы с сердцем или давлением, обратился к терапевту, обследовался, особенно ничего не выявили. Терапевт направил к Вам на консультацию. Независимо от погоды я чувствую себя с утра так, как будто мне предстоит разгрузить вагон. И я не хочу этого делать, у меня нет сил. Я знаю, что после обеда мне надо ехать к родителям, поэтому я настраиваю себя на то, что я должен быть в форме к 5-ти вечера. На работе у меня напряжение, мне стало трудно выполнять прежний объем работы, мне многое в тягость. Неделю назад у меня был конфликт с директором. Я сейчас рассматриваю варианты поменять место работы. Хотя мне нравилось здесь работать.

ВК – А ночные пробуждения появились до или после конфликта с директором?

ОП – Я стал плохо спать за месяц до проблем на работе. Думаю, что это не связано с этим. И вообще, я не реагирую на то, что происходит на работе, для меня важно, чтобы отец начал выздоравливать.

ВК – Почему это так важно для Вас?

ОП – Отец для меня очень важен. Да и мать тоже. У меня замечательные родители, я боюсь их потерять. У меня была такая потеря... десять лет назад погибла моя единственная дочь.

ВК – Сколько лет вашим родителям?

ОП – Около 80-ти.

ВК – Полагаю, они счастливы иметь такого сына?

ОП (с задержкой) – Наверное.

ВК – Вы хотели бы дожить до 80-ти лет?

ОП (посмотрел с удивлением и интересом) – Не знаю. Наверное, да.

ВК – Когда Вы стали ощущать сильное сердцебиение, что Вы решили для себя?

ОП – Я решил обратиться к врачу. Если что-то и найдут у меня, лучше сразу это лечить и не запускать болезнь. Вот мой отец не хотел идти к врачу. Думаю, что мои проблемы со здоровьем начались тогда, когда слег отец. Я сильно переживал по этому поводу. Он очень любил свою внучку – мою дочь. Говорил, что она характером в него. Когда у отца было острое со-

стояние, я бегал, мотался, занимался его лечением, поддержкой матери, и не думал о том, как себя чувствую. А потом, когда ситуация стала менее напряженной, я перестал спать. У меня появилось стремление уходить от деятельности. Я думал, что устал. Но это не проходит. Раньше я любил смотреть футбол, а сейчас меня раздражают громкие звуки, а смотреть футбол «молча» - лучше вообще не смотреть. Я понимаю, что моя жизнь в последние два месяца изменилась, только я даже не заметил, как это произошло.

ВК – Как вы думаете, если поменяете работу, вам станет легче и все наладиться?

ОП (быстро) – Нет, я так не думаю.

Курсант в роли консультанта выполняет роль внимательного слушателя, лишь уточняет особенности проявления заболевания пациента, задавая целенаправленные вопросы.

Этот этап предусматривает отработку следующих навыков:

1. Оценка внутренней картины и концепции болезни, выявления представлений пациента о причинах и поводах возникновения у него тех или иных симптомов.

2. Структурирование проблемы.

3. Использование элементов воздействия:

- Интерпретация;
- Директива (указание);
- Совет;
- Самораскрытие;
- Обратная связь;
- Логическая последовательность;
- Воздействующее резюме.

4. Сбор психологического и медицинского анамнеза. Получить от больного сведения для оценки его личности как сложившейся системы отношений к самому себе и, в особенности, отношения к болезни, и оценки того, насколько болезнь изменила всю эту систему.

III этап. Оценка желаемого результата интервью и терапии. На этом этапе курсант психотерапевт (психолог) должен определить:

1. Субъективную модель здоровья пациента.

2. Выявить предпочтительный способ терапии.

Пример для курсантов, продолжение (3-й этап).

ВК – Как Вы считаете, Вы хотите избавиться от ночного беспокойства?

ОП – Ну конечно, какие сомнения могут быть. Я ведь не высыпаюсь, из-за этого у меня все валится из рук на работе, а, следовательно, и конфликты. Да мне и самому не нравится мое

состояние. Поэтому я не отказался от консультации у психотерапевта. Я хочу вернуться к своему нормальному состоянию.

Переход к IV этапу КИ.

ВК – А что такое «нормальное состояние» для вас?

ОП – Я привык быть активным, я люблю работать, у меня интересная работа. Творческая. Я дизайнер. Я понимаю, что мои родители достигли определенного возраста. Умом понимаю. Я не хотел бы так расстраиваться, так они сами начинают переживать из-за меня. Я хочу вновь обрести силу духа. Только сейчас я бы не хотел каких-то активных действий, так не чувствую, что у меня есть для этого силы.

Для этого пациента была выбрана релаксирующая психокоррекционная техника.

ВК – Как Вы думаете, ваш директор понимает ваше состояние и то, что Вы сейчас чувствуете?

ОП – Да, скорее всего, понимает. Он даже предложил мне взять отпуск. Но я как-то забыл об этом.

ВК – А зачем Вам сейчас, осенью, отпуск? Погода такая непредсказуемая...

ОП (недоуменно) – Как зачем? Отдохнуть. Состояние здоровья у отца стабилизировалось, и брат может присматривать за родителями. Я мог бы с женой поехать на неделю куда-нибудь недалеко. Точно, я возьму отпуск! Наверное, проблема на работе возникла из-за моего болезненного переживания из-за отца. Я так погрузился в страх потерять близкого человека, что перестал адекватно соображать. Только, чтобы быть уверенным, что все получится, вначале я бы хотел пройти курс лечения, который вы назначите. Думаю, что у меня все пройдет.

На IV этапе курсант в роли консультанта должен оценить антиципационные способности пациента.

Основываясь на выявленной симптоматике, имея представление пациента о концепции болезни, зная, чего он ожидает от лечения, консультант направляет интервью в русло антиципационного тренинга:

- выработать у клиента умение анализировать течение заболевания, понимание собственной проблемы, путей ее преодоления;

- обсуждение вероятных вариантов исхода заболевания в зависимости от эффективности психологической коррекции.

Курсанты в роли наблюдателей следят со стороны за работой психотерапевта с пациентом на каждом этапе интервьюирования и записы-

вают свои наблюдения, отвечая на вопросы. Примерный перечень вопросов:

1. Было ли установлено доверительное отношение между психологом и клиентом и налажен ли психологический контакт?

2. Как проведена ситуативная поддержка клиента?

3. Были ли предоставлены гарантии конфиденциальности?

4. Смог ли психотерапевт определить доминирующие мотивы проведения интервью?

5. Правильно ли оценена психотерапевтом внутренняя картина болезни?

6. Была ли проблема обращения структурирована и кем – пациентом или психотерапевтом?

7. Собран ли психологический и медицинский анамнез — истории жизни и болезни в полном объеме?

8. Выявлен ли предпочтительный результат интервью, а также способы терапии?

9. Удалось ли психотерапевту выработать у клиента умение анализировать течение заболевания, понимание собственной проблемы и путей ее преодоления?

Клиническое интервью – творческий процесс, в связи с этим групповые ролевые игры являются хорошей возможностью отработки практических навыков.

В одном интервью невозможно выявить все особенности болезненных проявлений пациента, изучить анамнез, определиться с терапией и прогнозом. Поэтому для практического занятия нами были разработаны различные варианты проведения КИ, отдельно по этапам и комплексно.

Рассматриваются варианты первичного интервью и повторного.

По окончании интервью группа дает обратную связь участникам процесса, оценивая работу каждого этапа интервьюирования, предлагая свои варианты решения ситуационной проблемы, внося свои предложения. Групповое обсуждение дает возможность рассматривать клинический сценарий ситуационного задания с разных сторон, исходя из практики и опыта курсантов, что позволяет лучше усваивать полученный теоретический материал и закреплять практические навыки.

В данном сценарии практического занятия центральной фигурой является курсант-психотерапевт (медицинский психолог), преподаватель не вмешивается в процесс ролевой игры, даже в случае неверного подхода к проведению КИ и ошибок курсанта. Такая тактика практического занятия не может быть применима в реальной консультации согласно принципов биоэтики.

Выводы. Проведение практических занятий в интерактивном режиме, используя сценарий для ролевой игры, показало свою высокую эффективность.

В процессе обучения методу клинического интервью у курсантов врачей-психотерапевтов и медицинских психологов следует отрабатывать практические навыки в процессе занятия неоднократно и по различным сценарным заданиям. В ролевой игре должны участвовать все без исключения курсанты, и результаты этой работы оцениваются преподавателем как овладение практическими навыками.

Гашкова Л.А., Лик-ван-дэжи Н.Е., Черепков В.Н., Побережная Н.В.

КЛИНИЧЕСКОЕ ИНТЕРВЬЮ В ЦИКЛАХ ПСИХОТЕРАПИИ И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ: ОБУЧЕНИЕ КУРСАНТОВ

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: психотерапия, медицинская психология, последипломное образование, клиничко-психопатологический метод, клиническое интервью.

В статье описывается методика преподавания одной из процедур клиничко-психопатологического метода, применяемого в психиатрии, – клинического интервью с пациентом. Излагаются некоторые гносеологические подходы в описании методов исследования в данной специальности и непосредственно в области психотерапии и медицинской психологии. Как частный случай описана методика проведения практического занятия по теме «Клиническое интервью» с использованием ролевой игры для курсантов циклов «Психотерапия» и «Медицинская психология». В статье делается акцент на двух важных моментах. Первый – понимание курсантами места, роли и показаний к использованию интервью в структуре психопатологического метода. Этому посвящена первая часть материала. Второй – выработка у обучающихся навыков проведения данного способа коммуникации с пациентом с диагностической и терапевтической целями. Для изучения данной темы была использована методология клинического интервью, изложенная В.Д. Менделевичем. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2017. — № 2 (38). — С. 43-48).

**CLINICAL INTERVIEW IN THE PSYCHOTHERAPY AND MEDICAL PSYCHOLOGY:
POSTGRADUATE TRAINING**

Donetsk National Medical University named after M. Gorky

Keywords: psychotherapy, medical psychology, postgraduate education, clinico-psychopathological method, clinical interview.

The article describes the method of teaching one of the procedures – a clinical interview with a patient. As a special case, the technique of carrying out a practical lesson on the topic «Clinical interview» is described with the use of a role-playing game for students of course «Psychotherapy» and «Medical psychology». The article focuses on two important points. The first is understanding by students of the place, role and indications for using interviews in the structure of the psychopathological method. The second is the development of the students' skills in carrying out this method of communication with a patient with a diagnostic and therapeutic purpose. To study this topic the methodology of the clinical interview outlined by V.D.Mendelevich was used. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2017. — № 2 (38). — P. 43-48).

Литература

1. Многомерный образ человека: Комплексное междисциплинарное исследование человека / Под ред. Б.Г. Юдина. — ЛитРес, 2011. — 510 с.
2. Чайка Ю.В. История, структура и перспективы развития психопатологического метода (сообщение 1)/Ю.В. Чайка, Ю.Ю. Чайка//Український вісник психоневрології. - 2003. - Т. 11, № 4. - С. 5-9.
3. Чайка Ю.В. История, структура и перспективы развития психопатологического метода (сообщение 2) / Ю.В. Чайка, Ю.Ю. Чайка // Український вісник психоневрології. — 2004. — Т. 12, № 4. — С. 12–16.
4. Соммерз-Фланаган Дж. Клиническое интервьюирование / Дж. Соммерз-Фланаган, Р. Соммерз-Фланаган. - М.: Диалектика (изд. дом «Вильямс»), 2016. - 672с.
5. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология: Учебное пособие/В.Д.Менделевич. - М.: МЕДпресс-информ, 2012–432 с.

Поступила в редакцию 18.04.2017

УДК 616.895.8:159.937+159.922

*Ряполова Т.Л.***СТРУКТУРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СУБЪЕКТИВНОГО ЖИЗНЕННОГО ПРОСТРАНСТВА БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА**

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: шизофрения, субъективное жизненное пространство, феноменологический подход, экзистенциальные переживания, самоактуализация, смысло-жизненные ориентации

Личностно-ориентированные подходы к оказанию специализированной помощи больным шизофренией должны основываться на целостном описании личностных особенностей больных, которое невозможно без гуманистического и экзистенциального обращения к феномену бытия их в мире, поскольку «каждый человек интенсивно строит собственное своеобразное созвездие взаимоотношений своего "Я" с миром. Его мотивы принадлежат ему самому, всегда принимая форму "личных проектов". Его наследственность уникальна, воспринимаемое им окружение уникально, все его взаимоотношения с миром уникальны» (Г. Олпорт, 2002) [1].

По мнению К. Левина [2], истинной средой обитания личности является не физическая реальность и не социальная среда, а лишь те их фрагменты, которые отражены в сознании человека и на которых основывается его поведение. В связи с этим им было предложено понятие жизненного пространства как единой констелляции взаимозависимых факторов человека и его среды. Отмечая контекстуальность и подвижность всех явлений внутреннего мира человека, автор теории поля отмечал, что существует соблазн включить в жизненное пространство чисто психологические явления, подобные мотивам, когнитивным схемам, целям, и исключить физические и социальные события, не оказывающие на человека прямого воздействия. Но есть пограничная область событий и процессов, которые обычно относятся к физическим, экономическим или правовым и, тем не менее, прямо воздействуют на индивида. Поэтому они также должны включаться в жизненное пространство человека. Жизненное пространство в его представлении изображалось в виде овала, в центре которого находится круг, символизирующий собой внутренний мир личности. Жизненное пространство имеет две основных

границы: внешняя отделяет жизненное пространство от реального физического и социального макромиров, внутренняя отделяет внутренний мир личности от ее психологической среды в пределах жизненного пространства.

Индивидуальный характер образа мира был подкреплен теорией личностных конструктов Дж.Келли, согласно которой каждый человек воспринимает мир по-своему, через сетку своей системы координат. Единицами этой системы являются личностные конструкты, т.е. критерии, по которым человек сравнивает и оценивает объекты окружающей действительности. По мнению основоположника когнитивной теории личности, на человека оказывают влияние не события, а его интерпретация этих событий, которая зависит от его системы представлений [3].

В работах Х. Томе субъективное жизненное пространство представлено как когнитивно репрезентированный и психически переработанный реальный мир жизни человека [4].

Сами по себе внешние объекты по отношению к личности субъективное жизненное пространство не создают. Чтобы говорить о феномене субъективного (индивидуального) жизненного пространства, необходимо специфическое «наложение» вектора личностных или социальных взаимовлияний, которые структурируют объекты относительно друг друга и создают «пространство» [5].

Близкими к психологическому пространству личности понятиями являются идентичность (тождественность самому себе), эмпирическое Я (включающее в себя составные части), Я-концепция (представляющая собой рефлексию бытия), самость (неосознаваемая основа жизни личности) [6].

Сторонник онтологического равноправия фактов и феноменов в психологии личности У. Джемс понимал Я как хозяина всех психических

функций, как общую сумму всего того, что человек может назвать своим: в нее должны быть включены не только физические и душевные качества человека, но и некоторые предметы, принадлежащие ему, и люди, имеющие к нему некоторое определенное отношение, привычки и вкусы [7].

При описании субъективного бытия человека неизбежно используются понятия, традиционно применяемые для описания объективного бытия. Так, используются понятия внутреннего мира человека [8], жизненного мира [9], факторов места и обособлении личности [10], психологического времени и пространства [8 - 10], а также понятия, изначально имеющие чисто топологическое содержание, такие, как «пространство» (внутреннее, психосемантическое, социальное), «дистанция», «выше — ниже», «ближе — дальше», «границы», «барьеры» [11].

Содержание жизненного пространства личности включает совокупность значимостей, «систему позитивно, нейтрально или негативно окрашенных объектов или явлений, которые входят в систему взаимосвязей личности и среды» [12].

Жизненное пространство личности особенно тем, что включает в себя такие субъективные координаты как «значение», «смысл», «ценность», поэтому, с нашей точки зрения, термин «субъективное жизненное пространство» наиболее точно отражает суть данного психического феномена.

По словам В.Е. Ключко, «эти характеристики элементов среды, доступные для восприятия и значимые для конкретного человека или группы, определяются неповторимостью ценностно-смысловой и мотивационно-потребностной сфер индивидуального и группового субъекта» [13], то есть понимание жизненного пространства личности связано с трансформацией внешней, социальной среды через внутренние детерминанты человека. «В актуальную жизненную ситуацию человек привносит «наслоения» всей своей индивидуальной истории. У разных людей жизненный мир отличается разной степенью изменчивости, своеобразия, внутренней согласованности. Разной может быть... и способность индивида гибко изменять собственную позицию в столкновении с жизненной проблемой или «застрять» только на одной ее особенности. Жизненные миры различаются также размахом планов, ожиданий и действий, широтой интересов и напряженностью усилий» [4].

С.К. Нартова-Бочавер указывает на то, что

состояние границ собственного психологического мира в значительной мере определяет отношение человека к элементам среды, т.е. его мироотношение в целом. В зависимости от того, воспринимается ли окружающий мир как чуждый или родственный, строится и собственная деятельность человека в нем [14]. Психологическое пространство личности определяется автором как субъективно значимый фрагмент бытия, т.е. существенный, выделяемый из всего богатства проявлений мира и определяющий актуальную деятельность и стратегию жизни человека. Психологическое пространство включает ряд физических и психологических явлений, с которыми человек отождествляет себя. Они становятся значимыми для субъекта, когда приобретают личностный смысл, и поэтому границы психологического пространства охраняются физическими и психологическими средствами [15].

Пространство подвижно и зависит от интенсивности и осмысленности жизнедеятельности человека. Так, оно может расширяться при наличии неопределенных перспектив, что соответствует стадии жизненного поиска, оставаться стабильным в случае обретения ответа и стягиваться, например, при возникновении сверхценной идеи. Однако психологическое пространство скорее является устойчивой характеристикой личности, чем ее состоянием. В пространстве можно выделить его объем, количество измерений, сохранность (устойчивость - подвижность границ). Оно развивается в онтогенезе и взаимодействует с другими качествами личности. Весьма важным является прочность его границ, дающая человеку переживание суверенности собственного «Я», чувство уверенности, безопасности, доверия к миру. Таким образом, не очень интересно, каким «метражом» исчисляется пространство, главное, чтобы оно было субъективно достаточным для человека [16].

Психологическое пространство, которое человек ощущает как свое, позволяет ему обособиться, отграничиться от мира предметов, социальных и психологических связей, представляющих фон, среду его жизнедеятельности. В зависимости от того, воспринимается ли окружающий мир как чуждый или родственный, строится и собственная деятельность человека в нем, принимая агрессивную либо кооперативную окраску. Границы пространства определяют отношение к малому и большому социуму - семье и друзьям, социальной группе, этносу, человечеству. Восприятие социума как своего позволяет

проявляться конструктивным, творческим тенденциям, проводящим человека через прозрачные для него социальные границы, благодаря чему, как отмечал Э. Эриксон, формируется «широкая идентичность», чувство общности с широким кругом людей [17]. Если же социум ощущается как чужой, эти границы могут блокироваться, ограничивая поле самоактуализации личности.

С.К. Нартовой-Бочавер введено понятие психологической суверенности, определяемое как а) способность субъекта контролировать свое психологическое пространство, б) баланс между собственными потребностями и потребностями других, в) состояние психологических границ личности [18].

Несмотря на возрастающий в последние годы интерес психологов к изучению проблемы субъективного жизненного пространства, исследований данного феномена у больных с психическими расстройствами, в частности, у больных шизофренией, относительно немного [19 - 24].

В то же время, страдание больных шизофренией, обусловленное не только болезненными симптомами, но и эмоциональным дистрессом госпитализации, фактом установления психиатрического диагноза, необходимостью длительного приема медикаментов, социальной стигмой и социальными ограничениями, предусматривает возможность переоценки ими дальнейших ориентиров жизнедеятельности и обретения но-

вых жизненных смыслов, т.е. переструктурирования субъективного жизненного пространства.

Актуальность настоящего исследования может быть обоснована экстраполяцией принципов формирования субъективного жизненного пространства на проблемы больных шизофренией и заболеваниями шизофренического спектра. С нашей точки зрения, принцип системности предполагает необходимость рассмотрения субъективного жизненного пространства больных шизофренией, с одной стороны, как обладающего структурой, с другой - как связанного с другими личностными проявлениями и включенного в другие системы, в частности, открытого к среде во всех ее проявлениях. Принцип детерминизма позволяет объяснить в нелинейном процессе развития субъективного жизненного пространства пациентов с шизофренией и заболеваниями шизофренического спектра наличие альтернативных линий, выделить особые точки восприимчивости больных к формированию различных изменений психологического пространства. В соответствии с принципом синергетики, ценность субъективного жизненного пространства подчеркивает необходимость и эффективность ненасильственного отношения к личности как в процессе оказания психиатрической помощи больным шизофренией, так и при выборе психотерапевтических подходов в процессе реабилитации пациентов, что обуславливает прикладное значение данного исследования.

Материал и методы исследования

Исследование субъективного жизненного пространства проводилось у 74 пациентов Республиканской клинической психиатрической больницы г.Донецка (45 мужчин (60,8%) и 29 женщин (39,2%)) в возрасте от 18 до 55 лет. В соответствии с диагностическими критериями МКБ-10, у 14 больных (18,9%) был установлен диагноз острого полиморфного психотического расстройства с симптомами шизофрении, 52 пациента (70,3%) страдали параноидной шизофренией, у 8 больных (10,8%) имело место шизоаффективное расстройство. В соответствии с задачами исследования, исследование субъективного жизненного пространства отдельно у пациентов с заболеваниями шизофренического спектра не проводилось, поэтому в дальнейшем все обследованные больные обозначаются как «больные шизофренией».

В исследовании использовались клиничко-анамнестический, клиничко-психопатологический,

социально-психологический методы и метод математической обработки результатов.

Клиничко-анамнестический метод предусматривал изучение историй болезни пациентов и внесение клиничко-социальных характеристик обследованных больных в специально разработанную «Индивидуальную карту клиничко-социально-демографического анализа истории болезни больного шизофренией и заболеваниями шизофренического спектра». Клиничко-психопатологический метод основывался на общепринятых подходах к психиатрическому обследованию и включал элементы феноменологического подхода в процессе опроса и анализа психического состояния пациента. Социально-психологический метод был направлен на исследование субъективного психологического пространства больных шизофренией и заболеваниями шизофренического спектра с помощью опросника «Суверенность психологического пространства» (С.К. Нартова-

Бочавер, 2010) [18], самоактуализационного теста (САТ, Ю.Е. Алешина и соавт., 1987) [25], теста смысловых ориентаций (СЖО) Дж. Крамбо, Л. Махолик (1968) в адаптации Д.А. Леонтьева (2000) [26], личностного опросника А.Т. Джерсайлда (Personal Issues Inventory) [27].

Математическая обработка результатов проводилась с использованием лицензионного пакета статистического анализа – «Statistica 7.7» (StatSoft) на IBM PC/AT. Для количественного анализа полученных в исследовании данных использовались методы статистического анализа. Для представления данных, полученных в результате исследования, применяли стандартные методы описательной статистики. Для адекватного представления числовых данных предварительно проводили проверку распределения на нормальность. В случае, когда распределение не отличалось от нормального, для представления значений количественных признаков вычисляли

значения среднего арифметического (\bar{X}) и стандартной ошибки среднего (m). Для сравнения показателей различных выборок применяли стандартные статистические критерии проверки гипотез. В случае сравнения двух выборок, когда распределение не отличалось от нормального, для сравнения средних значений количественных показателей использовался критерий Стьюдента, а в случае, когда распределение отличалось от нормального - критерий Вилкоксона. При сравнении средних для трех и более различных групп пациентов привлекались методы множественного сравнения: использовался однофакторный дисперсионный анализ и метод Шеффе (нормальный закон распределения); критерий Крускала-Уоллиса и метод множественных сравнений Данна (закон распределение отличается от нормального). Во всех случаях отличие считалось статистически значимым при уровне значимости $p < 0,05$ [28].

Результаты исследования и их обсуждение

Анализ суверенности психологического пространства больных шизофренией в зависимости от длительности заболевания, количества перенесенных психотических эпизодов и кратности госпитализаций в психиатрический стационар представлен в таблицах 1-3.

Как видно из таблицы 1, у больных с длительностью заболевания до 5ти лет границы психологического пространства оказывались депривированными (-18±14), что свидетельствовало о снижении восприятия пациентами собственной автономности.

Таблица 1

Суверенность психологического пространства больных шизофренией в зависимости от давности заболевания (СПП)

Показатели	I группа (до 5ти лет) (n=31 чел.) $\bar{X} \pm m$	II группа (> 5ти лет) (n=39 чел.) $\bar{X} \pm m$	Статистическая значимость различия, p
Суверенность физического тела (СФТ)	-34±21	-35±23	0,927
Суверенность территории (СТ)	19±16	-32±22	0,008*
Суверенность вещей (СВ)	-27±19	23±22	0,313
Суверенность привычек (СП)	-31±18	24±20	0,095
Суверенность социальных связей (СС)	-29±21	41±31	0,000**
Суверенность ценностей (СЦ)	21±16	26±21	0,162
Суверенность психологического пространства (СПП)	-18±14	22±21	0,352

Примечание: * - различия между группами статистически достоверны, $p < 0,05$; ** - различия между группами статистически достоверны, $p < 0,001$.

Полученные данные свидетельствуют о дискомфорте физиологическом и физическом самоощущении пациентов в условиях психиатрического стационара, ощущении оторванности от привычного мира вещей и социальных связей. Снижение суверенности территории и ценностей не носило катастрофического характера и мог-

ло рассматриваться и как следствие переживания больными аутизации и психотического опыта, и как потенциальная возможность сохранения автономии в условиях агрессивной среды психиатрического стационара. Собственно, это подтверждалось картиной суверенности психологического пространства у пациентов с дли-

тельностью заболевания свыше 5 лет. Психологические границы больных данной группы характеризовались относительно сохранной автономией (22 ± 21), хотя и сниженной практически по всем составляющим психологического пространства (вещей 23 ± 22 , привычек 24 ± 20 , социальных связей 41 ± 31 , ценностей 26 ± 21). При этом сохранялась депривированность суверенности физического тела (-35 ± 23), что может быть связано с побочными эффектами нейролептической терапии, и, статистически достоверно ($p < 0,05$) в сравнении с аналогичным показателем в предыдущей группе, нарастала депривированность территории (-32 ± 22) как следствие увеличения продолжительности пребывания больных в условиях закрытого отделения. Также для больных данной группы было характерным статистически достоверное

($p < 0,001$) увеличение до среднего уровня показателя суверенности социальных связей (41 ± 31 в сравнении с -29 ± 21 в группе пациентов с давностью заболевания менее 5 лет). Вероятно, относительная сохранность ценностного суверенитета больных шизофренией обеих групп при большей продолжительности болезни позволяла им увеличивать круг социального взаимодействия с другими пациентами. С одной стороны, это способствовало более четкой очерченности границ психологического пространства с точки зрения приобретения социальных контактов по собственному усмотрению и снижало размытость границ психологического пространства, с другой – «отдаляло» больных от социума, что могло закреплять как аутостигматизацию, так и аутистические тенденции больных шизофренией.

Таблица 2

Суверенность психологического пространства больных шизофренией в зависимости от количества перенесенных психотических эпизодов

Показатели	I группа (1-3) (n=19 чел.) $\bar{X} \pm m$	II группа (> 4) (n=51 чел.) $\bar{X} \pm m$	Статистическая значимость различия, p
Суверенность физического тела (СФТ)	38 ± 21	-33 ± 22	0,583
Суверенность территории (СТ)	19 ± 15	-29 ± 22	0,467
Суверенность вещей (СВ)	-26 ± 19	24 ± 21	0,809
Суверенность привычек (СП)	-32 ± 17	-25 ± 19	0,311
Суверенность социальных связей (СС)	-37 ± 22	36 ± 29	0,000**
Суверенность ценностей (СЦ)	22 ± 14	24 ± 20	0,297
Суверенность психологического пространства (СПП)	-18 ± 13	-21 ± 20	0,460

Примечание: ** - различия между группами статистически достоверны, $p < 0,001$.

Аналогичная тенденция прослеживалась в группах больных с различной кратностью психотических эпизодов: относительная сохранность ценностного суверенитета (22 ± 14 у больных, перенесших 1-3 психотических эпизода, и 24 ± 20 у пациентов с кратностью психотических эпизодов более 4х) способствовали относительному восстановлению автономно устанавливать социальные связи (депривированность социальных связей в I группе больных -37 ± 22 в сравнении с пониженным уровнем автономности социальных связей (36 ± 29) у пациентов, перенесших 4 и более психотических эпизода, различия достоверны, $p < 0,001$). В то же время, во II группе больных прослеживалась тенденция к нарастанию депривированности психологического пространства в сфере «физическое тело» и «территория» (-33 ± 22 и -29 ± 22 соответственно), что может быть связано и с особенностями нейролептической терапии, и с

продолжительностью пребывания в психиатрическом стационаре. Суверенность привычек в обеих группах больных оставалась неизменно депривированной (-32 ± 17 и -25 ± 19 соответственно), что может быть отражением насильственного изменения временной формы организации жизни больных как психотической реальностью, так и условиями психиатрической больницы. Согласно полученным данным, психотический эпизод стойко депривирует психологическое пространство больного шизофренией вне зависимости от количества перенесенных психотических эпизодов (СПП в I группе -18 ± 13 и -21 ± 20 во II группе).

Как видно из таблицы 3, сравнение суверенности психологического пространства у больных шизофренией с различной кратностью госпитализаций в психиатрический стационар обнаружило нарастание депривированности психологического пространства у пациентов II группы (2-3 гос-

питализации) в сравнении с впервые госпитализированными больными (-34±22 в сравнении с -14±8 в I группе). Это происходило в основном за счет нарастания депривированности физического тела (-36±21 во II группе в сравнении с -19±13 в I группе) и территории (-17±12 во II группе и 23±17 в I группе). Госпитализации стабиль-

но депривировали психологическое пространство больных как в сфере физического тела, так и в сфере привычек (-34±17 в группе I, -23±15 в группе II, -25±21 в группе III), поскольку помещение в психиатрический стационар неизбежно сопровождалось насильственным изменением привычного для пациентов распорядка.

Таблица 3

Суверенность психологического пространства больных шизофренией в зависимости от количества госпитализаций в психиатрический стационар (СПП)

Показатели	I группа (1 госп.) (n=18 чел.) $\bar{X} \pm m$	II группа (2-3 госп.) (n=13 чел.) $\bar{X} \pm m$	III группа (4 и >) (n=39 чел.) $\bar{X} \pm m$
Суверенность физического тела (СФТ)	-19±13	-36±21	-34±23
Суверенность территории (СТ)	23±17	-17±12	31±23
Суверенность вещей (СВ)	-29±17	17±17	-25±22
Суверенность привычек (СП)	-34±17	-23±15	-25±21
Суверенность социальных связей (СС)	-36±25**	33±28**	37±29**
Суверенность ценностей (СЦ)	18±14	25±15	26±22
Суверенность психологического пространства (СПП)	-14±8	-34±22	23±22

Примечание: ** - различия между группами статистически достоверны, $p < 0,001$.

Однако у больных, госпитализированных в психиатрический стационар 4 и более раз (III группа), отмечалось относительное (до пониженного уровня) восстановление суверенности психологического пространства (23±22). Особенностью психологического пространства обследованных больных являлась пониженная, но стабильная, суверенность ценностей. По-видимому, именно за счет этого депривированные у больных I группы социальные связи (-36±25) по мере увеличения количества госпитализаций восстанавливали свой суверенитет (33±28 в группе II и 37±29 в группе III, различия между группами статистически достоверны, $p < 0,001$).

Показатели самоактуализации обследованных больных в основном находились на среднем уровне и практически не менялись ни по мере увеличения давности заболевания, ни с увеличением количества перенесенных психотических эпизодов или количества госпитализаций.

В то же время, у больных с длительностью заболевания свыше 5 лет достоверно уменьшался показатель ценностных ориентаций (в сравнении с аналогичным показателем в I группе ($p < 0,001$)), что означало нарастающие затруднения в возможности разделять ценности, присутствующие самоактуализирующейся личности, при этом показатель оставался в пределах среднего уровня.

В группе больных с большим количеством перенесенных психотических эпизодов несколько улучшался, оставаясь на среднем уровне, показатель компетентности во времени (7,1±2,1 в сравнении с 6,2±1,8 в I группе, различия статистически достоверны ($p < 0,05$)). Вероятно, психотический опыт пациентов в настоящем исследовании оказался способен в некоторой степени восстанавливать дискретность восприятия времени, влиять на умение ощутить полноту жизни в настоящий момент и на целостное восприятие жизни.

Показатели смысло-жизненных ориентаций у обследованных больных шизофренией также не зависели от изучаемых клинических показателей давности заболевания, кратности психотических эпизодов и госпитализаций.

В то же время, показатель осмысленности жизни (86,1±9,34) у обследованных больных, вне зависимости от длительности заболевания, кратности психотических эпизодов и госпитализаций, был достоверно ($p < 0,05$) снижен в сравнении с нормативным показателем (120,36 ±10,21). Это свидетельствовало о постепенной утрате смысла жизни больными, включенными в исследование. При этом соотношение элементов со временем касалось в основном затруднения целеобразования, что снижало осмысленность жизни, ее направленность и временную перспекти-

ву (показатель по субшкале 1 (цели в жизни) $27,2 \pm 12,5$ достоверно ($p < 0,05$) ниже в сравнении с нормативным $38,91 \pm 3,2$). Удовлетворенность прожитой частью жизни (показатель по субшкале 3 (результат жизни) $25,4 \pm 9,8$ в сравнении с нормативным $29,83 \pm 3,0$) и возможность испытывать полноту жизни, эмоциональную насыщенность и радость жизни (показатель субшкалы 2 (процесс жизни) $28,6 \pm 34,7$ в сравнении с нормативным показателем $35,95 \pm 4,06$) несколько снижались, но не обнаруживали достоверных различий с нормой ($p > 0,05$). Обследованные больные обнаруживали затруднения в возможности контроля над жизнью, что, соответственно, сказывалось на общем восприятии смысла. Больные обнаруживали некоторое снижение уверенности в собственных силах контролировать жизненные события и выстраивать цели в соответствии со своими представлениями о смысле жизни (показатель «локус контроля – Я» $18,4 \pm 8,43$ при норме $24,5 \pm 2,39$, различия статистически недо-

верны ($p > 0,05$)). При этом статистически достоверным ($p < 0,05$) было снижение показателя «локус контроля – жизнь» ($25,8 \pm 10,4$ в сравнении с нормативным $34,59 \pm 4,44$), что отражало убежденность пациентов в невозможности сознательного контроля над жизнью, свободы принятия решений и их воплощения.

Исследование показателей личностного опросника А. Джерсайлд, характеризующие в большей мере экзистенциальные переживания обследованного контингента, представлено в таблицах 4, 5.

При этом не было выявлено достоверных данных о влиянии длительности заболевания на выраженность таких показателей как одиночество, бессмысленность, свобода выбора, половой конфликт, враждебность, расхождение между идеальным и реальным Я, свобода воли, безнадежность и бездомность. Все указанные состояния личности имели слабую или умеренную выраженность (на уровне 1-3х баллов).

Таблица 4

Особенности экзистенциальных переживаний больных шизофренией в зависимости от количества перенесенных психотических эпизодов

Показатели	I группа (1-3 эпизода) (n=21 чел.) $\bar{X} \pm m$	II группа (> 4) (n=50 чел.) $\bar{X} \pm m$	Статистическая значимость различия, p
Одиночество	$2,2 \pm 1,8$	$3,1 \pm 1,9$	0,044*
Бессмысленность	$2,7 \pm 1,9$	$2,8 \pm 2,1$	0,840
Свобода выбора	$2,5 \pm 2,3$	$3,7 \pm 1,9$	0,026*
Половой конфликт	$2,1 \pm 2,3$	$2,7 \pm 1,8$	0,212
Враждебность	$3,3 \pm 2,9$	$3,6 \pm 1,8$	0,574
Расхождение между идеальным Я и реальным Я	$2,1 \pm 1,7$	$2,7 \pm 1,6$	0,202
Свобода воли	$3,7 \pm 1,7$	$3,6 \pm 1,9$	0,822
Безнадежность	$2,8 \pm 2,1$	$3,1 \pm 1,7$	0,645
Бездомность	$2,2 \pm 2,5$	$2,6 \pm 1,9$	0,388

Примечание: * - различия между группами статистически достоверны, $p < 0,05$.

Как показано в таблице 4, по мере увеличения количества перенесенных психотических эпизодов у обследованных больных статистически достоверно ($p < 0,05$) увеличивались показатели одиночества и свободы выбора (до $3,1 \pm 1,9$ и $3,7 \pm 1,9$ во II группе пациентов соответственно), не достигая при этом критических значений.

Больные с большим количеством госпитализаций в психиатрический стационар обнаруживали статистически достоверную ($p < 0,05$) тенденцию к нарастанию, хотя и в пределах умеренной выраженности, переживания свободы выбора. Это свидетельствовало о чувстве некоторой ограниченности возможности выбора в соответствии с их желаниями и потребностями,

некоторых затруднениях при необходимости защищать себя, пользоваться правом протеста против насилия, утверждать свое право на собственные мысли и желания, чувствовать себя свободным с правом быть самим собой в отношениях с окружающими, особенно с более авторитетными личностями.

Таким образом, проведенное исследование позволяет сделать следующие выводы.

Депривированность психологического пространства оказывалась более характерной для больных с меньшей давностью заболевания, перенесших меньшее количество психотических эпизодов и реже госпитализировавшихся в психиатрический стационар.

Особенности экзистенциальных переживаний больных шизофренией в зависимости от количества госпитализаций в психиатрический стационар

Показатели	I группа (1 госп.) (n=18 чел.) $\bar{X} \pm m$	II группа (2-3 госп.) (n=7 чел.) $\bar{X} \pm m$	III группа (4 и >) (n=46 чел.) $\bar{X} \pm m$
Одиночество	2,3±1,7	2,1±1,7	3,1±1,9
Бессмысленность	2,7±2,2	2,3±1,3	2,9±2,1
Свобода выбора (отношение к авторитету)	2,2±2,1*	3,7±2,6*	3,7±1,9*
Половой конфликт	1,9±2,3	2,6±1,9	2,7±1,9
Враждебность	3,4±2,5	3,1±2,0	3,5±2,2
Расхождение между идеальным Я и реальным Я	2,3±1,9	1,9±1,3	2,7±1,6
Свобода воли	3,9±1,5	3,6±2,1	3,5±2,0
Безнадежность	2,7±2,2	3,4±1,6	3,1±1,7
Бездомность	2,5±2,5	1,6±1,7	2,7±1,9

Примечание: * - различия между группами статистически достоверны, $p < 0,05$.

Показатели самоактуализации и компоненты смысло-жизненного пространства не зависели от изучавшихся клинических показателей, при этом все показатели были значительно ниже нормативного уровня.

Экзистенциальные показатели одиночества, бессмысленности жизни, безнадежности, враждебности были самыми низкими у больных с первым психотическим эпизодом и у пациентов, страдавших шизофренией менее 5ти лет. Увеличение количества госпитализаций сопровождалось сглаживанием экзистенциальных переживаний, что наряду с обретением суверенности границ психологического пространства не может не являться тревожным фактором, т.к. свидетельствует не о полноценной адаптации и социализации больных, а формирует своеобразный

«кокон» в больничной среде, «затуманивает» жизненные смыслы, что не может не усугубляться наличием когнитивных и эмоционально-мотивационных проблем этих пациентов.

То есть, проведенное исследование показало неравномерное воздействие заболевания на характеристики субъективного жизненного пространства больных шизофренией и продемонстрировало формирование отчуждения как результирующей деформированного болезнью субъективного жизненного пространства пациентов. Заболевание шизофренией и жизненный путь больного неизбежно затрагивают субъективное жизненное пространство в двух направлениях: изменении целостности личностных границ и в появлении и актуализации новых измерений психологического пространства.

Ряполова Т.Л.

СТРУКТУРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СУБЪЕКТИВНОГО ЖИЗНЕННОГО ПРОСТРАНСТВА БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: шизофрения, субъективное жизненное пространство, феноменологический подход, экзистенциальные переживания, самоактуализация, смысло-жизненные ориентации.

В статье представлены результаты исследования субъективного жизненного пространства 74 больных шизофренией и заболеваниями шизофренического спектра (45 мужчин (60,8%) и 29 женщин (39,2%)) в возрасте от 18 до 55 лет. Актуальность исследования обоснована экстраполяцией принципов формирования субъективного жизненного пространства на проблемы больных шизофренией и заболеваниями шизофренического спектра. Установлено, что депривированность психологического пространства оказывалась более характерной для больных с меньшей давностью заболевания, перенесших меньшее количество психотических эпизодов и реже госпитализировавшихся в психиатрический стационар. Показатели самоактуализации и компоненты смысло-жизненного пространства не зависели от изучавшихся клинических показателей, при этом все показатели были значительно ниже нормативного уровня. Экзистенциальные показатели одиночества, бессмысленности жизни, безнадежности, враждебности были самыми низкими у больных с первым психотическим эпизодом и у пациентов, страдавших шизофренией менее 5ти лет. Увеличение количества госпитализаций сопровождалось сглаживанием экзистенциальных переживаний, что наряду с обретением суверенности границ психологического пространства не может не являться тревожным фактором, т.к. свидетельствует не о полноценной адаптации и социализации больных, а формирует своеобразный «кокон» в больничной среде, «затуманивает» жизненные смыслы, что не может не усугубляться наличием когнитивных и эмоционально-мотивационных проблем этих пациентов.

Исследование показало неравномерное воздействие заболевания на характеристики субъективного жизненного пространства больных шизофренией и продемонстрировало формирование отчуждения как результирующей деформированного болезнью субъективного жизненного пространства пациентов. Заболевание шизофренией и жизненный путь больного неизбежно затрагивают субъективное жизненное пространство в двух направлениях: изменении целостности личностных границ и в появлении и актуализации новых измерений психологического пространства. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2017. — № 2 (38). — С. 49-57).

STRUCTURAL FEATURES OF THE SUBJECTIVE LIFE SPACE OF SCHIZOPHRENIA PATIENTS AND DISEASES OF THE SCHIZOPHRENIC SPECTRUM

Donetsk National Medical University named after M.Gorky

Key words: schizophrenia, subjective living space, phenomenological approach, existential experiences, self-actualization, sense-life orientations.

The article presents the results of a study of the subjective living space of 74 patients with schizophrenia and diseases of the schizophrenic spectrum (45 men (60.8%) and 29 women (39.2%)) aged 18 to 55 years. The relevance of the study is justified by extrapolation of the principles of the formation of the subjective vital space on the problems of schizophrenic patients and diseases of the schizophrenic spectrum. It was found that the deprivation of the psychological space was more characteristic for patients with a lesser prescription of the disease, who had fewer psychotic episodes and less often were hospitalized in a psychiatric hospital. The indicators of self-actualization and the components of the sense-living space did not depend on the clinical indicators studied, and all the indicators were significantly lower than the normative level. The existential indices of loneliness, the meaninglessness of life, hopelessness, hostility were the lowest in patients with the first psychotic episode and in patients who had schizophrenia less than 5 years. The increase in the number of hospitalizations was accompanied by a smoothing of existential experiences, which, along with gaining sovereignty of the boundaries of psychological space, can not but be an alarming factor, since Testifies not to full-fledged adaptation and socialization of patients, but forms a kind of "cocoon" in the hospital environment, "obscures" the vital meanings, which can not but be exacerbated by the presence of cognitive and emotional-motivational problems of these patients.

The study showed the uneven impact of the disease on the characteristics of the subjective life space of schizophrenic patients and demonstrated the formation of alienation as the resultant deformed disease of the subjective living space of patients. The disease of schizophrenia and the life path of the patient inevitably affect the subjective living space in two ways: changing the integrity of personal boundaries and in the emergence and actualization of new dimensions of psychological space. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2017. — № 2 (38). — P. 49-57).

Литература

1. Олпорт Г. Становление личности: Избранные труды / [Пер. с англ. Л. В. Трубицкой и Д. А. Леонтьева]; под общ. ред. Д. А. Леонтьева. - М.: Смысл, 2002. - 461 с.
2. Левин К. Теория поля в социальных науках / К. Левин. - С-Пб.: Речь, 2000. - 368 с.
3. Келли Дж. Теория личности. Психология личных конструкций / Дж. Келли. - С-Пб.: Речь, 2000. - 249 с.
4. Анцыферова Л.И. Психология повседневности: жизненный мир личности и «техники» ее бытия / Л.И. Анцыферова // Психологический журнал. - 1993. - Т. 14, № 2. - С. 3-16.
5. Швалб Ю.М. К определению понятий среды и пространства жизнедеятельности человека // Экологическая психология: Хрестоматия / под ред. Ю.М. Швалба. - Киев: Сталкер, 2006. - С. 212-219.
6. Кондратова Н.А. Субъективная репрезентация жизненного пространства личности / Н.А. Кондратова / Автореф. дисс. на соискание уч. степ. кандидата психол. наук // Специальность 19.00.01 - Общая психология, психология личности, история психологии. - Москва, 2009. - 24 с.
7. Джемс У. Психология / У. Джемс. - М., 1991. - 368 с.
8. Калмыкова Е.С. Внутрличностные противоречия и условия их разрешения / Е.С. Калмыкова / Автореф. дисс. на соискание уч. степ. кандидата психол. наук // Специальность 19.00.01 - Общая психология, психология личности, история психологии. - М., 1986. - 26 с.
9. Лоренц К. Агрессия (так называемое зло) / К. Лоренц. - М., 1994. - 272 с.
10. Рубинштейн С.Л. Бытие и сознание / С.Л. Рубинштейн. - М., 1957. - 331 с.
11. Барышева Е.И. Соотношение понятий стиль жизни и субъективное жизненное пространство личности / Е.И. Барышева // Вестник Костромского государственного университета им. Н.А. Некрасова. Серия: Педагогика. Психология. Социальная работа. Ювенология. Социокинетика. - 2015. - № 3, Т.21. - С. 73-78.
12. Журавлев А.Л. Социально-психологическое пространство самоопределяющегося субъекта: понимание, характеристики, виды / А.Л. Журавлев, А.Б. Купрейченко // Вестник практической психологии образования: Научно-методический журнал. - 2007. - № 2 (11). - С. 7-13.
13. Ключко В.Е. Коммуникативная сфера как фактор становления ментального пространства человека / В.Е. Ключко // Менталитет и коммуникативная сфера в транзитивном обществе / под ред. В.И. Кабрина, О.И. Муравьевой. - Томск: Томский гос. ун-т, 2004. - С. 30-44.
14. Нартова-Бочавер С.К. Понятие «психологическое пространство личности» и его эвристические возможности / С.К. Нартова-Бочавер // Психологическая наука и образование, 2002, № 1. - С. 35 - 42.
15. Нартова-Бочавер С.К. Человек суверенный: психологическое исследование субъекта в его бытие / С.К. Нартова-Бочавер. - СПб.: Питер, 2008. - 400с.
16. Валединская О.Р. Личное пространство человека и возможности его «измерения» / О.Р. Валединская, С.К. Нартова-Бочавер // Психология зрелости и старения. - М., 2002. - С. 60 - 77.
17. Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис / Э. Эриксон. - М., 1996. - 344 с.
18. Нартова-Бочавер С.К. Новая версия опросника «Суверенность психологического пространства 2010» / С.К. Нартова-Бочавер // Психологический журнал. - 2014. - №3, Т.35. - С. 105-119.
19. Сахаров Е.А., Ахмадуллина Э.Н. Связь психологической суверенности с особенностями психологического преодоления конфликтов у больных шизофренией / Е.А. Сахаров, Э.Н. Ахмадуллина // Практическая медицина. - 2009. - Т. 38, № 6. - С. 63-66.
20. Золотова М.А. Субъективная картина жизненного пути у людей с разным статусом психического здоровья / М.А. Золотова, М.В. Сапоровская // Вестник КГУ им. Н.А. Некрасова. 2015. - Т. 21, № 4. - С.86-91.
21. Витютина Т.А. Социально-психологический контекст экзистенциальных переживаний больных шизофренией / Т.А. Витютина // Социальный психолог. - 2010. - № 2. - С. 80-95.
22. Зейгарник Б.В. Психология личности: норма и патология / Б.В. Зейгарник. Под ред. М.Р. Гинзбург. - М.: МПСИ, 2007. - 416 с.
23. Кемпинский А. Психология шизофрении / А. Кемпинский. Пер. с польского А.А. Боричев. - СПб.: Ювента, 1998. - 293 с.
24. Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание / Ю.Ф. Поляков. - М.: МГУ, 1991. - 254 с.
25. Алешина Ю.Е. Социально-психологические методы исследования супружеских отношений. Спецпрактикум по социальной психологии / Ю.Е. Алешина, Л.Я. Гозман, Е.М. Дубовская. - М.: Изд-во Моск. ун-та, 1987. - 18 с.
26. Леонтьев Д.А. Тест смысловых ориентации (СЖО). 2-е изд./ Д.А. Леонтьев. - М.: Смысл, 2000. - 18 с.
27. Прохоров А.О. Методики диагностики и измерения психических состояний личности / А.О. Прохоров. - М.: ПЕР СЭ, 2004. - 112 с.
28. Петри А. Наглядная статистика в медицине / А. Петри, К. Сэбин // Пер. с англ. В.П. Леонова. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003. - 144 с.

Поступила в редакцию 10.04.2017

УДК 159.96:378.147+004.9:616.89+378.096

*Бойченко А.А., Ряполова Т.Л., Абрамов В.Ал.***ЖИЗНЕСТОЙКОСТЬ КАК ПРЕДИКТОР ЭФФЕКТИВНОСТИ ОБУЧЕНИЯ С ПОМОЩЬЮ ИНТЕРАКТИВНЫХ МЕТОДОВ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: компетентностный подход, интерактивные методы обучения, жизнестойкость, вовлеченность, контроль, принятие риска, студенты медицинского ВУЗа

Современное динамично развивающееся общество переживает серьезные социально-экономические, правовые, нравственные, духовные изменения, которые затрагивают различные сферы деятельности человека, в том числе и систему образования. Модернизируется содержание, оптимизируются способы и технологии организации образовательного процесса. В настоящее время происходит смещение понятийного аппарата в сфере образовании в сторону «компетентностного» подхода к формированию целей и оценке учебных достижений [1].

В свою очередь, реализация компетентностного подхода к организации учебно-познавательной деятельности студентов предусматривает использование интерактивного обучения как наиболее современной модели активного обучения, предусматривающей взаимодействие всех участников образовательного процесса [2].

Интерактивное обучение является специальной формой организации познавательной деятельности, целью которой является создание комфортных условий обучения, при которых студент чувствует свою успешность и свою интеллектуальную состоятельность, что повышает продуктивность процесса обучения [3]. Интерактивные методы обучения используются с целью повышения мотивации учащихся к обучению, формирования у них способности к самостоятельному решению проблемы, активного усвоения знаний, клинического мышления, тренировки умений и получения навыков обоснования собственной позиции по профессиональным вопросам [1].

Современные условия, в которых протекает развитие личности называют экстремальными и стимулирующими развитие стресса. В связи с этим является актуальным исследование личностных качеств, развитие которых формирует позитивное отношение к жизни и повышает уверенность человека в своих способностях решать

проблемы, брать ответственность на себя за свое благополучие и, как следствие, быть компетентным в своей профессии. К таким личностным качествам относят жизнестойкость.

Студенческий период считается в психологии центральным периодом становления человека, личности в целом, проявления самых разнообразных интересов, среди которых профессиональные интересы являются важнейшими. Современные студенты переживают свое становление и развитие через наложение ряда кризисов: возрастные кризисы; кризисы индивидуальной жизни, которые включают кризисы нереализованности, опустошенности, бесперспективности; кризисы профессионального обучения; внешние, глобальные, экзистенциальные, связанные с нестабильностью настоящего и неопределенностью будущего. В то же время, именно во время студенчества происходит формирование жизнестойкости и жизнестойкого совладания со стрессами. Жизнестойкость личности в учебно-профессиональной деятельности может способствовать повышению физического и психического здоровья молодежи, успешной адаптации в стрессовых ситуациях, успешной самоактуализации и личностной исполненности [4].

Согласно теоретическому анализу подходов к исследованию жизнестойкости в юношеском возрасте, установлено, что жизнестойкость воздействует на ресурсы совладения через повышение самоэффективности, оказывает прямое негативное воздействие на стресс и прямое позитивное - на чувство удовлетворенности [5]. Всё это необходимо студенту для саморегуляции, которая будет влиять на его успешность. Однако, поскольку жизнестойкость является конструктивным теоретическим, то возникает необходимость выделения эмпирических корреляций для ее исследования.

Целью исследования являлось определение

связи между уровнем жизнестойкости и/или отдельными ее компонентами у студентов меди-

цинского ВУЗа и их успеваемостью при использовании интерактивных методов обучения.

Материалы и методы исследования

В качестве испытуемых в исследовании выступили 120 студентов, проходивших обучение на кафедре психиатрии, наркологии и медицинской психологии ДонНМУ им. М. Горького.

Для последующей оценки эффективности интерактивных методов обучения исследуемые были разделены на две группы. В первую вошли студенты ($n = 60$), проходившие обучение в весеннем семестре 2015/2016 учебного года, при аудиторной форме обучения которых использовался интерактивный обучающий комплекс в виде мультимедийных технологий и сетевых ресурсов (мультимедийные лекции, компьютерный класс, электронный банк тестов по всем темам изучаемых дисциплин, электронная библиотека, электронная система взаимодействия со студентами, электронные кафедральные учебники, учебные пособия и методические разработки, веб-сайт кафедры), а интерактивные образовательные технологии применялись в качестве эксперимента. Во вторую группу были включены студенты ($n = 60$), обучавшиеся на кафедре в осеннем семестре 2016/2017 учебного года, в процессе обучения которых на регулярной основе использовались интерактивные образовательные технологии.

На кафедре психиатрии, наркологии и медицинской психологии используются следующие аудиторские интерактивные образовательные технологии: учебные групповые дискуссии, case-study, деловые (ролевые) игры, «мозговой штурм». Также студенты выполняли внеаудиторную самостоятельную учебно-исследовательскую работу в виде разработки и презентации учебных иссле-

довательских проектов-протоколов «Анализ структурных особенностей личностно-ориентированных компетентностей и их роли в оптимизации самообразования студентов».

Для изучения жизнестойкости использовалась методика С. Мадди [6], адаптированная Д.А. Леонтьевым и Е.И. Рассказовой [7]. Опросник состоит из 45 вопросов, позволяющих определить выраженность жизнестойкости в целом и ее компонентов (вовлеченность, контроль, принятие риска).

Оценка успешности обучения проводилась по процентной итоговой оценке по дисциплине «Психиатрия, медицинская психология», выставяемой после сдачи студентами экзамена.

Для представленных данных, полученных в результате исследования, были применены стандартные методы описательной статистики. Для сравнения показателей различных выборок были применены стандартные статистические критерии проверки гипотез (t-критерий Стьюдента, U-критерий Манна-Уитни). Во всех случаях отличия считались статистически значимым при уровне значимости $p < 0,05$.

Для выявления связи между признаками применялись методы корреляционного анализа (показатель ранговой корреляции Спирмена). При отличии расчетного значения коэффициента корреляции от 0 на уровне значимости $p \leq 0,05$, принималась гипотеза о наличии между изучаемыми признаками линейной корреляционной связи.

Расчеты проводились с использованием лицензионных пакетов статистического анализа – «Statistica 5.5» (StatSoft), «MedStat» (Альфа).

Результаты исследования и их обсуждение

Анализ жизнестойкости и отдельных ее компонентов для выборки в целом показали более высокие по сравнению с нормативными значения по шкале «Принятие риска» (табл.1). Полученные результаты могут означать, что студенты готовы действовать в отсутствие надежных гарантий успеха, на свой страх и риск, считая, что развитие возможно через активное усвоение знаний из опыта с последующее их использованием.

Средняя успешность студентов по дисциплине составила $80,43 \pm 19,71$. Для подтверждения возможной связи между показателями жиз-

нестойкости и ее компонентов и успеваемостью нами был проведен корреляционный анализ, который показал наличие слабой положительной связи (коэффициент ранговой корреляции Спирмена 0,32) между вовлеченностью, как компонентом жизнестойкости, и итоговой оценкой по дисциплине, выраженной в процентной форме.

Для получения достоверности данных при сравнении выраженности жизнестойкости и отдельных ее компонентов, а также успеваемости у студентов был проведен сопоставительный анализ по U-критерию Манна-Уитни (табл.2).

Характеристика жизнестойкости студентов ДонНМУ им. М.Горького

Наименование шкал	Студенты (n=120)	Нормативные значения
Вовлеченность	34,06±8,41	37,64±8,08
Контроль	29,36±7,97	29,17±8,43
Принятие риска	16,98±5,91*	13,91±4,39*
Общий балл жизнестойкости	81,3±19,65	80,72±18,53

* - различия между группами статистически достоверны (t-критерий Стьюдента 2,21, $p < 0,05$).

Таблица 2

Сравнительный анализ жизнестойкости и успешности обучения по дисциплине у студентов, обучавшихся в весеннем и осеннем семестрах

Наименование шкал / Итоговый балл по дисциплине	Группа 1 (n=60)	Группа 2 (n=60)
Вовлеченность	34,37±9,51	33,75±7,23
Контроль	30,85±7,42	27,87±8,28
Принятие риска	17,8±6,28	16,17±5,43
Общий балл жизнестойкости	84,98±20,54	77,62±18,44
Итоговый балл по дисциплине	76,52±24,35*	84,33±12,61*

* - различия между группами статистически достоверны (U-критерий Манна-Уитни, $p \leq 0,05$).

По результатам сравнительного анализа данных по тесту «Жизнестойкости» не было выявлено статистически значимых различий, однако, были получены данные о наличии достоверных различий между показателями итоговой успеваемости ($p \leq 0,05$). Во второй группе наблюдались меньшие значения показателей компонентов жизнестойкости: вовлеченности, контроля, принятия риска. Данная тенденция может означать, что студенты этой группы в меньшей степени получают удовольствие от собственной деятельности, чаще ощущают себя беспомощными, в меньшей степени готовы действовать в отсутствие надежных гарантий успеха, на свой страх и риск, менее способны к активному усвоению знаний из опыта и последующему их

использованию.

Выводы

Проведенный анализ показал, что студенты с более высокой вовлеченностью получают более высокие оценки по дисциплине. Выявленные статистически достоверные различия в итоговой успеваемости позволяют предположить эффективность используемых интерактивных методов обучения. Учитывая полученные данные о положительной корреляционной связи между вовлеченностью и итоговой оценкой при отсутствии достоверных различий между показателями жизнестойкости и ее компонентов можно предположить, что студенты с более высоким показателем вовлеченности лучше воспринимают интерактивный формат обучения.

Бойченко А.А., Ряполова Т.Л., Абрамов В.Ал.

ЖИЗНЕСТОЙКОСТЬ КАК ПРЕДИКТОР ЭФФЕКТИВНОСТИ ОБУЧЕНИЯ С ПОМОЩЬЮ ИНТЕРАКТИВНЫХ МЕТОДОВ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: компетентностный подход, интерактивные методы обучения, жизнестойкость, вовлеченность, контроль, принятие риска, студенты медицинского ВУЗа

В статье представлены результаты эмпирического исследования жизнестойкости у студентов, обучавшихся на кафедре психиатрии, наркологии и медицинской психологии ДонНМУ им. М.Горького, в процессе обучения которых использовались интерактивные методы обучения. Представлен сравнительный анализ показателей жизнестойкости и отдельных ее компонентов у студентов с разной успеваемостью по дисциплине «Психиатрия, медицинская психология». Проведенный анализ показал, что студенты с более высокой вовлеченностью получают более высокие оценки по дисциплине. Выявленные статистически достоверные различия в итоговой успеваемости позволяют предположить эффективность используемых интерактивных методов обучения. Учитывая полученные данные о положительной корреляционной связи между вовлеченностью и итоговой оценкой при отсутствии достоверных различий между показателями жизнестойкости и ее компонентов можно предположить, что студенты с более высоким показателем вовлеченности лучше воспринимают интерактивный формат обучения. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2017. — № 2 (38). — С. 58-61).

**VITALITY AS AN EFFICIENCY PREDICTOR OF STUDYING AT MEDICAL SCHOOL
THROUGH INTERACTIVE TEACHING METHODS**

Donetsk National Medical University named after M. Gorky

Keywords: competence approach, interactive teaching methods, vitality, involvement, control, risk taking, medical students

The article presents the results of empirical research of the viability of the students at the Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology of DonNMU named after M. Gorky. In their learning process interactive teaching methods were used. Data of the comparative analysis of vitality and its components of students with different academic performance on the subject "Psychiatry, Medical Psychology" is provided. The analysis showed that students with higher involvement score higher on discipline. Revealed statistically significant difference in the final performance suggests the effectiveness of applying of interactive teaching methods. Taking into account the findings of a positive correlation between involvement and the final assessment in the absence of significant differences between the indicators and the viability of its components can be assumed that students with higher involvement scores are more receptive to interactive teaching format. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2017. — № 2 (38). — P. 58-61).

Литература

1. Абрамов В.А. Компетентностный подход к организации учебно-познавательной деятельности студентов на кафедре психиатрии, наркологии и медицинской психологии: Учебно-методическое пособие для преподавателей / В.А. Абрамов, Т.Л. Ряполова, О.Н. Голоденко, М.А. Соловьева, С.Р. Коваленко, В.Ал. Абрамов; Под ред. проф. В.А. Абрамова. – Донецк, 2016. – 112 с.

2. Голуб Г.Б. Попытка определения компетенции как образовательного результата / Г.Б. Голуб, О.В. Чураков // Современные подходы к компетентностно-ориентированному образованию: материалы семинара. – Самара: Изд-во Профи, 2001.

3. Артюхина А.И. Интерактивный метод обучения в медицинском вузе на примере ролевой игры / А.И. Артюхина,

Е.Б. Марымова, Ю.А. Македонова, И.В. Фирсова // Успехи современного естествознания. - 2014. - № 4.- С. 122-126.

4. Юдина Е.В. Исследование жизнестойкости у студентов-психологов // Вестник МГГУ им. М.А. Шолохова. Педагогика и психология. - 2011. - №3. - С. 105-109.

5. Александрова Л.А. К концепции жизнестойкости в психологии // Сибирская психология сегодня: Сб. научн. трудов. Вып. 2 / Под ред. М.М. Горбатовой, А.В. Серого, М.С. Яницкого. - Кемерово: Кузбассвуиздат, 2004. – С. 82-90.

6. Мадди С. Теории личности: сравнительный анализ / С. Мадди // Пер. с англ. И. Авидона, А. Батустина, П. Румянцевой. - СПб.: Издательство "Речь", 2002. - 539 с.

7. Леонтьев Д.А., Рассказова Е.И. Тест жизнестойкости / Д.А. Леонтьев, Е.И. Рассказова. - М.: Смысл, 2006. – 63 с.

Поступила в редакцию 10.03.2017

УДК 616.89-008.45

Титиевский С.В.¹, Воеводина В.С.², Бабюк И.А.¹, Гостюк И.М.², Федоровская И.В.²

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СВЕРХЦЕННЫХ ИДЕЙ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ

¹Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького, ²Республиканская клиническая психоневрологическая больница – медико-психологический центр, г. Донецк

Ключевые слова: сверхценные идеи, непсихотические психические расстройства, оценочные шкалы

Сверхценные идеи (СИ) выделены К. Вернике в 1882 году как самостоятельный симптомокомплекс [1] и, изначально признаваясь некоторыми исследователями фактором, достаточным для возникновения определенного душевного заболевания, в дальнейшем привлекались, в частности, для объяснения механизмов психогенных патологических реакций и развитий [1]. Данные идеи встречаются преимущественно в клинике реакций и развитий личности, в клинике психопатий [1]. Описаны типичные сверхценные идеи при различных психических расстройствах (например, «Меня считают глупым и никчемным» – при социальной фобии, «Я думаю, что у меня рак гор-

тани» – при ипохондрии) [2]. Отмечено значение истощающих нервную систему факторов, церебрального артериосклероза, инволюции и возрастных изменений психики для фиксации сверхценных идей [1]. В то же время, существует небольшое количество психометрических данных, характеризующих соотношение СИ с различными непсихотическими психическими расстройствами, что препятствует расширению представления о механизмах их развития.

Цель исследования заключалась в сравнительной психометрической оценке сверхценных идей при различных непсихотических психических расстройствах.

Материалы и методы исследования

Нами адаптирована одна из немногих оценочных шкал сверхценных идей [2] – OVIS («Шкала сверхценных идей») [3]: с целью её использования при различной психической патологии был исключен ориентированный исключительно на исследование обсессивно-компульсивного расстройства Пункт 8 «Эффективность компульсий». Больной отвечал на вопросы, касающиеся его состояния, в среднем, за последнюю неделю, включая текущий день. Указывалось главное убеждение, которое присутствовало в течение последней недели и должно было быть, с точки зрения оценивающего лица, связано с наибольшим дистрессом либо нарушением социального или профессионального функционирования

больного. Оценка отражала убеждения пациента (например, насколько обоснованным больной воспринимает данное убеждение). Подсчет среднего балла осуществлялся делением на девять общего балла первых 9-ти пунктов шкалы (до 10 баллов по каждому пункту). С помощью данного варианта OVIS обследованы 25 отобранных случайным методом находившихся на стационарном лечении в Республиканской клинической психоневрологической больнице – медико-психологическом центре г. Донецка больных с различными непсихотическими психическими расстройствами. Полученные данные статистически обработаны посредством электронной таблицы MS Excel.

Результаты исследования и их обсуждение

В обследованную нами группувходили 15 (60,0%) женщин и 10 (40,0%) мужчин, из числа которых 5 (20,0%) работали, 6 (24,0%) имели группу инвалидности, 8 (32,0%) получили среднее, 8 (32,0%) среднее специальное и 9 (36,0%) высшее и незаконченное высшее образование.

У всех больных на основании критериев, пре-

дусмотренных OVIS, выявлены сверхценные идеи. Формулировки данных убеждений, из-за выраженного дистресса, который они вызывали, часто имели «фобический» оттенок («Я боюсь, что...»), означая, по сути, «Я уверен (-на), что...». Осуществленная нами классификация выявленных сверхценных идей в соответствии

с их фабулой приводится ниже.

Сверхценные идеи фобического характера:

Связанные с собственными здоровьем и смертью.

1. «Боюсь, что с сердцем что-то случится» (больной практически здоров соматически). 2. «Боюсь сойти с ума, боюсь потерять сознание при приступах». 3. «Мне станет плохо из-за повышенного артериального давления, и я смогу умереть» (артериальное давление повышается только при панических атаках). 4. «Я боюсь, что из-за травмы шеи могу умереть» (травма была много лет назад, с незначительными последствиями). 5. «Мне станет плохо, и я умру».

Связанные с обстоятельствами (качеством) собственной жизни. 1. «У меня «откажут» ноги, и я не смогу ходить». 2. «Боюсь, что из-за состояния здоровья я не смогу себя обслуживать». 3. «Боюсь, что из-за невозможности работать я не смогу себя содержать». 4. «Из-за моей болезни я могу потерять семью». 5. «Я могу обидеть других людей и стану одинокой». 6. «Из-за ухудшения моего физического здоровья я не смогу восстановить разрушенный обстрелом дом».

Связанные со здоровьем, смертью, обстоятельствами (качеством) жизни родственников. 1. «Мой отец может умереть». 2. «Боюсь, что

моя мать может умереть». 3. «Могут погибнуть члены моей семьи». 4. «Моя внучка может погибнуть». 5. «Жизнь моей дочери будет неустроенной».

Депрессивные сверхценные идеи. 1. «Если я буду находиться дома с мужем-алкоголиком, я могу себя убить». 2. «Если моё состояние будет продолжаться, это унижит моё человеческое достоинство». 3. «Я недостаточно благополучен (недостаточно богат, воспитан, с недостаточным статусом)» (невеста предпочла «более благополучного» соперника, хотя ранее больной не сомневался в собственном благополучии). 4. «Судьба меня обидела тем, что я одинока».

Сверхценные идеи преследования и обвинения. 1. «Меня могут убить окружающие». 2. «Начальство усилит на меня давление, и я рассчитаюсь с работы». 3. «Люди, которые меня окружают, чрезмерно скандальны».

Дисморфофобические сверхценные идеи. «Если я наберу вес тела, то буду некрасивой».

Сверхценные идеи особого значения. «Если ухудшится здоровье моего мужа, то и моё здоровье ухудшится».

Распределение данных сверхценных идей при различных непсихотических психических расстройствах у обследованных представлено в таблице 1.

Таблица 1

Распределение выявленных сверхценных идей в соответствии с диагнозами у обследованных

Диагноз согласно МКБ-10	Вид сверхценных идей	Абс.	%
Невротические и связанные со стрессом расстройства (F40- F41, F43)	Связанные с собственными здоровьем и смертью	4	57,13
	Депрессивные	1	14,29
	Преследования и обвинения	1	14,29
	Особого значения	1	14,29
	Всего	7	100,00
Тревожное расстройство органической природы (F06.4)	Связанные с собственными здоровьем и смертью	1	50,00
	Связанные со здоровьем, смертью, обстоятельствами (качеством) жизни родственников	1	50,00
	Всего	2	100,00
Депрессивное расстройство органической природы (F06.32)	Депрессивные	3	100,00
Расстройство личности и хроническое изменение личности (F60- F62)	Связанные с обстоятельствами (качеством) собственной жизни	4	50,00
	Связанные со здоровьем, смертью, обстоятельствами (качеством) жизни родственников	1	12,50
	Преследования и обвинения	2	25,00
	Дисморфофобические	1	12,50
	Всего	8	100,00
Умеренный эпизод депрессии (F32.1, F33.1)	Связанные с обстоятельствами (качеством) собственной жизни	2	100,00
Органическое расстройство личности (F07)	Связанные со здоровьем, смертью, обстоятельствами (качеством) жизни родственников	3	100,00

Из таблицы 1 можно сделать вывод о полиморфизме фабул сверхценных идей при невротических расстройствах и расстройствах личности, мономорфности их при депрессивном расстройстве органической природы и органичес-

ком расстройстве личности у обследованных.

Для оценки сверхценных идей представляется важной также характеристика непсихотической психопатологии, выявленной при наличии каждой из них (табл. 2).

Таблица 2

Распределение непсихотических психических расстройств соответствии с выявленными сверхценными идеями у обследованных

Вид сверхценных идей	Диагноз согласно МКБ-10	Абс.	%
Связанные с собственными здоровьем и смертью	Невротические и связанные со стрессом расстройства (F40- F41, F43)	4	16,00
	Тревожное расстройство органической природы (F06.4)	1	4,00
Связанные с обстоятельствами (качеством) собственной жизни	Расстройство личности и хроническое изменение личности (F60- F62)	4	16,00
	Умеренный эпизод депрессии (F32.1, F33.1)	2	8,00
Связанные со здоровьем, смертью, обстоятельствами (качеством) жизни родственников	Тревожное расстройство органической природы (F06.4)	1	4,00
	Расстройство личности и хроническое изменение личности (F60- F62)	1	4,00
	Органическое расстройство личности (F07)	3	12,00
Депрессивные	Депрессивное расстройство органической природы (F06.32)	3	12,00
	Невротические и связанные со стрессом расстройства (F40- F41, F43)	1	4,00
Преследования и обвинения	Невротические и связанные со стрессом расстройства (F40- F41, F43)	1	4,00
	Расстройство личности и хроническое изменение личности (F60- F62)	2	8,00
Особого значения	Невротические и связанные со стрессом расстройства (F40- F41, F43)	1	4,00
Дисморфофобические	Расстройство личности и хроническое изменение личности (F60- F62)	1	4,00
Все виды сверхценных идей	Все диагнозы	25	100,00

Из таблицы 2 можно сделать вывод о преобладании у обследованных сверхценных идей фобического характера при различных вариантах непсихотической психической патологии.

Использование «Шкалы сверхценных идей» у обследованных позволило получить результаты, которые приводятся в таблице 3.

Из таблицы 3 следует, что средний балл OVIS у обследованных соответствует умеренному уровню СИ (выше 4 включительно и ниже 6 баллов) [4]. При этом, установленный диапазон баллов OVIS варьировал от низкого (1-3) до высокого (6 и выше) уровня СИ [4], при наличии 2 (8,0%) больных с показателями от 1 до 3 баллов включительно и 8 (32,0%) больных с показателями 6 баллов и выше, в том числе, 4 (16,0%) больных с показателями 7 баллов и выше. Это свидетельствует о том, что у большинства обследованных выборки были выявлены уровни сверхценных идей в диапазонах умеренных (15 чел., 60,0%) и от низких до умеренных (17 чел., 68,0%). Полученные данные отлича-

ются от результатов Neziroglu F. и соавт. (2004) [4], исследовавших OVIS при обсессивно-компульсивных расстройствах (37,1% пациентов с баллами OVIS от 1 до 3, 54,2% – от 4 до 6, диапазон от низких до умеренных СИ – 91,2% выборки, 8,8% обследованных с показателями выше 7 баллов), что может свидетельствовать о большей выраженности СИ у наших обследованных, хотя данные авторы, ссылаясь на свою предыдущую выборку, указывают, что при обсессивно-компульсивных расстройствах баллы OVIS варьируют в диапазоне от 1 до 9,4, при наличии приблизительно 35% больных с баллами выше 7, что демонстрирует более высокий уровень СИ, чем в нашем исследовании.

Анализируя показатели пунктов OVIS, можно сделать следующие выводы. Наименьшие средние значения баллов характеризуют пункты 6 (степень поддержки другими людьми), 8 (осознание (инсайт)) и 9 (сила сопротивления), а наибольшие – пункты 7 (приписывание другим

людям иных взглядов), 4 (наибольшая сила убеждения в течение последней недели) и 2 (обоснованность убеждения). Данные показатели демонстрируют следующие достоверные отличия. Средний балл пункта 6 достоверно ниже, чем пунктов 7, 4 и 2, а также общего среднего балла OVIS ($p < 0,05$ во всех случаях), пункта 8 – ниже, чем пункта 7 ($p < 0,01$), пункта 9 – ниже,

чем пункта 2 ($p < 0,05$). Таким образом, обследованные в наименьшей степени уверены, что другие люди разделяют их сверхценные убеждения; меньшую роль, чем остальные показатели, обнаружили также убежденность в отсутствии психологических либо психиатрических причин сверхценных убеждений и недостаточность сопротивления им.

Таблица 3

Общие результаты исследования при различных непсихотических психических расстройствах с помощью «Шкалы сверхценных идей»

Показатель «Шкалы сверхценных идей»(OVIS)	Среднее значение (M)	Минимальное значение	Максимальное значение	Стандартное отклонение (SD)
Средний балл OVIS	5,08	1,67	7,33	1,55
Сила убеждения (пункт 1)	4,94	1,00	10,00	2,67
Обоснованность убеждения (пункт 2)	5,44	1,00	10,00	2,33
Наименьшая сила убеждения в течение последней недели (пункт 3)	5,20	1,00	10,00	2,69
Наибольшая сила убеждения в течение последней недели (пункт 4)	5,48	1,00	10,00	2,84
Правильность убеждения (пункт 5)	5,20	1,00	10,00	2,61
Степень поддержки другими людьми (пункт 6)	4,40	1,00	8,00	2,18
Приписывание другим людям иных взглядов (пункт 7)	5,84	1,00	10,00	2,48
Осознание (инсайт) (пункт 8)	4,44	1,00	10,00	2,60
Сила сопротивления (пункт 9)	4,64	1,00	10,00	2,34
Длительность периода изменения (ослабления) убеждения (лет) (пункт 10а)	0,24	0,00	2,00	0,48
Длительность существования убеждения (лет) (пункт 10б)	4,67	0,04	60,00	11,9

Степень устойчивости сверхценных идей может быть оценена по показателям длительности их существования и периодов ослабления данных убеждений. Средний показатель длительности существования (около 5 лет) может свидетельствовать о достаточной стойкости СИ. В то же время, выявленные убеждения, в основном, существовали у больных в пределах 1 года: до 1 месяца включительно – 3 чел. (12,0%), от 1 месяца до 1 года включительно – 13 чел. (52,0%) от 1 года до 5 лет включительно – 4 чел. (16,0%), свыше 5 лет – 5 чел. (20,0%). Длительность периодов ослабления СИ у обследованных была следующей: отсутствие ослабления СИ – 5 чел. (20,0%), ослабление СИ от 1 дня до 1 недели включительно – 8 чел. (32,0%), от 1 недели до 1 месяца – 6 чел. (24,0%), более 1 месяца – 6 чел. (24,0%). Таким образом, в большинстве случаев (76,0%) ослабление СИ отсутствовало или не превышало по длительности

1 месяца.

Оценка среднего балла «Шкалы сверхценных идей» (OVIS) при различных непсихотических психических расстройствах у обследованных нами больных представлена в таблице 4.

Согласно представленным в таблице 4 данным, наибольшая величина среднего балла OVIS соответствует невротическим и связанным со стрессом расстройствам, при которых данный показатель достоверно выше, чем при расстройстве личности и хроническом изменении личности ($p < 0,05$), а также при умеренном эпизоде депрессии ($p < 0,05$). Следует также отметить, что длительность существования сверхценных идей при депрессивном расстройстве органической природы ($M=22,36$; $SD=32,78$) оказалась достоверно выше ($p < 0,05$), чем при расстройстве личности и хроническом изменении личности ($M=2,54$; $SD=3,46$), а длительность периодов ослабления СИ при невротических и связанных

со стрессом расстройств (M=0,04; SD=0,04) оказалась достоверно ниже ($p<0,05$), чем при тре-

возном расстройстве органической природы (M=0,51; SD=0,70).

Таблица 4

Величина среднего балла «Шкалы сверхценных идей» (OVIS) при различных непсихотических психических расстройствах

Диагноз согласно МКБ-10	Среднее значение (M)	Минимальное значение	Максимальное значение	Стандартное отклонение (SD)
Невротические и связанные со стрессом расстройства (F40- F41, F43)	6,00	3,30	7,30	1,33
Тревожное расстройство органической природы (F06.4)	5,35	4,6	6,1	1,06
Депрессивное расстройство органической природы (F06.32)	5,07	4,1	6,6	1,34
Расстройство личности и хроническое изменение личности (F60- F62)	4,69	3,3	7,00	1,17
Умеренный эпизод депрессии (F32.1, F33.1)	3,45	1,7	5,2	2,47
Органическое расстройство личности (F07)	4,87	2,1	7,3	2,62

При сопоставлении данных, связанных с оценкой среднего балла OVIS, длительности существования периодов ослабления СИ в зависимости от вида сверхценных идей у обследованных нами больных, выявлена достоверно меньшая ($p<0,05$) длительность существования сверхценных идей фобического характера (M=1,88; SD=2,95) по сравнению с депрессивными сверхценными идеями (M=16,90; SD=28,91), что, вероятно, объясняется более чем вдвое меньшей долей органических психических расстройств (F0) в структуре фобических СИ (31,25%) по сравнению с депрессивными СИ (75,00%).

На основании выше описанного можно сделать следующие выводы о сверхценных идеях при различных непсихотических психических расстройствах.

1. У всех отобранных нами случайным методом больных с различными непсихотическими психическими расстройствами на основе критериев OVIS выявлены сверхценные идеи.

2. Фабулы сверхценных идей, в целом, были полиморфными, в большинстве случаев имея фобический характер. При депрессивном расстройстве органической природы и органическом расстройстве личности отмечена мономорфность фабул.

3. Средний балл OVIS у обследованных соответствовал умеренному уровню СИ, причём в большинстве случаев выявлены уровни сверхценных идей в диапазонах умеренных (15 чел., 60,0%) и от низких до умеренных (17 чел., 68,0%), что, в целом, аналогично данным, полученным

авторами, применявшими OVIS при наличии обсессивно-компульсивных расстройств.

4. Наименьшие средние значения баллов пунктов OVIS характеризуют степень поддержки другими людьми, осознание и силу сопротивления, а наибольшие – приписывание другим людям иных взглядов, наибольшую силу убеждения в течение последней недели и обоснованность убеждения. Обследованные в наименьшей степени уверены в поддержке другими людьми их сверхценных убеждений; меньшую роль, чем остальные показатели, обнаружили также убежденность в отсутствии психологических либо психиатрических причин сверхценных убеждений и недостаточность сопротивления им.

5. Выявленные сверхценные убеждения, в основном, существовали в пределах 1 года.

6. Ослабление СИ в большинстве случаев (76,0%) отсутствовало или не превышало по длительности 1 месяца.

7. Наибольшая величина среднего балла OVIS соответствовала невротическим и связанным со стрессом расстройствам, при которых данный показатель достоверно выше, чем при расстройстве личности и хроническом изменении личности ($p<0,05$), а также при умеренном эпизоде депрессии ($p<0,05$).

8. Длительность существования сверхценных идей при депрессивном расстройстве органической природы оказалась достоверно выше ($p<0,05$), чем при расстройстве личности и хроническом изменении личности.

9. Длительность периодов ослабления СИ при невротических и связанных со стрессом расстройствах оказалась достоверно ниже ($p < 0,05$), чем при тревожном расстройстве органической природы.

10. Выявлена достоверно меньшая ($p < 0,05$) длительность существования сверхценных идей

фобического характера по сравнению с депрессивными сверхценными идеями, что, вероятно, объясняется более чем вдвое меньшей долей органических психических расстройств в структуре фобических СИ (31,25%) по сравнению с депрессивными СИ (75,0%).

Титиевский С.В.¹, Воеводина В.С.², Бабюк И.А.¹, Гостюк И.М.², Федоровская И.В.²

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СВЕРХЦЕННЫХ ИДЕЙ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ

¹Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького, ²Республиканская клиническая психоневрологическая больница –медико-психологический центр, г. Донецк

Ключевые слова: сверхценные идеи, непсихотические психические расстройства, оценочные шкалы.

Существует небольшое количество психометрических данных, характеризующих соотношение сверхценных идей (СИ) с различными непсихотическими психическими расстройствами, что препятствует расширению представления о механизмах их развития.

Цель исследования заключалась в сравнительной психометрической оценке СИ при различных непсихотических психических расстройствах.

Материал и методы исследования. С помощью адаптированного варианта «Шкалы сверхценных идей» (OVIS) обследованы 25 отобранных случайным методом стационарных больных с различными непсихотическими психическими расстройствами.

Результаты и их обсуждение. У всех больных выявлены СИ, фабулы которых, в целом, были полиморфными, в большинстве случаев имея фобический характер. При депрессивном расстройстве органической природы и органическом расстройстве личности отмечена мономорфность фабул. Средний балл OVIS соответствовал умеренному уровню СИ. Выявленные СИ, в основном, существовали в пределах 1 года. Ослабление СИ в большинстве случаев (76,0%) отсутствовало или не превышало по длительности 1 месяца. Наибольшая величина среднего балла OVIS соответствовала невротическим и связанным со стрессом расстройствам и была достоверно выше, чем при расстройстве личности и хроническом изменении личности ($p < 0,05$), при умеренном эпизоде депрессии ($p < 0,05$). Длительность существования СИ при депрессивном расстройстве органической природы была достоверно выше ($p < 0,05$), чем при расстройстве личности и хроническом изменении личности. Длительность периодов ослабления СИ при невротических и связанных со стрессом расстройствах была достоверно ниже ($p < 0,05$), чем при тревожном расстройстве органической природы. Выявлена достоверно меньшая ($p < 0,05$) длительность существования СИ фобического характера по сравнению с депрессивными СИ, что, вероятно, объясняется более чем вдвое меньшей долей органических психических расстройств в структуре фобических СИ (31,25%) по сравнению с депрессивными СИ (75,00%).

Выводы. Выявленные закономерности характеризуют СИ как значимый фактор построения всей структуры психопатологии при непсихотических психических расстройствах. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2017. — № 2 (38). — С. 62-67).

Titievsky S.V.¹, Vojevodina V.S.², Babiuk I.A.¹, Gostiuk I.M.², Fedorovskaja I.V.²

COMPARATIVE ASSESSMENT OF OVERVALUED IDEAS IN DIFFERENT NON-PSYCHOTIC MENTAL DISORDERS

¹Donetsk State Medical University named after M. Gorky, ²Republican Clinical Psychoneurological Hospital – Medical-Psychological Center, Donetsk

Key words: overvalued ideas, non-psychotic mental disorders, rating scales.

There is a small amount of psychometric data characterizing the interrelation of overvalued ideas (OVI) with various non-psychotic mental disorders, which interferes the expansion of the concept of the mechanisms of their development.

Research purpose was to make the comparative psychometric assessment of OVI in different non-psychotic mental disorders.

Materials and methods. With the help of the adapted version of the "Scale of Overvalued Ideas" (OVIS), 25 randomly selected inpatients with various non-psychotic mental disorders were examined.

Results and discussion. In all patients, OVI were identified, the plot of which, in general, was polymorphic, in most cases having a phobic character. Inorganic depressive disorder and in organic personality disorder the monomorphy of the plot is noted. The average OVIS score corresponded to a moderate level of OVI. Identified OVI, in the main, existed within 1 year. OVI's weakening in most cases (76,0%) was absent or not exceeded 1 month. The highest value of the average OVIS score corresponded to neurotic and stress-related disorders and was significantly higher than in personality disorder and enduring personality change ($p < 0,05$), in moderate episode of depression ($p < 0,05$). The duration of OVI in organic depressive disorder was significantly higher ($p < 0,05$) than in personality disorder and enduring personality change. The duration of the periods of the weakening of OVI in neurotic and stress-related disorders was significantly lower ($p < 0,05$) than in the case of an organic anxiety disorder. A significantly lower ($p < 0,05$) duration of the OVI of phobic nature in comparison with depressive OVI was found, which is probably explained by less than half the proportion of organic mental disorders in the structure of phobic OVI (31.25%) in comparison with depressive OVI (75.0%).

Conclusions. The revealed regularities characterize OVI as a significant factor in constructing the entire structure of psychopathology in non-psychotic mental disorders. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2017. — № 2 (38). — P. 62-67).

Литература

1. Цыганков Б.Д. Психиатрия: Руководство для врачей / Б. Д. Цыганков, С. А. Овсянников. – Москва: Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2011. – 496 с.

2. Veale D. Over-valued ideas: a conceptual analysis / D. Veale // Behaviour Research and Therapy. – 2002. – Vol. 40. – P. 383–400.

3. The overvalued ideas scale: development, reliability and

validity in obsessive-compulsive disorder / F. Neziroglu, D. McKay, J.A. Yaryura-Tobias [et al.] // Behaviour Research and Therapy. – 1999. – Vol. 37. – P. 881-902.

4. Overvalued ideation as a predictor of fluvoxamine response in patients with obsessive-compulsive disorder / F. Neziroglu, A. Pinto, J.A. Yaryura-Tobias, D. McKay // Psychiatry Research. – 2004. – Vol. 125 – P.53-60.

Поступила в редакцию 21.05.2017

УДК 159.942

*Вильдгрубе С.А.², Фирсова Г.М.¹***СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР В УСЛОВИЯХ ТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССА ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ**²Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака, ¹Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: синдром эмоционального выгорания, медицинские сестры, чрезвычайная ситуация, стресс

Проблемы обеспечения безопасности человеческой жизни, изучение проблемы психологических состояний человека становятся актуальными и социально значимыми в современном обществе, так как участвовавшие вооруженные конфликты, террористические акты привели к необходимости оказания эффективной психологической и психотерапевтической помощи большому количеству людей [1].

С апреля 2014 года жители Донецкой области проживают и работают в условиях травматического стресса военного времени, в условиях опасности для их жизни и здоровья. Одним из негативных последствий столкновения личности со сложными условиями чрезвычайной ситуации становится возникновение неблагоприятного психического состояния – синдрома эмоционального выгорания, характеризующегося повышенным уровнем тревожности, эмоциональной напряженностью индивида, потерей творческого настроения в отношении своей деятельности, дестабилизацией межличностных отношений и ведущего к невротическим реакциям и психосоматическим расстройствам.

На сегодняшний день определен круг профессий, в которых эмоциональное выгорание проявляется в большей степени, – это профессии социальной направленности: педагогические, медицинские, связанные со сферой услуг, управленческие и другие, все те, главной характеристикой которых является субъект-субъектное взаимодействие. Сама профессиональная деятельность медицинских работников предполагает эмоциональную насыщенность и высокий процент факторов, вызывающих стресс.

В условиях сегодняшнего дня, а именно в

условиях травматического стресса военного времени личность медицинского работника подвергается постоянному давлению со стороны психотравмирующих обстоятельств. Данная чрезвычайная ситуация только способствует усилению эмоционального фона у медицинских работников, а также разного рода негативных переживаний в моменты осуществления своей деятельности. Вышеуказанные обстоятельства накладывают неизгладимый отрицательный отпечаток на личность медицинских работников и так же становятся причиной эмоционального выгорания. В связи с этим, по нашему мнению, данное явление должно максимально изучаться [2].

Эмоциональное выгорание – это выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций в ответ на избранные психотравмирующие воздействия. Эмоциональное выгорание представляет собой приобретенный стереотип эмоционального, чаще всего, профессионального поведения. «Выгорание» отчасти функциональный стереотип, поскольку позволяет человеку дозировать и экономно расходовать энергетические ресурсы. В то же время, могут возникать его дисфункциональные последствия, когда «выгорание» отрицательно сказывается на исполнении профессиональной деятельности и отношениях с партнерами [3 – 5].

Цель настоящего исследования – изучение особенностей эмоционального выгорания у медицинских сестер в условиях травматического стресса военного времени; изучение копинг-стратегий и бессознательных механизмов психологических защит, используемых медицинскими сестрами.

Материал и методы исследования

Всего в исследовании приняло участие 60 медицинских сестер. Экспериментальная груп-

па (ЭГ) – медсестры (30 чел.) отделений хирургии и комбустиологии. Контрольная группа (КГ)

– медсестры (30 чел.) терапевтического отделения. Средний возраст исследуемых 38 ± 4 года, средний стаж работы $8 \pm 2,1$ года.

Для решения поставленных исследованием задач использовались методы психологического исследования («Методика исследования эмоционального выгорания В.В. Бойко», методика «Диагностика профессионального выгорания»

(К.Маслач, С.Джексон, в адаптации Н.Е. Водопьяновой), «Тест описания поведения К. Томаса» (в адаптации Н.В. Гришиной), тест «Личностный опросник для диагностики механизмов психологической защиты «Я» Плутчика-Келлермана-Конте», «Методика 16-ти факторного личностного опросника Кеттелла») и методы математической обработки данных.

Результаты исследования и их обсуждение

Синдром эмоционального выгорания значительно выражен в группе медсестер отделений хирургии и комбустиологии, нежели в группе медицинских сестер терапевтического отделения (табл.1). Для профессиональной деятельности медсестер КГ свойственно наличие хронической стрессовой ситуации: экстремальность; сокращение психологического контакта с боль-

ными; техницизм в работе. В фазе напряжения симптомы «переживание психотравмирующих обстоятельств», «загнанность в клетку» и «тревога и депрессия» медсестер ЭГ достоверно выше (при $p \leq 0,01$) по уровню сформированности, чем у медсестер в КГ, что свидетельствовало о практически сформированной фазе напряжения.

Таблица 1

Средние показатели уровня сформированности синдрома эмоционального выгорания (при $p \leq 0,01$)

Группа	Фаза напряжения	Фаза резистенции	Фаза истощения	Сумма показателей
Экспериментальная	$44,15 \pm 10,12$	$38,70 \pm 7,62$	$41,80 \pm 5,62$	$124,56 \pm 14,07$
Контрольная	$33,40 \pm 7,79$	$37,55 \pm 10,16$	$33,95 \pm 6,85$	$104,90 \pm 15,86$

Симптом «личностной отстраненности или деперсонализации» оказался значительно более развит у медицинских сестер отделений хирургии и комбустиологии, чем в группе медсестер терапевтического отделения, что подтверждалось и значительной разницей в уровне формирования фазы истощения, которая была сильнее

сформирована в экспериментальной группе.

Также с целью определения степени эмоционального профессионального выгорания медицинских сестер было проведено исследование с помощью методики «Диагностика профессионального выгорания». Данные представлены в таблице 2 и на рисунке 1.

Таблица 2

Распределение степени эмоционального профессионального выгорания медицинских сестёр (%)

Признаки \ уровни	Высокий	Средний	Низкий
Эмоциональное истощение	43	7	50
Деперсонализация	43	33	24
Редукция личных достижений	27	27	46
Общее истощение	0	53	47

Были получены следующие результаты: в обеих группах медицинских сестер по признаку эмоционального истощения 50% всех испытуемых имели низкий показатель, у 43% медицинских сестер диагностировалась высокая степень истощения, 7% имели средний уровень истощения. Большинство респондентов, а это 43% испытуемых, имели высокий уровень деперсона-

лизации, 33% средний и 24% – низкий уровни деперсонализации; по признаку редукции личных достижений большинство медицинских сестер (46%) имели низкий уровень, 27% испытуемых – средний и высокий уровни.

Таким образом, в обеих группах медицинских сестер доминировал низкий уровень эмоционального истощения (50%), однако 43% испы-

туемых имели его высокий уровень, то есть эти медсестры характеризовались сниженным эмоциональным тонусом, повышенной психической истощаемостью и аффективной лабильностью, утратой интереса и позитивных чувств к окружающим, ощущением «пресыщенности» трудом, неудовлетворенностью жизнью в целом. Наблюдавшееся преобладание высокого уровня деперсонализации у 43% медицинских сестер проявлялось в эмоциональном отстранении и безразличии, формальном выполнении профессиональных обязанностей без личностной включенности и сопереживания, а в отдельных случаях – в негативизме и циничном отношении к своей профессиональной деятельности и пациентам. На поведенческом уровне деперсонализация прояв-

лялась в высокомерном поведении, использовании профессионального сленга, юмора, ярлыков. Большинству медсестер (46%) также было свойственно наличие низкой степени редукции профессиональных достижений, что выражалось в степени высокой удовлетворенности собой как личностью и как профессионалом. Тенденции к негативной оценке своей компетентности и продуктивности и, как следствие, – снижение профессиональной мотивации, нарастание негативизма в отношении служебных обязанностей, тенденция к снятию с себя ответственности, к изоляции от окружающих, отстраненность и неучастие, избегание работы сначала психологически, а затем физически обнаруживали 27% медицинских сестер.

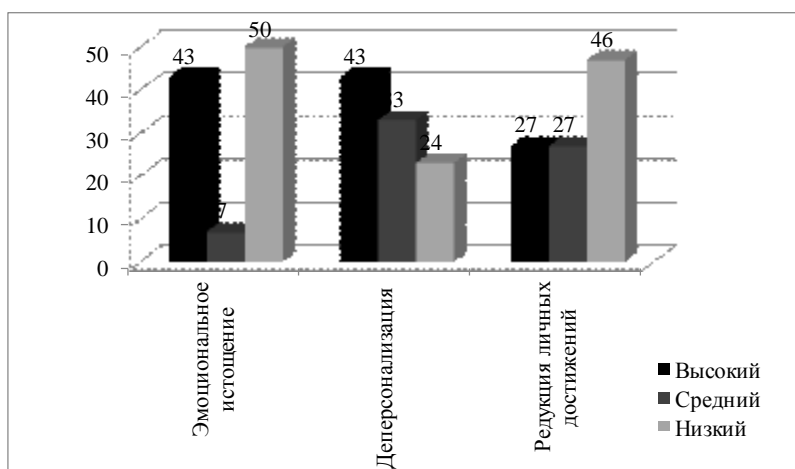


Рис. 1. Распределение степени эмоционального выгорания медицинских сестер (%).

По признаку общего истощения было выявлено, что большинство медицинских сестер имели высокие (53%) и низкие (47%) значения. Крайне высоких показателей не было определено. Таким образом, в обеих группах медицинских сестер преобладало эмоциональное выгорание высокого уровня.

Анализ исследования копинг-стратегий показал: медицинские сестры ЭГ чаще использовали такие стратегии поведения в конфликтной ситуации как соперничество (30%), избегание (35%), приспособление (20%) и реже сотрудничество (10%) и компромисс (5%); в КГ медсестры чаще прибегали к стратегиям компромисса (30%), сотрудничества (20%) и избегания (25%). При этом выявлены значимые различия ($p \leq 0,01$) только по тактике «Компромисс» – медицинские сестры отделений хирургии и комбустиологии значительно реже использовали компромиссные стратегии, нежели медицинские сестры терапевтического отделения. Такие копинг-стратегии как сопер-

ничество и избегание, чаще встречающиеся среди медицинских сестер ЭГ, напрямую коррелировали с выраженностью синдрома эмоционального выгорания.

Изучение бессознательных механизмов психологических защит выявило следующие закономерности: среди медицинских сестер ЭГ были более выражены такие психологические защиты как компенсация (78% респондентов), рационализация (65%) и проекция (55%). При этом высокий уровень выраженности синдрома эмоционального выгорания, особенно фазы истощения, был напрямую связан с рационализацией и проекцией. Таким образом, медицинские сестры отделений хирургии и комбустиологии пытались найти подходящую замену реального или воображаемого недостатка, дефекта, нестерпимого чувства другим качеством, чаще всего с помощью фантазирования или присвоения себе свойств, достоинств, ценностей, поведенческих характеристик другой личности. Негативный, социально неодобряемый оттенок испытывае-

мых чувств и свойств, например, агрессивность, нередко приписывался окружающим, чтобы оправдать свою собственную агрессивность или недоброжелательность, которая проявлялась в защитных целях. Им было свойственно пресечение переживаний, вызванных неприятной или субъективно неприемлемой ситуацией, при помощи логических установок и манипуляций, даже при наличии убедительных доказательств в пользу противоположного.

В группе медицинских сестер терапевтического отделения преобладающими механизмами защиты являлись компенсация (76%) и рационализация (70%).

Изучение личностных характеристик медицинских сестер обеих групп не показало значимых статистических различий и позволило охарактеризовать их как эмоциональных, естественных, непринужденных в поведении, предпочитающих работать с людьми, уверенных в себе, реалистичных, способных следовать нормам и правилам поведения, при этом они независимы в суждениях и в поведении, ответственные, мужественны, обладали некоторой суровостью по отношению к окружающим. В то же время, прослеживались следующие тенденции у медсестер ЭГ: они оказывались более доминантными, смелыми, общительными, для них в большей мере была свойственна моральная нормативность и самодисциплина, при этом они были ме-

нее мечтательными и эмоционально чувствительными.

По данным корреляционного анализа можно сказать, что к формированию синдрома эмоционального выгорания в фазе истощения у медсестер ЭГ способны привести такие характеристики как высокое самомнение и гипотимия (устойчивое сниженное настроение, упадок духа).

Таким образом, проведенное эмпирическое исследование особенностей синдрома эмоционального выгорания у медицинских сестер показало, что выраженность синдрома эмоционального выгорания, его высокий уровень в обеих группах медицинских сестер связан, в первую очередь, с пребыванием их в условиях травматического стресса военного времени, а также с такими неэффективными копинг-стратегиями как соперничество и избегание, с бессознательными механизмами психологической защиты рационализации и проекции, с личностными характеристиками доминирования и излишней самоуверенности.

Полученные результаты исследования могут быть использованы для решения целого ряда практических задач: разработки консультаций по профилактике синдрома эмоционального выгорания, проведению коррекционных, реабилитационных программ эффективной психологической и психотерапевтической помощи медицинским работникам.

Вильдгрубе С.А.², Фирсова Г.М.¹

СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР В УСЛОВИЯХ ТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССА ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ

²Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака, ¹Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: синдром эмоционального выгорания, медицинские сестры, чрезвычайная ситуация, стресс.

В условиях травматического стресса военного времени личность медицинского работника подвергается постоянному давлению из-за психотравмирующих обстоятельств. Эта чрезвычайная ситуация только способствует усилению эмоционального фона медицинских работников, а также различных негативных переживаний на момент их деятельности. Вышеприведенные обстоятельства накладывают неизгладимое негативное воздействие на личность медицинских работников.

В условиях сегодняшнего дня, а именно в условиях травматического стресса военного времени, личность медицинского работника подвергается постоянному давлению со стороны психотравмирующих обстоятельств. Сама профессиональная деятельность медицинских работников предполагает эмоциональную насыщенность и высокий процент факторов, вызывающих стресс и так же становится причиной эмоционального выгорания. В связи с этим, по нашему мнению, данное явление должно максимально изучаться.

Цель исследования – изучение особенностей эмоционального выгорания у медицинских сестер в условиях травматического стресса военного времени; изучение копинг-стратегий и бессознательных механизмов психологических защит, используемых медицинскими сестрами.

Методы исследования: «Методика исследования эмоционального выгорания В.В. Бойко», «Диагностика профессионального выгорания» (К.Маслач, С.Джексон, в адаптации Н.Е. Водопьяновой), «Тест описания поведения К. Томаса» (в адаптации Н.В. Гришиной), тест «Личностный опросник для диагностики механизмов психологической защиты «Я» Плутчика-Келлермана-Конте», «Методика 16-ти факторного личностного опросника Кеттелла»; методы математической обработки данных.

Всего в исследовании приняли участие 60 медицинских сестер. Экспериментальная группа (ЭГ) – медсестры (30 чел.) отделений хирургии и комбустиологии. Контрольная группа (КГ) – медсестры (30 чел.) терапевтического отделения. Средний возраст исследуемых 38±4 года, средний стаж работы 8±2,1 года.

Синдром эмоционального выгорания значительно выражен в группе медсестер отделений хирургии и комбустиологии, нежели в группе медицинских сестер терапевтического отделения. Такие копинг-стратегии как соперничество и избегание, чаще встречающиеся среди медицинских сестер, напрямую коррелируют с выраженностью синдрома эмоционального выгорания. При этом высокий уровень выраженности синдрома эмоционального выгорания (фаза истощения) в ЭГ напрямую связан с защитными механизмами рационализации и проекции.

Проведенное эмпирическое исследование особенностей синдрома эмоционального выгорания у медицинских сестер показало,

что выраженность синдрома эмоционального выгорания, его высокий уровень в обеих группах медицинских сестер связан в первую очередь с пребыванием медицинских сестер в условиях травматического стресса военного времени, а также с такими неэффективными копинг-стратегиями как соперничество и избегание, с бессознательными механизмами психологической защиты рационализации и проекции, с личностными характеристиками доминирования и излишней самоуверенности. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2017. — № 2 (38). — С. 68-72).

Vildgrube S.A.², Firsova G.M.¹

THE SYNDROME OF EMOTIONAL FIRE OF NURSES IN CONDITIONS OF TRAUMATIC STRESS OF MILITARY TIME

²The Institute of Urgent and Reconstructive Surgery named after V.K. Gusak, ¹Donetsk National Medical University named after M. Gorky

Key words: Syndrome of emotional burnout, nurses, emergency, stress.

In conditions of traumatic stress of wartime, the personality of the medical worker is subjected to constant pressure from the psychotraumatic circumstances. This emergency situation only contributes to strengthening the emotional background of medical workers, as well as various negative experiences at the time of their activities. The above circumstances impose an indelible negative impact on the personality of medical workers and also cause emotional burnout.

In today's conditions, namely under conditions of traumatic stress, during which the medical worker was subjected to constant pressure from the psychotraumatic circumstances. The professional activity of medical workers presupposes emotional saturation and a high percentage of factors that cause stress and also cause emotional burnout. In this regard, in our opinion, this phenomenon should be studied.

Objectives of the study. Study of emotional burnout in nurses in conditions of traumatic stress of wartime; the study of coping strategies and unconscious mechanisms of psychological defenses used by nurses.

Methods of research: «Methodology for the study of emotional burnout. Boyko» , «Diagnosis of professional burnout» (K. Maslach, S. Jackson, adaptation of N.E. Vodopyanova), «Test of the description of the behavior of K. Thomas» (in the adaptation of N.V. Grishina), test «Personal questionnaire for diagnosis Mechanisms of psychological protection "I" of Plutchik-Kellerman-Conte», «Methodology of the 16- factorial personal questionnaire of Cattell»; methods of mathematical data processing.

A total of 60 nurses participated in the study. Experimental group (EG) - nurses (30 people) of the departments surgery and kombustiology. Control group (CG) - nurses (30 people) of the therapeutical department. The average age of the examined nurses is 38±4 years, the average length of service is 8±2.1 years.

The syndrome of emotional burnout is more pronounced in the group of nurses of the departments of surgery and kombustiology than in the group of nurses of the therapeutic department. Such coping strategies as rivalry and avoidance, more common among nurses, directly correlate with the severity of the syndrome of emotional burnout. At the same time, the high level of emotional burnout syndrome in EG is directly related to rationalization and projection, and such a phase as exhaustion.

An empirical study of the peculiarities of the syndrome of emotional burnout in nurses showed that the severity of the emotional burnout syndrome, its high level in both groups of nurses is associated primarily with the stay of nurses in the conditions of traumatic stress of wartime, the inefficient coping strategies of rivalry and avoidance, unconscious mechanisms of psychological defense of rationalization and projection and with personal characteristics of domination and excessive self-confidence. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2017. — № 2 (38). — P. 68-72).

Литература

1. Александровский Ю.А. Психические расстройства во время и после чрезвычайной ситуации / Ю.А. Александровский // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2001. — 32-39

2. Корытова Г.С. Защитное и совладающее поведение личности: теоретические основания / Г.С. Корытова // Глобальная научная интеграция. — 2006. — 29-30с.

3. Бойко В.В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и

на других / В.В. Бойко // Наука. — 1996. — С.34-39

4. Баробанова М.В. Изучение психологического содержания синдрома «эмоционального сгорания» / М.В. Баробанова // Вестник МГУ. — сер.14, Психология. — 1995. — №1. — С.54-58

5. Форманюк Т.В. Синдром «эмоционального сгорания» учителя / Т.В. Форманюк // Вопросы психологии. — 1994. — №6. — С. 34-56

Поступила в редакцию 20.04.2017

УДК 616.89-008:159.922

*Абрамов В.А., Абрамов А.В.***СУБЪЕКТИВНОЕ ПРОСТРАНСТВО ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ЛИЧНОСТНЫХ ПАТТЕРНОВ (ДЕЗАДАПТИВНЫХ СХЕМ) И РЕЖИМОВ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ У ЛИЦ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ
(СООБЩЕНИЕ 2. ДЕЗАДАПТИВНЫЕ СХЕМЫ)**

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: психические расстройства, личностные дисфункции, дезадаптивные схемы, схемафокусированный подход

Ранние дезадаптивные схемы.

Основатель схемафокусированного подхода в когнитивной терапии и его самостоятельного направления – схематерапии Джеффри Янг расширил представления о когнитивных схемах, определив их как ранние дезадаптивные схемы – «паттерны, состоящие из когнитивных процессов, эмоций, телесных ощущений и воспоминаний относительно себя и взаимоотношений с другими людьми. Сформировавшись в детстве или ранней юности, они продолжают свое существование на протяжении всей жизни и являются дисфункциональными в значительной степени [37].

Ранние дезадаптивные схемы (РДС) представляют собой психологический конструкт, включающий в себя представления человека о себе, мире и других людях, устойчивый комплекс воспоминаний, эмоций, убеждений и телесных ощущений, который был сформирован в детстве и развивался в течение жизни. Переживания раннего детства во многом играют важную роль в формировании личности, принятии решений о мире, окружающих людях и самих себе, а также интерпретации жизненного опыта [38]. Ранние дезадаптивные схемы образуются в результате взаимодействия индивидуальных особенностей человека и отрицательных переживаний, возникающих в процессе его общения с ближайшим окружением. Если в детстве этот комплекс психологических феноменов может способствовать адаптации ребенка, то для взрослого человека подобные схемы нарушают его адаптивные возможности и не отражают реальное соотношение сил в жизненных коллизиях. Более того, РДС являются ригидными, самоподдерживающимися механизмами, которые заставляют человека отражать только соответствующую схемам информацию, воспринимаются им

как фактическое, достоверное знание о себе и об окружающем мире. Они ограничивают его поведение, то есть нарушают нормальную социальную адаптацию. РДС в большинстве случаев не осознаются и не проявляются, пока не происходит какое-либо «пусковое» событие, которое активизирует ту или иную схему. Они могут «запускаться» как релевантными событиями, так и настроением человека, и часто это сопровождается высоким уровнем аффекта и низким уровнем критичности к своему состоянию. Все это мешает человеку удовлетворить свои основные потребности и, как правило, приводит к неблагоприятным последствиям для самого человека либо для окружающих его людей, препятствует построению и поддержанию гармоничных отношений. С возрастом РДС становятся все более сложными и могут оказывать влияние на более широкие сферы жизни. Наиболее значительное развитие РДС наблюдается у лиц с различными расстройствами личности [39-40]. Ранние дезадаптивные схемы, как правило, существуют в имплицитной форме, но могут стать доступными для осознания при схематерапевтической работе.

Схемы делятся на условные и безусловные. Безусловная схема подразумевает, что человек ничего не может сделать, чтобы предотвратить пугающие последствия, ею предсказанные, например, что человека бросят, перестанут любить или, что он плох и никуда не годится. Условные схемы подразумевают, что человек может что-то сделать, чтобы исправить ситуацию, например, схема Самопожертвование обещает, что если человек будет жертвовать собой, то его не бросят, и будут любить. Условные схемы формируются позже и часто являются вторичными схемами, в основе которых лежит какая-то бе-

зусловная схема.

Ранняя дезадаптивная схема, скорее всего, не может быть стерта полностью, так как она основана на бессознательно запомненном чувственном опыте пугающих и травматических событий. Такого рода опыт никогда не стирается полностью, но можно осознать его и начать контролировать бессознательную реакцию на стимулы, приводящие схему в действие.

В 2003г. Дж. Янг опубликовал перечень из 18 ранних дезадаптивных схем, которые он сгруппировал в пять укрупненных категорий (доменов) в соответствии с неудовлетворенными потребностями развития [20].

Нарушение связи и отвержение

1. Покинутость/Нестабильность
2. Недоверие/Ожидание жестокого обращения

3. Эмоциональная депривированность

4. Дефективность/Стыд

5. Социальная отчужденность

Нарушенная автономия

6. Зависимость/Беспомощность

7. Уязвимость

8. Спутанность/Неразвитая идентичность

9. Неуспешность

Нарушенные границы

10. Привилегированность/Грандиозность

11. Недостаточность самоконтроля

Направленность на других (нарушение потребности в самоуважении и принятии себя)

12. Покорность

13. Самопожертвование

14. Поиск одобрения

Сверххдительность и запреты (нарушение потребности в свободном выражении своих потребностей и эмоций, спонтанности и игре)

15. Негативизм/Пессимизм

16. Подавление эмоций

17. Жесткие стандарты/Придирчивость

18. Пунитивность

Не все ранние дезадаптивные схемы возникают вследствие ранней детской травмы, однако все они имеют негативные последствия [20]. При этом, чем интенсивнее воздействие травмирующих факторов, тем более выражены и устойчивы формирующиеся схемы.

К формированию дезадаптивных схем могут привести ситуации, вступающие в противоречие с базовыми убеждениями индивида. Данное понятие было предложено Р. Янов-Бульман, которое определяет его как «имплицитные, глобальные, устойчивые представления индивида о мире и о себе, оказывающие влияние на мышление,

эмоциональные состояния и поведение человека». К базовым убеждениям она относит веру в то, что в мире больше добра, чем зла; убеждение в том, что мир полон смысла; убеждение в ценности собственного «Я». Базовые убеждения личности претерпевают серьезные изменения под влиянием перенесенных личностью детских психологических травм и травматических событий, в результате которых основательно разрушаются привычные жизненные представления и схемы поведения, возникают дезадаптивные схемы [41].

В контексте ранних дезадаптивных схем, по нашему мнению, возможно рассмотрение психопатологического диатеза как предиктора возникновения шизофрении, расстройств личности и других психических нарушений. Нарушения нормального функционирования индивида связаны, по Беку, с «когнитивной уязвимостью». Каждый человек характеризуется уникальной уязвимостью и чувствительностью в соответствии с имеющимися у него схемами. В связи с этим каждый индивид в разной степени предрасположен к психическому страданию. Любое расстройство личности связано с определенным главным (базисным) убеждением. Например, когнитивной основой расстройства избегания является базисное убеждение: «Мне могут причинить боль»: параноидного расстройства - «Люди - потенциальные противники», нарциссического расстройства - «Я особенный», истерического - «Мне нужно производить впечатление» и т.д. Таким образом, с помощью схем можно выстроить когнитивный профиль каждого расстройства [2].

Дисфункциональные схемы могут долгое время оставаться в дезактивированном состоянии, но легко приводятся в движение специфичным средовым стимулом (например, стрессовой ситуацией). При этом любой опыт, в том числе травматический, ложится на уже существующие у индивида схемы.

При активации РДС у человека возникают состояния, которые называются режимами функционирования схем (далее - режимы). Они могут быть как дисфункциональными, так и здоровыми. Дисфункциональные режимы чаще всего возникают тогда, когда одновременно активизируются несколько ранних дезадаптивных схем.

Дезадаптивные копинговые режимы представляют собой неэффективные способы совладания со стрессовыми и трудными ситуациями и перекликаются с представлениями о механиз-

мах психологических защит в психоаналитической психотерапии [42].

Для активации ранних дезадаптивных схем зачастую необходимо определенное «пусковое событие, которое активизирует ту или иную схему, которая ранее не проявлялась и не осознавалась человеком. Схемы могут «запускаться» как релевантными событиями, так и настроением человека, и часто это сопровождается высоким уровнем аффекта и низким уровнем критичности к своему состоянию. Все это мешает человеку удовлетворить свои основные потребности и, как правило, приводит к неблагоприятным последствиям для самого человека либо для окружающих его людей, препятствует построению и поддержанию гармоничных отношений [43,44].

В детстве человек мог пережить плохое обращение, быть покинутым или отвергнутым. Во взрослом возрасте сформировавшиеся неадаптивные схемы могут быть активированы событиями, которые человек неосознанно воспринимает похожими на травматичные события своего детства. При активации схемы человек переживает сильные негативные эмоции и использует свои привычные копинг-стили, чтобы с ними справиться.

Выраженная активация дисфункциональных схем может приводить к возникновению таких психических расстройств как депрессия. Более частные дисфункциональные схемы замещают ориентированные на реальность адаптивные схемы в таких функциях, как обработка информации, припоминание и предсказание. При депрессии, например, доминирующим становится такой стиль поведения, основой которого является самоотрицание: при тревожных расстройствах отмечается гиперактивный индивидуальный стиль реагирования на опасность; при панических расстройствах мобилизован стиль поведения, соответствующий неизбежной катастрофе.

Типичные дисфункциональные убеждения и дезадаптивные стратегии, выраженные в расстройствах личности, делают людей восприимчивыми к жизненному опыту, который повышает их когнитивную уязвимость. Так, зависимое расстройство личности характеризуется чувствительностью к утрате любви и помощи; нарциссическое расстройство - чувствительностью к ущемлению чувства собственного достоинства; гистрионное расстройство - невозможностью манипулировать другими, чтобы получить внимание и поддержку. Когнитивная уязвимость основана на экстремальных, ригидных и императивных убеждениях. Можно предположить,

что эти дисфункциональные убеждения являются результатом взаимодействия между генетической предрасположенностью человека и нежелательным влиянием других людей и определенных травмирующих событий.

Таким образом, у всех индивидов присутствуют ранние дезадаптивные схемы, несмотря на то, что имеют разную степень выраженности. С возрастом ранние дезадаптивные схемы становятся все более сложными и могут оказывать влияние на многие сферы жизни человека.

В настоящее время исследователи рассматривают ранние дезадаптивные схемы как предикторы развития различных отклонений и психопатологий. Изучалось, в частности, влияние дезадаптивных схем на пищевое поведение [45-47], на риск повторения попыток суицида [48], вероятность возникновения тревожно-депрессивных расстройств [49], разводов в семейных парах [50,51]. Ряд исследований посвящен возрастным аспектам ранних дезадаптивных схем, в т.ч. в связи с возрастными кризисами [52-55].

П.М. Касьяник, М.В. Галимзянова и Е.В. Романова [56] изучили выраженность ранних дезадаптивных схем, дисфункциональных копинг-стратегий и режимов функционирования схем у взрослых людей, обращавшихся за психологической помощью. В результате была установлена выраженность таких РДС как: «Эмоциональная депривированность», «Покинутость», «Недоверие. Ожидание жестокого обращения», «Уязвимость», «Запутанность/Неразвитое Я», «Покорность», «Негативизм/Пессимизм» «Самопожертвование», «Жесткие стандарты», «Поиск одобрения», и «Пунитивность». Отличия между экспериментальной и контрольной выборкой имели более однозначный характер в показателях выраженности дезадаптивных схем, чем частоты проявления режимов. Так авторы доказали, что у лиц, обращавшихся за психологической помощью в связи с различными жизненными затруднениями, наблюдается больший уровень выраженности ранних дезадаптивных схем. В связи с чем актуальными являются исследование взаимосвязи ранних дезадаптивных схем и уровнем психологического благополучия.

Тихомирова Н.А. [57] в кросскультурном исследовании с участниками из России и Франции, установила различную степень взаимосвязи отдельных дезадаптивных схем с показателями психологического благополучия, жизнестойкости и уровнем экзистенциальной исполненности. РДС оказались более выраженными у молодежи, чем у взрослых людей, культуральные раз-

личия не были установлены.

Романова К.С. [58] изучила особенности поведения взрослых в конфликтных ситуациях в семье в связи с субъективными переживаниями детства. В результате было выявлено, что чем более благополучными взрослые воспринимают отношения с родителями, тем менее выражены у них РДС и установлено, что индивидуально-специфические защитные модели поведения в конфликте связаны с рядом РДС, сформированных в результате субъективных переживаний относительно взаимоотношений с родителями.

Развитие представлений о «схемах», схематизированном подходе и, как следствие, схематерапии как отдельного метода связано с изучением исследователями различных вопросов когнитивно-поведенческой терапии (КПП), в рамках которой Аароном Беком более 60 лет назад [59] проведено первое успешное применение психотерапии при лечении большого шизофреника с параноидным бредом.

Изучение ранних малоадаптивных схем дает возможность: 1) выявить специфические факторы развития и поддержания болезненной симптоматики, наблюдаемой при расстройствах шизофренического спектра; 2) определить психотерапевтические мишени в работе с данной категорией больных. В настоящее время широкую известность приобрел подход Джеффри Янга – схематерапия, делающий акцент терапии на глубинные убеждения, включенные в структуру психопатологической симптоматики.

Схематерапия (или схемафокусированный подход в когнитивной терапии) в качестве самостоятельного направления в психотерапии зародилась в середине 90-х годов XXв. благодаря работам Джеффри Янга [60-61]. Данная терапия (schema therapy) предназначалась для лечения больных с расстройствами личности, в отношении которых оказываются неэффективными методы когнитивно-поведенческой психотерапии, а также для лечения сильных депрессивных и посттравматических расстройств, и устранения других психологических проблем у индивидов и семейных пар.

Схематерапия (схемная, схематическая терапия), сочетающая в себе элементы когнитивной терапии, экспериенциального подхода, эмоционально-ориентированной терапии и психологии развития, уже более 20 лет успешно используется психотерапевтами в разных странах, по праву считаясь одним из наиболее эффективных методов лечения расстройств личности. Она

опирается на несколько направлений психотерапии (когнитивно-бихевиоральную терапию, психоанализ, теорию объектных отношений, теорию привязанности, гештальт-терапию) и использует разные терапевтические техники, например, навыки межличностного общения, диалоги один на один, групповые обсуждения и конструктивизм. Схемная терапия также заимствует многие методики и теоретические построения у трансакционного анализа. В отличие от когнитивно-бихевиоральной психотерапии, схемная терапия учитывает и прорабатывает детские травмы и сильные чувства, связанные как с текущими, так и с прошлыми ситуациями.

Ранняя дезадаптивная схема руководит действиями человека, помогает ему упрощать восприятие угрожающих ситуаций. Независимо от копинг-стиля все действия человека приводят к усилению и подкреплению схемы, и нужна специальная терапия, чтобы помочь человеку ослабить действие своих схем и действовать более здоровым образом.

Цель схемной терапии - помочь пациенту идентифицировать свои схемы, осознать источник эмоций, возникающих при активации схемы, пережить эти эмоции и найти способы иначе реагировать на события, активирующие схему [62-63].

Дезадаптивные когнитивные схемы и психические расстройства.

Понятие когнитивных, в т.ч. дезадаптивных когнитивных схем используется в когнитивных теориях личности, в теориях когнитивных процессов, а также в контексте их участия в формировании психопатологической симптоматики и психотерапевтической интервенции (схематерапии).

Понятие когнитивной схемы как структуры, посредством которой осуществляется репрезентация окружающего мира и образа собственного Я в сознании индивида, стало одним из объяснительных конструктов описывающих факторы развития психопатологии. Для понимания психопатологии через конструкт схемы важно, что схемы развиваются и изменяются в онтогенезе; они участвуют в протекании когнитивных и эмоциональных процессов, а также в формировании поведенческих актов.

Психопатологические феномены могут возникать тогда, когда либо происходит нарушение функционирования имеющихся у индивида схем, либо существует их дефицит (требующиеся для нормального психического функционирования схемы отсутствуют или недоразвиты), либо схемы конфликтуют между собой. В результате

репрезентации образа Я и окружающего мира становятся дисфункциональными, что приводит к отклонениям на когнитивном, эмоциональном и поведенческом уровнях [64].

А.П. Коцюбинский [65] отмечает наличие сложных взаимосвязей между схемами и развитием психопатологической симптоматики. Так, ранний жизненный опыт и представления о себе, мире и других людях лежат в основе когнитивных схем, которые в свою очередь, часто проявляются в выражении необычных переживаний и убеждений пациента. Например, многие люди с бредом преследования имели в детстве или подростковом возрасте реальный травматический опыт подобного рода (в рамках стрессовых ситуаций). Очевидно, что при развитии заболевания такой опыт мог способствовать формированию у пациента своеобразных идей о преследовании, заговорах, а также – формированию сверхгенерализованного убеждения в том, что ему хотят причинить вред. С другой стороны, можно предположить, что само по себе появление болезненной (особенно продуктивной) симптоматики и факт наличия психического расстройства не могут не отражаться на представлении человека о себе и окружающем мире. Таким образом, существует достаточно много «лакун», касающихся теоретического представления о характере взаимодействия между схемами и развитием психопатологической симптоматики.

Первые эмпирические исследования ранних «дезадаптивных схем» [66] в дальнейшем были подтверждены другими исследователями [67]. Ряд исследований дезадаптивных схем, проводимых с помощью методики Янга, осуществлялся с больными, страдающими различными психическими расстройствами – в частности, расстройством личности [68], биполярным расстройством [69], расстройством пищевого поведения [50], депрессией [70], тревожным расстройством [71]. При этом, например, в результате исследования больных биполярным расстройством было выявлено, что развитие у них заболевания связано не только с биологическими факторами, но и с отвержением или насилием в раннем возрасте, что, предположительно, и приводит к большей выраженности отдельных схем у больных (снижению адаптивных возможностей), чем у индивидуумов, относящихся к здоровой популяции [69,72].

В 2013г. группа исследователей из Франции обнаружила связь между шизофренией и такими схемами, как: «Эмоциональная депривиро-

ванность (депривация заботы, эмпатии, защиты)», «Дефективность/Стыдливость», «Социальная отчужденность», «Неуспешность», «Покорность», «Запутанность» [73]. В ходе данного исследования было выявлено также, что схема «Недоверие/Ожидание жестокого обращения» объясняет 12,4% дисперсии позитивной симптоматики. Схожее исследование провели немецкие коллеги в 2016 году, однако по их результатам связь с расстройствами психотического спектра была обнаружена только для схемы «Запутанность» [71].

По другим данным, у людей с психотическими переживаниями часто встречаются схемы следующего вида: «Я плохой», «Я не любим», «Я уязвим», «Я другой», «Другим не стоит доверять», «Мир опасен» [75]. Знание о таких убеждениях пациента помогает понять и объяснить странности в интерпретации им неоднозначных событий из его жизни.

Наибольшее количество исследований дисфункциональных схем и убеждений при психопатологии посвящено репрезентациям образа «Я» и окружающего мира при депрессиях [7,76]. А. Бек полагает, что в основе депрессии лежит когнитивная триада: негативные базисные убеждения относительно собственного «Я», окружающего мира и негативный взгляд на будущее.

Д.В. Труевцев [77] провел исследование по выявлению и анализу РДС при разном уровне выраженности депрессии. Удалось установить, что независимо от уровня выраженности, при депрессии актуализируются такие РДС схемы как «Подавление эмоций» и «Жесткие стандарты», что может, проявляться в стремлении контролировать свои чувства и эмоции. В похожем исследовании Юсупов П.Р. [78] обнаружил связь между параметрами перфекционизма, ранними дезадаптивными схемами и психической ригидностью у лиц с тревожно-депрессивной симптоматикой. Перфекционизм в данном случае почти во всех своих проявлениях оказался связан в основном со схемами из группы «Нарушение автономии».

В последние годы в рамках схемаориентированного подхода ранние дезадаптивные схемы изучались в контексте психологического благополучия, военного стресса, психической ригидности и интернет-зависимого поведения, рассматривались они в основном в связи с расстройствами личности. Сагалакова О.А. и Труевцев Д.В. изучали социальное тревожное расстройство в структуре личностно-аномального синдрома, рассматривали когнитивные схемы в свя-

зи с нарушением селективности внимания, исследовали особенности взаимосвязи типов руминаций с метакогнициями, способами контроля над мыслями, дезадаптивными схемами и психической ригидностью [79,80]. Н.А. Сирота, В.М. Ялтонский, Д.В. Московченко [81] учитывали схемаориентированный подход при рассмотрении характеристик когнитивной сферы игроков в многопользовательские онлайн-ролевые игры с различной степенью интернет-зависимого поведения. М.А. Тихомирова на русской и французской выборке изучала особенности влияния ранних дезадаптивных схем человека на его психологическое благополучие [82].

Ранние дезадаптивные схемы J.E. Young считает характерными для пограничных расстройств личности (ПРЛ). Хотя детальная модель ПРЛ не описывается, он предполагает, что, когда эти ранние дезадаптивные схемы активизированы релевантными событиями, это приводит к искажениям в мышлении, сильным эмоциональным реакциям и проблемному поведению. Можно предположить, что большое количество ранних дезадаптивных схем, приписываемых пограничным пациентам (другие расстройства личности характеризуются в среднем 2,5 ранними дезадаптивными схемами каждое), может быть обусловлено широким диапазоном симптомов и частыми кризисами, наблюдающихся у пограничных пациентов. Однако детального описания того, каким образом эти схемы приводят к ПРЛ, не приводится [20].

Рассмотрением ранних дезадаптивных схем в контексте жизненной истории личности и особенностей переживания личностью трудных жизненных ситуаций и негативно эмоционально окрашенных событий занимались Н. Шмидт, Т. Джойнер [83]. Ранние дезадаптивные схемы в связи с агрессивностью взрослых исследовались в работах П. Тремблэй, Д. Дозуа [84]. Связь ранних дезадаптивных схем с синдромом профессионального выгорания была изучена Г. - Риттенмайером [85].

Галимзянова М.В. и Смышляева Е.Д. [86] изучали взаимосвязь между ранними дезадаптивными схемами и страхами у взрослых людей. Авторами было установлено, что взрослые с преобладающими дезадаптивными схемами «Уязвимость» и «Негативизм/Пессимизм» интенсивнее переживают большее число страхов, чем люди с другими дезадаптивными схемами. С уровнем тревожности были связаны все дезадаптивные схемы кроме «Эмоциональной депривации», «Подавление эмоций» и «Самопожерт-

вования». Было установлено, что РДС не только взаимосвязаны с уровнем тревожности взрослых людей, но и отражают специфичные для своего содержания страхи. Также исследование страхов в контексте ранних дезадаптивных схем провели А.А. Корнева и О.А. Сагалакова [87], им удалось выявить взаимосвязь социальной тревоги и гелотофобии (боязни насмешек) у лиц юношеского возраста с РДС.

Изучение ранних дезадаптивных схем у подростков еще одно из исследовательских направлений. Так, Л.В. Бубнова [89] исследовала психологические корреляты застенчивости, в качестве которых рассматривала ранние дезадаптивные схемы, особенности самоотношения и личностные свойства. В результате было установлено, что застенчивость, как качество личности, наиболее характерна для людей, у которых преобладают схемы: «Уязвимость», «Жесткие стандарты» и «Пунитивность». Исходя из результатов, автор исследования предположила, что одной из причин формирования предпосылок к застенчивости может быть тип воспитания, применяемый по отношению к человеку в детстве. А.Н. Слепцова [89] проводила исследование по изучению взаимосвязи ранних дезадаптивных схем и самоотношения у подростков. Было установлено, что, чем более выражены ранние дезадаптивные схемы, тем выше вероятность негативного отношения подростков к себе, тем выше внутреннее напряжение, противоречивость, фиксация на собственных недостатках.

Определенный интерес представляют результаты исследований взаимосвязи дисфункциональных схем с суицидальной активностью человека. Личность с невыраженными дисфункциональными схемами (когнитивными переменными о собственной уязвимости, несостоятельности, уязвимости), сформированными компенсаторными механизмами, гибкой целевой структурой деятельности и зрелой тактикой целеполагания имеет значимо меньшую вероятность возникновения антивитаальных переживаний даже в условиях объективно сложных жизненных ситуаций [90,91]. Нарушение целеполагания и нестабильность самооценки, повышение вероятности ситуативного и радикального поведения связано с психологическими образованиями, преломляющими субъективный образ ситуации, осмысление собственных возможностей, прогнозирование исхода ситуации и т.д. Речь идет о неадаптивных когнитивных схемах, дисфункциональных убеждениях о себе, окружающих, мире в целом. Схемы - это когнитивные структуры селекции,

кодирования, оценки стимулов и ориентировки в ситуации, организующие опыт и поведение, влияющие на текущее восприятие и категоризацию опыта и мира в целом. Важным предрасполагающим фактором для пациентов с антивитальными переживаниями выступает наличие неадаптивных схем, которые формируются в раннем опыте в результате некритичного «присвоения» внешних оценок и интериоризации персонального опыта [92, 93]. В молодом возрасте определенные дисфункциональные схемы обуславливают реакции страха и тревоги в социальных оценочных ситуациях [94].

О.А. Сагалакова и соавторы [94] по результатам изучения психологических механизмов антивитальной настроенности личности выявили два наиболее уязвимых к формированию антивитальных переживаний типа целевой регуляции деятельности и соответствующих неадаптивных схем. Первый тип - «избегающая, осторожная» тактика целеполагания при паттерне неадаптивных схем «Неприятие». Завышенные ожидания сочетаются с сильным страхом совершить ошибку, которая приведет к краху, унижению, потерям, вероятности быть отвергнутым и раскритикованным за нее. При данной тактике личность уязвима к критике и переживает застенчивость, незащищенность, склонна к концентрации внимания на негативных аспектах жизни, воспринимает себя как ущербного, подверженного унижению, отвержению. Выражен страх потерять контроль над собственными импульсами и избыточное подавление спонтанных чувств во избежание неодобрения. Испытуемые предпочитают справляться со всем самостоятельно, не доверяют другим. Нарушения в саморегуляции поведения проявляются в неумении гибко перестраивать свою деятельность, корректировать уровень притязаний. Компенсаторные механизмы дисфункциональны, связаны с избеганием. Антивитальная настроенность проявляется в негативной оценке себя как личности, пессимизме, безнадежности, блокировании выражения чувств, склонности переживать их в одиночку. Свойственны высказывания «Зачем что-то менять, если лучше не станет». В ситуации оценивания проявляется зачастую высокий уровень притязаний, но из-за страха критики часто выбирается тактика избегания неудачи. Характерно противоречие между мотивами избегания и достижения. Антивитальные переживания при такой тактике и соответствующих неадаптивных схемах наиболее вероятны, испытуемые не ищут помощи других, так как заранее убеждены в том,

что ему не помогут, они склонны действовать самостоятельно наряду с несформированными способностями к организованной и продуманной деятельности, склонностью к ригидным автоматическим стратегиям реагирования в стрессовой ситуации и самоизоляции.

Второй тип - «беспомощная» тактика целеполагания в сочетании с паттерном неадаптивных схем «Нарушение автономии и функционирования», характеризующийся отсутствием способности к выполнению автономной, самостоятельной, инициативной деятельности, требующей планирования и коррекции действий. Наблюдается убежденность в неспособности компетентно выполнять работу без посторонней помощи. Если помощь не приходит, решения принимаются ситуативно. Наблюдается нарушение саморегуляции, характеризующееся недостаточностью самостоятельности и способности к программированию, моделированию, оценке результатов деятельности. В ситуации оценивания проявляется низкий уровень притязаний, тактика целеполагания смешанного типа. Доминирующим мотивом деятельности является мотив избегания неуспеха. В роли компенсаторного механизма при неуспехе выступает признание себя как некомпетентного лица, поиск помощи и поддержки. Компенсаторные механизмы незрелые и ригидные, связаны с поиском поддержки. Даже антивитальное поведение требует инициативности и самостоятельности деятельности, поэтому при данном типе антивитальных переживаний реже, чем при предыдущем, переходят с «нулевого» цикла на другие этапы. Свойственны высказывания «Я давно думаю о лишении себя жизни, но боюсь, ничего и с этим не выйдет...», «Некому меня пожалеть». Антивитальная настроенность проявляется в наличии мыслей об уходе из жизни и убежденности в безнадежности положения при условии отсутствия пространства опеки и поддержки со стороны, утраты такого пространства и отсутствии перспективы замены.

Таким образом, данная типология представлена двумя паттернами наибольшей уязвимости к антивитальным переживаниям с разной вероятностью перехода от «нулевого» цикла к последующим стадиям аутодеструктивного вектора поведения. Показана роль базовых психологических механизмов изучаемого феномена - целевой регуляции деятельности при антивитальной настроенности в контексте роли дисфункциональных схем и компенсаторных механизмов личности. Ригидная активация паттернов неадап-

тивных схем в ситуации стресса приводит к возникновению эмоций тревоги, страха, вины. При этом несформированность компенсации уязвимой самооценки гибкой тактикой целеполагания, коррекцией уровня притязаний, а также непосредственность эмоций в ситуациях оценивания способствуют усилению этих переживаний и формированию неадаптивного реагирования. С каждым новым витком таких переживаний в стрессовой ситуации эти тенденции усиливаются, действует эффект «самоподкрепления» тенденций аутодеструктивного поведения («петля обратной связи») и постепенного накопления негативного аффекта, нарастания безнадежности («кумулятивный эффект»).

Определенное внимание в рамках схемацентрированного подхода уделяется психокоррекционным и психотерапевтическим проблемам. Известно, что когнитивные психотерапевты работают на двух уровнях - структуры симптома (проявление проблем) и лежащей в его основе схемы (подразумеваемые структуры). Большинство исследований психотерапевтической практики свидетельствуют о том, что пациенты обычно имеют основные или «глубинные» проблемы, которые являются центральными для когнитивных нарушений (например, негативная «Я»-концепция), и для проблемного, например, зависимого поведения [95]. В полной мере это относится и к больным с тяжелыми психическими расстройствами [96-98]. Когнитивная модель психотерапии постулирует тезис о том, что важные когнитивные структуры являются категориально и иерархически организованными. Широкий диапазон проблем пациента может быть отнесен к одному классу, и на эти проблемы могут повлиять изменения в одной или нескольких схемах. Эта формулировка согласуется с основными современными теориями когнитивной структуры и когнитивного развития, причем все они подчеркивают значение схем как детерминант поведения, регулируемого правилами. В данном контексте термины «схемы», «правила» и «основные убеждения» используются более или менее взаимозаменяемо. Более строго, «схемы» - это когнитивные структуры, которые организуют опыт и поведение; «убеждения» и «правила» отражают содержание схем и, как следствие этого, определяют содержание мышления, эмоций и поведения. Явления типа автоматических мыслей рассматриваются как продукт схемы [8].

Понятие «дезадаптивных схем» является одним из ключевых при психотерапевтической

работе с людьми, страдающими психотическими расстройствами. Такие схемы могут быть связаны как с развитием, так и с поддержанием психотических переживаний, и поэтому их наличие необходимо принимать во внимание на всех стадиях когнитивно-поведенческой психотерапии: оценки, формирования терапевтического альянса, формулирования терапевтического случая, интервенции и профилактики рецидивов. Травматические события, случившиеся в детстве, могут способствовать формированию «дезадаптивных схем», «промежуточных убеждений», которые в свою очередь формируют неадаптивное поведение и обуславливают неполноценный выбор стратегии обработки воспринимаемой информации [99].

Отдельные исследователи выстраивают гипотезы, объединяющие травматический детский опыт, биологические изменения, связанные с ним, и опосредованное влияние этих биологических факторов на возникновение психоза. Так, показано, что плохое обращение с ребенком приводит к гиперреактивности системы реакции на стресс (гипоталамо-гипофизарно-адреналовой системы), снижению объема гиппокампа, снижению выработки окситоцина и повышению продукции дофамина, что повышает уязвимость человека к повседневным стрессам и, как следствие, повышает вероятность возникновения психоза. Стресс в этом случае выполняет роль триггера, запускающего, но не определяющего болезненный процесс. Подобные гипотезы требуют дальнейших проверок, но они наглядно показывают биопсихосоциальную концепцию в динамическом взаимодействии [100].

J.E. Young [20] сформулировал общий когнитивно-поведенческий подход к лечению расстройств личности, который он назвал «когнитивной психотерапией, сфокусированной на схеме». Его подход отличается от стандартной когнитивной модели психотерапии постулатом о том, что в детстве могут формироваться чрезвычайно устойчивые и долговременные паттерны мышления («ранние дезадаптивные схемы»), которые приводят к дезадаптивным паттернам поведения, укрепляющим эти схемы. Затем эти схемы развиваются и остаются у взрослого человека. Он трактует каждое расстройство личности как определенный набор из 18 ранних дезадаптивных схем, выделенных им к настоящему времени, и утверждает, что эти схемы должны находиться в центре внимания при психотерапии.

Один из крупнейших современных психоаналитиков Д. Вайсс [101] в основу своей теории

положил постулат о том, что психопатология имеет в своей основе патогенные убеждения, которые формируются в раннем детстве из взаимодействия с родителями, братьями и сестрами, которых ребенок наделяет абсолютным авторитетом. Терапевтический процесс - это процесс, в ходе которого пациент вместе с психотерапевтом работает над опровержением своих патогенных убеждений.

В одном из фундаментальных обзоров [22] предпринята попытка рассмотреть влияние психической травмы на когнитивно-личностном уровне, с точки зрения изменения тех базисных когнитивных убеждений и схем, которые отражают глубинные установки личности по отношению к самому себе и окружающему миру.

В качестве характеристик схем, имеющих значение для понимания того воздействия, которое оказывает на личность психическая травма, эти авторы выделяют следующие:

1. Схемы являются когнитивно-эмоциональными структурами, формирующимися в процессе приобретения человеком определенного опыта. Таким образом, подчеркивается эмоциональная нагруженность схем.

2. Схемы могут обладать той или иной степенью гибкости. Ригидные схемы часто являются причиной дезадаптации, но при этом сверхгибкие схемы могут приводить к снижению способности личности придерживаться той или иной стратегии жизненного функционирования.

3. Убеждения, лежащие в основе схем, могут иметь различную степень абстрагированности и глобальности. По этому критерию можно разделить убеждения на две основные группы: убеждения, касающиеся определенных жизненных ситуаций (например, убеждение «Я - хороший музыкант») и убеждения, касающиеся себя и мира в целом (например, «Я - достойный человек»). Убеждения, которые сформированы у личности относительно себя и мира в целом, называются базисными.

Оценка специфических требований ситуации предшествует адаптивной (или дезадаптивной) стратегии и вызывает ее. Оценка ситуации, по крайней мере, частично, зависит от релевантных основных убеждений. Эти убеждения входят в более или менее устойчивые структуры, называемые «схемами», которые отбирают и синтезируют поступающие данные. Психологическая последовательность далее идет от оценки к эмоциональному и мотивационному возбуждению и, наконец, к выбору и реализации релевантной стратегии. Основные структуры (схемы), от которых

зависят эти когнитивные, эмоциональные и мотивационные процессы, можно расценивать как фундаментальные элементы личности.

Именно эти элементы были положены в основу когнитивной модели реакции страха А. Бека и Г. Эмери и когнитивной модели ПТСР [102]. Согласно этой модели, реакция индивида на ситуации страха включает оценку, с одной стороны, степени опасности ситуации и, с другой, собственных ресурсов, позволяющих с нею совладать или избежать ее. В процесс оценивания ситуации включается когнитивная схема, которая воспринимает соответствующие ей признаки и избегает характеристики, не вписывающиеся в нее. Иными словами, люди видят то, что ожидают увидеть. Обусловленная прошлым опытом схема переживания страха актуализируется в других ситуациях и заставляет индивида искать информацию, соответствующую этой схеме и игнорировать все чуждое ей. В конечном счете, действие схемы приводит к определенным моторным реакциям - застыванию на месте, борьбе или бегству.

Схемацентрированный подход был также использован и в разработанной Л.С. Лазарусом оценочной теории стресса и копинг-стратегий [107] и в предложенной П. Лэнгом когнитивной модели тревожных расстройств [108,109], которая стала основой «теории когнитивных действий», объясняющей развитие ПТСР [110].

Таким образом, представленные в данном аналитическом исследовании данные, позволяют утверждать, что дезадаптивные когнитивные схемы и базисные убеждения являются значимыми интегративными личностными конструктами и определенным образом участвуют в возникновении и развитии психических расстройств. Можно предположить, что именно когнитивные дезадаптивные схемы представляют собой один из механизмов личностных дисфункций, в том или ином виде проявляющихся при различных психических расстройствах. Эти схемы, по-видимому, участвуют не только в симптомообразовании, но и в «наполнении» субъективного жизненного пространства больных специфическими психопатологическими феноменами, и в формировании стратегий преодоления неблагоприятных последствий «жизни с болезнью», в т.ч. стигматизационно обусловленных. Терапевтические возможности схемацентрированного подхода подтверждаются данными об эффективности схематерапии как одного из направлений когнитивно-поведенческой терапии дисфункциональных личностных проявлений.

СУБЪЕКТИВНОЕ ПРОСТРАНСТВО ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ЛИЧНОСТНЫХ ПАТТЕРНОВ (ДЕЗАДАПТИВНЫХ СХЕМ) И РЕЖИМОВ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ У ЛИЦ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ (СООБЩЕНИЕ 2. ДЕЗАДАПТИВНЫЕ СХЕМЫ)

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: психические расстройства, личностные дисфункции, дезадаптивные схемы, схемафокусированный подход. В научном обзоре представлен теоретический анализ схемафокусированного подхода к изучению личностных дисфункций и когнитивной психотерапии при психических расстройствах. Выделено и проанализировано понятие «ранние дезадаптивные схемы», которое представляет собой психологический конструкт, включающий представление человека о себе, мире и других людях, устойчивый комплекс воспоминаний, эмоций, убеждений и телесных ощущений, который был сформирован в детстве, развивался в течение жизни и является в значительной степени дисфункциональным. Наиболее значительное развитие ранних дезадаптивных схем наблюдается у лиц с различными психическими расстройствами.

Рассмотрены механизмы формирования дезадаптивных схем, в частности, как предиктора (психопатологической диатез) возникновения шизофрении, расстройств личности и других психических нарушений, возможность их активации и использования как психотерапевтических мишеней. Показано, что дезадаптивные когнитивные схемы и базисные убеждения являются значимыми интегративными личностными конструктами и определенным образом участвуют в возникновении и развитии психических расстройств. Именно когнитивные дезадаптивные схемы представляют собой один из механизмов личностных дисфункций, в том или ином виде проявляющихся при различных психических расстройствах. Эти схемы, по-видимому, участвуют не только в симптомообразовании, но и в «наполнении» субъективного жизненного пространства больных специфическими психопатологическими феноменами, и в формировании стратегий преодоления неблагоприятных последствий «жизни с болезнью», в т.ч. стигматизационно обусловленных. Терапевтические возможности схемацентрированного подхода подтверждаются данными об эффективности схематерапии как одного из направлений когнитивно-поведенческой терапии дисфункциональных личностных проявлений. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2017. — № 2 (38). — С. 73-84).

Abramov V.A., Abramov A.V.

SUBJECTIVE SPACE OF DYSFUNCTIONAL PERSONALITY PATTERNS (DISADAPTIVE REGIMENS) AND MODES OF FUNCTIONING IN INDIVIDUALS WITH MENTAL DISORDERS (COMMUNICATION 2. DISADAPTIVE SCHEMES)

Donetsk State Medical University. M. Gorky

Key words: mental disorders, personality dysfunctions, disadaptive schemes, scheme-focused approach.

The scientific review presents a theoretical analysis of a focused approach to the study of personality dysfunctions and cognitive psychotherapy in mental disorders. The concept of "early disadaptive schemes" is defined and analyzed, which is a psychological construct that includes a person's idea of himself, the world and other people, a stable complex of memories, emotions, beliefs and bodily sensations that was formed in childhood, developed during life and is largely dysfunctional. The most significant development of early disadaptive regimens is observed in people with various mental disorders.

The mechanisms of formation of disadaptive regimens, in particular, as a predictor (psychopathological diathesis) of the origin of schizophrenia, personality disorders and other mental disorders, the possibility of their activation and use as psychotherapeutic targets are considered. It is shown that disadaptive cognitive schemes and basic beliefs are significant integrative personality constructs and participate in the emergence and development of mental disorders in a certain way. It is the cognitive disadaptive regimens that represent one of the mechanisms of personality dysfunctions, manifested in one form or another under various mental disorders. These schemes, apparently, are involved not only in symptom formation, but also in "filling" the subjective life space of patients with specific psychopathological phenomena, and in the formation of strategies to overcome the adverse effects of "life with the disease", incl. stigmatization caused. The therapeutic possibilities of the scheme-centered approach are confirmed by data on the efficacy of schematherapy as one of the directions of cognitive-behavioral therapy of dysfunctional personality manifestations. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2017. — № 2 (38). — P. 73-84).

Литература

37. Young J.E., Kl. Osko J., Weishaar M. Schema Therapy: a practitioner's Guide / J.E. Young, J. Kl. Osko, M. Weishaar. — New York: Guilford Press, 2003. — 470p.

38. Галимзянова М.В., Романова Е.В. Эмоциональные переживания, связанные с событиями детства и партнерскими отношениями / М.В. Галимзянова, Е.В. Романова // Вестник С.-Петерб. ун-та. — 2011. — С.209-216. — (Серия 12; вып.1).

39. Холмогорова А.Б. Схематерапия Дж. Янга — один из наиболее эффективных методов помощи пациентам с пограничным расстройством личности / А.Б. Холмогорова // Журнал «Консультативная психология и психотерапия». — 2014. — Т.22, №2. — С.78-87.

40. Handbook of schema therapy: theory, research and practice / ed. By Van M. Vreeswijk, J. Broersen, M. Nadort M. — Oxford: Wiley-Blackwell, 2012. — 680p.

41. Janoff-Bulman R., Berger A.R. The other side of trauma: towards a psychology of appreciation / R. Janoff-Bulman, A.R. Berger; J. Harvey, E.D. Miller (eds.). — Loss and Trauma Handbook, 2000. — P.45-84.

42. Касьяник П.М., Романова Е.В., Фарелл Дж.М., Шоу А.А. Концептуальные основы групповой и индивидуальной

схематерапии / П.М. Касьяник, Е.В. Романова, Дж.М. Фарелл, А.А. Шоу // Российский психотерапевтический журнал. — 2013. — №1. — С.23-26.

43. Young J.E., Jeffrey E. Schema therapy: a practitioner guide / J.E. Young, E. Jeffrey // Counseling Psychology Quarterly. — 2014. — Vol.17, №1. — P.1-11.

44. Ledoux T., Winterowd C., Richardson T., Clark J.D. Relationship of negative self-schemas and attachment styles with appearance schemas / T. Ledoux, C. Winterowd, T. Richardson, J.D. Clark // Body Image. — 2010. - №7. — P.213-217.

45. Waller G., Meyer C., Ohanian V., Elliot P., Dickson C., Sellings J. The psychopathology of bulimic women who report childhood sexual abuse: the mediating role of core beliefs / G. Waller, C. Meyer, V. Ohanian, P. Elliot, C. Dickson, J. Sellings // Journal of Nervous and Mental Disease. — 2001. - №189. — P.700-708.

46. Unoka Z., Tolgyes T., Czobor P. Eating disorder behavior and early maladaptive schemas in subgroups of eating disorders / Z. Unoka, T. Tolgyes, P. Czobor // Journal of Nervous and Mental Disease. — 2010. - №198. — P.425-431.

47. Vlierberghe L. Van, Braet C., Bosmans G., Rosseel Y., Bogels S. Maladaptive schemas and psychopathology in

- adolescence: on the utility of young's schema theory in youth / L. Van Vlierberghe, C. Braet, G. Bosmans, Y. Rosseel, S. Bogels // *Cognitive Therapy and Research*. - 2010. - №34. - P.31-332.
48. Dale R., Power K., Kane S., Stewart A.M., Murray L. The role of parental bonding and early maladaptive schemas in the risk of suicidal behavior repetition / R. Dale, K. Power, S. Kane, A.M. Stewart, L. Murray L. // *Archives of Suicide Research*. - 2011. - Vol.14, №7. - P.311-328.
49. Lumley M.N., Harkness K.L. Specificity in the relations among childhood adversity, early maladaptive schemas and symptom profiles in adolescent depression / M.N. Lumley, K.L. Harkness // *Cognitive Therapy and Research*. - 2007. - Vol.31, №4. - P.639-657.
50. Yooseti N., Etemadi O., Bahrami F., Fatehizade M.A., Ahmadi S.A. An investigation on early maladaptive schema in marital relationship as predictors of divorce / N. Yooseti, O. Etemadi, F. Bahrami, M.A. Fatehizade, S.A. Ahmadi // *Journal of Divorce and Remarriage*. - 2010. - Vol.51, issue 5. - P.269-292.
51. Freeman N. Constructive thinking and early maladaptive schemas as predictors of interpersonal adjustment and marital satisfaction: doctoral dissertation / Freeman N.; Rosemead School of Psychology, Biola University. - Dissertation Abstracts International. - 1999. - №59(9-B). - P.5081.
52. Blissett J.M., Farrow C.V. Stability and continuity of women's core beliefs and psychopathological symptoms from pregnancy to one year postpartum / J.M. Blissett, C.V. Farrow // *Cognitive Therapy and Research*. - 2007. - №31. - P.589-602.
53. Rijkeboer M.M., de Boo G.M. Early maladaptive schemas in children: development and validation of the schema inventory for children / M.M. Rijkeboer, G.M. de Boo // *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. - 2010. - №41. - P.102-109.
54. Vierberghe L. Van, Braet C., Bosmans G., Rosseel Y., Bogels S. Maladaptive schemas and psychopathology in adolescence: on the utility of Young's schema theory in youth / L. Van Vierberghe, C. Braet, G. Bosmans, Y. Rosseel, S. Bogels // *Cognitive Therapy and Research*. - 2010. - №34. - P.316-332.
55. Thimm J.C. Relationships between early maladaptive schemas and psychosocial developmental task resolution / J.C. Thimm // *Clinical Psychology and Psychotherapy*. - 2010. - №17. - P.219-230.
56. Галимзянова М.В., Касьяник П.М., Романова Е.В. Выраженность ранних дезадаптивных схем и режимов функционирования схем у мужчин и женщин в период ранней, средней и поздней зрелости / М.В. Галимзянова, П.М. Касьяник, Е.В. Романова // *Вестник Санкт-Петербургского Университета*. - 2016. - №3. - С.109-125. - (Серия 16. Психология. Педагогика).
57. Тихомирова М.А. Благополучие человека в связи со способами преодоления жизненных трудностей / М.А. Тихомирова // *Ананьевские чтения-2015: Фундаментальные проблемы психологии: материалы научной конференции, 20-22 октября 2015г. - СПб.: СПбГУ. Скифия-принт, 2015. - 61с.*
58. Романова К.С. Особенности поведения взрослых в конфликтных ситуациях в семье в связи с субъективными переживаниями детства / К.С. Романова // *Вестник СПбГУ*. - 2013. - №1. - С.25-27. - (Серия 12. Социология).
59. Beck A.T. Successful outpatient psychotherapy of a chronic schizophrenic with a delusion based on borrowed guilt / A.T. Beck // *Psychiatry*. - 1952. - №15. - С.305-312.
60. Young J.E., Klosko J.S. Reinventing Your Life: the breakthrough program to end negative behavior and feel great again / J.E. Young, J.S. Klosko. - New York: Plume, 1994. - 365p.
61. Young J.E. Schema therapy inventories and related materials / J.E. Young. - New York: Schema Therapy Institute, 2015. - 150p.
62. Фарелл Дж.М., Айда Шоу, Касьяник П.М., Романова Е.В. Концептуальные основы групповой и индивидуальной схематерапии / Дж.М. Фарелл, Айда Шоу, П.М. Касьяник, Е.В. Романова // *Российский психотерапевтический журнал*. - 2013. - №6. - С.23-26.
63. Арнтц А., Якоб Г. Практическое руководство по схематерапии. Методы работы с дисфункциональными режимами при личностных расстройствах / А. Арнтц, Г. Якоб. - Москва: Научный мир. - 2016. - 320с.
64. Stein D.J. Schemas in the cognitive and clinical sciences: an integrative construct / D.J. Stein // *Journal of Psychotherapy Integration*. - 1992. - №2. - С.45-63.
65. Коцюбинский А.П., Еричев А.Н., Клайман В.О., Шмонина О.Д. Биопсихосоциальная модель шизофрении и ранние малоадаптивные схемы. Часть 2. Ранние малоадаптивные схемы у больных шизофренией / А.П. Коцюбинский, А.Н. Еричев, В.О. Клайман, О.Д. Шмонина // *Обзорные психиатрии и медицинской психологии*. - 2017. - №1. - С.81-88.
66. Schmidt N.B., Joiner T.E., Young J.E., Telch M.J. The Schema Questionnaire: Investigation of psychometric properties and hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas / N.B. Schmidt, T.E. Joiner, J.E. Young, M.J. Telch // *Cognitive Therapy and Research*. - 1995. - Vol.19. - P. 295-321.
67. Lee C.W., Taylor R.G., Dunn J. Factor structure of the schema questionnaire in a large clinical sample / C.W. Lee, R.G. Taylor, J. Dunn // *Cognitive Therapy and Research*. - 1999. - Vol.23. - P. 441-451.
68. Jovev M., Jackson H.J. Early maladaptive schemas in personality disordered individuals / M. Jovev, H.J. Jackson // *Journal of Personality Disorders*. 2004. - Vol.18. - P. 467-478.
69. Hawke L.D., Provencher M.D. Early maladaptive schemas among patients diagnosed with bipolar disorder / L.D. Hawke, M.D. Provencher // *Journal of Affective Disorders*. - 2012. - Vol.136. - P. 803-811.
70. Cormier A., Jourda B., Laros C., Walburg V., Callahan S. Influence between early maladaptive schemas and depression / A. Cormier, B. Jourda, C. Laros, V. Walburg, S. Callahan // *L'Encephale*. -2011. - Vol.37. -P.293-298.
71. Delattre V., Servant D., Rusinek S., Lorette G, Parquet P.J., Coudemand M., Hautekeete M. The early maladaptive schemas: a study in adult patients with anxiety disorders / V. Delattre, D. Servant, S. Rusinek, G. Lorette, P.J. Parquet, M. Coudemand, M. Hautekeete // *L'Encephale*. - 2004.
72. Newman C.F., Leahy R.L., Beck A.T., Reilly-Harrington N.A., Gyulai L. Bipolar Disorder: A Cognitive Therapy Approach / C.F. Newman, R.L. Leahy, A.T. Beck, N.A. Reilly-Harrington, L. Gyulai. - Washington: American Psychological Association. - 2002. - Vol.30. - P.255-258.
73. Bortolon C., Capdevielle D., Boulenger J.P., Gely-Nargeot M.C., Raffard S. Early maladaptive schemas predict positive symptomatology in schizophrenia: A cross-sectional study / C. Bortolon, D. Capdevielle, J.P. Boulenger, M.C. Gely-Nargeot, S. Raffard // *Psychiatry Research*. - 2013.
74. Sundag J., Ascone L., Marques A.M., Moristz S., Lincoln T.M. Elucidating the role of Early Maladaptive Schemas for psychotic symptomatology / J. Sundag, L. Ascone, A.M. Marques, S. Moristz, T.M. Lincoln // *Psychiatry Research*. - 2016. - Vol.238. - P.53-59.
75. Morrison A.P., Riso L.P., du Toit P.L., Stein D.J., Young J.E. Case Formulation and Cognitive Schemas in Cognitive Therapy for Psychosis. Cognitive schemas and core beliefs in psychological problems: A scientist-practitioner guide / A.P. Morrison, L.P. Riso, P.L. du Toit, D.J. Stein, J.E. Young. - Washington: American Psychological Association. - 2007. - 240p. - (P.177- 197).
76. Segal Z.V. Appraisal of the self-schema construct in cognitive models of depression / Z.V. Segal // *Psychological Bulletin*. - 1988. - Vol.103, №2. - P.147-162.
77. Труевцев Д.В. Ранние неадаптивные схемы при депрессии разной степени тяжести / Д.В. Труевцев // *25 лет Московскому психологическому обществу: Юбилейный сборник РПО: в 4-х томах. - М.: МАКС Пресс, 2011. - Том 2. - С.22-25.*
78. Юсупов П.Р. Исследование перфекционизма у лиц с тревожно-депрессивной симптоматикой в контексте психической ригидности / П.Р. Юсупов // *СПЖ. - 2012. - №43. - С.10-17.*
79. Сагалакова О.А., Труевцев Д.В. Социальное тревожное расстройство в структуре личностно-аномального синдрома: когнитивные схемы и нарушение селективности внимания / О.А. Сагалакова, Д.В. Труевцев // *125 лет Московскому психологическому обществу. Юбилейный сб.: в 4-х томах. - М.: МАКС Пресс, 2011. - Т.2. - С. 22-25.*
80. Труевцев Д.В., Сагалакова О.А. Руминации в контексте метакогниций, неадаптивных схем и психической ригидности / О.А. Сагалакова, Д.В. Труевцев // *Известия Алтайского гос. ун-та. - 2011. - №2. - С.69-72.*
81. Сирота Н.А., Ялтонский В.М., Московченко Д.В. Характеристики когнитивной сферы игроков в многопользовательские онлайн-ролевые игры с различной степенью интернет-зависимого поведения / Н.А. Сирота, В.М. Ялтонский, Д.В. Московченко // *Медицинская психология в России электрон научн. журн. - 2013. - №1(18). - URL: http://medpsy.ru*
82. Тихомирова М.А. Психологическое благополучие и ранние дезадаптивные схемы человека: дис...магистра психологии / Тихомирова М.А. - СПб., 2014. - 120с.
83. Schmidt N.B., Joiner T.E. Global maladaptive schemas, negative life events, and psychological distress / N.B. Schmidt, T.E. Joiner // *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. - 2004. - №26. - P.65-72.
84. Tremblay P.F., Dozois D.J. Another perspective on trait aggressiveness: Overlap with early maladaptive schemas / P.F. Tremblay, D.J. Dozois // *Personality and Individual Differences*. - 2009. - №6. - P.569-574.
85. Rittenmyer G.J. The relationship between early maladaptive schemas and job burnout among public school teachers / G.J. Rittenmyer // *Dissertation Abstracts International*. - 1997. - №58(5-A). - P.1529.
86. Галимзянова М.В., Смышляева Е.Д. Ранние дезадаптивные схемы в связи со страхами взрослых /

- М.В. Галимзянова, Е.Д. Смышляева // Ананьевские чтения - 2015: Фундаментальные проблемы психологии: материалы научной конференции, 20-22 октября 2015г. – СПб: СПбГУ, Скифия-принт, 2015. – С.49-50.
87. Корнева А.А., Сагалакова О.А. Взаимосвязь социальной тревоги и телотофобии в контексте ранних неадаптивных схем Дж. Янга / А.А. Корнева, О.А. Сагалакова // Материалы 53-й Международной научной студенческой конференции МНСК-2015: Психология. – Новосибирск: Новосиб. гос. ун-т. – 2015. – С.93-94.
88. Бубнова А.В. Психологические особенности застенчивости на этапе подростничества / А.В. Бубнова // Неделя науки СПбГПУ: материалы научно-практической конференции с международным участием. Институт гуманитарного образования СПбГПУ. – СПб: Изд-во политехн. ун-та. – 2014. – С.258-260.
89. Слепцова А.Н. Взаимосвязь ранних дезадаптивных схем и самооценки у подростков / А.Н. Слепцова // Психология XXI века: российская психология в контексте мировой науки. Материалы международной научной конференции молодых ученых. – СПб.: Скифия-принт, 2016. – С.106-107.
90. Амбрумова А.Г. Психология самоубийства / А.Г. Амбрумова // Медицинская помощь. – 1994.- №3.- С.15-19.
91. Моросанова В.И. Личностные аспекты саморегуляции произвольной активности человека / В.И. Моросанова // Психологический журнал. – 2002. – Том 23. – № 6. – С.5-17.
92. Холмогорова А.Б. Работа с убеждениями: основные принципы (по А. Беку) / А.Б. Холмогорова // Консультативная психология и психотерапия. – 2001. – №4. – С.87-109.
93. Young J.E., Brown G. Young Schema Questionnaire (3rd ed.). Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach / J.E. Young, G. Brown; Inj. E. Young. – Sarasota, FL: Professional Resource Press, 1999. – P.63-76.
94. Сагалакова О.А., Труевцев Д.В. Психология социального тревожного расстройства: монография / О.А. Сагалакова, Д.В. Труевцев. - Томск: Изд-во Томск. ун-та, 2014. - 248с.
95. Frank E., Anderson B., Stewart B.D., Dancu C., Hughes C. & West D. Efficacy of cognitive-behavior therapy and systematic desensitization in the treatment of rape trauma / E. Frank, B. Anderson, B.D. Stewart, C. Dancu, C. Hughes & D. West // Behavior therapy. – 1988. - №19. - P.403-420.
96. Туркингтон Д., Тай С., Браун С, Холмогорова А.Б. Когнитивно-бихевиоральная психотерапия шизофрении: доказательства эффективности и основные техники работы с галлюцинациями и бредом / Д. Туркингтон, С. Тай, С. Браун, А.Б. Холмогорова // Современная терапия психических расстройств. - 2011. - №1. - С.25-32.
97. Холмогорова А.Б. Когнитивно-бихевиоральная психотерапия шизофрении: отечественный и зарубежный опыт / А.Б. Холмогорова // Современная терапия психических расстройств. - 2007. - №4. - С.14-20.
98. Рычкова О.В. Когнитивно-ориентированное направление в психотерапии и психосоциальной терапии больных шизофренией / О.В. Рычкова // Социальная и клиническая психиатрия. - 2007. – Т.17. - №4. - С.91-105.
99. Wells A, Matthews G. Attention and emotion: A clinical perspective. Hove (UK). Lawrence Erlbaum / A. Wells, G. Matthews // Clinical Psychology & Psychotherapy. - 1994. - Vol.2. - P.134.
100. Barker V., Gumley A., Schwannauer M., Lawrie S.M. An integrated biopsychosocial model of childhood maltreatment and psychosis / V. Barker, A. Gumley, M. Schwannauer, S.M. Lawrie // The British Journal of Psychiatry. - 2015. - №206. - P.177- 180.
101. Вайсс Д. Как работает психотерапия: процесс и техника / Д. Вайсс. – М.: «Независимая фирма «Класс», 1998. – 240с.
102. Beck A.T. & Emery G. Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective / A.T. Beck & G. Emery. – New York: Basic Books.
103. Widiger T.A. The DSM-III-R categorical personality disorder diagnoses: A critique and an alternative / T.A. Widiger // Psychological Inquiry. – 1993. - №4(2). – P.75-90.
104. Costa P.I. & Widiger T.A. Personality disorders and the five-factor model of personality: (2nd ed.). / P.I. Costa & T.A. Widiger. - Washington, DC: American Psychological Association. – 2001.
105. Samuel D.B. & Widiger T.A. A meta-analytic review of the relationships between the five-factor model and DSM personality disorders: A facet level analysis / D.B. Samuel & T.A. Widiger // Clinical Psychology Review. – 2008. - №28(8). – P.1326-1342.
106. Nur U., Tyrer P., Merson S. & Johnson T. Relationship between clinical symptoms, personality disturbance and social function: a statistical enquiry / U. Nur, P. Tyrer, S. Merson & T. Johnson // Irish Journal of Psychological Medicine. - 2004. - №21. - P.19- 22
107. Lazarus R.S. Psychological stress and the coping process / R.S. Lazarus. - New York: McGraw-Hill, 1966.
108. Lang P.J. A bio-informational theory of emotional imagery / P.J. Lang // Psychophysiology. – 1979. -№ 16. – P.495-510.
109. Lang P.J., Melamed B.G. & Hart J. A psycho physiological analysis of fear modification using an automated desensitization procedure / P.J. Lang, B.G. Melamed & J. Hart // Journal of Abnormal Psychology. – 1970. - №76. – P.220-234.
110. Chemtob C., Roitblat H.L., Hamada R., Carlson J.G., Twentyman C.T. A cognitive action theory of post-traumatic stress disorder / C. Chemtob, H.L. Roitblat, R. Hamada, J.G. Carlson, C.T. Twentyman // Journal of Anxiety Disorders. – 1988. - Vol.2. - P.253 275.

Поступила в редакцию 11.04.2017

УДК 616.895-008.441.45:159.923]-085

*Титухин Н.В.***СТИГМА И САМОСТИГМАТИЗАЦИЯ БОЛЬНЫХ С АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ И ПУТИ ИХ ПРЕОДОЛЕНИЯ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: стигма, самостигматизация, аффективные расстройства

Одним из приоритетных направлений и проблем современной психиатрии является медико-социальная реабилитация больных с депрессивными расстройствами. Это подтверждает пристальное внимание Всемирной организации здравоохранения к проблеме депрессий и влиянии ее на качество жизни пациентов, в том числе, в контексте стигматизации и дискриминации больных. Об актуальности данной проблемы свидетельствует и создание в 2000 году Европейским департаментом ВОЗ специальной группы, которой поручено изучение стигматизации и дискриминации психически больных в европейских странах, в том числе и в Российской Федерации [1].

По данным ВОЗ, депрессия является вторым по распространенности фактором, приводящим к нетрудоспособности или утрате здоровья. Число больных с депрессивными расстройствами в мире достигает 350 млн. человек из всех возрастных групп, в Европе - 40 млн. человек. При этом показатели распространенности большого депрессивного расстройства (MDD в DSM-IV и рекуррентное депрессивное расстройство в МКБ-10) на уровне стран колеблются в диапазоне от 1,0% (Чехия) до 16,9% (США) от общей численности населения, а депрессивного эпизода (включая депрессию при биполярном аффективном расстройстве) – от 1,5% (Тайвань) до 19,0% (Бейрут) [2-5].

В соответствии с данными глобальных оценок здоровья ВОЗ, в 2015 году в Российской Федерации депрессия была диагностирована у 5,5% населения, или почти у восьми миллионов человек. По этим же оценкам ВОЗ, в 2015 году доля мирового населения, страдающего от депрессии, оценивалась в 4,4%. При этом от 2/3 до 1/2 ежегодных случаев заболеваемости депрессией составляет рекуррентное депрессивное расстройство. При единственном эпизоде депрессии вероятность рецидива составляет 50%, при втором – 70%, при третьем – уже 90% [6-8].

ВОЗ сравнивает депрессию с эпидемией, охватившей все человечество: депрессия уже вышла на первое место в мире среди причин неявки на работу, на четвертое – среди болезней, приводящих к потере трудоспособности. Ежегодно около 150 миллионов человек лишаются трудоспособности из-за депрессий. Только экономике США она наносит ежегодный ущерб более 50 млрд. долларов. Эта сумма включает в себя стоимость 290 миллионов потерянных рабочих дней, психотерапевтической помощи и снижения трудоспособности. Депрессия является одной из основных причин инвалидности в мире [9-12].

Биполярное аффективное расстройство является причиной большего количества лет с установленной инвалидностью, чем все формы онкологической патологии или эпилепсия и болезнь Альцгеймера [13]. Больные с биполярным аффективным расстройством инвалидизируются в четыре раза чаще, чем лица в общей популяции [14].

По прогнозам ВОЗ, к 2020 году депрессия выйдет на первое место в мире среди всех заболеваний, обогнав сегодняшних лидеров - инфекционные и сердечно-сосудистые заболевания. Уже сегодня она является самым распространенным заболеванием, которым страдают женщины, причем риск заболеваемости депрессией у последних в два раза выше, чем у мужчин (20-26% против 8-12% соответственно) [15, 16].

Возраст начала депрессивного эпизода в большинстве стран приходится на 25 лет и младше (США – 22,7, Япония – 30,1 года). Возраст 35-49 лет остается группой риска в Новой Зеландии и США, в Украине более высок риск депрессивного эпизода в более старших возрастных группах [17-19].

При депрессивном расстройстве хотя бы у одного из супругов, разводы возникают в 10 раз чаще, чем в обычных семьях. В то же время, депрессия чаще развивается среди членов се-

мы депрессивных пациентов. Приблизительно 20% родственников больных подвержены депрессии, в то время как родственники здоровых заболевают в 7% случаев [3, 4].

50% страдающих депрессией вообще не обращаются за медицинской помощью, а из оставшихся только 25-30% попадают на прием к психиатру. В некоторых странах процент тех, кто не обращается за медицинской помощью, приближается к 90%. У 60% больных, обращающихся в поликлиники, обнаруживают депрессивные расстройства различной степени тяжести. Между тем, в результате диагностирования традиционными медицинскими методами, которые используются в поликлиниках, депрессия определяется только у 5% всех обращающихся туда депрессивных больных [8].

Депрессию диагностируют у 22-33% госпитализированных больных, у 38% онкологических, у 47% больных инсультом, у 45% — инфарктом миокарда, у 39% — паркинсонизмом [20-22].

Больной в состоянии депрессии имеет в 35 раз больше шансов покончить жизнь самоубийством, чем вне ее. 50% людей с эндогенной депрессией и 20% с психогенной совершают попытку самоубийства [23-25]. Пациенты с биполярной депрессией совершают суицидальную попытку хотя бы один раз в жизни в 25 – 60% случаев, в 4 – 19% случаев она оказывается завершенной [26]. При этом установленным считается факт высокого риска ранней смерти у больных депрессией в связи с высокой вероятностью развития на фоне аффективного расстройства сопутствующей соматической, в частности, сердечно-сосудистой, патологии [27-30].

В ряде случаев больные с депрессией начинают принимать и примерять на себя сложившиеся в обществе стереотипы и предубеждения о людях с психическими расстройствами. По данным Р. Вугне (2000), переживание стигмы является более тяжелым нарушением даже в сравнении с самыми серьезными симптомами психического расстройства [31]. Поэтому преодоление стигмы или ее «смягчение» является одним из важнейших аспектов оказания психиатрической помощи.

Под термином «стигматизация» понимается предвзятое, негативное отношение к отдельному человеку или группе людей, связанное с наличием у него/них каких-либо особых свойств или признаков [32, 33].

А. П. Коцюбинский и соавт. (1999) отмечают, что стигматизация пациента проявляется со стороны медицинского персонала, семьи, фор-

мального микросоциального окружения и общества в целом. Одновременно со стигматизацией больного происходит стигматизация всей семьи со стороны не только медицинского персонала, но и внесемейного окружения. Не меньшее значение для стигматизации и дискриминации больного и его окружения имеет отсутствие в обществе социальной поддержки, особенно благодаря СМИ, вольно или невольно формирующих общественное мнение, культурное пространство общества [34].

Помимо стигматизации больного со стороны общества (в том числе, микросоциального окружения), выделяют самостигматизацию (больного и его семьи) [35].

Самостигматизация понимается как реакция на стигматизацию обществом, а также как результат применения к самому себе соответствующих стереотипов общественного сознания [36-39].

Процесс принятия стигмы имеет определенный механизм развития, включает ряд последовательных этапов, приводит к деидентификации с категорией здоровых к отнесению себя к психически больным, что проявляется дистанцированием от общества, чувством вины и стыда. Само-стигма формируется на основе психиатрического диагноза, стереотипных общественных представлений о психических болезнях применительно к себе, опасений дискриминации и их ситуационного подкрепления, дистанцирования от потенциальных стигматизаторов, снижения социального статуса, самооценки и прогрессирующей десоциализации [40, 41]. Однако само-стигма представляет собой не просто реакцию на болезнь и не только комплекс негативных эмоций по поводу болезни, а отражает сложный процесс формирования новой (девиантной, маргинальной) идентичности [42-44].

Наибольшее количество исследований стигматизации и само-стигмы направлено на изучение данной проблемы у больных шизофренией как наиболее уязвимых и в наибольшей степени страдающих от проявлений стигмы и ауто-стигматизации [32, 34, 38, 45-50].

Качественное исследование стигмы S. Dinos et al. (2004) предполагает, что люди с расстройствами настроения воспринимают и чувствуют стигму иначе, чем пациенты, страдающие психическими расстройствами, в частности, шизофренией [51]. В связанных со стигмой исследованиях пациентов с депрессией, показана ее связь с пониженным качеством жизни, снижением самооценки [52] и выраженными поведен-

ческими стратегиями избегания [53]. Исследование GAMIAN-Europe описывает уровни воспринимаемой дискриминации, самостигмы, устойчивости к стигматизации и раскрытию прав и возможностей у пациентов, страдающих биполярным расстройством или депрессией. Из 1182 респондентов с биполярным расстройством или депрессией об умеренном или высоком уровне само-стигмы сообщили 21,7% пациентов, умеренная или высокая устойчивость к стигматизации выявлена у 59,7% больных, 71,6% пациентов сообщили об умеренном или высоком уровне воспринимаемой дискриминации [54].

Значительное количество больных с депрессией отрицают наличие психического расстройства, из-за стигмы избегают обращения за психиатрической помощью, что откладывает возможность начала эффективной терапии [55, 56].

Выделяют следующие типы стигмы, связанной с депрессией: личная стигма (иногда ее обозначают как общественная стигма) – склонность человека к стигматизации и предубеждению о других людях («Люди с депрессией должны избавиться от нее»); воспринимаемая стигма – убеждения человека относительно негативных и стигматизирующих взглядов, которых придерживаются другие люди («Большинство людей считает, что человек с депрессией должен вырваться из нее»); само-стигма – стигматизирующие взгляды относительно себя («Я должен уметь вырваться из моей депрессии»); структурная стигма – политика частных и государственных учреждений и культурные нормы, которые ограничивают возможности людей с депрессией («Службы психического здоровья и исследования не заслуживают такого же финансирования, как другие проблемы со здоровьем») [57-61].

Общие элементы стигмы больных с депрессивными расстройствами включают: представление, что человек «слабый, а не больной»; воспринимаемая опасность; уверенность в том, что человек несет ответственность и может контролировать свое состояние; чувство вины, стыд и смущение; нежелание раскрывать диагноз из-за опасений по поводу дискриминации и преследований; стремление к социальной дистанции [62-64].

В ряде исследований показано, что отношение населения к больным с аффективными расстройствами является менее предвзятым, чем к больным шизофренией [65].

Мета-анализ 16 исследований, проведенных в США, Великобритании, Австрии, Нидерлан-

дах, Польше, Германии, Новой Зеландии и Австралии обнаружил, что, несмотря на улучшение в понимании психического здоровья, у респондентов не наблюдалось изменений в стигматизирующем отношении к людям с психическими заболеваниями и депрессией, в частности [66].

Уровень и тип стигматизирующих взглядов в различных группах населения трудно определить из-за сложности стигмы и различных подходов к измерению [67, 68].

При этом отдельными авторами подчеркивается, что на уровень дискриминации в большей мере влияет проблема психического здоровья, а не специфичность расстройства, а фактическое поведение людей нередко отличается от их взглядов и, соответственно, результатов опросов [69, 70].

Проведенное ASPEN/INDIGO Study Group исследование 1082 респондентов из 35 стран с помощью опросника DISK-12 показало, что пережитая дискриминация и стигматизация в большей степени связаны с количеством перенесенных депрессивных эпизодов, госпитализацией в психиатрический стационар и меньшей готовностью раскрывать имеющийся диагноз депрессии [71].

Анализ персональной, воспринимаемой стигмы и само-стигмы выявил следующие закономерности: исследование само-стигмы у больных с депрессией не обнаружило значимых корреляций между социо-демографическими факторами и само-стигмой [72]; персональная стигма была более выраженной у мужчин и лиц молодого (18-34 года) возраста в сравнении с женщинами и пожилыми людьми; больные, испытывающие более высокие уровни дистресса, в том числе, из-за расовой принадлежности, более подвержены стигме без различий в других социо-демографических показателях [73].

Такие факторы, как возраст [74], отсутствие семьи [75], низкий социально-экономический уровень [76], количество предыдущих эпизодов, смешанные эпизоды, психотические симптомы в структуре депрессии, длительность заболевания и злоупотребление психоактивными веществами связаны со стигмой [77]. В ряде исследований показано, что стигма может оказывать значительное негативное влияние на потенциал полного восстановления социального функционирования больных с психическими, в том числе и с аффективными, расстройствами [78].

Исследование стигматизирующего влияния используемых для диагностики и объяснения

причин терминов показало, что использование обозначений «психическое заболевание», «заболевание мозга» может оказать поддерживающее влияние на больных при оценке терапии, при оценке состояния больного при первичном обращении за психиатрической помощью, но может также быть причиной ожидания проблем, связанных со стигматизацией и приводить к социальному дистанцированию, усилению воспринимаемой опасности, усилению само-стигмы и усилению ожидаемой дискриминации больных с депрессией [79].

P.W. Corrigan и M.W.M. Fong (2014) показали, что использование в беседе с депрессивными больными термина «состояние» является более стигматизирующим, так как вызывает ассоциации с более тяжелыми психическими расстройствами, например, шизофренией. В то же время, объяснение различия между терминами «состояние» и «заболевание» усиливает само-стигму у больных с более тяжелой депрессией [80].

В ряде исследований показано, что пациенты с биполярным аффективным расстройством и члены их семей сообщают о большей выраженности психосоциальных воздействий стигмы в сравнении с униполярными депрессиями [81]. Обзор данных PUBMED, Web of Science и Scopus (2013) подтвердил, что тяжесть самостигматизации при биполярном расстройстве выше, чем у людей с рекуррентным депрессивным расстройством [82].

Стигма может оказать значительное влияние на людей с депрессией, членов их семей и ближайшее окружение. Семьи могут долгое время отрицать наличие психического заболевания одного из своих членов. Вот почему они часто отговаривают от обращения к специалистам и препятствуют лечению, а иногда и повседневной жизни пациента, чтобы скрыть симптомы депрессии. Хотя семья позже понимает, что психическое заболевание действительно присутствует, большинство семей прикладывают значительные усилия по гармонизации поведения нелеченного больного, что означает реинтеграцию его в группу (так называемая интеграционная реакция). Сдержанность и враждебность возникают, когда эти усилия оказываются безуспешными (так называемая реакция элиминирования). Понимание необходимости лечения может возникать как в реакции интеграции, так и устранения. Если это происходит на этапе реакции элиминации и госпитализация рассматривается как единственно возможный вариант офи-

циальной помощи, пациент обычно сталкивается с реинтеграционными проблемами после окончания лечения [83].

Опыт стигмы в семейных отношениях включает дискомфорт при обсуждении проблем депрессии, избегание проблем и отказ от их обсуждения. Чувство стыда, желание не «потерять достоинства», страх привлечения внимания окружающих, могут способствовать повышению уровня стигмы, испытываемой в семьях как самим больным, так и членами семьи, приводя, в конечном итоге, к нарушению функционирования семьи и усугублению депрессивного состояния пациентов [84-86].

Больные с депрессией и беспокойством общаются о потере друзей из-за их депрессии, в то же время стигма может также влиять на развитие новых отношений, что необходимо дифференцировать от последствий депрессивного аффекта в виде замкнутости и апатии пациентов [86].

Стигма и дискриминация, связанные с депрессией, являются значительным препятствием для участия в трудовой деятельности. Описаны трудности, возникающие при трудоустройстве, при возвращении на рабочее место после госпитализации в психиатрический стационар по поводу депрессии. Ситуация усугубляется собственными депрессии снижением работоспособности и неуверенностью в себе [87].

Пациенты с депрессией нередко испытывают стигматизирующее влияние специалистов сферы охраны психического здоровья, которые покровительственно относятся к больным, усугубляя их депрессивные симптомы вследствие ощущения униженности и ненужности [88].

Несмотря на то, что стигматизация со стороны медицинских работников может быть непреднамеренной, их слова и действия могут способствовать возникновению у больных чувств смущения и стыда, что уменьшает вероятность обращения за специализированной помощью, увеличивает психологический дистресс и ухудшает комплаенс [89].

Негативными последствиями недостаточного качества общемедицинской и психиатрической помощи могут быть повышенный риск суицида и более высокая смертность среди пациентов с депрессией [85, 89].

Госпитализация в психиатрический стационар является серьезным фактором, влияющим на жизнь пациента в результате отсрочки функционального восстановления и стигмы, связанной с психическим расстройством и стационарным

лечением [90].

Результаты международных исследований предполагают, что клиническая тяжесть стигмы связана с уровнем дискриминации в психиатрических учреждениях: дискриминация может быть более вероятной в институциональных условиях и менее вероятной в условиях, ориентированных на восстановление, при предоставлении больным с депрессией широких полномочий [85].

В отечественных исследованиях имеется относительно немного данных по проблеме стигмы и самостигматизации больных с аффективной патологией, в частности, с депрессивными расстройствами. Однако эти исследования затрагивают в некоторой степени психологические механизмы формирования само-стигмы у больных с депрессией, на основе чего формируются целевые программы антистигматизационных воздействий.

Так, в исследовании Л.Я. Серебрянской (2005), посвященном, в частности, изучению стереотипных социальных представлений о типичном психически больном как о пациенте с определенной психопатологией, с помощью метода личностного семантического дифференциала были обследованы психиатры, медсестры и лица, не имеющие отношения к психиатрии. Группа респондентов, не имеющих отношения к психиатрии, и медсестры идентифицировали с психически больным описание субъектов с параноидной симптоматикой, в то время как для психиатров наиболее близким к понятию психически больного находились описания лиц с депрессивными расстройствами. Обнаружены взаимосвязи между факторами стигматизации и определенными оценками объектов, представляющих психически больных: для больных с депрессией высокие баллы по фактору «Контроль и отвержение» чаще сочетались с негативными оценками, связанными со «слабостью» [36].

С помощью специально разработанного опросника самостигматизации больных с психическими расстройствами И.И. Михайловой (2005) выделены три группы утверждений, отражающих изменения идентичности больного в связи с психическим заболеванием и, соответственно, три формы самостигматизации: аутопсихическая, компенсаторная и социореверсивная. Установлено, что у больных с аффективными расстройствами аутопсихическая форма самостигматизации является компонентом тоски и тревоги и значимо преобладает во время обострения заболевания. В период становления ре-

миссии, когда состояние больных характеризуется эмоциональной лабильностью и повышенной реактивностью, аутопсихическая форма самостигматизации трансформируется в компенсаторную, которая является реакцией больного на травмирующий его фактор пережитого психического расстройства. Социореверсивная форма самостигматизации представляется автором способом выражения на окружающих характерного для эндогенной депрессии гнева и рассматривается как часть депрессивного синдрома. На основании исследования сочетания форм самостигматизации для пациентов с аффективной патологией выделены следующие характеристики: диссоциированная с оправданием ролью больного у социабельных больных с низкой самооценкой и нозоцентрическая с самоидентификацией с психически больными при преобладании в статусе подавленности, чувства вины, при тенденции к непрерывному течению заболевания, а также при возможности получения выгоды от своего положения. По мнению автора, самостигматизация больных с психическими расстройствами, в том числе, с аффективной патологией, с одной стороны, отражает проявления болезни, с другой – является составной частью адаптационного процесса больного [41].

Дестигматизация исторически и организационно связана с концепцией общественно-ориентированной психиатрии. Как указывают многие авторы, внедрение принципов общественно-ориентированной психиатрической помощи – доминирующая тенденция в экономически развитых странах [91, 92].

В настоящее время многие учёные приходят к выводу о невозможности найти единственный способ борьбы со стигматизацией психически больных и говорят о необходимости комплексных мер, направленных как на разные группы населения, так и на различные механизмы и способы воздействия [31, 34, 93, 94].

В странах европейского региона по инициативе ВОЗ осуществляются различные программы государственного масштаба, направленные на интеграцию больного и общества и, в частности, на преодоление стигматизации и дискриминации душевнобольных [95].

Современные антистигматизационные программы включают образовательные (информационные ресурсы, например, книги, листовки, фильмы, сайты, которые заменяют ошибочные стереотипы фактической информацией), контактные (межличностные контакты с людьми с депрессией) и протестные (выявление стигмы и

подавление ее) подходы. Причем последний является наиболее критикуемым в силу его спорной эффективности [96, 97]. Образовательные подходы рассматриваются как самые эффективные, причем как среди взрослых, так и в подростковой среде, являются низко затратными и обеспечивают широкий охват населения [96, 98, 99].

Обзор исследований различных антистигматизационных подходов выявил следующие уровни доказательности их эффективности: достаточный уровень доказательности имеют психообразовательные программы для больных с депрессией и школьные интервенции, направленные на снижение риска суицида; веб-вмешательства имеют ограниченную доказательность, но могут быть достаточно эффективными ввиду высокого потенциала диссеминации (распространения); ограниченная доказательность показана для вмешательств, направленных на личностное психообразование, целевого вмешательства для профессионалов в сфере здравоохранения, антистигматизационных интервенций на рабочем месте, национальных и региональных общественных программ [100].

Подходы к дестигматизации преимущественно делают акцент на межличностных детерминантах стигматизации, рассматривая её в структуре предубеждений [101, 102].

Другой подход к дестигматизации учитывает явление самостигматизации. С точки зрения данного подхода для успешной дестигматизации работа только с предупреждением стигматизаторов будет недостаточной [103].

Необходима психосоциальная поддержка стигматизированного субъекта, а также его собственная внутренняя работа по преодолению самостигматизации [104].

Выделяют три аспекта дестигматизации: 1) информационный – изменение стереотипов социальных реакций на психически больного человека за счёт донесения неискаженной и правдивой информации о психических расстройствах и их последствиях для самого больного, его семьи и общества в целом. Это предполагает широкую просветительскую работу, использование психообразовательных программ, повышение толерантности общества к «инакомыслию», «инакодействию» за счёт повышения его информированности; 2) психотерапевтический – нейтрализация негативных эффектов стигматизации, которые испытывает больной, а также увеличение толерантности больных и членов их семей к проявлениям стигматизации и дискриминации; создание терапевтической среды и условий для

реализации потребностей, а также ограниченных возможностей пациентов; 3) обучающий – обучение пациентов и их родственников способам преодоления стресса, а также опознанию пререквизитивных расстройств [105].

Опыт работы отделения внебольничной психиатрии института им. В.М. Бехтерева позволил сформулировать основные положения процесса дестигматизации: 1) нейтрально-уважительное отношение мед.персонала; 2) формирование у больных и их родственников адекватного представления о психическом заболевании, как не имеющем принципиальных отличий от любой другой патологии с точки зрения общемедицинских и социальных последствий; 3) формирование у больного отношения к ограничительно-изоляционным мерам, как к направленным на усиление его личной безопасности сохраняющих его социальные права; 4) концентрация усилий на освобождение членов семьи больного от чувства вины и сохранение прежнего стереотипа жизни семьи и внешних социальных контактов; 5) получение больными эмоциональной и социальной поддержки [106].

Повышение уровня знаний и просвещение населения являются наиболее очевидным способом борьбы со стигматизацией, смягчения отношений и установок, и последующего изменения поведения. Однако данные относительно эффективности повышения уровня образования в этих целях очень противоречивы. Ряд исследований свидетельствует о существенном улучшении общественного отношения после проведения образовательных программ, по крайней мере, на какой-то срок [98].

Другие авторы высказывают более скептическое отношение, подчёркивая роль эффекта социальной желательности [107].

Существует мнение, что нужно делать акцент на помощь самим психически больным и их родственникам, отказаться от задачи изменить взгляды общества в целом, как неосуществимой в ближайшем будущем [38].

Эвристически полезной для выявления и коррекции само-стигмы является модель «зачем пытаться» [108]. Эта модель, направленная на расширение возможностей, предписывает, что «может быть сделано» для достижения цели, а не то «что не должно быть сделано». Задача здесь заключается не в устранении стигмы, а в способствовании расширению возможностей, которые улучшают достижение жизненных целей и участие в научно-обоснованных лечебно-реабилитационных практиках, связанных с эти-

ми целями.

Другим способом влияния на само-стигму и эффект «зачем пытаться» является воздействие через групповую идентичность, признание рисков отождествления с негативно оцениваемой группой и выстраивание позитивной групповой идентичности [109].

Если процесс стигматизации – это движение пациента от интеграции к изоляции, дискриминации и социальному исключению, то коррекция или предупреждение этих последствий – это движение в сторону восстановления собственной идентичности и индивидуально значимых социальных ролей. Речь идёт о внутренней картине выздоровления – нередко длительном личностном, вне рамок болезни и симптоматики, про-

цессе преодоления последствий жизни с ярлыком психической болезни, вызванных болезнью ограничений, совладания с чувством утраты личностного смысла и собственной идентичности [33].

Несмотря на общие закономерности антистигматизационных мероприятий при основных психических заболеваниях, дестигматизация больных с аффективными расстройствами ориентирована в основном на общественные мероприятия, что связано, в значительной степени, с недостаточными исследованиями в области психологических механизмов аутостигматизации и требует тщательного, научно обоснованного подхода с целью оптимизации оказания помощи данному контингенту больных.

Титухин Н.В.

СТИГМА И САМОСТИГМАТИЗАЦИЯ БОЛЬНЫХ С АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ И ПУТИ ИХ ПРЕОДОЛЕНИЯ

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: стигма, самостигматизация, аффективные расстройства.

В обзоре литературы рассматриваются проблемы стигматизации и самостигматизации больных с психическими расстройствами. Актуальность данной проблемы обусловлена пристальным вниманием специалистов и общественности к проблемам оказания специализированной помощи больным с аффективной патологией в силу значительного влияния депрессий на качество жизни пациентов, в том числе, в контексте их стигматизации и дискриминации. По данным ВОЗ, депрессия является вторым по распространенности фактором, приводящим к нетрудоспособности или утрате здоровья. Согласно прогнозам ВОЗ, к 2020 году депрессия выйдет на первое место в мире среди всех заболеваний, обогнав сегодняшних лидеров - инфекционные и сердечно-сосудистые заболевания. В статье представлены данные последних лет, касающиеся проблем социально-демографических характеристик и прогноза депрессивных расстройств. Показано, что в ряде случаев больные с депрессией начинают принимать и примерять на себя сложившиеся в обществе стереотипы и предубеждения о людях с психическими расстройствами. Освещены современные взгляды на пути формирования стигмы и само-стигмы больных с психическими расстройствами. Приведены данные, показывающие, что само-стигма представляет собой не просто реакцию на болезнь и не только комплекс негативных эмоций по поводу болезни, а отражает сложный процесс формирования новой (девиантной, маргинальной) идентичности. Представлены результаты отечественных и зарубежных исследований, направленных на изучение эффективности современных антистигматизационных мероприятий. В то же время подчеркнуто, что современная психиатрия не располагает достаточным количеством данных в области исследования психологических механизмов аутостигматизации, что требует тщательного, научно обоснованного подхода к их изучению с целью оптимизации оказания помощи данному контингенту больных. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2017. — № 2 (38). — С. 85-94).

Titukhin N.V.

STIGMA AND SELF-STYGMATIZATION OF PATIENTS WITH AFFECTIVE DISORDERS AND THE WAYS OF THEIR OVERCOMING

Donetsk National Medical University named after M.Gorky

Key words: stigma, self-stigmatization, affective disorders.

The review of the literature deals with the problems of stigmatization and self-stigmatization of patients with mental disorders. The urgency of this problem is due to the close attention of specialists and the public to the problems of providing specialized assistance to patients with affective pathology due to the significant impact of depression on the quality of life of patients, including in the context of their stigma and discrimination. According to WHO, depression is the second most common factor leading to disability or loss of health. According to WHO forecasts, by 2020, depression will rank first in the world among all diseases, ahead of today's leaders - infectious and cardiovascular diseases. The article presents data of recent years concerning the problems of socio-demographic characteristics and prognosis of depressive disorders. It is shown that in a number of cases, patients with depression begin to take and try on themselves stereotypes and prejudices about people with mental disorders. Modern views on the ways of stigma and self-stigma formation of patients with mental disorders are highlighted. Data are provided showing that self-stigma is not just a reaction to a disease and not just a complex of negative emotions about the disease, but reflects a complex process of forming a new (deviant, marginal) identity. The results of domestic and foreign studies aimed at studying the effectiveness of modern anti-stigma measures are presented. At the same time, it is stressed that modern psychiatry does not have enough data in the field of research of psychological mechanisms of autostigmatization, which requires a careful, scientifically based approach to their study in order to optimize the provision of assistance to this contingent of patients. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2017. — № 2 (38). — P. 85-94).

Литература

1. Depression and Other Common Mental Disorders. Global Health Estimates. BO3, 2017. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?ua=1>
2. Methodological studies of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) in the US National Comorbidity Survey / R.C. Kessler, H.-U. Wittchen, J.M. Abelson [et al.] // *Int. J. Methods Psychiatr. Res.* -1998. - V. 7. - P. 33-55.
3. The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys / L. Andrade, J.J. Caraveo-Anduaga, P. [et al.] // *Int. J. Methods Psychiatr. Res.* - 2003. - V. 12. - P. 3-21.
4. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder / M.M. Weissman, R.C. Bland, G.J. Canino [et al.] // *JAMA.* - 1996. - V. 276. - P. 293-299.
5. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys / S. Moussavi, S. Chatterji, E. Verdes [et al.] // *Lancet.* - 2007. - V. 370. - P. 851-858.
6. Torpey D.C. Chronic depression: update on classification and treatment / D.C. Torpey, D.N. Klein // *Curr. Psychiatry Rep.* - 2008. - V. 10. - P. 458-464.
7. Prevalence and predictors of recurrence of major depressive disorder in the adult population / F. Hardeveld, J. Spijker, R. De Graaf [et al.] // *Acta Psychiatr. Scand.* - 2010. - V. 122. - P. 184-191.
8. How common are common mental disorders? Evidence that lifetime prevalence rates are doubled by prospective versus retrospective ascertainment / T.E. Moffitt, A. Caspi, A. Taylor [et al.] // *Psychol. Med.* - 2010. - V. 40. - P. 899-909.
9. Functional disability and depression in the general population. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS) / J. Spijker, R. Graaf, R.V. Bijl [et al.] // *Acta Psychiatr. Scand.* - 2004. - V. 110. - P. 208-214.
10. Global burden of depressive disorders in the year 2000 / T.B. Bstn, J.L. Ayuso-Mateos, S. Chatterji [et al.] // *Br. J. Psychiatry.* - 2004. - V. 184. - P. 386-392.
11. The costs and benefits of enhanced depression care to employers / P.S. Wang, A. Patrick, J. Avorn [et al.] // *Arch. Gen. Psychiatry.* - 2006. - V. 63. - P. 1345-1353.
12. Wang P.S. The economic burden of depression and the cost-effectiveness of treatment / P.S. Wang, G. Simon, R.C. Kessler // *Int. J. Methods Psychiatr. Res.* - 2003. - V. 12. - P. 22-33.
13. World Health Organization. The World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life. - Geneva: World Health Organization. - 2002.
14. Morgan V.A. The epidemiology of bipolar disorder: sociodemographic, disability and service utilization data from the Australian National Study of Low Prevalence (Psychotic) Disorders / V.A. Morgan, P.B. Mitchell, A.V. Jablensky // *Bipolar Disord.* - 2005. - V. 7. - P. 326-337.
15. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode / E. Bromet, L.H. Andrade, I. Hwang [et al.] // *BMC Med.* - 2011. - V. 9. - P. 90.
16. Van de Velde S. Gender differences in depression in 23 European countries. Cross-national variation in the gender gap in depression / S. Van de Velde, P. Bracke, K. Levecque // *Soc. Sci. Med.* - 2010. - V. 71. - P. 305-313.
17. Age of onset of mental disorders: a review of recent literature / R.C. Kessler, G.P. Amminger, S. Aguilar-Gaxiola [et al.] // *Curr. Opin. Psychiatry.* - 2007. - V. 20. - P. 359-364.
18. Age differences in the prevalence and co-morbidity of DSM-IV major depressive episodes: results from the WHO World Mental Health Survey Initiative / R.C. Kessler, H.G. Birnbaum, V. Shahly [et al.] // *Depress. Anxiety.* - 2010. - V. 27. - P. 351-364.
19. Epidemiology of psychiatric and alcohol disorders in Ukraine: findings from the Ukraine World Mental Health survey / E.J. Bromet, S.F. Gluzman, V.I. [et al.] // *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* - 2005. - V. 40. - P. 681-690.
20. The impact of comorbidity of mental and physical conditions on role disability in the US adult household population / K.R. Merikangas, M. Ames, L. Cui [et al.] // *Arch. Gen. Psychiatry.* - 2007. - V. 64. - P. 1180-1188.
21. Depression-anxiety relationships with chronic physical conditions: results from the World Mental Health Surveys / K.M. Scott, R. Bruffaerts, A. Tsang [et al.] // *J. Affect. Disord.* - 2007. - V. 103. - P. 113-120.
22. Co-occurrence of mental and physical illness in US Latinos / A.N. Ortega, J.M. Feldman, G. Canino [et al.] // *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* - 2006. - V. 41. - P. 927-934.
23. Rihmer Z. Suicide risk in mood disorders / Z. Rihmer // *Curr. Opin. Psychiatry.* - 2007. - V. 20. - P. 17-22.
24. Moller H.J. Suicide, suicidality and suicide prevention in affective disorders / H.J. Moller // *Acta Psychiatr. Scand.* - 2003. - Suppl. - P. 73-80.
25. Bostwick J.M. Affective disorders and suicide risk: a reexamination / J.M. Bostwick, V.S. Pankratz // *Am. J. Psychiatry.* - 2000. - V. 157. - P. 1925-1932.
26. Angst J. Bipolar disorder: a seriously underestimated health burden / J. Angst // *Eur. Arch. Psychiatr. Clin. Neurosci.* - 2004. - V. 254. - P. 59-60.
27. Depression as a risk factor for cardiac mortality and morbidity: a review of potential mechanisms / R.M. Carney, K.E. Freedland, G.E. Miller [et al.] // *J. Psychosom. Res.* - 2002. - V. 53. - P. 897-902.
28. Cuijpers P. Increased mortality in depressive disorders: a review / P. Cuijpers, R.A. Schoevers // *Curr. Psychiatry Rep.* - 2004. - V. 6. - P. 430-437.
29. Prognostic association of depression following myocardial infarction with mortality and cardiovascular events: a meta-analysis / J.P. van Melle, P. de Jonge, T.A. Spijkerman [et al.] // *Psychosom. Med.* - 2004. - V. 66. - P. 814-822.
30. Depressive symptoms and mortality in men: results from the Multiple Risk Factor Intervention Trial / B.B. Gump, K.A. Matthews, L.E. Eberly [et al.] // *Stroke.* - 2005. - V. 36. - P. 98-102.
31. Byrne P. Stigma of mental illness ways of diminishing it / P. Byrne // *Advances in Psychiatric Treatment.* - 2000. - V. 6. - P. 65 - 72.
32. Абрамов В.А. Шизофрения, стигма, Я // В.А. Абрамов [и др.] - Донецк, 2016. - 432 с.
33. Кабанов М. М. Редукция стигматизации и дискриминации психически больных / М. М. Кабанов, Г. В. Бурковский // *Обзорные психиатрии и медицинской психологии.* - 2000. - № 1. - С. 3-9.
34. Коцюбинский А.П. Стигматизация и дестигматизация при психических заболеваниях / А.П. Коцюбинский, Б.Г. Бутома, В.В. Зайцев // *Социальная и клиническая психиатрия.* - 1999. - Т. 9, № 3. - С. 9 - 13.
35. Шизофрения, уязвимость - диатез - стресс - заболевание / А.П. Коцюбинский, А.И. Скорик, И.О. Аксенова [и др.] / - СПб.: Гиппократ, 2004.- 336 с.
36. Серебрянская Л. Я. Факторы стигматизации психически больных: Автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04 / Л. Я. Серебрянская. - М., 2005. - 21 с.
37. Gilbert P. Shame, stigma and the family: «skeletons in the cupboard» and the role of shame / P. Gilbert // *Every family in the land: understanding prejudice and discrimination against people with mental illness / A.H. Crisp (eds.).* - 2001. - 390 p.
38. Финзен А. Психоз и стигма: Преодоление стигмы - отношение к предубеждениям и обвинениям / А. Финзен. - М., 2001.- 215 с.
39. Ястребов В.С. Самостигматизация больных при основных психических заболеваниях / В.С. Ястребов, С.Н. Ениколопов, И.И. Михайлова // *Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* - 2005. - Т. 105, № 11.- С. 50-54.
40. Михайлова И.И. Клинико-психологические и социальные факторы, влияющие на стигматизацию психически больных разных нозологических групп / И.И. Михайлова, В.С. Ястребов, С.Н. Ениколопов // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова.* - 2002. - №7. - С. 58-65.
41. Михайлова И.И. Самостигматизация психически больных : автореф. дис. на соискание учен.степени канд. мед. наук : 14.00.18 «Психиатрия»; 19.00.04 «Медицинская психология» / Михайлова И.И. - М., 2005. - 25 с.
42. Link В. G. Conceptualizing stigma / В. G. Link, J. С. Phelan // *Annual Review of Sociology.* - 2001. - V. 27. - P. 363-385.
43. Скрипка Е.Ю. Качественное исследование самостигматизации больных с психическими расстройствами / Е.Ю. Скрипка // *Молодой ученый.* - 2012. - № 7. - С. 232-237.
44. Психологические аспекты самостигматизации больных шизофренией / О.А. Блохина, С.Н. Ениколопов, С.А. Судаков, Я.С. Оруджев // *Психиатрия.* - 2005. - № 1. - С. 26 - 30.
45. Абрамов В.А. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией / Абрамов В.А., Ряполова Т.Л., Жигулина И.В. - Донецк: Каштан, 2009. - 584 с.
46. Ястребов В.С. Психическое здоровье населения накануне третьего тысячелетия / В.С. Ястребов // *Журнал психиатрии и психофармакотерапии.* -2001. - Т.2, № 1. - С. 34-37.
47. Гурович И.Я. Проблема стигмы и дискриминации больных шизофренией и их родственников, возможные пути преодоления / И.Я. Гурович, Е.М. Кирьянова, Г.И. Виндиктова, Г.Г. Марченко // *Социальная и клиническая психиатрия.* - 2003. - Т. 13, Вып. 3. - С. 28-31.
48. Пасынкова Ю.Г. Стигматизация больных шизофренией городским населением (клинико-социологическое исследование): Автореф. дис...канд. мед. наук 14.00.18 / Пасынкова Ю.Г. - М., 2006. - 26 с.
49. Тараканова Е.А. Шизофрения: самостигматизация, качество жизни и проблемы реабилитации больных / Е.А. Тараканова // *Общественное здоровье и здравоохранение.* - 2010. - № 1. - С. 44-50.
50. Corrigan P.W. Само-стигма и эффект «зачем пытаться»:

влияние на жизненные цели и практики, основанные на доказательствах / P.W. Corrigan, E.L. Jonathon, N. Rusch // Всемирная психиатрия. - 2009. - Т. 8, №2. - С. 99-106.

51. Dinos S. Stigma: the feelings and experiences of 46 people with mental illness. Qualitative study / S. Dinos, S. Stevens, M. Serfaty, S. Weich, M. King // British Journal of Psychiatry. - 2004. - V. 184. - P. 176-181.

52. Ritsher J.B. Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients / J.B. Ritsher, J.C. Phelan // Psychiatry Res. - 2004. - V. 129. - P. 257-265.

53. Kanter J.W.P. Depression selfstigma: a new measure and preliminary findings / J.W.P. Kanter, L.C.M. Rusch, M.J.P. Brondino // J. Nerv. Ment. Dis. - 2008. - V. 196. - P. 663-670.

54. Brohan E. Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with bipolar disorder or depression in 13 European countries: The GAMIAN-Europe study / E. Brohan, D. Gauci, N. Sartorius [et al.] // J. Affect. Disord. - V.129. - P. 56-63.

55. Hirschfeld R.M. Perception and impact of bipolar disorder: how far have we really come? Results of the national depressive and manic-depressive association 2000 survey of individuals with bipolar disorder / R.M. Hirschfeld, L. Lewis, A. Vornick // J. Clin. Psychiatry. - 2003. - V. 64. - P. 161-174.

56. Hirschfeld R.M.A. Social functioning in depression: a review / R.M.A. Hirschfeld, S.A. Montgomery, M.B. Keller // J. Clin. Psychiatry. - 2000. - V. 61. - P. 268-275.

57. Wright A. Labeling of mental disorders and stigma in young people / A. Wright, A.F. Jorm, A.J. Mackinnon // Social science and medicine. - 2011. - V. 73. - P. 498 - 506.

58. Barney L.J. The self stigma of depression scale (SSDS): development and psychometric evaluation of a new instrument / L.J. Barney, K.M. Griffiths, H. Christensen, A.F. Jorm // International journal of methods in psychiatric research. - 2010. - V. 19, № 4. - P. 243 - 254.

59. Corrigan P.W. Structural levels of mental illness stigma and discrimination / P.W. Corrigan, F.E. Markowitz, A.C. Watson // Schizophrenia Bulletin. - 2004. - V. 30, № 3. - P. 481 - 491.

60. Hatzenbuehler M.L. Introduction to the special issue on structural stigma and health / M.L. Hatzenbuehler, B.G. Link // Social Science and Medicine. - 2014. - V. 103. - P. 1 - 6.

61. Pietrus M. Opening Minds Interim Report / M. Pietrus. - Calgary: Mental Health Commission of Canada. - 2013. - 54 p.

62. Reavley N. Depression stigma in Australian high school students / N. Reavley, A.F. Jorm // Youth studies Australia. - 2011. - V. 30, № 2. - P. 33 40

63. Jorm A.F. Desire for social distance from people with mental disorders: a review / A.F. Jorm, E. Oh // Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. - 2009. - V. 43. - P. 183 - 200

64. Wright A. Labeling of mental disorders and stigma in young people / A. Wright, A.F. Jorm, A.J. Mackinnon // Social science and medicine. - 2011. - V. 73. - P. 498 - 506.

65. Durand-Zaleski Scott J. A first national survey of knowledge, attitudes and behaviours towards schizophrenia, bipolar disorders and autism in France / J. Durand-Zaleski Scott, F. Rouillon, M. Leboyer // BMC Psychiatry. - 2012. - V. 12. - P. 128-132.

66. Evolution of public attitudes about mental illness. A systematic review and meta analysis / G. Schomerus, C. Schwahn, A. Holzinger [et al.] // Acta Psychiatrica Scandinavica. - 2012. - V. 125, № 6. - P. 440 452.

67. Jorm A.F. Desire for social distance from people with mental disorders: a review / A.F. Jorm, E. Oh // Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. - 2009. - V. 43. - P. 183 - 200.

68. Self-stigma of mental illness scale - short form: reliability and validity / P.W. Corrigan, P.J. Michaels, E. Vega [et al.] // Psychiatry Res. - 2012. - V. 199, № 1. - P. 65-69.

69. Anticipated and experienced discrimination amongst people with schizophrenia, bipolar disorder and major depressive disorder: a cross sectional study / S. Farrelly, S. Clement, J. Gabbidon [et al.] // BMC Psychiatry. - 2014; Vol. 14. - P. 157.

70. «A disease like any other»? A decade of change in public reactions to schizophrenia, depression, and alcohol dependence / B.A. Pescosolido, J.K. Martin, J.S. Long [et al.] // Am J Psychiatr. - 2010. - V. 167, № 11. - P. 1321-1330.

71. Global pattern of experienced and anticipated discrimination reported by people with major depressive disorder: a cross-sectional survey / A. Lasalvia, S. Zoppi, T. Van Bortel [et al.] // Lancet. - 2013. - V. 381. - P. 55-62.

72. Livingston J.D. Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: a systematic review and meta analysis / J.D. Livingston, J.E. Boyd // Social Science and Medicine. - 2010. - V. 71. - P. 2150 - 2161.

73. Stigma, discrimination, or symptomatology differences in self-reported mental health between US-born and Somalia-born Black Americans / C. Henning-Smith, T.P. Shippee, D. McAlpine [et al.] // Am. J. Public. Health. - 2013. - V. 103, № 5. - P. 861-867.

74. Sources of burdens on families of individuals with mental illness / H.W. Tsang, P.K. Tam, F. Chan [et al.] // Int. J. Rehabil. Research. - 2003. - V. 26. - P. 123-130.

75. Depp C.A. Bipolar disorder in middleaged and elderly adults:

is age of onset important? / C.A. Depp, H. Jin, S. Mohamed // J. Nerv. Ment. Dis. - 2004. - V. 192. - P. 796-799.

76. Keck P.E.Jr. 12-month outcome of patients with bipolar disorder following hospitalization for a manic or mixed episode / P.E.Jr. Keck, S.L. McElroy, S.M. Strakowski // Am. J. Psychiatry. - 1998. - V. 55. - P. 646-652.

77. MacQueen G.M. Effect of the number of episodes on wellbeing and functioning of patients with bipolar disorder / G.M. MacQueen, L.T. Young, J.C. Robb // Acta Psychiat. Scand. - 2000. - V. 101. - P. 374-381.

78. Greenwald A.G. Understanding and using the Implicit Association Test: III. Meta analysis of predictive validity / A.G. Greenwald, T.A. Poehlman, E.L. Uhlmann // J. Pers. Soc. Psychol. - 2009. - V. 97. - P. 17-41.

79. Rusch N. What is a mental illness? Public views and their effects on attitudes and disclosure / N. Rusch, S. Evans Lacko, G. Thornicroft // Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. - 2012. - V. 46, № 7. - P. 641 - 650.

80. Corrigan P.W. Competing perspectives on erasing the stigma of illness: what says the dodo bird? / P.W. Corrigan, M.W.M. Fong // Social Science and Medicine. - 2014. - V. 103. - P. 110 - 117.

81. Lazowski L. Stigma and discrimination in people suffering with a mood disorder: a cross-sectional study / L. Lazowski, M. Koller, H. Stuart, R. Milev // Depress. Res. Treat. - 2012. - V. 12. - P. 724-848.

82. Self-stigmatization in patients with bipolar disorder / K. Latalova, M. Ociskova, J. Prasko [et al.] // Neuro Endocrinol. Lett. - 2013. - V. 34, № 4. - P. 265-272.

83. Comparison of self-stigma and quality of life in depressive disorder and schizophrenia - a cross-sectional study / M. Holubova, J. Prasko, S. Matousek [et al.] // European Psychiatry. - 2017. - V. 41. - P. 356.

84. Reavley N.J. Stigmatizing attitudes towards people with mental disorders: findings from an Australian National Survey on Mental Health Literacy and Stigma / N.J. Reavley, A.F. Jorm // Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. - 2011. - V. 45. - P. 1086 - 1093.

85. Global pattern of experienced and anticipated discrimination reported by people with major depressive disorder: a cross sectional survey / Lasalvia A. [et al.] // Lancet. - V. 381. - P. 55 62.

86. Discrimination against people with a mental health diagnosis: qualitative analysis of reported experiences / S. Hamilton, E. Lewis Holmes, V. Pinfold [et al.] // Journal of Mental Health. - 2014. - V. 23, № 2. - P. 88 - 93.

87. Mental Health Council of Australia. Let's get to work: A National Mental Health Employment Strategy for Australia. - 2007. <http://www.mhca.org.au/documents/publications/Let's%20Get%20To%20Work%20Employment%20Strategy.pdf>

88. Mental Health Council of Australia (2011). Consumer and carer experiences of stigma from mental health and other health professionals. Accessed online 8 December 2011: <http://www.mhca.org.au/index.php/information> and publication/159 stigma

89. Experiences of discrimination among people using mental health services in England 2008 -2011 / E. Corker [et al.] // The British Journal of Psychiatry. - 2013. - V. 202. - P. 58-63.

90. Stigma experiences in bipolar patients: the impact upon functioning / E.S. Thome, A.A. Dargel, F.M. Migliavacca [et al.] // J. Psychiatr. Ment. HLT. - 2012. - V. 19. - P. 665-671.

91. Ньюфельдт О.Г. Принципы и практика общественной психиатрии / О.Г. Ньюфельдт // Социальная и клиническая психиатрия. - 2002. - № 12. - С.5-13.

92. Mucser K.T. Models of community care for severe mental illness: A review of research on case management // K.T. Mucser, G.R. Bond, R.E. Drake // Schizophr. Bull. - 1998. - V. 24, № 1. - P. 37-74.

93. Crisp A. The tendency to stigmatization. / A. Crisp // British Journal of Psychiatry. - 2001. - V. 178. - P. 197- 199.

94. Гурович И.Я. О программе борьбы со стигмой, связанной с шизофренией / И.Я. Гурович, Е.М. Кирынова // Социальная и клиническая психиатрия. - 1999. - № 3. - С. 5 - 8.

95. Ястребов В.С. Самостигматизация при современных психических заболеваниях: методические рекомендации / В.С. Ястребов, О.А. Гонжал, Г.В. Тюменкова, И.И. Михайлова. - М., 2009. - 18 с.

96. Challenging the public stigma of mental illness: a meta analysis of outcome studies / P.W. Corrigan, S.B. Morris, P.J. Michaels [et al.] // Psychiatric Services. - 2012. - V. 63, № 10. - P. 963 - 973.

97. The role of social media in reducing stigma and discrimination / V. Betton, R. Borschmann, M. Docherty [et al.] // The British Journal of Psychiatry. - 2015. - V. 206. - P. 443 - 444.

98. Corrigan P.W. Competing perspectives on erasing the stigma of illness: what says the dodo bird? / P.W. Corrigan, M.W.M. Fong // Social Science and Medicine. - 2014. - V. 103. - P. 110 - 117.

99. Influence of Time to Change's social marketing

interventions on stigma in England 2009 – 2011 / S. Evans Lacko, E. Malcolm, K. West [et al.] // *The British Journal of Psychiatry*. - 2013a. – V. 202. – P. 77–88.

100. Reavley N. Community and population based interventions to reduce stigma associated with depression, anxiety and suicide: a rapid review / N. Reavley, A. Jorm.-2013. https://www.saxinstitute.org.au/wpcontent/uploads/ECheck_REPORT_Reducing_stigma_2013.pdf

101. Арбитайло А.М. Этнические предубеждения и возможности юмора для их преодоления : автореф. дис. на соискание учен. степени кандидата психол. наук : 19.00.05 «Социальная психология» / А.М. Арбитайло. - Москва, 2008.- 23 с.

102. Смирнова Ю.С. Феномен предубеждений к стигматизированным группам / Ю.С. Смирнова // *Психологический журнал*. – 2005. – Т. 3, №7. – С. 19-24.

103. Голенков А.В. Роль медицинского персонала в коррекции самостигматизации психически больных / А.В. Голенков, В.В. Матюшкин, А.В. Аверин // *Журнал «Главная медицинская сестра»*. - 2009.- №8.- С. 99- 108.

104. Абрамов В. А. Эффекты стигматизации и аутостигматизации больных на различных стадиях шизофрении

/ В. А. Абрамов, Т. Л. Ряполова, А. В. Абрамов [и др.] // *Український вісник психоневрології*. – 2008. – № 2 (55). - С. 27 - 32.

105. Осокина О.И. Стигматизация больных, перенесших первый эпизод психоза / О.И. Осокина // *Медицинская психология*. – 2009. - № 1, Т. 2. – С. 46-51.

106. Коцюбинский А.П. Значение психосоциальных факторов в этиопатогенезе шизофрении и социальной адаптации психически больных : автореф. дис. на соискание учен. степени доктора мед. наук : спец. 14.00.18 «Психиатрия» / А.П. Коцюбинский. – СПб., 1999. – 28 с.

107. Lawrie S. M. Stigmatization of psychiatric disorder / S.M. Lawrie // *Psychiatric Bulletin*. – 1999. – Vol. 23. – P. 129 – 131.

108. Corrigan P.W. Само-стигма и эффект «зачем пытаться»: влияние на жизненные цели и практики, основанные на доказательствах / P.W. Corrigan, E.L. Jonathon, N. Rusch // *Всемирная психиатрия*. - 2009. - Т. 8, №2.- С. 99- 106.

109. Ingroup perception and responses to stigma among persons with mental illness / N. Rusch, P.W. Corrigan, A. Wassell [et al.] // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. - 2009b. – Vol. 120, №4. – P. 320–328.

Поступила в редакцию 21.04.2017

Порядок направления, рецензирования и опубликования статей

Направляемые для публикации материалы должны полностью отражать современное состояние разработки исследуемой проблемы, содержать новые результаты на основании проведенного исследования. В печать принимаются оригинальные статьи на русском или английском языке, посвященные собственным исследованиям авторов по актуальным проблемам клинической, биологической и социальной психиатрии, медицинской психологии, психотерапии, статьи по истории, организации и управлению психиатрической службой, вопросам преподавания психиатрии и смежных дисциплин, лекции для врачей и студентов, научные обзоры, наблюдения из практики, дискуссионные статьи, рецензии на новые издания, которые ранее не публиковались.

Материалы, публикуемые в издании должны соответствовать базовым издательским стандартам по оформлению статей по ГОСТ 7.5-98 «Журналы, сборники, информационные издания. Издательское оформление публикуемых материалов», ГОСТ Р 7.0.7-2003 «Система стандартов по информации, библиотечному и издательскому делу. Статьи в журналах и сборниках. Издательское оформление», пристатейных библиографических списков по ГОСТ 7.1-2003 «Библиографическая запись. Библиографическое описание. Общие требования и правила составления».

Редакция осуществляет закрытое рецензирование статей (срок рецензирования – три-четыре недели), а также оставляет за собой право сокращения и исправления присланных статей. Рукопись, получившая отрицательную оценку, специально рассматривается редколлегией и, в случае ее согласия с мнением рецензента, отклоняется как не соответствующая уровню или профилю публикаций журнала. Отклонив рукопись, редакция оставляет один ее экземпляр в своем архиве.

Статья, принятая к публикации, но нуждающаяся в доработке, направляется авторам с замечаниями рецензента и редактора. Авторы должны внести все необходимые исправления в окончательный вариант рукописи и вернуть в редакцию исправленный текст, а также его идентичный электронный вариант вместе с первоначальным вариантом и сопроводительным письмом-ответом рецензенту. Статьи, отосланные авторам для исправления, должны быть возвращены в редакцию не позднее, чем через 2 недели после получения. Возвращение статьи в более поздние сроки соответственно меняет и дату ее поступления в редакцию.

Один автор может опубликовать в одном и том же номере «Журнала» не более двух статей (в т.ч., в соавторстве).

Требования к оформлению статей:

1. Рукопись статьи должна быть представлена в двух экземплярах на русском или английском языках. Объем статей должен составлять 8-12 страниц машинописно-

го текста через 1,5 интервала. Рукописи статей большего размера согласовываются с редакцией. Отдельно прилагаются список литературы, таблицы, иллюстрации, подписи к ним. Текст должен быть набран в текстовом редакторе Word 95 и выше; шрифт Times New Roman, размер шрифта 14, межстрочный интервал – 1,5, абзацный отступ – 1,25 см, выравнивание текста – по ширине; поля: правое – 10 мм, левое, нижнее и верхнее – по 20 мм; напечатан на листах формата А4.

2. Обязательно приложить к рукописи электронный вариант статьи в формате Word 95 (и выше) на CD-ROM диске или посредством e-mail (по согласованию с редакцией). Графические объекты следует сохранять в формате «TIF» с разрешением 300 точек на дюйм (пикселей на дюйм) в 256 градациях серого для фотографий и 600 точек на дюйм (пикселей на дюйм) для рисунков (2 цвета) и архивировать стандартными архиваторами WinRAR или WinZIP.

3. Статья должна иметь визу руководителя кафедры или института (на 2 экземпляре), официальное направление от руководства учреждения, в котором проведены исследования, и экспертное заключение (Приказ ДонНМУ №80 от 12.05.2016г.).

4. На первой странице в левом верхнем углу размещают шифр УДК, далее – фамилии и инициалы авторов (количество авторов одной статьи не должно быть более пяти), ниже – название статьи прописными буквами, наименование учреждения, в котором выполнена работа. В названии статьи нельзя применять сокращения (аббревиатуры). Далее размещают ключевые слова (число ключевых слов, в том числе входящих в краткие словосочетания, – не более 10).

5. Оригинальные статьи должны состоять из четких подразделов, каждый из которых отвечает определенной цели и содержит лишь соответствующий материал. Эти подразделы: введение (постановка проблемы в общем виде и ее связь с важными научными или практическими задачами, анализ последних (за последние 5-7 лет) исследований и публикаций, в которых начато решение данной проблемы и на которые опирается автор, с выделением нерешенных ранее частей общей проблемы, которым посвящается данная статья), формулирование цели исследования, материал и методы исследования (с обозначением методов статистической обработки результатов), результаты исследования и их обсуждение (изложение основного материала исследования с полным обоснованием полученных научных результатов), выводы из данного исследования с перспективами дальнейших разработок в данном направлении. Внутри статьи на отдельных строках озаглавливают только два раздела: материал и методы исследования; результаты исследования и их обсуждение.

6. Допустимое количество иллюстраций в статье – 5 (включая таблицы и рисунки). Графики, таблицы и

рисунки черно-белые, без цветной заливки, допускаются штриховка. Фотографии прямоугольные, контрастные, должны быть напечатаны на глянцевой бумаге; рисунки выполнены на белой бумаге размером не более 1/2 стандартной страницы. Рисунки нумеруют последовательно, в порядке их первого упоминания в тексте (рис.1). Если рисунок в единственном числе, его не нумеруют и в тексте делают ссылку (см. рис.).

7. Таблицы должны быть наглядными, заголовки граф – соответствовать их содержанию, цифры в таблицах – тщательно проверены автором и соответствовать цифрам в тексте. Все графы в таблицах должны иметь названия, сокращения слов в таблицах не допускаются. Аббревиатуры возможны, если они предварительно расшифровывались в тексте. Достоверность различий следует подтверждать статистическим анализом. Каждую таблицу печатают на отдельной странице. Авторы должны убедиться, что все таблицы упомянуты в тексте. Таблицы нумеруют последовательно, в порядке их первого упоминания в тексте (табл.1). Если таблица в единственном числе, она не нумеруется и в тексте делается ссылка (см. табл.).

8. Библиографические ссылки в тексте должны быть приведены с номерами в квадратных скобках в соответствии с прилагаемым списком литературы. Библиография должна содержать работы, главным образом, за последние 7 лет, в том числе публикации авторов статьи. Лишь в случае необходимости допустимы ссылки на отдельные более ранние публикации. В оригинальных статьях цитируют не более 20, а в научных обзорах – 40 источников (большее количество ссылок согласовывается с редакцией). В список литературы не включают неопубликованные работы. Список литературы должен быть озаглавлен “ЛИТЕРАТУРА” и напечатан через 1,5 интервала на отдельном листе. Авторы должны убедиться, что все литературные источники упомянуты в тексте. Литературные источники необходимо располагать по мере использования. Список литературы должен быть оформлен в соответствии с требованиями государственного стандарта - ГОСТ 7.1-2003 «Библиографическая запись. Библиографическое описание. Общие требования и правила составления» ([http://](http://diss.rsl.ru/datadocs/doc_291wu.pdf)

diss.rsl.ru/datadocs/doc_291wu.pdf).

9. В конце статьи должны быть подписи всех авторов и анкета, в которой указываются полные фамилия, имя и отчество каждого автора, ученые степени и звания, должности и место работы, служебные (обязательно) адреса и номера телефонов, факс, e-mail.

10. Рукопись должна быть тщательно отредактирована и выверена авторами. Все обозначения буквами и аббревиатуры в тексте должны быть пояснены.

11. К статье должны быть приложены рефераты, отражающие основные положения работы, на английском и русском языках (не менее 850 печатных знаков). Рефераты должны содержать фамилии и инициалы всех авторов, название статьи, учреждение, где выполнена работа, ключевые слова и следующие обязательные составляющие основного текста: вступление с описанием актуальности, цель работы, материал и методы, результаты и их обсуждение, выводы (Summary, Research purpose, Materials and methods, Results and discussion, Conclusions). Реферат должен быть структурированным (содержать все указанные рубрики), информативным (быть источником информации о содержании и результатах исследования, не содержать общих фраз, описания общеизвестных фактов, литературных отступлений и т.д.), содержательным (с четким изложением материала, в котором приводятся основные положения и результаты работы, фактические данные, выводы). В реферате не допускается наличие таблиц, рисунков, диаграмм, фотографий, аббревиатур (кроме общепринятых), сокращений. Реферат на английском языке будет размещаться на сайте журнала. Статьи с рефератами, переведенными с помощью компьютерного переводчика или имеющими некорректный перевод на английский язык, печататься не будут.

12. Рукописи, оформление которых не соответствует указанным правилам, не регистрируются и возвращаются авторам без рассмотрения. Дата поступления рукописи регистрируется при получении полного комплекта материалов.

13. Рукописи, не принятые к публикации в журнал, авторам не возвращаются.

Публикация статей в журнале не свидетельствует о том, что редколлегия разделяет положения, излагаемые авторами. В необходимых случаях редколлегия оставляет за собой право высказывать свои взгляды на проблему в виде комментария.

Адрес редакции: г. Донецк, ул. Одинцова, 19. Республиканская клиническая психиатрическая больница. Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии ДонНМУ им. М. Горького.
тел./факс: (062) 277-14-54, (062) 304-00-94.
e-mail: psychea@mail.ru dongournal@mail.ru