

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

№ 1 (37), 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

Ряполова Т.Л., Голоденко О.Н., Студзинский О.Г., Такташова Д.Р., Мельниченко В.В. Отчуждение и субъективное жизненное пространство больных шизофренией и заболеваниями шизофренического спектра

Ryapolova T.L., Golodenko O.N., Studzinsky O.G., Takhtashova D.R., Melnichenko V.V. Alienation and subjective life space of schizophrenia patients and diseases of the schizophrenic spectrum

Ряполова Т.Л., Абрамов В.А. Особенности самоорганизации деятельности у студентов медицинского вуза при использовании интерактивных методов обучения

Ryapolova T.L., Abramov V.A. Features of self-organization of activities of the students of medical university of the use of interactive teaching methods

Соловьева М.А., Абрамов А.В., Голоденко О.Н. Учебная мотивация у студентов медицинского вуза

Solovyova M.A. Abramov A.V., Golodenko O.N. Educational motivation of students of the medical university

Бабуря Е.В., Расторгужева И.С., Титухин Н.В. Модель комплексной реабилитации и психосоциального сопровождения пациентов с психическими расстройствами в психиатрической больнице №1 г. Макеевки

Babura E.V., Rastorguyeva I.S., Titukhin N.V. Model of integrated rehabilitation and psychosocial support of patients with mental disorders in psychiatric hospital №1 of Makeevka

Абрамов В.А., Бойченко А.А. Влияние интерактивных методов обучения на формирование у студентов эмпатических способностей

Abramov V. Al., Boychenko A.A. Influence of interactive methods of teaching for the formation of students of empathic abilities

Соловьева М.А., Ляшенко Ю.О., Студзинский О.Г. Оценка уровня самоэффективности у больных шизофренией с различной длительностью заболевания

Solovyova M.A. Lyashenko Yu.O., Studzinsky O.G. Assessment of the level of self-efficacy in patients with schizophrenia with different duration of the disease

Коваленко С.Р., Рязанцев Р.Е., Кравченко М.О. Исследование личностных стратегий саморегуляции у больных шизофренией и заболеваниями шизофренического спектра

Kovalenko S.R., Ryazantsev R.E., Kravchenko M.O. Investigation of the self-regulatory personal strategies for ssi-disease patients with various duration of disease

Абрамов В.А. Соотношение уровней самостигматизации и негативных психопатологических симптомов у больных шизофренией с разной длительностью заболевания

Abramov V. Al. The ratio of self-stigma and negative psychopathological symptoms in patients with schizophrenia with different duration of the disease

Коваленко С.Р., Студзинский О.Г., Такташова Д.Р. Влияние интерактивных методов обучения на самоэффективность личности в структуре рефлексивно-деятельностной компетентности

Kovalenko S.R., Studzinsky O.G., Takhtashova D.R. Influence of interactive methods of training on self-efficiency of the person in the structure of reflex-activity cometenct

НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ

SCIENTIFIC REVIEWS

Абрамов В.А., Абрамов А.В. Субъективное пространство дисфункциональных личностных паттернов (дезадаптивных схем) и режимов функционирования у лиц с психическими расстройствами (Сообщение 1. Базисные убеждения, эмоциональные и когнитивные схемы)

Abramov V.A., Abramov A.V. Subjective space of dysfunctional personality patterns (disadaptive regimens) and modes of functioning in persons with mental disorders (Communication 1. Basic beliefs, emotional and cognitive patterns)

Бойченко А.А. Роль семьи в формировании виктимности больных шизофренией

Boychenko A.A. The role of the family of patients with schizophrenia in the formation of the victimogenic environment

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

УДК 616.895.8:159.922+177.3

*Ряполова Т.Л., Голоденко О.Н., Студзинский О.Г., Тахташова Д.Р., Мельниченко В.В.***ОТЧУЖДЕНИЕ И СУБЪЕКТИВНОЕ ЖИЗНЕННОЕ ПРОСТРАНСТВО БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА**

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: шизофрения, субъективное жизненное пространство, феноменологический подход, экзистенциальные переживания, отчуждение

Доминирующий в последние годы тренд доказательной медицины ставит во главу угла диагностического процесса операциональный подход, основанный на атеоретичной размерной (измерительной) модели сущности психических расстройств и положенный в основу диагностических критериев международных классификаций болезни. В результате такого подхода была пересмотрена симптоматика психических расстройств и фактически упразднена общая психопатология в структуре клинической психиатрии: в большинстве современных американских и европейских руководств такого раздела вообще нет [1]. При очевидном преимуществе размерного подхода для унификации «клинического мышления» и получения достоверных результатов психофармакологических клинических исследований, исключительная операционализация диагностического поиска практически исключает фиксацию субъективных переживаний больного, способствует дегуманизации психиатрической практики и «к обнищанию психиатрии» [2-4]. В то же время, психическая жизнь больных шизофренией в ее субъективном измерении, независимо от прогресса нейробиологии, должна оставаться специфической областью интереса в психиатрии [5].

Формирование патогенетически обоснованной биопсихосоциальной модели сущности психических расстройств предполагает сочетанное использование и операциональной, и категориальной диагностики [1]. Категориальный подход основан на феноменологической характеристике психических расстройств и предполагает возможность проникновения в субъективный мир больного. Однако в реальной клинической практике врачами-психиатрами лишь периодически может использоваться подробное описание в истории болезни, в психическом статусе конкретных высказываний больных, которые могут

быть обозначены как феноменологические описания. Получение же ясных, точных и систематичных описаний тех или иных переживаний больного, лежащих в основе феноменологического исследования и основанных на самоописаниях пациентов, затруднено и практически не применяется. Современные больные шизофренией не только в силу имеющихся у них когнитивных и эмоционально-мотивационных проблем, но и в силу особенностей современного общества и образования, ориентированного на клиповое мышление в условиях нарастающего потока информации, испытывают естественные затруднения в самоанализе или репрезентации происходящего с ними. Поскольку тезис М. Bleuler (1980) о том, что шизофрения требует изучения жизни и индивидуальности больных [6], остается по-прежнему актуальным, а изучение субъективного опыта представляется многообещающей областью для исследований шизофрении [7], нами осуществлена попытка, взяв основу методологические принципы размерного подхода, предложить больным шизофренией стандартизованные опросники, направленные на изучение феноменологической структуры переживаний, в том числе, экзистенциальных, предположив, что стандартные формулировки помогут пациентам выразить субъективные переживания и обратиться к своему внутреннему миру. Ведь, по словам G. Stolz-Ingelath (2000), индивидуальное понимание пациента, стоящее недалеко от правды тонкое объяснение шизофрении, способствует уменьшению алиенации (отчуждения) больных [8].

Субъективное жизненное пространство некоторыми авторами понимается как когнитивно репрезентированный и психически переработанный реальный мир жизни человека [9]. Содержание жизненного пространства личности включает совокупность значимостей, «систему по-

зитивно, нейтрально или негативно окрашенных объектов или явлений, которые входят в систему взаимосвязей личности и среды» [10]. 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.

Деятельностно-смысловой подход Д.А. Леонтьева [11] и теоретические представления С. Мадди об отчуждении как об основе экзистенциального невроза [12] предлагают рассматривать отчуждение как нарушения в структуре взаимо-

отношений индивида с миром, проявляющегося в переживании смыслоутраты [13]. При этом в описание его входят и такие характеристики как ощущение бессмысленности существования, апатия, сочетающиеся со скукой, депрессией и притупленной эмоциональной реакцией (уплощением аффекта). Не являются такие же характеристики эмоционально-мотивационного снижения у больных шизофренией экзистенциальным переживанием смыслоутраты и отчуждения?

Целью настоящего исследования являлось определение взаимосвязей между отчуждением больных шизофренией и особенностями их субъективного жизненного пространства.

Материал и методы исследования

Исследование субъективного жизненного пространства и отчуждения проводилось у 74 больных шизофренией и заболеваниями шизофренического спектра 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 задачами исследования, пациенты не распределялись по диагностическим рубрикам, поэтому в дальнейшем все обследованные больные обозначаются как «больные шизофренией».

В исследовании использовались клиничко-anamнестический, клиничко-психопатологический, социально-психологический методы и метод математической обработки результатов.

Клиничко-anamнестический 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) [14], самоактуализационного теста (САТ, Ю.Е. Алешина и соавт., 1987) [15], теста смысловых ориентаций (СЖО) Дж. Крамбо, Л. Махолик (1968) в адаптации Д.А. Леонтьева (2000) [16], личностного опросника А.Т. Джер-

сайлда (Personal Issues Inventory) [17] и опросника субъективного отчуждения для взрослых (ОСОТЧ-В, в адаптации Е.Н. Осина, 2010) [18],

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 $p < 0,05$ [19].

Результаты исследования и их обсуждение

Исследование субъективного отчуждения больных шизофренией с различной продолжительностью заболевания, различной кратностью

психотических эпизодов и госпитализаций в психиатрический стационар представлено в таблицах 1-3.

Таблица 1

Субъективное отчуждение больных шизофренией в зависимости от давности заболевания

Показатели ОСОТЧ		I группа (до 5ти лет) (n=5 чел.) $\bar{X} \pm m$	II группа (> 5ти лет) (n=69 чел.) $\bar{X} \pm m$	Статистическая значимость различия, p
Отчуждение от работы	Вегетативность	23,3±17,96	45,3±27,5	0,048*
	Бессилие	24,0±31,6	45,4±26,9	0,094
	Нигилизм	36,3±24,2	55,9±25,8	0,148
	Авантюризм	23,7±33,2	49,1±21,8	0,018*
Отчуждение от общества	Вегетативность	28,0±21,9	44,9±27,7	0,189
	Бессилие	51,0±25,0	49,0±24,3	0,861
	Нигилизм	44,7±21,4	50,6±24,1	0,593
	Авантюризм	23,7±28,5	46,7±25,6	0,058
Отчуждение от других людей	Вегетативность	33,3±23,7	45,3±22,7	0,258
	Бессилие	44,7±36,9	48,5±23,7	0,739
	Нигилизм	31,0±28	43,9±22,4	0,226
	Авантюризм	34,0±38,6	49,1±24,3	0,203
Отчуждение от семьи	Вегетативность	31,3±39,1	47,7±25,7	0,187
	Бессилие	32,7±34,2	50,1±25,8	0,159
	Нигилизм	24,6±21,4	56,7±44,9	0,023*
	Авантюризм	20,0±18,1	44,5±27,1	0,035*
Отчуждение от самого себя	Вегетативность	33,3±30,9	47,6±26,1	0,245
	Бессилие	49,3±33,3	49,3±27,1	0,996
	Нигилизм	50,7±36,2	48,3±23,6	0,838
	Авантюризм	21,7±28,3	51,6±23,9	0,010*

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

При анализе отчужденности у больных с различной давностью заболевания обращала на себя внимание относительная сохранность взаимоотношений с окружающим миром у больных I группы с длительностью заболевания менее 5 лет при нарастании отчуждения по мере увеличения давности заболевания. Однако в коммуникациях с окружающими людьми у пациентов данной группы отмечался более высокий уровень отчужденности ($36,25 \pm 23,6$) с тенденцией к нарастанию общего показателя отчуждения от других людей в группе больных с длительностью заболевания свыше 5 лет ($46,75 \pm 32,7$).

В течение первых лет болезни пациенты сохраняли интерес к работе, и профессиональная деятельность входила в систему ценностей (средний балл отчуждения от работы в I группе пациентов $26,4 \pm 12,86$). В группе больных с длительностью заболевания свыше 5 лет отмеча-

лось нарастание отчуждения от работы вплоть до неспособности поверить в истинность и ценность данного вида социальной активности (вегетативность в данной группе больных статистически достоверно ($p < 0,05$) превышала аналогичный показатель в I группе). В то же время, часть пациентов на фоне переживания бессмысленности жизни предпринимала компульсивные попытки приступить к работе, пусть даже не в соответствии со специальностью, что на фоне нарастающего эмоционально-мотивационного снижения расценивалось ими экстремальные действия и нашло отражение в достоверном ($p < 0,05$) повышении показателя авантюризма в отчуждении от работы у пациентов II группы ($49,1 \pm 21,8$) в сравнении с аналогичным показателем в I группе ($23,7 \pm 33,2$).

Во взаимоотношениях в семье пациенты обнаруживали относительную сохранность контак-

тов при длительности заболевания менее 5 лет ($27,5 \pm 18,7$) с нарастанием отчуждения при увеличении продолжительности болезни ($50,0 \pm 32,7$), причем в семьях больные II группы достоверно ($p < 0,05$) чаще занимали деструктивную позицию. При этом часть пациентов, на фоне отчуждения от семьи и восприятия бессмысленности ее существования, предпринимали неконструктивные попытки или наладить взаимоотношения, или

завести новую семью (авантюризм в показателе отчуждения от семьи в этой группе статистически достоверно ($p < 0,05$) превышал аналогичный в группе I). Это могло быть свидетельством поиска реализации экзистенциальных переживаний во внутрисемейных контактах и являлось одним из оснований использования семейных ресурсов для реабилитационной поддержки больных шизофренией.

Таблица 2

Субъективное отчуждение больных шизофренией в зависимости от количества перенесенных психотических эпизодов

Показатели ОСОТЧ		I группа (1-3) (n=17 чел.) $\bar{X} \pm m$	II группа (> 4) (n=57 чел.) $\bar{X} \pm m$	Статистическая значимость различия, p
Отчуждение от работы	Вегетативность	46,0±29,9	43,2±26,9	0,712
	Бессилие	35,9±24,5	46,3±28,2	0,151
	Нигилизм	49,4±24,0	56,1±26,6	0,331
	Авантюризм	49,4±28,8	46,8±21,8	0,684
Отчуждение от общества	Вегетативность	41,8±29,0	44,3±27,3	0,741
	Бессилие	41,2±20,1	51,5±24,9	0,090
	Нигилизм	46,6±20,9	51,3±24,7	0,445
	Авантюризм	37,9±25,5	47,4±26,3	0,196
Отчуждение от других людей	Вегетативность	43,1±22,1	44,9±23,2	0,769
	Бессилие	47,2±24,3	48,5±24,7	0,845
	Нигилизм	40,2±19,4	43,8±23,9	0,527
	Авантюризм	42,5±27,5	49,7±24,8	0,310
Отчуждение от семьи	Вегетативность	46,4±26,2	46,7±27,1	0,968
	Бессилие	39,9±24,9	51,5±26,7	0,110
	Нигилизм	38,4±21,7	59,3±48,4	0,014*
	Авантюризм	39,1±23,2	43,9±28,4	0,484
Отчуждение от самого себя	Вегетативность	41,9±21,9	48,1±27,7	0,344
	Бессилие	49,2±25,7	49,3±27,9	0,991
	Нигилизм	48,7±23,3	48,4±24,8	0,962
	Авантюризм	48,4±27,6	49,8±24,7	0,837

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

Анализ показателей отчуждения больных шизофренией в различных сферах социальной жизни в зависимости от количества перенесенных психотических эпизодов представлен в таблице 2. Как видно из приведенной таблицы, вне зависимости от количества перенесенных психотических эпизодов обследованные больные характеризовались умеренной отчужденностью от работы, общества, других людей, семьи и от самих себя, причем не наблюдалось тенденции к нарастанию отчуждения в группе больных, перенесших 4 более психотических эпизодов. Исключение составила отчужденность от семьи, где пациенты II группы занимали деструктивную позицию на фоне утраты смысла семейных отношений (различия показателя нигилизма в

отчужденности от семьи между группами статистически достоверны ($p < 0,05$)). Полученные данные могут быть основанием для использования семейной терапии уже на начальных этапах заболевания с целью профилактики дисгармонии внутрисемейных отношений больных шизофренией.

Количество госпитализаций в психиатрический стационар оказалось фактором, наиболее явно влияющим на отчужденность в различных сферах жизни у обследованных больных (табл.3). Несмотря на отсутствие достоверных различий при сравнении общего показателя отчужденности в выделенных группах ($40,7 \pm 23,6$ в группе I, $44,8 \pm 34,6$ в группе II и $49,35 \pm 32,9$ в группе III) очевидной являлась тенденция к на-

растанию субъективной изоляции пациентов, чаще госпитализированных в психиатрическую больницу. Нарастание отчуждения от работы проявлялось компульсивным поиском экстремальных видов деятельности (или несвойственной пациентам до заболевания) вследствие ощущения бессмысленности участия в

трудовой деятельности при попытках родственников предложить выйти на работу или же полным обесцениванием идеи занятости на рабочем месте (различия в показателях авантюризма и вегетативности в отчуждении от работы между группами статистически достоверны ($p < 0,05$)).

Таблица 3

Субъективное отчуждение больных шизофренией в зависимости от количества госпитализаций в психиатрический стационар

Показатели ОСОТЧ		I группа (1 госп.) (n=17 чел.) $\bar{X} \pm m$	II группа (2-3 госп.) (n=9 чел.) $\bar{X} \pm m$	III группа (4 и >) (n=48 чел.) $\bar{X} \pm m$
Отчуждение от работы	Вегетативность	43,2±27,1*	42,9±30,5*	44,2±27,6*
	Бессилие	37,7±24,3	40,6±16,7	46,8±30,1
	Нигилизм	47,4±22,4	43,3±21,1	59,2±27,2
	Авантюризм	48,1±29,1*	46,2±20,1*	47,4±22,2*
Отчуждение от общества	Вегетативность	37,3±25,5	47,7±30,6	45,2±27,9
	Бессилие	43,1±24,3	39,5±13,3	53,1±25,1
	Нигилизм	45,2±20,5	58,6±18,9	50,4±25,6
	Авантюризм	36,2±23,5	53,9±19,6	46,7±27,7
Отчуждение от других людей	Вегетативность	40,3±21,1	45,4±18,2	45,9±24,3
	Бессилие	45,2±25,4	45,1±20,1	49,9±25,2
	Нигилизм	41,0±18,0	42,9±17,4	43,7±25,4
	Авантюризм	40,2±26,4	49,6±23,3	50,5±25,4
Отчуждение от семьи	Вегетативность	44,8±26,9	45,0±29,3	47,6±26,7
	Бессилие	36,9±24,9	45,8±19,2	53,7±27,3
	Нигилизм	38,2±20,9	42,5±16,7	62,6±51,8
	Авантюризм	39,5±23,1	39,4±22,1	44,6±29,6
Отчуждение от самого себя	Вегетативность	43,9±23,3	47,1±21,8	47,6±28,5
	Бессилие	46,5±25,3	46,2±21,5	50,9±29,2
	Нигилизм	47,5±24,3	40,4±12,2	50,4±25,8
	Авантюризм	47,0±26,3	46,4±19,3	51,0±26,2

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

Отчуждение от общества наиболее ярко проявлялось в группе пациентов, имевших 2-3 госпитализации в психиатрический стационар. Примерно с одинаковой частотой наблюдались деструктивное поведение (показатель авантюризма 53,9±19,6) и обесценивание идеи общественной жизни (показатель вегетативности 47,7±30,6). У больных III группы отчуждение от общества характеризовалось утратой веры в свои способности, однако осознание важности аспекта общественной жизни в основном сохранялось (показатель бессилия 53,1±25,1). Немаловажную роль в нарастании отказа от общественной жизни играла как стигматизирующая больных обстановка психиатрического стационара, так и наклеивание ярлыка психически больного со стороны общества. Поэтому участие пациентов в антистигматизационных программах, наряду со специфическими психотерапевтическими воз-

действиями, является важным фрагментом личностно-ориентированных подходов к оказанию помощи данному контингенту больных.

Нарастающее параллельно с кратностью госпитализаций отчуждение от семьи носило двоякий характер: переживание утраты веры в собственные возможности повлиять на семейную ситуацию при осознании важности семейных отношений и деструктивная позиция во взаимоотношениях с членами семьи как демонстрация убежденности в отсутствии смысла сохранения семьи (показатели бессилия и нигилизма в исследуемых группах 36,9±24,9, 45,8±19,2, 53,7±27,3 и 38,2±20,9, 42,5±16,7, 62,6±51,8 соответственно).

Таким образом, у обследованных больных шизофренией отчужденность наблюдалась в основном с сферах работы и семьи. На показатели отчуждения от работы оказывали влияние длительность заболевания и частота госпитализа-

ций в психиатрический стационар, отчуждение от семьи усугублялось и видоизменялось по мере нарастания давности заболевания, увеличения количества перенесенных психотических эпизодов и кратности госпитализаций. Полученные данные определяют точки приложения специфических и неспецифических личностно-ориентированных методов оказания помощи и поддержки больным шизофренией.

Результаты корреляционного анализа исследованных показателей представлены в таблицах 4-6.

Результаты корреляционного анализа исследованных показателей представлены в таблицах 4-6.

Таблица 4

Корреляционные связи показателей отчуждения и самоактуализации личности больных шизофренией и заболеваниями шизофренического спектра

ОСОТЧ	САТ					
	Ценностные ориентации	Сензитивность	Синергия	Принятие агрессии	Креативность	Потребность в познании
Авантюризм	0,455** 0,008	0,477** 0,005	0,374* 0,032	0,383* 0,028	0,419* 0,015	0,533** 0,001
Нигилизм	0,122 0,498	0,257 0,149	-0,055 0,760	0,153 0,395	0,411* 0,017	0,281 0,114
Отчуждение от других	0,170 0,343	0,273 0,124	0,079 0,661	0,148 0,412	0,391* 0,025	0,185 0,303

Примечание: * - показатель корреляции статистически значимо отличается от 0, $p < 0,05$; ** - показатель корреляции статистически значимо отличается от 0, $p < 0,001$.

Проведенный корреляционный анализ позволил выявить достоверные положительные корреляционные связи авантюризма как одной из форм отчуждения (по С. Мадди) с такими показателями самоактуализации как ценностные ориентации ($r=0,455$ при $p=0,008$), сензитивность ($r=0,477$ при $p=0,005$), синергия ($r=0,374$ при $p=0,032$), принятие агрессии ($r=0,383$ при $p=0,028$), контактность ($r=0,419$ при $p=0,015$) и познавательные потребности ($r=0,533$ при $p=0,001$). То есть, несмотря на глубинное переживание бессмысленности происходящего больные шизофренией способны на импульсивный поиск видов деятельности, зачастую не соответствующих их предболезненному роду занятий и профессиональной принадлежности (например, автослесарь по образованию предпринимает безрассудные, с точки зрения близких, попытки поступить на исторически факультет университета, мотивируя это имеющей место с подросткового возраста увлеченностью археологией). Способствуют этому способность разделять ценности, присущие самоактуализирующейся личности, сохраняющая способность отдавать себе отчет в собственных потребностях и чувствах, рефлексировать их, способность к целостному восприятию мира и пониманию связанности противоположностей, способность принимать свои раздражительность и гнев как естественные проявления человеческой природы, потребность к субъект-субъектному общению, потребность к приобретению знаний об окружающем мире. Т.о., чем сохраннее самоактуализация личности, тем

больше предпринимается попыток, пусть даже и безрассудных, преодолеть бессмысленность существования и отчуждения.

С другой стороны, сохранность потребностей в контактах с окружающими людьми обследованных больных приводила к нарастанию убежденности в отсутствии смысла вследствие деструктивных взаимоотношений с окружающими (достоверные, $p=0,017$, положительные корреляционные связи с нигилизмом как формой отчуждения, $r=0,411$) и, в конечном итоге, нарастанию отчужденности от других ($r=0,391$ при $p=0,025$). Подобная структура взаимоотношений с окружающими может быть связана как с особенностями феноменологической структуры эмоционально-волевой сферы пациентов, так и с предубежденным отношением к ним со стороны общества как проявлением стигматизации.

Выявленное при исследовании суверенности психологического пространства обследованного контингента больных снижение независимости в установлении социальных связей сочеталось с достоверными положительными корреляционными зависимостями от ряда показателей отчужденности. Снижение способности к самостоятельному налаживанию социальных контактов приводило к нарастанию восприятия бессмысленности жизни с деструктивными тенденциями (корреляции с нигилизмом $r=0,549$ при $p=0,001$), к компульсивному поиску жизненности в экстремальных видах деятельности (корреляции с авантюризмом $r=0,413$ при $p=0,017$) вплоть до неспособности поверить в истинность и цен-

ность любого вида деятельности (корреляции с вегетативностью $r=0,384$ при $p=0,027$). Привязанность к миру вещей, чрезмерная фиксация на личной собственности у респондентов могли провоцировать деструктивное и экстремальное поведение в поиске смысла жизни (достоверные ($p<0,05$) положительные корреляции между суверенностью мира вещей и показателями нигилизма ($r=0,354$) и авантюризма

($r=0,360$). Нарастание отчужденности в сферах работы, семьи, общения с другими усугубляло снижение суверенности и автономности в установлении социальных контактов и поиске близких людей (достоверные ($p<0,05$) положительные корреляционные связи между суверенностью социальных связей и отчуждением от работы ($r=0,413$), от других ($r=0,385$), от семьи ($r=0,355$)).

Таблица 5

Корреляционные связи показателей суверенности психологического пространства, самоактуализации и отчуждения у больных шизофренией и заболеваниями шизофренического спектра

СПП	САТ				ОСОТЧ					
	Ценностные ориентации	Самоуважение	Представления о природе человека	Познавательные потребности	Бессилие	Нигилизм	Авантюризм	Отчуждение от работы	Отчуждение от других	Отчуждение от семьи
СПП	0,405* 0,019	0,220 0,219	0,298 0,093	0,155 0,389	0,155 0,389	0,287 0,105	0,163 0,364	0,236 0,186	0,081 0,653	0,165 0,359
СФТ	0,362* 0,038	0,355* 0,042	0,146 0,418	0,147 0,413	0,147 0,413	0,206 0,251	0,092 0,612	0,170 0,345	0,045 0,802	0,112 0,533
СТ	0,276 0,119	0,168 0,351	0,117 0,517	0,057 0,754	0,057 0,754	0,199 0,266	0,079 0,661	0,194 0,280	-0,006 0,974	0,145 0,422
СВ	0,331 0,060	0,193 0,281	0,266 0,134	0,146 0,419	0,146 0,419	0,354* 0,043	0,360* 0,04	0,262 0,140	0,224 0,210	0,317 0,072
СП	0,435* 0,011	0,226 0,207	0,355* 0,043	0,362* 0,039	0,359* 0,040	0,276 0,120	0,215 0,228	0,163 0,33	0,044 0,807	0,102 0,571
СС	0,170 0,345	0,002 0,990	0,246 0,167	0,128 0,478	0,384* 0,027	0,549** 0,001	0,413* 0,017	0,413* 0,017	0,385* 0,027	0,355* 0,043
СЦ	0,189 0,293	-0,040 0,826	0,390* 0,025	-0,073 0,685	-0,073 0,685	0,293 0,098	0,156 0,385	0,286 0,107	0,170 0,345	0,237 0,184

Примечание: * - показатель корреляции статистически значимо отличается от 0, $p<0,05$; ** - показатель корреляции статистически значимо отличается от 0, $p<0,001$.

Весьма показательной с точки зрения экзистенциально-феноменологического подхода к пониманию субъективного жизненного пространства больных шизофренией является наличие достоверных ($p=0,025$) положительных корреляционных связей ($r=0,390$) между суверенностью ценностей обследованных больных и самоактуализационным показателем представлений о природе человека: суверенность ценностей сохраняется при наличии склонности к восприятию природы человека в целом как положительной («люди в массе своей скорее добры»).

В то же время, отсутствие насильственных попыток изменить привычный распорядок жизни (достоверные ($p<0,05$) положительные корреляционные связи ценностных ориентаций с суверенностью физического тела ($r=0,405$)

и привычек ($r=0,435$)), а также суверенность психологического пространства в целом ($r=0,405$ при $p=0,019$) определялись у обследованных пациентов их способностью разделять ценности, присущие самоактуализирующейся личности.

Наличие достоверных положительных корреляций между суверенностью физического тела и самоуважением ($r=0,355$ при $p=0,042$) свидетельствовало о роли физического комфорта и отсутствия насилия над отправлением физических потребностей в самоактуализирующей личности способности ценить свои достоинства и уважать себя за них. В то же время, депривация соматического комфорта может быть фактором, блокирующим самовосприятие и способствующим самоуничижению.

Корреляционные связи экзистенциальных личностных показателей, самоактуализации, отчуждения и суверенности психологического пространства у больных шизофренией и заболеваниями шизофренического спектра

Показатели методики А. Джерсайлд	САТ	ОСОТЧ				СПП				
	Познавательные потребности	Бессилие	Нигилизм	Отчуждение от работы	Отчуждение от общества	СПП	СФТ	СТ	СВ	СС
Одиночество	0,086 0,636	0,076 0,673	0,149 0,408	0,181 0,313	-0,070 0,697	0,199 0,266	0,136 0,449	0,268 0,132	0,156 0,386	0,350* 0,046
Бессмысленность существования	0,361* 0,039	0,375* 0,032	0,203 0,258	0,142 0,430	0,052 0,776	0,246 0,167	0,179 0,319	0,154 0,392	0,168 0,351	0,350* 0,046
Свобода выбора	0,082 0,651	0,153 0,397	0,152 0,400	0,219 0,220	0,004 0,985	0,111 0,537	0,027 0,884	0,082 0,650	0,124 0,490	0,418* 0,015
Половой конфликт	0,175 0,329	0,282 0,112	0,408* 0,018	0,282 0,111	0,319 0,070	0,258 0,147	0,304 0,086	0,183 0,307	0,180 0,316	0,236 0,186
Враждебный настрой	0,372* 0,033	-0,110 0,543	-0,017 0,927	0,010 0,955	-0,362* 0,039	0,093 0,606	0,111 0,538	0,118 0,514	0,016 0,931	0,034 0,851
Безнадежность	0,160 0,374	0,221 0,216	0,359* 0,040	0,423* 0,014	-0,323 0,066	0,264 0,138	0,311 0,078	0,335 0,057	0,203 0,258	0,308 0,082
Неприкаянность	0,6 0,76	0,23 0,2	0,15 0,4	0,11 0,53	0,06 0,75	0,470** 0,006	0,383* 0,028	0,402* 0,020	0,44* 0,010	0,459** 0,007

Примечание: * - показатель корреляции статистически значимо отличается от 0, $p < 0,05$; ** - показатель корреляции статистически значимо отличается от 0, $p < 0,001$.

Экзистенциальные переживания больных шизофренией в проведенном исследовании обнаруживали умеренное количество корреляционных связей с показателями самоактуализации, отчуждения и суверенности психологического пространства. Достоверные положительные ($p < 0,05$) корреляционные связи между показателями одиночества и бессмысленности существования и суверенностью социальных связей ($r = 0,350$ в обоих случаях) могут отражать возможность попыток установления социальных контактов, которые, являясь непродуктивными, усугубляли переживания одиночества и бессмысленности жизни. При этом свобода выбора положительно коррелировала с автономностью в выборе друзей и знакомых ($r = 0,418$ при $p = 0,015$). Экзистенциальное переживание неприкаянности (бездомности по А. Джерсайлд) обнаруживало положительные корреляции как с суверенностью физического тела ($r = 0,355$ при $p = 0,028$), суверенностью территории ($r = 0,402$ при $p = 0,020$) и суверенностью мира вещей ($r = 0,44$ при $p = 0,010$), так и с суверенностью психологического пространства в целом ($r = 0,470$ при $p = 0,006$). Полученные данные позволяют думать о том,

что «размытость» психологического пространства больных шизофренией, его депривированность с попытками насильственного внедрения в соматическое благополучие, территориальную целостность и в мир вещей снижают экзистенциальные переживания одиночества и бессмысленности существования пациентов.

Потребность в познании как характеристика самоактуализирующейся личности респондентов положительно коррелировала с показателями бессмысленности существования ($r = 0,361$) и враждебного настроя ($r = 0,372$). Чем выше было у больных стремление к приобретению знаний об окружающем мире, тем больше они ощущали бессмысленность существования, тем чаще они трактовали окружающий мир как враждебный и проецировали собственный враждебный настрой на окружающих. Возможно, причиной этому являлись особенности когнитивного стиля обследованных пациентов в сочетании со стигматизирующими условиями существования их в окружающем мире.

Переживания безнадежности и полового конфликта стимулировали формирование деструктивных тенденций при наличии убежденности в

отсутствии смысла в жизни (достоверные ($p < 0,05$) положительные корреляции нигилизма и безнадежности ($r = 0,359$) и полового конфликта ($r = 0,408$)). Неспособность поверить в истинность и ценность любой реальной или воображаемой деятельности как наиболее тяжелая форма отчуждения был сопряжена с экзистенциальным переживанием бессмысленности существования ($r = 0,375$ при $p = 0,032$).

Парадоксальным, на первый взгляд, было наличие достоверной ($p = 0,039$) отрицательной корреляции между враждебным настроением у обследованных больных и отчуждением от общества ($r = -0,362$). Но, по-видимому, ощущение враждебности переживалось больными вне отрыва от социальных связей, проецируясь на людей или общество в целом с включением их в круг объектов негативной настроенности, что, соответственно, не позволяло пациентам пережить отчуждение как изоляцию или отверженность.

Ощущение безнадежности являлось одним из факторов переживания отчуждения, прежде всего, в сфере работы ($r = 0,423$ при $p = 0,014$). В то же время, отсутствие работы, переживание собственной несостоятельности и ненужности в профессиональной сфере усугубляло переживание безнадежности существования с болезнью.

Таким образом, проведенное исследование позволяет сделать следующие выводы.

Проведенный корреляционный анализ позволил дать предварительную экзистенциально-феноменологическую оценку субъективного жизненного пространства больных шизофренией. Так, суверенность социальных связей являлась для обследованных больных шизофренией фактором, провоцирующим и усиливающим отчуждение от семьи, других людей и работы, что проявлялось нарастанием экзистенциальных переживаний бессилия, могло провоцировать безрассудные поступки, но, чаще, сопровождалось деструктивным поведением, провоцирующим конфликты в семье, с друзьями и, если они сохранялись, сотрудниками, т.е. суверенность социальных связей для больных шизофренией может являться признаком «уплотнения» границ в социальном контексте и быть феноменом аутизации и амбивалентности обследованных пациентов.

Экзистенциальное переживание неприкаянности, ненужности окружающему миру могло быть результатом и способствовать нарастанию депривированности социальных связей и психологического пространства в целом, в меньшей мере, но достаточно тесно, было связано с суверен-

ностью / депривированностью физического тела, территории и мира вещей, т.е. комфортное с точки зрения обывателя физическое, материальное, территориальное состояние больных переживалось ими как ненужное, брэнное. С точки зрения общей психопатологии это может рассматриваться как проявление гипобулии, но феноменологически означает экзистенциальное переживание неприкаянности пациентов.

Суверенность социальных связей обследованных больных носила двоякий характер: «уплотнение», определенность границ, с одной стороны, переживалось как ощущение одиночества, с другой – олицетворяло бессмысленность существования, что могло быть экзистенциально-феноменологической характеристикой аутизации пациентов и подтверждалось положительной корреляцией с переживанием феномена свободы выбора («я выбираю изоляцию при уверенности в наличии людей вокруг меня»).

Смысло-жизненные ориентации являлись наиболее существенным параметром субъективного жизненного пространства больных шизофренией, поскольку именно они в наибольшей степени влияли как на самоактуализацию пациентов, так и на их отчуждение. Фиксация пациентов на прошлой жизни являлась провоцирующим для формирования дискретности восприятия времени фактором. Переживание потери смысла жизни способствовало нарастанию отчуждения не только от общества, других людей и семьи, но и от себя самого. Утрата веры в возможность контроля над собственной жизнью, фатализм, формировали доминирующую стратегию отчуждения в виде отказа от каких-либо усилий по изменению ситуации и ощущение собственного бессилия перед окружающим миром.

Полученные результаты свидетельствуют не только возможности их использования при разработке реабилитационных и психотерапевтических рекомендаций для пациентов с шизофренией, но и определяют перспективы экзистенциально-феноменологических подходов в исследовании больных шизофренией с увеличением выборки испытуемых (в частности, пациентов с первым психотическим эпизодом), сравнительном анализом с больными, страдающими другими психическими расстройствами, а также здоровыми респондентами с учетом дополнительных параметров испытуемых (гендерно-возрастных, образовательных и пр.), расширением и дифференциацией экспериментально-психологического инструментария (в том числе с использованием проективных методик).

ОТЧУЖДЕНИЕ И СУБЪЕКТИВНОЕ ЖИЗНЕННОЕ ПРОСТРАНСТВО БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: шизофрения, субъективное жизненное пространство, феноменологический подход, экзистенциальные переживания, отчуждение.

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. Исследование направлено на определение взаимосвязей между отчуждением больных шизофренией и особенностями их субъективного жизненного пространства.

Проведенный корреляционный анализ позволил дать предварительную экзистенциально-феноменологическую оценку субъективного жизненного пространства больных шизофренией. Так, суверенность социальных связей являлась для обследованных больных шизофренией фактором, провоцирующим и усиливающим отчуждение от семьи, других людей и работы. Экзистенциальное переживание неприкаянности, ненужности окружающему миру могло быть результатом и способствовать нарастанию депривированности социальных связей и психологического пространства в целом, в меньшей мере, но достаточно тесно, было связано с суверенностью / депривированностью физического тела, территории и мира вещей, т.е. комфортное с точки зрения обывателя физическое, материальное, территориальное состояние больных переживалось ими как ненужное, брэнное. С точки зрения общей психопатологии это может рассматриваться как проявление гипобулии, но феноменологически означает экзистенциальное переживание неприкаянности пациентов.

Суверенность социальных связей обследованных больных носила двоякий характер: «уплотнение», определенность границ, с одной стороны, переживалось как ощущение одиночества, с другой – олицетворяло бессмысленность существования, что могло быть экзистенциально-феноменологической характеристикой аутизации пациентов и подтверждалось положительной корреляцией с переживанием феномена свободы выбора («я выбираю изоляцию при уверенности в наличии людей вокруг меня»).

Смысло-жизненные ориентации являлись наиболее существенным параметром субъективного жизненного пространства больных шизофренией, поскольку именно они в наибольшей степени влияли как на самоактуализацию пациентов, так и на их отчуждение. Фиксация пациентов на прошлой жизни являлась провоцирующим для формирования дискретности восприятия времени фактором. Переживание потери смысла жизни способствовало нарастанию отчуждения не только от общества, других людей и семьи, но и от себя самого. Утрата веры в возможность контроля над собственной жизнью, фатализм, формировали доминирующую стратегию отчуждения в виде отказа от каких-либо усилий по изменению ситуации и ощущение собственного бессилия перед окружающим миром.

Полученные результаты свидетельствуют не только возможности их использования при разработке реабилитационных и психотерапевтических рекомендаций для пациентов с шизофренией, но и определяют перспективы экзистенциально-феноменологических подходов в исследовании больных шизофренией в увеличении выборки испытуемых (в частности, пациентов с первым психотическим эпизодом), сравнительном анализе с больными, страдающими другими психическими расстройствами, а также здоровыми респондентами, учете дополнительных параметров испытуемых (гендерно-возрастных, образовательных и пр.), расширении и дифференциации экспериментально-психологического инструментария (в том числе, использовании проективных методик). (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2017. — № 1 (37). — С. 4-14).

Ryapolova T.L., Golodenko O.N., Studzinsky O.G., Takhtashova D.R., Melnichenko V.V.

ALIENATION AND 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, alienation.

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 study is aimed at determining the relationship between the alienation of schizophrenic patients and the characteristics of their subjective living space.

The conducted correlation analysis allowed to give a preliminary existential-phenomenological assessment of the subjective life space of schizophrenic patients. So, the sovereignty of social ties was for the examined schizophrenic patients a factor provoking and increasing alienation from the family, other people and work. The existential experience of unrepentantness and uselessness to the surrounding world could be the result and contribute to the growth of deprivation of social ties and psychological space in general, to a lesser extent, but rather closely, was connected with the sovereignty / deprivation of the physical body, territory and world of things, i.e. Comfortable from the point of view of the philistine, the physical, material, territorial condition of the patients was experienced by them as unnecessary, perishable. From the point of view of general psychopathology, this can be considered as a manifestation of hypobulosis, but phenomenologically means the existential experience of the patient's aversiveness.

The sovereignty of the social connections of the patients examined was twofold: "condensation", the certainty of the borders, on the one hand, was experienced as a sense of loneliness; on the other, it embodied the meaninglessness of existence, which could be an existential phenomenological characteristic of patients' autolysis and was confirmed by a positive correlation with the experience of the freedom of choice phenomenon ("I choose isolation with confidence in the presence of people around me").

Sense-life orientations were the most significant parameter of the subjective life space of schizophrenic patients, since they exerted the greatest influence on both self-actualization of patients and their alienation. Fixation of patients in a past life was provoking to form a discreteness of perception of time by a factor. The experience of losing the meaning of life contributed to the growth of alienation not only from society, other people and the family, but also from oneself. The loss of faith in the possibility of control over one's own life, fatalism, formed the dominant strategy of alienation in the form of giving up any efforts to change the situation and feeling our own impotence in front of the world around us.

The obtained results not only testify to the possibility of their use in the development of rehabilitation and psychotherapeutic recommendations for patients with schizophrenia, but also determine the perspectives of existential-phenomenological approaches in the study of patients with schizophrenia in increasing the sample of subjects (in particular, patients with the first psychotic episode), comparative analysis with patients, suffering from other mental disorders, as well as healthy respondents, taking into account additional parameters of the subjects (gender, age, education, etc.), the expansion and differentiation of experimental psychological tools (including the use of projective techniques). (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2017. — № 1 (37). — P. 4-14).

Литература

1. Коцюбинский А.П. Проблемы современной диагностики психических расстройств / А.П. Коцюбинский, Н.С. Шейнина, Ю.В. Мельникова, И.О. Аксенова // Обзорение психиатрии и медицинской психологии. - 2012. - № 4. - С. 7-11.
2. Andreasen N.C. DSM and the death of phenomenology in america: an example of unintended consequences / N.C. Andreasen // Schizophr Bull. 2007. - Vol. 33. -N 1.-P. 108-1012.
3. Huber G. Psychopathology an exhausted mine? / G. Huber // Fortschr. Neurol. Psychiatr. - 2002. - Bd. 70, N 8. - S. 393-402.
4. Hojaij C.R. Reappraisal of Dementia Praecox: focus on clinical psychopathology / C.R. Hojaij // World J. Biol. Psychiatry. 2000. - Vol. 1, N 1. - P. 4354.
5. Slosarczyk M. Can psychiatry become neuropsychiatry? / M. Slosarczyk // Psychiatr. Pol. 2005. - T. 39, N 2. - С. 239-248.
6. Bleuler M. Chronicity or chronification among our schizophrenics / M. Bleuler // Schweiz Arch Neurol Neurochir Psychiatr. 1980. - Vol. 126, N 2. - P. 245-253.
7. Parnas J. Clinical detection of schizophrenia-prone individuals: critical appraisal / J. Parnas // Br. J. Psychiatry. 2005. - Vol. 48, Suppl. - P. 111-112.
8. Slolz-Ingelath G. Epistemological aspects of Eugen Bleuler's conception of schizophrenia in 1911 / G. Stolz-Ingelath // Med. Health Care Philos. 2000. - Vol. 3, N 2. -P. 153-159.
9. Анцыферова Л.И. Психология повседневности: жизненный мир личности и «техники» ее бытия / Л.И. Анцыферова // Психологический журнал. - 1993. - Т. 14, № 2. - С. 3-16.
10. 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.
11. Леонтьев Д. А. Психология смысла: природа, строение и динамика смысловой реальности / Д.А. Леонтьев. - М.: Смысл, 2007. - 511 с.
12. Maddi S.R. The Existential Neurosis / S.R. Maddi // Journal of Abnormal Psychology, 1967. - Vol. 72, No. 4. - P. 311-325.
13. Осин Е.Н. Смыслоутрата как переживание отчуждения: структура и диагностика / Е.Н. Осин // Автореф. дис. на соиск. уч. степ. канд. психол.н. Специальность 19.00.01 «Общая психология, психология личности и история психологии». - Москва, 2007. - 25 с.
14. Нартова-Бочавер С.К. Новая версия опросника «Суверенность психологического пространства 2010» / С.К. Нартова-Бочавер // Психологический журнал. - 2014. -№3, Т.35. - С. 105-119.
15. 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.
16. Леонтьев Д.А. Тест смысло-жизненных ориентации (СЖО). 2-е изд./ Д.А. Леонтьев. - М.: Смысл, 2000. — 18 с.
17. Прохоров А.О. Методики диагностики и измерения психических состояний личности / А.О. Прохоров. - М.: ПЕР СЭ, 2004. - 112 с.
18. Осин Е.Н. Опросник субъективного отчуждения / Е.Н. Осин. - М.: Смысл, 2010. - 98 с.
19. 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 24.05.2017

УДК 159.953.5-057.875+004.9:616.89+378.096

Ряполова Т.Л., Абрамов В.А.

ОСОБЕННОСТИ САМООРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ИНТЕРАКТИВНЫХ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: самоорганизация деятельности, студенты, интерактивные методы обучения

Переход на новые стандарты обучения актуализирует необходимость поиска новых путей для решения проблемы подготовки квалифицированных специалистов с высшим, в том числе, медицинским, образованием, готовых быстро адаптироваться к новым условиям труда, умеющих рационально организовать свой умственный труд.

Компетентностный подход является основой государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования, принятого в Донецком национальном медицинском университете им. М. Горького. Этот стандарт представляет собой совокупность требований к результатам освоения основных образовательных программ подготовки специалистов по направлению (специальности) – “Лечебное дело”. Эти требования определяют виды и содержание общекультурных (ОК) и профессиональных (ПК) компетенций, обязательных для решения специалистом профессиональных задач в соответствии с видами профессиональной деятельности.

В мировой образовательной практике понятие компетентности как цели образования выступает в последние годы в качестве одного из центральных понятий, а включение в образовательные цели формирования ключевых компетенций и связанных с этим изменений методов учебной работы – как основное направление реформирования (или модернизации) образования [1].

Внедрение компетентностного подхода в систему высшего профессионального образования направлено на улучшение взаимодействия с рынком труда, повышение конкурентоспособности специалистов, обновление содержания, методологии и формирование соответствующей среды обучения [2].

Прообразом современных представлений компетентностного подхода являются идеи

общего и личностного развития, сформулированные в контексте психолого-педагогических концепций развивающего и личностно-ориентированного образования [3]. В этой связи компетенции рассматриваются как сквозные вне-, над- и метапредметные образования, интегрирующие как традиционные знания, так и разного рода обобщенные интеллектуальные, коммуникативные, креативные, методологические, мировоззренческие и иные умения.

Образовательная компетенция понимается как совокупность смысловых ориентации, знаний умений, навыков и опыта деятельности студента по отношению к определенному кругу объектов реальной действительности, необходимых для осуществления личностно и социально значимой продуктивной деятельности.

Ключевые компетенции и их системы включают ценностно-смысловую, общекультурную, учебно-познавательную, информационную, коммуникативную, социально-трудовую компетенции и компетенцию личностного самосовершенствования. Согласно М. Холстед, ключевые компетенции выполняют три функции. Во-первых, они помогают студентам обучаться, во-вторых, позволяют сотрудникам стать более гибкими, соответствовать запросу работодателей, в-третьих, помогают быть более успешными в дальнейшей жизни [4].

В связи с этим представляется целесообразным использование концепции личностного потенциала применительно к оценке и развитию ключевых компетенций студентов медицинского вуза. Содержательная сторона личностного потенциала включает в себя не только совокупность личностных качеств, но и такие составляющие, как здоровье, степень физиологической, психологической, социальной активности, уровень усвоенной социальной культуры, совокупность знаний, умений и навыков как профессионального, так и бытового характера, а также

уровень духовно-нравственного развития личности [5, 6]. Д.А. Леонтьев обращает внимание на то, что когда мы говорим о личностном потенциале, речь идет не столько о базовых личностных чертах или установках, сколько об особенностях системной организации личности в целом [7, 8]. По его определению, личностный потенциал есть интегральная характеристика индивидуально-психологических особенностей личности, лежащая в основе ее способности исходить из устойчивых внутренних критериев и ориентиров в своей жизнедеятельности и сохранять стабильность деятельности и смысловых ориентаций на фоне давлений и изменяющихся внешних условий; характеристика, отражающая «меру преодоления личностью заданных обстоятельств, в конечном счете, преодоление личностью самой себя» [7].

Актуальность формирования ключевых, в том числе образовательных, компетенций у студентов медицинского вуза предусматривает оптимизацию личностного потенциала путем саморазвития, самосовершенствования, самореализации личности. Подготовка студентов должна рассматриваться как путь к реализации их собственных смыслов жизни, что невозможно без развитых навыков самоорганизации деятельности, которая, являясь одной из составляющих личностного потенциала, позволяет человеку противостоять нежелательным изменениям в окружающем мире [8]. Смещение акцентов в профессиональном обучении на самостоятельную работу, трудовая деятельность студентов во внеучебное время, участие их в научной и общественной работе требуют высокого уровня развития способности распределять время, анализировать свои возможности, расставлять приоритеты.

Уровень самоорганизации современных студентов вызывает опасения у многих исследователей. Так, например А. В. Смирновым выявлено полное отсутствие «личного менеджмента» у студентов, а также отсутствие умения рационально планировать свой день. При этом отмечается снижение показателей личной значимости планирования собственного времени, выражающееся в недостаточном количестве личного времени, отводимого на самостоятельную учебную деятельность [9]. Такая тенденция представляет серьезную проблему для системы образования и имеет потенциально негативный сценарий развития в будущем, так как самоорганизация является фактором, определяющим эффективность учебной деятельности сту-

дента. По мнению А. В. Серого, условия образовательного процесса в вузе должны опираться на внутреннюю, а не на внешнюю мотивацию учащегося, т. е. должны быть «направлены на личностный рост учащегося, стимулируя его стремление к самоактуализации» [10].

Самоорганизация – деятельность и способность личности, связанные с умением организовать себя, которые проявляются в целеустремленности, активности, обоснованности мотивации, планировании своей деятельности, самостоятельности, быстроте принятия решения и ответственности за них, критичности оценки результатов своих действий, чувстве долга [11].

Согласно мнению А.В. Смирнова, самоорганизация представляет собой совокупность навыков и умений рационального распределения учебного и свободного времени, а также оценки результативности учебной деятельности [9]. Самоорганизация обеспечивает овладение умениями планировать, организовывать, варьировать способы выполнения учебных заданий в процессе учебной деятельности. Однако самоорганизация представлена не только совокупностью умений и навыков, но и личностными характеристиками такими, как ценностные ориентации и временная перспектива [12].

Самоорганизация включает навыки рационального распределения личного времени для планирования учебной деятельности, но планирование всегда взаимосвязано с восприятием своего субъективного времени. Цели всегда находятся в обозримом будущем, поэтому для постановки цели человеку необходимо осознавать свое субъективное будущее и соотносить его с субъективным настоящим. Поскольку для самоорганизации учебной деятельности необходимо осознавать, формулировать и ставить цели, планировать пути их достижения, контролировать и оценивать результаты собственной деятельности, соотнося с целями, объективно оценивать физические и психические ресурсы организма, самоорганизация может пониматься как система, состоящая из взаимосвязанных компонентов и обладающая интегративным свойством целого, не сводимого к сумме свойств отдельных её частей [13].

Модель осознанной саморегуляции произвольной деятельности О.А. Конопкина включает в себя следующие функциональные звенья: 1) принятая субъектом цель деятельности, 2) субъективная модель значимых условий, 3) программа исполнительских действий, 4) система субъективных критериев достижения цели, 5)

контроль и оценка реальных результатов, б) решения о коррекции [14].

Целостная система самоуправления Н.М. Пейсахова состоит из анализа противоречий, прогнозирования, целеполагания, планирования, критериев оценки качества, принятия решения, самоконтроля, коррекции [15].

Е.Ю. Мандрикова выделяет в структуре самоорганизации планомерность, целеустремленность, настойчивость, фиксацию (на структурировании деятельности), самоорганизацию (с помощью внешних средств), ориентацию на настоящее [16].

А.Д. Ишковым проведен анализ базовых структурно-функциональных моделей процесса самоорганизации. Им выделено пять наиболее значимых функциональных компонентов процесса самоорганизации, присутствующих в подавляющем большинстве рассмотренных деятельностных моделей: целеполагание, анализ ситуации, планирование, самоконтроль и коррекция, а также добавленный автором шестой личностный компонент – волевые усилия [17].

Исходя из указанных выше подходов к рассмотрению самоорганизации, данный феномен может быть определен как многоуровневый процесс формирования субъектом своей активности, мобилизующий внутренние ресурсы организма для достижения поставленной цели, который воплощает в себе волевые, мотивационные, ценностно-смысловые компоненты, а также способность правильно воспринимать, оценивать и распределять время. Все компоненты данного процесса взаимосвязаны и взаимообусловлены. Невозможно представить самоорганизацию вне деятельности, поскольку это процесс, благодаря которому личность способна самостоятельно регулировать собственную деятельность, поэтому мы считаем, что самоорганизация имеет схожие с деятельностью этапы формирования, а именно: этап постановки цели и анализа; этап планирования; этап реализации и этап контроля и оценки [12].

При изучении основ формирования самоорганизации деятельности студентов как средства организации учебной, научной и практической деятельности, выделяют внутренние и внешние факторы, повышающие эффективность самостоятельной деятельности. К внутренним факторам относятся положительные эмоции при решении учебных задач, мотивация в учебной деятельности, настрой на успех, на потребность в достижениях в учебном процессе, желание принести пользу и радость окружающим своей дея-

тельностью. Внешние факторы – заинтересованность в объекте деятельности, организация форм проявления определенного способа деятельности, изучение средств деятельности, направленность на глубину деятельности [18].

А.В. Зобков считает, что в учебной деятельности студентов самоорганизация предполагает сознательное изменение методов, способов и приемов активности. Основой для этого является способность учащегося адекватно оценивать свои личные качества, эмоциональное состояние, адекватно представлять условия деятельности, объем своих знаний, умений, навыков [19].

Использование интерактивных методов обучения на кафедре психиатрии, наркологии и медицинской психологии ДонНМУ организовано на основе «Положения об интерактивных методах обучения в Донецком национальном медицинском университете им. М. Горького» (приложение № 5 к приказу ДонНМУ им. М. Горького № 159 от 25.09.2015).

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.

Интерактивное обучение является совместной деятельностью преподавателя и учащихся, при которой все участники образовательного процесса взаимодействуют друг с другом, обмениваются информацией, совместно решают проблемы, моделируют профессиональные задания, формируют собственное поведение в условиях реальной психической ситуации.

На кафедре психиатрии, наркологии и медицинской психологии интерактивные методы обучения используются при изучении модулей «Медицинская психология», «Психиатрия». Они ориентированы на аудиторные и внеаудиторные формы работы. Эти методы (мультимедийные и интерактивные образовательные технологии) представлены в виде интерактивных обучающих комплексов (ИОК). Мультимедийные технологии и сетевые ресурсы: 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. Интерактивные образовательные технологии: учебные

групповые дискуссии, case-study, деловые (ролевые) игры, «мозговой штурм», учебно-исследовательская работа студентов (УИРС).

Целью настоящего исследования являлось

определение влияния интерактивных методов обучения при изучении дисциплины «Медицинская психология. Психиатрия» на самоорганизацию деятельности студентов.

Материал и методы исследования

Исследование самоорганизации деятельности проводилось у 64 студентов 4го курса медицинского университета (представителей мужского пола - 23 (36%), женского – 41 (64%)) дважды: в первый день обучения на кафедре (Исследование 1) и на последнем занятии (Исследование 2). Для количественной оценки самоорганизации использовался «Опросник самоорганизации деятельности» (ОСД) Е.Ю. Мандриковой [20]. В структуру опросника входит 6 шкал: «Планомерность» – степень вовлеченности личности в тактическое ежедневное планирование по определенным принципам; «Целеустремленность» – способность личности сконцентрироваться на цели; «Настойчивость» – склонность личности к приложению волевых усилий для завершения начатого дела и упорядочения активности; «Фиксация» – склонность личности к фиксации на заранее спланированной структуре организации событий во времени; «Самоорганизация» – склонность субъекта к использованию внешних средств организации деятельности, «Ориентация на настоящее» - временная ориентация на настоящее.

Статистическая обработка полученных дан-

ных проводилась в пакете статистической обработки «MedStat» [21]. Для представления значений количественных признаков в работе приведено значение среднего арифметического (\bar{X}) и ошибки среднего (m). Для проведения интервальной оценки рассчитывался 95% доверительный интервал (95% ДИ) частоты встречаемости признака [22]. Для сравнения средних значений количественных показателей двух выборок использовался критерий Стьюдента (нормальный закон распределения). При изучении динамики изменения показателя использовались параметрические (в случае нормального закона распределения) либо непараметрические (в случае закона распределения отличного от нормального) методы сравнения для связанных выборок. При сравнении средних для трех и более различных групп пациентов привлекались методы множественного сравнения [21]: использовался однофакторный дисперсионный анализ и метод Шеффе (нормальный закон распределения); критерий Крускала-Уоллиса и метод множественных сравнений Данна (закон распределение отличался от нормального) [21].

Результаты исследования и их обсуждение

Сравнительный анализ показателей самоорганизации деятельности у обследованных студентов (в первый день обучения на кафедре, на последнем занятии и в сравнении с нормативными показателями) представлен в таблице 1.

При первом исследовании студенты мужского пола характеризовались достаточно структурированным подходом к организации деятельности (общий показатель $108,6 \pm 5,9$ соответствовал нормативному). При этом представители данной группы демонстрировали способность усилием воли завершить начатое дело (показатель настойчивости $24,3 \pm 5,4$ статистически достоверно ($p < 0,05$) превышал норму), но при организации своей деятельности они были не склонны прибегать к помощи внешних средств (показатель самоорганизации $5,8 \pm 0,7$ статистически достоверно ($p < 0,05$) ниже нормативного $9,99 \pm 5,0$). Респонденты женского пола имели высокий общий показатель ($111,7 \pm 4,3$, статистически достоверно ($p < 0,05$) превышающий нормативные значения).

Они характеризовались планомерностью, целеустремленностью и целенаправленностью (показатели планомерности и целеустремленности $19,1 \pm 5,7$ и $34,5 \pm 1,1$ соответственно статистически достоверно ($p < 0,05$) выше нормы).

После обучения на модулях «Медицинская психология» и «Психиатрия. Наркология» с использованием интерактивных методов обучения, перечисленных выше, повторное исследование самоорганизации деятельности показало значительное улучшение показателей у студентов и мужского, и женского пола. Так, у респондентов мужского пола отмечалось статистически достоверное ($p < 0,05$) в сравнении как с нормой, так и с предыдущим исследованием повышение показателей планомерности ($21,3 \pm 5,2$), целеустремленности ($35,5 \pm 7,1$), фиксации ($21,4 \pm 7,3$). Статистически достоверно ($p < 0,05$) в сравнении с началом обучения на цикле увеличился и показатель самоорганизации ($8,8 \pm 5,6$), приблизившись к нормативному значению ($9,99 \pm 5,0$), что прояви-

лось использованием вспомогательных средств (ежедневников, планшетов) и сочеталось с дальнейшим ростом настойчивости. При этом студенты стали отмечать, что чаще осознанно полагаются на свою природную организованность, которая направляет их активность и делает ее

более структурированной. Общий балл опросника статистически достоверно ($p < 0,05$) превысил норму у респондентов данной группы, что свидетельствовало об улучшении способности к целеполаганию, планированию и структурированию своей деятельности.

Таблица 1

Сравнительный анализ показателей самоорганизации деятельности у студентов медицинского вуза (в сравнении с нормой)

Шкалы ОСД	Исследование 1		Исследование 2		Норма	
	Мужчины (N=23)	Женщины (N=41)	Мужчины (N=23)	Женщины (N=41)	Мужчины	Женщины
Планомерность	18,2±6,0	19,1±5,7*	21,3±5,2*°	19,4±6,8*	19,03±4,61	17,41±5,43
Целеустремленность	32,8±1,3	34,5±1,1*	35,5±7,1*°	35,0±7,7*	32,96±4,79	32,48±7,13
Настойчивость	24,3±5,4*	23,0±6,8	25,0 ±7,8*	23,4±6,3	19,57±5,49	22,19±6,21
Фиксация	20,0±5,5	19,8±6,5	21,4±7,3*°	23,0±8*°	19,19±4,75	18,47±5,45
Самоорганизация	5,8±0,7*	8,4±0,8	8,8±5,6°	8,4±5,9	9,99±5,0	9,49±4,14
Ориентация на настоящее	8,7±2,9	8,5±3,2	8,5±2,7	8,6±4,8	8,51± 1,86	8,27±3,19
Общий показатель	108,6±5,9	111,7±4,3	116,7±20,1*°	117±22,7*	109,24±15,13	108,30±19,02

*- различия в сравнении с нормой статистически значимы ($p < 0,05$), ° - различия в сравнении с исследованием 1 статистически значимы ($p < 0,05$)

Респонденты женского пола и в первый день обучения, и по завершении его характеризовались способностью видеть и ставить цели (показатель целеустремленности 34,5±1,1 и 35,0±7,7 при исследовании 1 и исследовании 2 соответственно статистически достоверно ($p < 0,05$) выше нормы), планировать свою деятельность (показатель планомерности 19,1±5, и 19,4±6,8 статистически достоверно ($p < 0,05$) выше нормы), были достаточно организованы и структурированы и в планировании активности, и в построении отношений, были способны видеть и ценить свое психологическое прошлое и будущее наряду с происходящим в настоящий момент времени. При втором исследовании у студенток отмечалось статистически достоверное ($p < 0,05$) и в сравнении с нормой и в сравнении с первым исследованием нарастание показателя фиксации (23,0±8), что могло проявляться недостаточной гибкостью в планировании своей деятельности и в построении отношений. Статистически достоверно ($p < 0,05$) превышающий норму (108,30±19,02) общий показатель (117±22,7) характеризовал обследованных студенток как личностей, которым свойственно видеть и ставить цели, планировать свою деятельность, в том числе с помощью

внешних средств, проявляя волевые качества личности.

Таким образом, проведенное исследование позволяет сделать вывод о том, что использование интерактивных методов обучения способствует улучшению самоорганизации студентов, развивая целеполагание, навыки тактического планирования, способность к структурированию деятельности, стимулируя волевые усилия и мотивации достижения. У представителей мужского пола насыщенность и эмоциональная заряженность занятий, наполненных интерактивными методами обучения, способствовали формированию навыков использования вспомогательных средств или осознанному использованию природной организованности при планировании своего рабочего и личного времени. Оптимизация самоорганизации деятельности способствовала улучшению качества знаний, что проявлялось возрастанием ритма работы на практических занятиях и возможностью использовать новые интерактивные методы (например, на практическом занятии «Расстройства личности и поведения у взрослых» использовались и ролевые игры, и метод case-study, на практическом занятии «Психические и поведенческие расстройства детского и подросткового возраста»

- дискуссия и «мозговой штурм»).

Предлагаемые на кафедре психиатрии, наркологии и медицинской психологии интерактивные методы обучения не только организуют деятельность студентов на занятии, мотивируют их активность в учебное время, но и, повышая профессиональную заинтересованность студентов, приближая модель занятия к будущей профессиональной деятельности, способствуют правильной организации самостоятельной работы

студентов при подготовке к занятиям, стимулируют их самоорганизацию учебной деятельности. Интерактивные методы обучения обеспечивают повышение личностного потенциала обучающихся, в частности: высокую мотивацию, прочность знаний, творчество и фантазию, коммуникабельность, активную жизненную позицию, командный дух, ценность индивидуальности, свободу самовыражения, самоорганизацию деятельности, взаимоуважение, демократизм.

Ряполова Т.Л., Абрамов В.А.

ОСОБЕННОСТИ САМООРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ИНТЕРАКТИВНЫХ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: самоорганизация деятельности, студенты, интерактивные методы обучения.

Актуальность исследования определяется внедрением в систему высшего медицинского образования компетентного подхода, направленного на развитие профессиональных и ключевых компетенций будущих врачей. В связи с этим представляется целесообразным использование концепции личностного потенциала применительно к оценке и развитию ключевых компетенций студентов медицинского вуза. Актуальность формирования ключевых, в том числе образовательных, компетенций у студентов медицинского вуза предусматривает оптимизацию личностного потенциала путем саморазвития, самосовершенствования, самореализации личности, что невозможно без развитых навыков самоорганизации деятельности. Самоорганизация в данном исследовании определяется как деятельность и способность личности, связанные с умением организовать себя, которые проявляются в целеустремленности, активности, обоснованности мотивации, планировании своей деятельности, самостоятельности, быстроте принятия решения и ответственности за них, критичности оценки результатов своих действий, чувстве долга.

Целью настоящего исследования являлось определение влияния интерактивных методов обучения при изучении дисциплины «Медицинская психология. Психиатрия» на самоорганизацию деятельности студентов.

Исследование самоорганизации деятельности с помощью «Опросника самоорганизации деятельности» (ОСД) Е.Ю. Мандриковой проводилось у 64 студентов 4го курса медицинского университета (представителей мужского пола - 23 (36%), женского – 41 (64%)) дважды: в первый день обучения на кафедре (Исследование 1) и на последнем занятии (Исследование 2).

Проведенное исследование позволило сделать вывод о том, что использование интерактивных методов обучения способствует улучшению самоорганизации студентов, развивая целеполагание, навыки тактического планирования, способность к структурированию деятельности, стимулируя волевые усилия и мотивации достижения. У представителей мужского пола насыщенность и эмоциональная заряженность занятий, наполненных интерактивными методами обучения, способствовали формированию навыков использования вспомогательных средств или осознанному использованию природной организованности при планировании своего рабочего и личного времени. Оптимизация самоорганизации деятельности способствовала улучшению качества знаний, что проявлялось возрастанием ритма работы на практических занятиях и возможностью использовать новые интерактивные методы обучения. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2017. — № 1 (37). — С. 15-21).

Ryapolova T.L., Abramov V.A.

FEATURES OF SELF-ORGANIZATION OF ACTIVITIES OF THE STUDENTS OF MEDICAL UNIVERSITY OF THE USE OF INTERACTIVE TEACHING METHODS

Donetsk National Medical University named after M. Gorky

Keywords: self-organization activities, students, interactive teaching methods.

The relevance of the study is determined by the introduction of the system of higher medical education competence approach, aimed at the development of professional and key competences of future doctors. In this connection, it seems appropriate to use the concept of personal potential in relation to the assessment and development of key competences of students of the medical school. The urgency of the formation of the key, including education, competence in medical students includes optimizing personal potential through self-development, self-improvement, self-realization, which is impossible without the development of skills of self-organizing activities. Self-organization in this study is defined as the activities and the ability of the person associated with the ability to organize themselves, which are shown in the purposefulness, activity, validity motivation, planning their activities, independence, speed decision-making and responsibility for them, critical evaluation of the results of their actions, sense of duty.

The aim of this study was to determine the effect of interactive teaching methods in the study of the discipline "Medical psychology. Psychiatry" on the self-organization of students' activities.

Self-study activities investigation with the "Questionnaire self-activity" (OSD) E.Y. Mandrikova conducted in 64 students of 4th year medical university (males - 23 (36%), female - 41 (64%)) twice: the first day of training at the Department (Study 1) and at the last session (Study 2).

The study led to the conclusion that the use of interactive teaching methods helps to improve students' self-organization, developing goal-setting, tactical planning skills, ability to structuring activities by fostering strong-willed effort and achievement motivation. In males saturation and emotionally charged sessions filled with interactive teaching methods, contribute to the formation of skills in the use of aids or conscious use of natural organization in planning their work and personal time. Optimization of self-organization of activities helped to improve the quality of knowledge that manifested an increase in the rhythm of the work on the practical classes and the ability to use new interactive teaching methods. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2017. — № 1 (37). — P. 15-21).

Литература

1. Рыжаков М.В. Ключевые компетенции в стандарте: возможности реализации / М.В. Рыжаков // Стандарты и мониторинг в образовании. – 1999. – № 4. – С.35-54.
2. Компетентный подход к организации учебно-познавательной деятельности студентов на кафедре психиатрии, наркологии и медицинской психологии: Учебно-методическое пособие для преподавателей / Абрамов В.А., Ряполова Т.Л., Голоденко О.Н. и др.; Под ред. проф. В.А. Абрамова. – Донецк, 2016. – 112 с.
3. Хуторской А.В. Дидактическая эвристика. Теория и технология креативного обучения. / А.В. Хуторской. — М.: Изд-во МГУ, 2003. - 416 с.
4. Холстед М., Орджи Т. Ключевые компетенции в системе оценки Великобритании / М. Холстед, Т. Орджи // Современные подходы к компетентно-ориентированному образованию: материалы семинара. – Самара: Изд-во Профи, 2001. – 365 с.
5. Клочко В.Е. Самоорганизация в психологических системах: проблемы становления ментального пространства личности (введение в транспективный анализ) / В.Е. Клочко. - Томск: Томский государственный университет, 2005.-174с.
6. Трофимов В.М., Классов Б.А. О математическом подходе к диагностике личностного потенциала / В.М. Трофимов, Б.А. Классов : Тотэм - портал технологического образования. Режим доступа: <http://totem.edu.ru/>, свободный.
7. Леонтьев Д.А. Личностное в личности: личностный потенциал как основа самодетерминации // Ученые записки кафедры общей психологии МГУ им. М.В. Ломоносова / Под ред. Б.С. Братуся, Д.А. Леонтьева. М.: Смысл, 2002. Вып.1.- С.56-65.
8. Опыт структурной диагностики личностного потенциала / Д.А. Леонтьев, Е.Ю. Мандрикова, Е.Н. Осин [и др.] // Психологическая диагностика. - 2007. - №1.-С.8-31.
9. Смирнов А.В. Учебная самоорганизация как фактор развития познавательной мотивации студентов технического вуза / А.В. Смирнов. - Дис. ... канд. психол. наук. - Самара, 2011. - 175 с.
10. Серый А.В. Становление компетентности практического психолога / А.В. Серый. // Высшее образование в России. -, 2005. - № 5. - С. 63 - 66.
11. Словарь практического психолога / Сост. С.Ю. Головин. – Минск, 1998. - 512с.
12. Юдин С.А. Взаимосвязь показателей самоорганизации учебной деятельности студентов вуза и временной перспективы личности / С.А. Юдин // Вестник Кемеровского государственного университета. - 2016. - № 2. -С.151-155.
13. Рыбакова Н.Н. Педагогическое управление развитием самоорганизации подростков в процессе обучения / Н.Н. Рыбакова.- Автореф. дис. ... канд. пед. наук.-Омск,2004.-25с.
14. Конопкин О.А. Психическая саморегуляция произвольной активности человека (структурно-функциональный аспект) / О.А. Конопкин // Вопросы психологии.-1995.-№1.-С.5-12.
15. Пейсахов Н.М. Система понятий теории психического самоуправления // Теоретические и прикладные исследования психической самореализации / Н.М. Пейсахов. – Казань, 1982. – С.5-8.
16. Мандрикова Е. Ю. Разработка опросника самоорганизации деятельности (ОСД) / Е.Ю. Мандрикова // Психологическая диагностика. - 2010. - № 2. - С.87-111.
17. Ишков А.Д. Влияние структуры процесса самоорганизации на успешность учебной деятельности студентов. /А.Д. Ишков. - Автореферат дисс...канд. психол. наук. – М., 2004. – 24 с.
18. Камалетдинова Е.В. Самоорганизация учебной деятельности как фактор становления субъектности старшеклассников в профильном обучении. / Е.В. Камалетдинова. - Автореферат дисс...канд. психол. наук. – М., 2008. – 24 с.
19. Зобков А.В. Психология саморегуляции учебной деятельности в переходный (от старшего школьного к студенческому) период обучения. / А.В. Зобков. – Владимир, 2010. – 258 с.
20. Мандрикова Е.Ю. Опросник самоорганизации деятельности // Психодиагностическая серия / Под ред. Д.А. Леонтьева. М.: Смысл, 2007. – 65с.
21. Лях Ю.Е. Анализ результатов медикобиологических исследований и клинических испытаний в специализированном статистическом пакете MEDSTAT / Ю.Е. Лях, В.Г. Гурьянов // Вестник гигиены и эпидемиологии. – 2004. - Т.8. - №1. – С. 155-167.
22. Основы компьютерной биостатистики: анализ информации в биологии, медицине и фармации статистическим пакетом Medstat / Ю.Е. Лях, В.Г. Гурьянов, В.Н. Хоменко и др. –Д.: Папакица Е.К., 2006.–214 с.

Поступила в редакцию 19.05.2017

УДК 61+159.953.5:378.147

*Соловьева М.А., Абрамов А.В., Голоденко О.Н.***УЧЕБНАЯ МОТИВАЦИЯ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА**

Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького

Ключевые слова: учебная мотивация, студенты медицинского университета, компетентный подход

В работах отечественных и зарубежных авторов неоднократно поднимался вопрос об учебной мотивации студентов высших учебных заведений и, в частности, медицинских университетов, что свидетельствует о высокой актуальности и значимости данной проблемы [1, 2, 3, 5, 6, 7].

Учебная мотивация – это частный вид мотивации, включенной в учебную деятельность. Как и любой другой вид, учебная мотивация определяется целым рядом специфических для этой деятельности факторов [1]. Среди них ведущими являются следующие: собственно образовательная система, специфика образовательного учреждения, организация образовательного процесса; субъектные особенности обучающегося (возраст, пол, интеллектуальное развитие, способности, уровень притязаний, самооценка, его взаимодействие в процессе обучения и т.д.); субъектные особенности педагога, специфика учебного предмета. Системный характер учебной мотивации определяется ее направленностью, устойчивостью и динамичностью. В процессе индивидуального развития каждого обучающегося происходит развитие взаимодействующих потребностей и мотивов, а также периодическое изменение ведущих доминирующих потребностей и их иерархизации. Соответственно, при анализе мотивации учебной деятельности желательнее не только выявить доминирующий побудитель (мотив), но и учесть всю структуру мотивационной сферы человека.

Согласно проведенным исследованиям, учебные мотивации у студентов медицинских университетов разделяются на мотив собственно получения знаний, мотив профессиональной успешности, мотив получения социального статуса в виде диплома, мотив самореализации при успешном выполнении профессиональных обязанностей [2, 3]. При этом значительный интерес представляют факторы воздействия на внутреннюю динамику мотивационных структур, управления ими в динамике. К таким фак-

торам могут относиться: снижение актуальности оценивания и временных ограничений, демократический стиль общения, ситуация выбора, личностная значимость изучаемого материала, творческий подход к работе, разрешению проблемных ситуаций и другие.

Таким образом, учебная мотивация характеризуется сложной структурой взаимодействия внутренней (ориентированной на процесс и результат) и внешней (награду или избегание) мотиваций и обладает следующими характеристиками: устойчивостью, связью с уровнем общего развития и личностных особенностей, характером учебной деятельности.

С точки зрения современных подходов, учебная мотивация тесно взаимосвязана с ключевыми компетентностями, которыми должны обладать обучаемые студенты, как совокупностью фундаментальных личностных качеств, обусловленной опытом деятельности молодых людей в определенной социальной и личностно-значимой сфере. По сути, они являются универсальными способами деятельности и достижения желаемых результатов. Ключевые компетентности включают в себя личностные качества в сфере отношения к самому себе как личности, как субъекту жизнедеятельности (самосовершенствование, самореализация и др.), в сфере социального взаимодействия (уважение, принятие другого), в сфере отношения к деятельности (познавательной деятельности) и могут рассматриваться как совокупность когнитивной, мотивационной, социальной, этической (аксиологической), поведенческой (коммуникативной) и рефлексивной компетентностей [4].

Данный подход тесно взаимосвязан с образовательной парадигмой, рассматривающей прежде всего «ориентацию на интересы личности, становление эрудиции, компетентности, развитие творческих начал и общей культуры, выдвигая в центр внимания учащегося (студента) как активного субъекта, приобретающего образование в форме "личностного знания" [3]. При

этом компетентность специалиста определяется не только владением определенным уровнем знаний, умений и навыков, но и возможностью их практической реализации, использования в нестандартных ситуациях.

Актуальным является подход к определению доминирующей мотивации при обучении с позиций изучения особенностей интеллектуально-эмоционально-волевой сферы самой личности как субъекта [3].

Материалы и методы исследования

Для реализации данной цели нами была использована «Методика для диагностики учебной мотивации студентов» (А.А. Реана, В.А. Якунина, модификация Н.Ц.Бадмаевой), включающая в себя 34 утверждения, которые характеризуют мотивы учения, выделенные В.Г. Леонтьевым и Н.Ц. Бадмаевой [5]. В данной методике принимались во внимание профессиональные, учебно-познавательные, коммуникативные, социальные мотивы, мотивы творческой самореализации, избегания неудачи и престижа. С помощью данной методики можно выявить и уровень притязаний испытуемого.

В исследовании участвовали студенты 4 курса Донецкого национального медицинского университета им. М.Горького. Общий объем выборки составил 95 респондентов. Выборка составлялась дискретно — без учета пола, успеваемости студентов. Это помогло выявить и оценить формирование системного и интегрированного понимания получаемых знаний у обычного, среднестатистического студента.

Таким образом, целью нашей работы было изучение учебной мотивации как системы побудительных мотивов к овладению профессиональными знаниями, что позволит использовать при преподавании учебных дисциплин наиболее актуальные приемы, благодаря которым студенты не только будут приобретать профессиональные знания, но и понимать их значимость для практического применения, нарабатывать навыки врачебной деятельности.

Исследование проводилось до начала обучения дисциплинам «Медицинская психология», «Психиатрия и наркология» и «Биоэтика» и после окончания цикла. В процессе обучения использовались интерактивные методы, такие как ролевые учебные игры, групповая учебная дискуссия, метод Case study, «мозговой штурм», позволяющие повысить уровень образовательной компетентности как «совокупности смысловых ориентаций, знаний, умений, навыков, опыта деятельности обучающихся по отношению к определенному кругу объектов реальной действительности, необходимых для осуществления личностно и социально-значимой продуктивной деятельности» [4]. При этом представляла интерес связь образовательной компетентности с ее мотивационной составляющей, обеспечивающей систему ценностных ориентаций, обуславливающей когнитивную направленность, эмоциональную оценку, операционно-технологическую, поведенческую и социальные тактики.

Результаты исследования и их обсуждение

Анализ структурных составляющих учебной мотивации и оценка их значимости для респондентов пред-

ставлены в таблице 1. (максимальная оценка значимости каждого мотива может составлять 5 баллов).

Таблица 1

Средние значения показателей ведущих мотивационных шкал

Ведущие мотивы (шкалы)	коммуникативный	избегания	престижа	профессиональный	творческой самореализации	учебно-познавательный	социальный
До начала обучения на цикле	3,75±0,09	2,6±0,1	3,1±0,88	4,5±0,09	3,5±0,14	3,65±0,79	3,69±0,67
После обучения на цикле	3,8±0,08	2,5±0,13	3,4±0,1	4,5±0,06	3,5±0,12	3,78±0,69	3,87±0,61
	p=0,009	p=0,585	p=0,019	p=0,719	p=0,735	p=0,346	p=0,091

Согласно приведенным результатам обследования, наиболее приоритетными мотивами в структуре учебной мотивации у студентов 4 курса медицинского университета являлись профессиональные, включающие в себя основные смысловые ориентации, положительную оценку временной перспективы, возможность удовлетворения потребностей путем реализации профессиональной деятельности, эмоциональную удовлетворенность выбранной профессией, содержанием

обучения, уровень сформированности ключевых и учебно-профессиональных компетенций. Высокий уровень показателя профессиональной мотивации свидетельствует о готовности студентов применить полученные знания и приобретать дополнительные профессиональные знания, умения и навыки. Таким образом, выраженность профессиональных мотивов в мотивационной структуре является важным показателем успешности педагогического процесса (Рис 1).

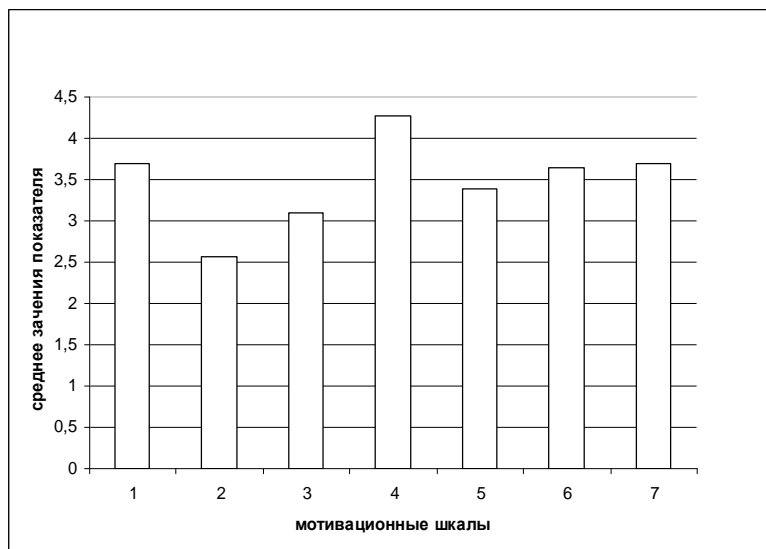


Рис. 1 Выраженность профессиональных мотивов в мотивационной структуре

Шкалы (мотивы): 1 – коммуникативный; 2 – избегания; 3 – престижа; 4 – профессиональный; 5 – творческой самореализации; 6 – социальный

При дальнейшем анализе практически не выявлялось различий в значениях средних показателей социального, коммуникативного, учебно-познавательного мотивов и мотива творческой самореализации. Достаточно высокие средние значения данных шкал свидетельствуют о высокой оценке студентами медицинского университета их настоящего и будущего социального статуса, осознанности общественного значения выбранной профессии, реализации познавательных потребностей и коммуникативных возможностей, потребностей в самоактуализации, самореализации. Данные мотивы обуславливают рациональное отношение к процессу обучения, увлеченность процессом получения знаний, инициативность, готовность к труду, самодисциплине, а также стремление наиболее адекватно выстраивать отношения в коллективе и в процессе работы с больными.

Наименее значимым являлся мотив избегания, что свидетельствует об отсутствии давления на студентов, доброжелательном отношении со стороны профессорско-преподавательского состава университета, восприятия оценивания в процессе обучения как адекватного реальному

уровню знаний и справедливого.

Данные результаты в целом совпадают с данными И.М. Кусраевой, относящимися к структуре мотивации студентов медицинского университета старших курсов. Согласно приведенным ею данным «по выборке получены высокие показатели по мотивам: «стать высококвалифицированным специалистом», «приобрести глубокие и прочные знания», «обеспечить успешность будущей профессиональной деятельности», «получить интеллектуальное удовлетворение». Самый низкий балл по выборке получен по мотивам: «быть примером для сокурсников» и «избежать осуждения и наказания за плохую учебу» [7], что свидетельствует о лидировании познавательной мотивации и о преобладании в выборке «сильных» студентов, для которых характерна внутренняя мотивация учебно-трудовой деятельности и ориентация на получение прочных профессиональных знаний и практических умений. Вешние ситуативные мотивы избегания были наиболее выражены у «слабых» студентов.

За период обучения на кафедре психиатрии, наркологии и медицинской психологии, в том чис-

ле с использованием интерактивных методов обучения, были выявлены положительные изменения показателей шкал коммуникативных мотивов и мотива престижа (центральные тенденции отличаются на уровне значимостей $p=0,009$ и $p=0,019$ соответственно). Рост среднего показателя мотивов коммуникации свидетельствует о повышении значимости общения и взаимодействия при решении совместных задач, в том числе профессиональных, роста актуальности для студентов навыков эффективного общения, реализации посредством коммуникации личностных интересов и говорит о росте потребности быть включенными в различные социальные группы. Повышение показателя мотива престижа характеризует рост значимости выбранной специальности для обследуемых, их стремлении к успешной самореализации как будущих специалистов. Также это может свидетельствовать о повышении значимости для них положительной оценки их труда и полученных знаний, рост стремления к достижению поставленных социальных целей, в том числе, построении карьеры, успешной адаптации в социуме. Согласно данным проведенных ранее исследований, «студенты с выраженным мотивом престижа при обу-

чении стремятся быть в числе лучших, хотя получить диплом с хорошими оценками, чтобы иметь определенное преимущество перед другими, стремятся добиться признания и одобрения окружающих» [6].

При анализе динамики показателей других мотивов в структуре учебной мотивации их различие не являлось статистически значимым. При этом, как видно из таблицы 1 и рисунков 1 и 2, средние показатели всех шкал мотивации увеличились, кроме показателя шкалы 2 (мотива избегания), что свидетельствует о росте учебной мотивации в целом, высоком уровне заинтересованности в овладении профессиональными знаниями, их успешном применении.

Выводы. На основании проведенного исследования было выявлено, что для студентов старших курсов медицинского университета наибольший удельный вес имел мотив профессиональной мотивации. Среднее значение по данной шкале составило $4,5 \pm 0,06$ бала. Практически не выявлялось различий в значениях средних показателей социального, коммуникативного, учебно-познавательного мотивов и мотива творческой самореализации, наименее значимым в мотивационной структуре являлся мотив избегания.

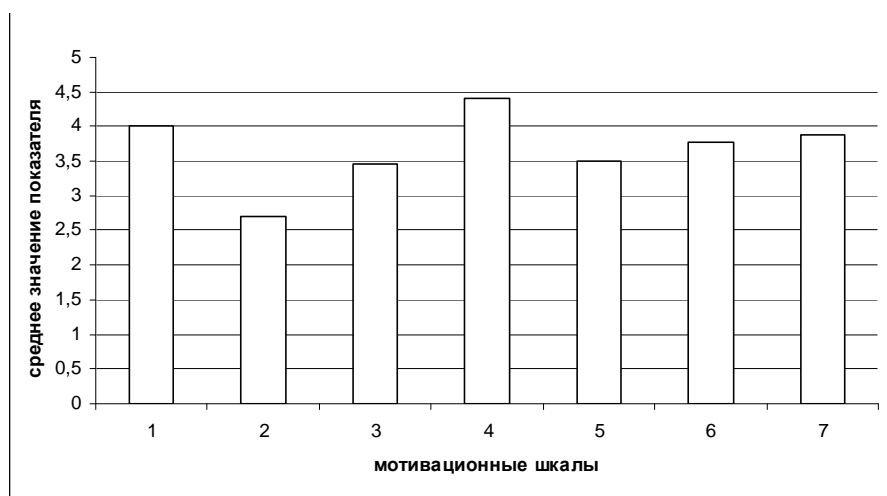


Рис. 2. Средние показатели шкал мотивации после изучения дисциплин “Медицинская психология”, “Психиатрия” и “Биомедицинская этика”

Шкалы (мотивы): 1 – коммуникативный; 2 – избегания; 3 – престижа; 4 – профессиональный; 5 – творческой самореализации; 6 – социальный

Полученные результаты могут служить подтверждением эффективности применения в образовательном процессе профессионально-личностного подхода, способствующего активному включению студентов в образовательный процесс, их осмысленному субъектному отношению к собственному обучению и профессионально-личностному развитию. Важными факторами по

поддержанию высокого уровня профессиональной мотивации является формирование и укрепление чувства принадлежности к духовно-профессиональному сообществу и традициям университета, преемственность научных традиций, профессиональных и этических взглядов и ценностей. Их максимальной эффективности способствует продолжение работы студенческих

научных обществ, включения студентов в НИР кафедры, продолжение формирования открытой информационной среды в виде информационно-образовательной среды университета, кафедральных читальных залов, информационных баз

кафедр, дальнейшее использование интерактивных методов обучения, а также реализация на кафедре различных моделей самостоятельной учебно-проектной деятельности с традициями открытых защит результатов.

Соловьева М.А., Абрамов А.В., Голоденко О.Н.

УЧЕБНАЯ МОТИВАЦИЯ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: учебная мотивация, студенты медицинского университета, компетентный подход

Введение. Актуальность данной работы определяется пересмотром подходов к учебной мотивации в медицинском вузе в рамках современных концепций компетентного подхода. Компетентность определяется не только владением определенным уровнем знаний, умений и навыков, но и возможностью их практической реализации, использования в нестандартных ситуациях. При этом существенное значение приобретает определение доминирующей мотивации при обучении с позиций изучения особенностей интеллектуально-эмоционально-волевой сферы самой личности как субъекта.

Задачи исследования. Изучение учебной мотивации, как системы побудительных мотивов к овладению профессиональными знаниями, позволяющих использовать при преподавании учебных дисциплин наиболее актуальные приемы и методы.

Материалы и методы. Нами была использована «Методика для диагностики учебной мотивации студентов» (А.А. Реана, В.А. Якунина, модификация Н.Ц. Бадмаевой), включающая в себя 34 утверждения, которые характеризуют мотивы учения, выделенные В.Г. Леонтьевым и Н.Ц. Бадмаевой. В исследовании участвовали студенты 4 курса Донецкого национального медицинского университета им. М.Горького, 2-го и 3-го факультетов. Общий объем выборки составил 95 респондентов.

Результаты и обсуждение. Согласно приведенным результатам обследования, наиболее приоритетными мотивами в структуре учебной мотивации у студентов 4 курса медицинского университета являлись профессиональные, практически не выявлялось различия в значениях средних показателей социального, коммуникативного, учебно-познавательного мотивов и мотива творческой самореализации. Достаточно высокие средние значения данных шкал свидетельствуют о высокой оценке студентами медицинского университета их настоящего и будущего социального статуса, осознании общественной значимости выбранной профессии, реализации познавательных потребностей и коммуникативных возможностей, потребностей в самоактуализации, самореализации. Наименее значимым являлся мотив избегания, что свидетельствует об отсутствии давления на студентов, восприятия оценивания в процессе обучения как адекватного реальному уровню знаний и справедливого. За период обучения на кафедре психиатрии, наркологии и медицинской психологии, построенного на основе том числе с использованием интерактивных методов обучения, были выявлены положительные изменения показателей шкал коммуникативных мотивов и мотива престижа (центральные тенденции отличаются на уровне значимостей $p=0,009$ и $p=0,019$ соответственно).

Выводы. На основании проведенного исследования было выявлено, что для студентов старших курсов медицинского университета наибольший удельный вес имел мотив профессиональной мотивации. Среднее значение по данной шкале составило $4,5 \pm 0,06$ бала. практически не выявлялось различия в значениях средних показателей социального, коммуникативного, учебно-познавательного мотивов и мотива творческой самореализации, наименее значимым в мотивационной структуре являлся мотив избегания. Полученные результаты могут служить подтверждением эффективности применения в образовательном процессе личностного подхода, способствующего активному студентов в образовательный процесс, их осмысленному субъектному отношению к собственному обучению и профессионально-личностному развитию. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2017. — № 1 (37). — С. 22-27).

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

EDUCATIONAL MOTIVATION OF STUDENTS OF THE MEDICAL UNIVERSITY

Donetsk National Medical University

Key words: educational motivation, students of medical university, competence approach

Introduction. The relevance of this work is determined by the revision of approaches to educational motivation in a medical college within the framework of modern concepts of the competence approach. Competence is determined not only by the possession of a certain level of knowledge, skills and abilities, but also by the possibility of their practical implementation, use in non-standard situations. At the same time, the definition of the dominant motivation in learning from the standpoint of studying the features of the intellectual-emotional-volitional sphere of the personality as a subject becomes essential.

Research objectives. Study of educational motivation, as a system of incentive motives for mastering professional knowledge, which allow using the most current methods and methods in teaching the disciplines.

Materials and methods. We used the "Technique for the diagnosis of students' educational motivation" (A.A. Rean, V.A. Yakunin, modification of N.C. Badmaeva), which includes 34 statements that characterize the motives of the studies, highlighted by V.G. Leontyev and N.C. Badmaeva. The study involved four-year students of the Donetsk National Medical University, 2 and 3 faculties. The total sample size was 95 respondents.

Results and discussion. According to the results of the survey, the most important motivations in the structure of educational motivation among the students of the 4th year of the medical university were professional, there was practically no difference in the mean values of social, communicative, educational and motivational motives and motive of creative self-realization. The rather high average values of these scales testify to the high appraisal by the students of the medical university of their present and future social status, the awareness of the social significance of the chosen profession, the realization of cognitive needs and communicative opportunities, the needs for self-actualization, self-realization. The least important was the avoidance motive, which indicates the absence of pressure on students, the perception of evaluation in the learning process as adequate to the real level of knowledge and fair. During the period of training at the Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology, built on the basis of the number using interactive teaching methods, positive changes in the scores of communicative motives and the prestige motive were revealed (central trends differ at significance level $p = 0.009$ and $p = 0.019$, respectively).

Conclusions. On the basis of the conducted research it was revealed that for the students of the senior years of the medical university the motive of professional motivation had the greatest specific gravity. The average value for this scale was 4.5 ± 0.06 points. There was practically no difference in the values of the average indicators of social, communicative, educational and cognitive motives and the motive for creative self-realization, the least important in motivational structure was the avoidance motive. The obtained results can

serve as a confirmation of the effectiveness of the application in the educational process of a professional-personal approach that promotes the active inclusion of students in the educational process, their meaningful subjective attitude to their own learning and professional-personal development. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2017. — № 1 (37). — P. 22-27).

Литература

1. Мотивационные факторы, влияющие на достижения в учебной деятельности, или мотивация обучения: пять условий успеха / Т.О. Гордеева // Психология в вузе, 2005. - №4. - С. 3-28.
2. Педагогическая психология: Учебник для вузов / И.А. Зимняя // М.: Логос, 2004. — 384 с.
3. Психологические основы управления учебной деятельностью. - А.К. Маркова - М.: Просвещение, 1991.- 298 с.
4. 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 [и др.]; — Донецк, 2016. — 112 с.
5. Бадмаева Н.Ц. Влияние мотивационного фактора на развитие умственных способностей / Н.Ц. Бадмаева. – Улан-Удэ, 2004. - С.151-154.
6. Бердникова Д.В. Исследование взаимосвязи мотивации достижения с учебной мотивацией и другими личностными характеристиками / Д.В. Бердникова, О.С. Виндекер // Психологический вестник Уральского федерального университета, Издательство: Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего профессионального образования Уральский федеральный университет им. первого Президента России Б.Н. Ельцина (Екатеринбург), 2013. – с. 6-14.
7. Изменение учебной и профессиональной мотивации студентов вуза в процессе профессионального обучения / И.М. Кусраева. - Вестник Бурятского государственного университета, 2009. - №5. - С.193-198.

Поступила в редакцию 17.05.2017

УДК 616.89-008-058-08-031.81/477-21

*Бабура Е.В., Расторгуева И.С., Титухин Н.В.***МОДЕЛЬ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ №1 Г. МАКЕЕВКИ**

Психиатрическая больница № 1, г. Макеевка

Ключевые слова: реабилитация больных с психическими расстройствами, психосоциальное сопровождение

Существенные изменения в современной психиатрии в направлении более активного использования биопсихосоциальной модели психических расстройств приводят, соответственно, к расширению внедрения личностно-ориентированной реабилитационной концепции оказания помощи пациентам. Актуальность реабилитационного направления приобретает особое значение в условиях патоморфоза психической патологии, недостаточной эффективности психотропных препаратов, а также в связи с принципиальной необходимостью реагирования на психосоциальную составляющую сложного патогенеза психических расстройств и индивидуализации терапевтических подходов [1].

Цель современной психиатрии - активная защита людей с психическими расстройствами, улучшение качества их жизни, отслеживание случаев дискриминации в общественных службах и организациях, решение проблемы стигматизации. Достижение этой цели возможно при максимально возможном обеспечении равновесия между психической жизнью пациента и социальными отношениями, влияющими на его жизнедеятельность [1].

В этом контексте реабилитация рассматривается как система, направленная на достижение определенной цели (частичное или полное восстановление личного и социального статуса больного) особым методом, главное содержание которого состоит в опосредовании через личность лечебно-восстановительных воздействий и мероприятий, с учетом как клинико-биологических, так и психологических, а также социальных факторов процессе саногенеза [2, 3].

В основу модели комплексной реабилитации и психосоциального сопровождения больных с психическими расстройствами положены следующие принципы:

- создание в больнице терапевтической среды с профессиональной ориентацией персонала

на удовлетворение интересов и нужд пациентов;

- добровольность включения больных в реабилитационные мероприятия;

- бригадный (полипрофессиональный) принцип реабилитационного вмешательства;

- активная роль больных на всех этапах реабилитации, установление партнерских взаимоотношений со всеми участниками реабилитационного процесса;

- максимально возможное использование ресурсов окружения больных с целью интеграции их в сообщество [1].

В психиатрической больнице № 1 г. Макеевки осуществляются все виды психиатрической помощи, экспертизы и реабилитации. Работа с пациентами строится на современной основе, что воплощается в форме бригадного метода (полипрофессиональной бригады) лечения с участием врача-психиатра, врача-психотерапевта, психолога, среднего и младшего медицинского персонала, социального работника. При необходимости пациенты консультируются врачами различного профиля (терапевт, невролог, хирург, эпилептолог и др.), профессором кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ДонНМУ им. Горького. В деятельность бригады при необходимости могут включаться юрист, специалисты образовательных учреждений, социальных служб, представители общественных организаций. Количество специалистов того, или иного профиля, формы и методы работы меняются в зависимости от целей реабилитации и категории пациентов.

Бригадная форма работы в психиатрической больнице №1 г. Макеевки базируется на оценке ресурсов и потребностей конкретного пациента путем реабилитационной диагностики [1, 4], что позволяет определить для каждого пациента индивидуальный план лечения, включая весь необходимый комплекс медико-, психолого- и социально-реабилитационных мероприятий (ин-

дивидуальная, семейная, групповая психотерапия, социотерапия, терапия средой и др.), в конечном счете имеющий своей целью возвращение пациента в общество. Личностно – ориентированная направленность лечебно-реабилитационного процесса позволяет глубоко и всесторонне изучить личность пациента, способствует существенному снижению длительности госпитализации, что имеет немаловажное значение для предотвращения явлений госпитализма и социальной дезадаптации, является главной задачей терапии и ведет к восстановлению полноценности его социального функционирования.

В своей работе полипрофессиональная (мультидисциплинарная) бригада руководствуется принципом индивидуального подхода к каждому пациенту, используя весь арсенал лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий. Каждый из членов мультидисциплинарной бригады воспринимает свое участие в ней как котерапевт, а не как консультант, и определяет долю своей ответственности за эффективность выполненной работы. Совместное ведение пациента, групповое обсуждение его состояния и потребностей помогает определить наиболее верный подход к решению задач медико-социальной реабилитации.

В рамках совершенствования общественно ориентированной психиатрии налажено сотрудничество с Макеевским экономико - гуманитарным институтом, Макеевским педагогическим колледжем, художественной школой и общеобразовательными учреждениями. Психиатрическая больница № 1 г. Макеевки является базой для прохождения практики студентов факультета психологии Макеевского экономико - гуманитарного института.

Одним из важнейших направлений психиатрической помощи и реабилитационной тактики в учреждении является преодоление стигмы как фактора, существенно влияющего на качество жизни и социального функционирования пациента. Переживание стигмы является более тяжёлым нарушением в сравнении с самыми серьёзными симптомами психического заболевания [1, 5]. Стигма приводит к негативным переживаниям больных, в частности - чувству стыда и вины, социального отгороженности, отторжения и дискриминации пациентов.

Большое значение для стигматизации имеют общественные предрассудки, обусловленные трудностью приспособления пациентов, страдающих психическими расстройствами, к окружающей обстановке и сводящиеся в большинстве

случаев к представлениям об опасности, позорности и ущербности человека с психическим расстройством. Сложившиеся негативные стереотипы психического заболевания глубоко укоренились в сознании окружающих. На все потребности (общечеловеческие запросы) лиц с психическими расстройствами (потребность в жилье, работе, социальных связях) пациентам предлагается помощь, ориентированная чаще всего на стационарное лечение. Тем самым подкрепляется мнение, что этих людей следует рассматривать через призму их заболевания, а не видеть в них полноправных граждан.

Целью антистигматизационных мероприятий в рамках модели комплексной реабилитации и психосоциального сопровождения больных с психическими расстройствами в психиатрической больнице № 1 г. Макеевки является работа с предубеждением общества в отношении психически больных для повышения качества жизни пациентов и членов их семей. Реализация данной цели осуществляется путем решения следующих задач:

1. Развитие межведомственных взаимодействий, укрепление партнерских отношений между всеми участниками процесса: пациентами, их родственниками, специалистами учреждения, образовательных учреждений, социальных служб, представителями общественных организаций, министерств и ведомств.

1.1. Консультативная и организационно-методическая помощь социальным работникам, проведение семинаров.

1.2. Проведение семинаров для сотрудников ЛПУ города с целью формирования адекватного отношения к пациентам с психическими расстройствами.

1.3. Проведение семинаров для сотрудников полиции по предупреждению общественно - опасных действий среди лиц, страдающих тяжёлыми психическим расстройствами.

2. Увеличение осведомленности населения о психических расстройствах с целью привлечения внимания общественности к проблеме стигматизации и дискриминации людей с психическими заболеваниями, разрушения стереотипов в отношении людей с психическими заболеваниями, расширения знаний о природе и проявлениях психических расстройств, преодоления стереотипов и формирования толерантного отношения общества к психически больным.

2.1. Публикация статей в газетах «Макеевский рабочий» и «Вечерняя Макеевка»;

2.2. Выступление на телеканале Оплот-2 в

программе «Здоровье»;

2.3. Раздача жителям города образовательных материалов, информационных буклетов, визиток с номером телефона доверия;

2.4. Размещение информации о деятельности учреждения на сайте больницы: mpb1.com.ua, в официальной группе учреждения в социальной сети "ВКонтакте": [vk.com/anima potest curari](https://vk.com/anima_potest_curari).

3. Улучшение отношения населения к лицам, страдающим психическими расстройствами:

3.1. В рамках Всемирного Дня психического здоровья в октябре 2016 года проведена акция «Не избегай». Жителей города призывали относиться толерантно к людям с психическими отклонениями и чаще проверять свое душевное здоровье. Совместно с журналистами телеканала Оплот проведен социологический опрос об отношении нашего общества к людям с психическими расстройствами, в ходе которого жителям города был задан вопрос: "Если кто-то из членов вашей семьи заболел психическим расстройством, стали бы вы это скрывать и почему?". Значительное число опрошенных - 67,0% ответило, что нет. Акция была направлена на решение двух задач. Первая – заставить людей более пристально следить за своим психическим здоровьем, научить их распознавать симптомы заболеваний, вовремя их устранять и не бояться обращаться за специализированной помощью. Вторая – изменить отношение общества к людям с психическими расстройствами, научить не избегать их.

3.2. Проведена акция в поддержку людей с психическим заболеванием – «Оденься в фиолетовый». 10 октября 2016 года каждый мог присоединиться к акции в поддержку людей с психическими расстройствами, надев в этот день фиолетовую одежду или аксессуар (фиолетовый цвет символизирует мир и спокойствие, способствует состраданию, это цвет стабильности и гуманности), тем самым выразив свое равнодушие и солидарность к данной проблеме. Данная акция позволила внести свой вклад в освещение темы психического здоровья, а также темы преодоления стигматизации и дискриминации людей с психическими заболеваниями.

3.3. С 1 апреля по 30 апреля 2017 года прошла акция по профилактике суицидального поведения «Я выбираю жизнь!». Целью мероприятия являлась профилактика девиантного поведения, суицидального риска через формирование позитивного отношения к жизни и осознание её ценности, развитие толерантности.

Помимо выше перечисленных, в рамках про-

граммы антистигматизации и психосоциального сопровождения больных с психическими расстройствами проведены следующие мероприятия:

1) Концерт для стационарных и амбулаторных пациентов, организованный и проведенный студентами Макеевского педагогического колледжа «Счастье жить»;

2) Семинар психологов ОШ и ЛПУ на тему: «Молодёжь против суицида» с распространением памяток «Профилактика суицидальных проявлений среди несовершеннолетних»;

3) Выставка работ пациентов «Есть целый мир в душе моей»;

4) Выставка картин художественной школы и концерт учащихся музыкальной школы г. Макеевки «Дорога к спасению души»;

5) Акция «Подари хорошее настроение» совместно со студентами Макеевского экономико-гуманитарного института и педагогического колледжа с освещением мероприятия в СМИ. Акция заключалась в предложении жителям города ленточек, чтобы повязать их на запястье тем, кто вызывает симпатию, сопровождая это действие добрыми словами;

б) Проведение круглых столов на тему: «Я в этом мире не один», «Жизнь прекрасна», «Поиск позитивных путей разрешения конфликтных ситуаций», «Счастье жить» с больными, членами их семей и сотрудниками больницы. Во время проведения акции в холле диспансерного отделения располагалось «Дерево жизни». Это нарисованное на ватмане большое дерево без листочков. Все, кто проходил мимо, могли написать на листочке, почему он выбирает жизнь, и приклеить его на «Дерево жизни». Информационной платформой акции стала в официальная группа в социальной сети "ВКонтакте", где желающие могли узнать информацию о проведении мероприятий акции, присоединиться к фото-эстафете с использованием хештега #явыбираюжизнь.

4. Организация мероприятий, направленных на устранение дискриминации и предубеждения - повышение знаний среди населения об учреждении, профессионалах, оказывающих медицинскую помощь лицам, страдающим психическими расстройствами:

4.1. Выпуск газеты для посетителей учреждения, пациентов и их родственников «Душевный лекарь» (вёрсткой газеты занимается пациент);

4.2. Проведение в рамках Дня психического здоровья Дня открытых дверей, круглых столов,

когда все желающие могут пообщаться со специалистами учреждения по вопросам психического здоровья;

4.3. Семинары для психологов ДДУ, ОШ и ЛПУ с целью изменения стереотипов в общественном сознании по отношению к людям, страдающим психическими расстройствами;

4.4. Выставка ремесел и художественных работ пациентов «Мир мастеров» в УТ и СЗН Центрально – Городского района города, художественной школе г. Макеевки, в учреждении.

4.5. Участие в выставке творчества пациентов, посвящённой Всемирному дню здоровья «Через творчество к здоровью».

4.6. Мастер - класс для пациентов с психическими расстройствами сотрудниками художественной школы г. Макеевки «Я рисую этот мир», «Новогодние игрушки».

4.7. Мастер - класс для детей с расстройствами аутистического спектра и их родителей сотрудниками художественной школы г. Макеевки «Пасхальный сувенир», «Мой цветочный мир».

Формы арт-терапевтической работы при этом становятся все более разнообразными, учитывающими полипрофессиональный контекст деятельности учреждения и направленными на получение максимального лечебно-реабилитационного эффекта, успешную интеграцию пациентов в общество. Продукты изобразительного творчества являются объективным свидетельством настроений и мыслей пациента, что позволяет использовать их в комплексной оценке состояния при проведении психологических диагностических исследований. Такие выставки ориентированы на решение задач реабилитации, изменение отношения к душевнобольным и инвалидам, их дестигматизацию.

5. Подготовка и участие пациентов и сотрудников в досуговых общепольничных праздничных и спортивных мероприятиях. Пациенты, находящиеся на стационарном и амбулаторном лечении привлекались к участию в следующих мероприятиях:

5.1. Новогодний концерт;

5.2. Масленичные гуляния с угощением блинами, чаем из самовара, конкурсами, хороводами, песнями и частушками;

5.3. Концерт, посвящённый Международному женскому дню;

5.4. Шашечно - шахматный турнир «Ход конем»;

5.5. Празднование Дня Победы «Чтобы не было войны...» с участием учеников ОШ №56 г.

Макеевки;

5.6. День медицинского работника «Медики в белых халатах»;

5.7. Летняя спартакиада, посвящённая Олимпийским играм. По итогам спартакиады проводилось награждение команд почетными грамотами и призами. Вовлечение пациентов в спортивные мероприятия способствует формированию здорового образа жизни и ответственности за свое физическое здоровье, повышению коммуникации между участниками, увеличивает общую активность, способствует улучшению микроклимата в отделениях больницы.

6. С целью преодоления явлений эмоционально-мотивационного и когнитивного дефицита у пациентов, страдающих психическими расстройствами, в учреждении под руководством психотерапевта функционирует Клуб взаимопомощи и поддержки пациентов «Хрустальный мир». Пациенты совместно устраивают пикники на природе, посещают художественные выставки, музей, театр. Посещение Клуба позволяет пациентам научиться лучше чувствовать себя и других людей в процессе взаимодействия с ними, избавиться от внутренней скованности, обрести уверенность в себе, получить радость и удовольствие от встречи с друзьями.

7. С целью реабилитации детей с аутизмом и членов их семей, под руководством психолога в поликлинике функционирует клуб для детей с расстройствами аутистического спектра и их родителей «Дети дождя».

8. С целью оказания экстренной помощи лицам, находящимся в состоянии психологического кризиса, предотвращения и купирования суицидальных тенденций в больнице функционирует круглосуточный телефон «Доверия». Методом работы является беседа, в ходе которой выясняется суть ситуации, определяется главная проблема, в решении которой обратившийся испытывает затруднение, оценивается психическое состояние абонента, устанавливается наличие или отсутствие суицидальных тенденций, проводится психотерапевтическое купирование экстремального состояния и оказание необходимой помощи.

9. С целью гармонизации внутрисемейных отношений больных с психическими расстройствами родственники пациентов активно привлекаются к совместной работе: проводятся психообразовательные занятия на базе дневного стационара, которые направлены на облегчение бремени семьи и улучшение качества жизни её членов при наличии в семье пациента с психи-

ческим расстройством, на предупреждение частых и повторных госпитализаций.

10. Личностно-ориентированные подходы к оказанию психиатрической помощи предусматривают и гармоничный психологический климат в коллективе сотрудников полипрофессиональной бригады. Медицинские сотрудники являются звеном, плотно взаимодействующим с пациентами учреждения, а значит, подвергающимся существенной психо-эмоциональной нагрузке. В профилактику профессионального выгорания врачей, среднего и младшего медицинского персонала, а также психологов и социальных работников входит обучение психологически грамотному распределению собственных ресурсов, освоение навыков релаксации, обучение способам эмоциональной разгрузки, тренинг навыков решения проблем, коммуникативные тренинги, индивидуальные консультации. В процессе обучения медицинский персонал учится распознавать особенности психо-эмоционального восприятия психических заболеваний, способы взаимодействия с пациентами различными психическими расстройствами на разных этапах медико-психологической реабилитации. Психологическая грамотность общения актуальна в психиатрических учреждениях, так как психические расстройства наносят тяжелую психо-эмоциональную травму людям, сталкивающимся с ним. От того, как общаются сотрудник и

пациент, зависит не только состояние пациента, но и психо-эмоциональное здоровье ухаживающего. Повышение психологической грамотности медицинского персонала учреждения улучшает рабочую атмосферу в коллективе, становится фактором профилактики профессионального выгорания и позволяет добиваться лучших результатов труда.

Таким образом, личностно - ориентированная модель психосоциального лечения и психосоциальной реабилитации приносит ощутимые результаты в работе учреждения: изменилось мировоззрение врачей, среднего и младшего медицинского персонала, а так же пациентов и их родственников, меняется отношение к проблеме психических расстройств и жизни пациентов в сообществе. Меняется внешний облик пациентов, раскрываются их творческие возможности, расширяются возможности трудоустройства, возвращения к полноценной жизни. У сотрудников поддерживается интерес к работе, открываются новые творческие возможности. Реабилитационные мероприятия, проводящиеся в стационарах, обеспечивают положительный реабилитационный эффект на внутрибольничном уровне, а внебольничные формы антистигматизационных и реабилитационных мероприятий способствуют сохранению человеческого достоинства больных с психическими расстройствами и их способности вести привычную жизнь [6, 7].

Бабура Е.В., Расторгуева И.С., Титухин Н.В.

МОДЕЛЬ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ №1 Г. МАКЕЕВКИ

Психиатрическая больница №1, г. Макеевка

Ключевые слова: реабилитация больных с психическими расстройствами, психосоциальное сопровождение.

В статье представлены результаты практического внедрения в условиях Психиатрической больницы №1 г. Макеевки современных мероприятий медико-социальной реабилитации больных с психическими расстройствами в рамках модели комплексной реабилитации и психосоциального сопровождения пациентов, имеющей в основном антистигматизационную направленность. Целью антистигматизационных мероприятий в рамках модели комплексной реабилитации и психосоциального сопровождения больных с психическими расстройствами является работа с предубеждением общества в отношении психически больных для повышения качества жизни пациентов и членов их семей. Реабилитационные мероприятия, проводящиеся в стационарах, обеспечивают положительный реабилитационный эффект на внутрибольничном уровне, а внебольничные формы антистигматизационных и реабилитационных мероприятий способствуют сохранению человеческого достоинства больных с психическими расстройствами и их способности вести привычную жизнь. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2017. — № 1 (37). — С. 28-33).

MODEL OF INTEGRATED REHABILITATION AND PSYCHOSOCIAL SUPPORT OF PATIENTS WITH MENTAL DISORDERS IN PSYCHIATRIC HOSPITAL №1 OF MAKEEVKA

Psychiatric hospital №1, Makeevka

Key words: rehabilitation of patients with mental disorders, psychosocial support.

The article presents the results of practical implementation in the conditions of the Makeevka Psychiatric Hospital No. 1 of modern measures of medical and social rehabilitation of patients with mental disorders within the framework of the model of complex rehabilitation and psychosocial support of patients, which is mainly of an antistigmatizing orientation. The goal of antistigmatizing interventions in the framework of the model of integrated rehabilitation and psychosocial support of patients with mental disorders is to work with the prejudice of the society towards mentally ill patients to improve the quality of life of patients and their families. Rehabilitation measures conducted in hospitals provide a positive rehabilitation effect at the hospital level, and out-of-hospital forms of anti-stigmatizing and rehabilitation measures contribute to preserving the human dignity of patients with mental disorders and their ability to lead a familiar life. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2017. — № 1 (37). — P. 28-33).

Литература

1. Абрамов В.А. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией / В.А. Абрамов, И.В. Жигулина, Т.Л. Ряполова. - Донецк: «Каштан», 2009г. - 583с.
2. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных / М.М. Кабанов. - Ленинград, «Медицина», 1978. - 229с.
3. Кабанов М.М. Реабилитация в контексте психиатрии / М.М. Кабанов // Медицинские исследования. - 2001. - Т. 1, № 1. - С. 9-10.
4. Ряполова Т.Л. Реабилитационный диагноз как средство интегративной оценки функциональных возможностей больных шизофренией / Т.Л. Ряполова // Материалы Всероссийского

- конгресса с международным участием «Современные концепции реабилитации в психоневрологии: отрицание отрицания». - С.-Петербург, Альта Астра, 2016. - С. 146-150.
5. Шизофрения, стигма, Я / В.А. Абрамов, А.В. Абрамов, И.В. Жигулина, В.Ал. Абрамов. - Донецк, 2016. - 432 с.
6. Абрамов В.А. Медико-социальная реабилитация больных с психическими расстройствами / В.А. Абрамов, И.В. Жигулина, Т.Л. Ряполова. - Донецк, «Каштан», 2006. - 267с.
7. Психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии / Под ред. О.В.Лиманкина, С.М.Бабина. - СПб, «Таро», 2016. - 462с.

Поступила в редакцию 19.04.2017

УДК:616.89:378.147:159.961-057.875

*Абрамов В.Ал., Бойченко А.А.***ВЛИЯНИЕ ИНТЕРАКТИВНЫХ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ НА ФОРМИРОВАНИЕ У СТУДЕНТОВ ЭМПАТИЧЕСКИХ СПОСОБНОСТЕЙ**

Донецкий Национальный медицинский университет им.М.Горького

Ключевые слова: обучение, интерактивные методы, эмпатия

Основная цель профессионального образования – подготовка квалифицированного специалиста соответствующего уровня и профиля, конкурентоспособного на рынке труда, компетентного, свободно владеющего своей профессией и ориентирующегося в смежных областях деятельности, готового к постоянному профессиональному росту, социальной и профессиональной мобильности.

Компетентностный подход - это совокупность общих принципов определения целей образования, отбора содержания образования, организации образовательного процесса и оценки образовательных результатов. Компетентностный подход предполагает целостный опыт решения жизненных проблем, выполнения профессиональных и ключевых функций, социальных ролей компетенций.

Внутри компетентностного подхода выделяются два базовых понятия: компетенция (совокупность взаимосвязанных качеств личности, задаваемых по отношению к определенному кругу предметов и процессов) и компетентность (владение, обладание человеком соответствующей компетенцией, включающей его личностное отношение к ней и предмету деятельности) [1].

Одной из ключевых компетенций, необходимых для формирования у студентов медицинского вуза, профессиональных компетентностей, является социально-коммуникативная компетенция.

Социальная компетентность — это наличие уверенного поведения, при котором различные навыки в сфере отношений с людьми автоматизировались и дают возможность гибко менять свое поведение в зависимости от ситуации [2].

Коммуникативная компетентность - способность индивида владеть сложными коммуникативными навыками и умениями, формировать адекватные умения в новых социальных структурах, знание культурных норм и ограничений в общении, знание обычаев, традиций, этикета в

сфере общения, соблюдение приличий, воспитанность; ориентация в коммуникативных средствах, присущих национальному, сословному менталитету и выражающих его, освоение ролевого репертуара в рамках данной профессии [3].

Существуют различные подходы к определению социально – коммуникативной компетентности. Так, например, Н.Ф. Талызина, считает, что они должны соответствовать трем составным частям: качествам, знаниям, умениям [4]:

- качества: выражающие отношения к работе, трудолюбия, внимания, творческий подход; характеризующие общий стиль поведения и деятельности: исполнительность, самостоятельность, верность слову, авторитетность, активность и энергичность; умственные способности: гибкость, прозорливость, дальновидность; административно-организаторские: умение создать трудовую атмосферу, умение руководить людьми, постоять за коллектив, разбираться в людях, убеждать их; характеризующие отношение к людям: честность, воспитанность; характеризующие отношение к себе: требовательность, скромность, уверенность, самосовершенствование;

- знания: профессиональные по своей специальности, общая культура, информированность о профессиональной деятельности;

- умения: решать поставленные задачи; работать с литературой, обучать работе, планировать деятельность.

Э.Ф.Зеер под социально - коммуникативной компетентностью понимает совокупность профессиональных знаний, умений, а также способы выполнения профессиональной деятельности [5].

Под социально - коммуникативной компетентностью обычно понимается способность устанавливать и поддерживать необходимые контакты с другими людьми. В состав компетентности включают совокупность знаний, умений и навыков, обеспечивающих эффективное общение.

Социально - коммуникативная компетентность предполагает умение изменять глубину и круг общения, понимать и быть понятым партнерами по общению.

Социально - коммуникативная компетентность - это развивающийся и в значительной мере осознаваемый опыт общения между людьми, который формируется в условиях непосредственного взаимодействия [6]. Немаловажной составляющей социально-коммуникативной компетенции является эмпатия.

Эмпатия - иррациональное понимание другой личности, ощущение ее внутреннего мира, умение частично испытать те же эмоции, что у собеседника, одновременно отделяя их от собственного восприятия. Другими словами, эмпатия это осознанное сопереживание другому человеку в его эмоциональном состоянии.

Эмпатия (от греч. *empathia* - сопереживание) – не имеющее рационального объяснения понимание, постижение внутреннего мира или эмоционального состояния другого человека. Эмпатия нужна для повышения продуктивности деятельности, для развития компетентности в общении, для создания более глубоких и личных отношений. Эмпатия также может пониматься как эмоциональная отзывчивость человека на переживания другого человека, отклик на чувства другого, а также как сопереживание – переживание человеком тех же эмоциональных состояний, которые испытывает другой, на основе полного отождествления. Помимо эмоциональной выделяют эстетическую эмпатию – вчувствование в художественный образ, объект, вызывающий эстетическую реакцию.

Эмпатию можно рассматривать как невербализуемый скрытый коммуникативный процесс, чаще всего проявляющийся в форме сопереживания. Сопереживая, человек испытывает эмоции, идентичные наблюдаемым у другого человека. Эмоциональная отзывчивость (эмоциональный отклик) на переживания другого – это разновидность нравственных эмоций. Если сопереживания – это переживания субъектом тех или иных эмоциональных состояний, которые испытывает другой человек, через отождествление с ним, то сочувствие – это переживание собственных эмоций по поводу чувств другого. В отличие от сочувствия и симпатий, сопереживание к кому-либо невозможно, если не разделяются его ценности [7].

Эмпатия подразумевает принятие роли и понимание чувств, мыслей и установок другого человека [8]. В контексте широкого определе-

ния эмпатии, различные теоретики и исследователи определяли этот термин совершенно по-разному, подчеркивая в нем различные аспекты или смысловые значения [9].

Быть в состоянии эмпатии означает воспринимать внутренний мир другого точно, с сохранением эмоциональных и смысловых оттенков [10], поэтому этот феномен следует воспринимать ни как сочувствие или переживание, а как вчувствование [11], соучастие в эмоциях другого, разделение их [10] или как эмпатийное взаимодействие, использующее также не функциональные механизмы как идентификация, понимание и рефлексия [12,13].

Выделяют следующие виды эмпатии [14]:

- Эмоциональная эмпатия - основанная на механизмах проекции и подражания моторным и аффективным реакциям другого человека.
- Когнитивная эмпатия - базируется на интеллектуальных процессах — сравнение, аналогия и т. п.
- Предикативная эмпатия - проявляется как способность человека предсказывать аффективные реакции другого человека в конкретных.

В свою очередь, В.В.Бойко различает следующие виды эмпатии:

- рациональная эмпатия, которая осуществляется посредством сопричастности, внимания к другому, интенсивной аналитической переработки информации о нем;
- эмоциональная эмпатия, реализуемая посредством эмоционального опыта в процессе отражения состояний другого;
- интуитивная эмпатия, включающая в себя в качестве средств отражения другого интуитивность, позволяющую обрабатывать информацию о партнере на бессознательном уровне [15].

В качестве особых форм эмпатии выделяют сопереживание и сочувствие: сопереживание — это переживание субъектом тех же эмоциональных состояний, которые испытывает другой человек, через отождествление с ним. Сочувствие — это переживание собственных эмоциональных состояний по поводу чувств другого человека [16].

Медицина является той сферой деятельности человека, где преобладают негативные эмоциональные состояния. Больные ждут от медицинского персонала сочувствия, заботливости, что требует проявления эмпатийности. Поэтому считается, что в медицину, как и в другие социомические профессии, должны идти люди с высоким уровнем эмпатии [17]. Полагают, что высокая эмпатийность врача помогает лучше

прочувствовать состояние пациента [18].

Нельзя не учитывать и того, что медицинские работники, постоянно сталкивающиеся со страданием людей, вынуждены воздвигать своеобразный барьер психологической защиты от больного, становятся менее эмпатичными, иначе им грозят эмоциональное выгорание и даже невротические срывы [19].

Наряду с эмпатичностью медики должны быть и эмоционально устойчивыми. Как чрезмерная эмоциональность, так и эмоциональная заторможенность могут быть препятствием для осуществления четких и быстрых действий [20].

Эмпатия, как личностная особенность, является профессионально необходимым качеством будущего медицинского работника. Оказание

качественной медицинской помощи невозможно при низком уровне развития эмпатии. Важно умение приблизиться к внутреннему миру другого человека в соответствии с его эмоциональным состоянием. С этим связана актуальность данной работы, в основе которой лежит изучение эмпатии у студентов – медиков и возможных ее изменений под влиянием интерактивных форм обучения.

Использовались следующие интерактивные образовательные технологии: учебные групповые дискуссии, метод case-study, деловые (ролевые) игры, «мозговой штурм». Исследование проводилось при изучении трех модулей: «Медицинская психология», «Психиатрия», «Биомедицинская этика».

Материал и методы исследования

Нами было обследовано 97 студентов Дон-НМУ им. М.Горького, проходящих обучение на кафедре психиатрии, наркологии и медицинской психологии. По гендерному признаку студенты разделились следующим образом: 33 - мужчины, 64 - женщины.

Для оценки уровня эмпатических способностей нами использовалась методика диагностики уровня эмпатических способностей В.В.Бойко. Методика состоит из 36 утверждений, на которые испытуемым предлагается ответить либо "Да" либо "Нет". Всего методика позволяет оценить 6 шкал эмпатических способностей: рациональный канал эмпатии; эмоциональный канал эмпатии; интуитивный канал эмпатии; установки, способствующие эмпатии; проникающая способность к эмпатии; идентификация в эмпатии, а также суммарный показатель эмпатии. Шкальные оценки выполняют вспомогательную роль в интерпретации основного показателя - уровня эмпатии.

Суммарный показатель может изменяться от 0 до 36 баллов: 30 баллов и выше - очень высо-

кий уровень эмпатии; 29-22 - средний уровень, 21-15 - заниженный, менее 14 баллов - очень низкий.

Обследование респондентов проводилось в 2 этапа. На первом этапе оценивались исходные показатели уровня эмпатических способностей студентов, только начавших изучение цикла психиатрии, наркологии и медицинской психологии с использованием интерактивных методов обучения. Вторым этапом оценивалось состояние уровня эмпатии у тех же студентов, окончивших занятия по этому циклу (мультимедийные технологии и сетевые ресурсы: 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; интерактивные образовательные технологии: учебные групповые дискуссии; case-study; деловые (ролевые) игры; «мозговой штурм».

Результаты исследования и их обсуждение

Анализируя данные, полученные в ходе первого этапа исследования, было выявлено, что у 5 испытуемых (5,2%) определялся очень высокий уровень эмпатии, проявлявшийся в стремлении испытуемых быть максимально полезными тем, кто находится рядом. Для данных студентов была характерна готовность проявлять заботу, выражать свои чувства. Им было свойственно понимать чужих людей лучше, чем себя, они всегда с интересом относились к окружающим людям, демонстрируя эмоциональную отзывчивость, спо-

собность быстрого установления контактов с другими людьми, а также ожидание социального одобрения своих действий. Как правило, они старались не допускать конфликтов и находить компромиссные решения. В оценке событий, данным испытуемым было свойственно больше доверять своим чувствам и интуиции, чем аналитическим выводам. Развитая эмпатия - это постоянное (каждый день), глубокое (полное) и точное понимание другого человека, мысленное воссоздание его переживаний, ощущение их как собственных,

глубокий такт, облегчающий осознание человеком своих проблем и принятие правильных решений без всякого навязывания своего мнения

или своих интересов.

Показатели уровней эмпатии на первом и втором этапах исследования приведены в таблице 1.

Таблица 1

Распределение показателей уровней эмпатии в обоих этапах исследования

Уровни эмпатии	Этап 1(n=97)			Этап 2(n=97)			P
	Средний балл	Абс	%	Средний балл	Абс	%	
Очень высокий	32,4±2,3	5	5,2	33,4±1,8	5	5,2	p>0,05
Средний	24,5±2,1	65	67	24,57±2,1	72	74,2	p>0,05
Заниженный	19,1±1,57	24	24,7	18,5±2,1	17	17,5	p>0,05
Очень низкий	13±1,73	3	3,1	11,7±0,57	3	3,1	p>0,05

У 65 респондентов (67%) наблюдался средний уровень эмпатии. Для людей с таким уровнем характерна эпизодическая «слепота» к чувствам и мыслям других. Средний уровень выражается в том, что личность готова в нужный момент проявить сочувствие к тому человеку, который в этом нуждается, но при этом не стремится всецело проникнуться его состоянием. Этот уровень присущ большинству людей. Окружающие не могут назвать такого человека толстокожим, но в то же время он не относится к числу особо чувствительных лиц. В межличностных отношениях индивид со средним уровнем эмпатических способностей более склонен судить о других по их поступкам, чем доверять своим личным впечатлениям. Ему не чужды эмоциональные проявления, но в большинстве своем они находятся под самоконтролем. В общении такой человек внимателен, старается понять больше, чем сказано словами, но при излишнем излиянии чувств теряет терпение. Предпочитает деликатно не высказывать свою точку зрения, не будучи уверенным, что она будет принята. При чтении художественных произведений и просмотре фильмов чаще следит за действием, чем за переживаниями героев. Затрудняется прогнозировать развитие отношений между людьми, поэтому получается, что их поступки для него оказываются неожиданными.

Заниженный уровень эмпатических способностей был выявлен у 24 испытуемых (24,7%). При этих количественных значениях проявлений эмпатии человек испытывает затруднения в установлении контактов с людьми, неуютно чувствует себя в шумной компании. Эмоциональные проявления в поступках окружающих подчас кажутся ему непонятными и лишены смысла. Чаще он отдает предпочтение уединенным занятиям конкретным делом, а не работе с людьми. Такой человек — сторонник точных формулировок и рациональных решений. Веро-

ятно, у него мало друзей, а тех, кто в их числе, больше ценит за ясный ум и деловые качества, нежели за чуткость и отзывчивость. Нередко и люди ему платят тем же: случаются моменты, когда такой человек чувствует свою отчужденность, окружающие не слишком жалуют его своим вниманием.

Очень низкий уровень эмпатии был выявлен у 3 респондентов (3,1%). При данном уровне эмпатии эмпатийные тенденции личности не развиты. Человек затрудняется первым начать разговор, держится особняком в компании сослуживцев, сокурсников, одноклассников. Особенно трудны для него контакты с детьми и лицами, которые значительно старше его. В межличностных отношениях нередко оказывается в неуклюжем положении, во многом не находит взаимопонимания с окружающими. Любит острые ощущения, спортивные состязания предпочитает занятиям искусством. В деятельности слишком центрирован на себе. Такой человек может быть очень продуктивен в индивидуальной работе, во взаимодействии же с другими не всегда выглядит в лучшем свете. Он склонен с иронией относиться к сентиментальным проявлениям. Болезненно переносит критику в свой адрес, хотя может на нее бурно не реагировать. Ему необходима гимнастика чувств.

Данные, полученные в ходе второго этапа исследования, распределились следующим образом: очень высокий уровень эмпатии определялся у 5 испытуемых (5,2%), средний уровень эмпатических способностей у 72 респондентов (74,2%), заниженный уровень эмпатии у 17 испытуемых (17,5%) и у 3 студентов (3,1%) был выявлен очень низкий уровень эмпатии.

Результаты проведенного исследования не выявили достоверной динамики показателей эмпатии в условиях обучения с использованием интерактивных методов. Как элемент социально-коммуникативной компетентности, эмпатия, повидимому, относится к стабильным личност-

ным качествам и не подвержена динамике в ответ на методы обучения, затрагивающие преимущественно когнитивные функции студентов. Эти методы направлены на обучение учащихся сопереживать и вчувствоваться в страдания и переживания других людей. Данное исследование в полной мере обосновывает необходимость разработки и внедрения в процесс обучения студентов медицинских вузов, методик, направленных на формирование и повышение уровня эмпатических способностей студентов медиков, поскольку эмпатия является одним из важнейших качеств современного медицинского работника (его социально-коммуникативной компетентности), не обладая которой, он не может

в полной мере, оказывать качественную, высокопрофессиональную медицинскую помощь.

В тоже время, выявленные у 27,8% студентов 4-го курса медицинского университета низкие показатели эмпатии, а, следовательно, интереса к проблемам других людей, позволяют отнести их (студентов) к группе риска (профессионально морально уязвимых) по критерию социально-коммуникативной компетентности и возможности в перспективе оказывать качественную медицинскую помощь. В этой связи, актуальными остаются вопросы профориентационной работы в медицинском вузе и диагностики ключевой аксеологической компетентности на ранних этапах вузовского обучения.

Абрамов В.Ал. Бойченко А.А.

ВЛИЯНИЕ ИНТЕРАКТИВНЫХ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ НА ФОРМИРОВАНИЕ У СТУДЕНТОВ ЭМПАТИЧЕСКИХ СПОСОБНОСТЕЙ

Донецкий Национальный медицинский университет им.М.Горького

Ключевые слова: обучение, интерактивные методы, эмпатия

Компетентностный подход - это совокупность общих принципов определения целей образования, отбора содержания образования, организации образовательного процесса и оценки образовательных результатов. Компетентностный подход предполагает целостный опыт решения жизненных проблем, выполнения профессиональных и ключевых функций, социальных ролей компетенций.

Одной из ключевых компетенций, необходимой к формированию у студентов медицинского вуза, в рамках компетентностного подхода является социально-коммуникативная компетенция.

Социально - коммуникативная компетентность - это развивающийся и в значительной мере осознаваемый опыт общения между людьми, который формируется в условиях непосредственного взаимодействия.

Неотъемлемой частью компетентностного подхода в образовании, является использование интерактивных форм обучения студентов.

Интерактивное обучение – это специальная форма организации познавательной деятельности. Ее цель состоит в создании комфортных условий обучения, при которых студент или слушатель чувствует свою успешность, свою интеллектуальную состоятельность, что делает продуктивным сам процесс обучения. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2017. — № 1 (37). — С. 34-39).

Abramov V. Al., Boychenko A.A.

INFLUENCE OF INTERACTIVE METHODS OF TEACHING FOR THE FORMATION OF STUDENTS OF EMPATIC ABILITIES

Donetsk national medical University.M.Gorky

Key words: learning, interactive methods, empathy

Competence approach - a set of General principles defining the objectives of education, selection of educational content, organization of educational process and evaluation of educational outcomes. The competence approach encourages a holistic experience of solving life problems, the performance of professional and key functions, social roles competencies.

One of the key competencies necessary to the formation of medical students, in the framework of the competence approach is a social-communicative competence.

Socio - communicative competence is a growing and largely perceived experience of communication between people, which is formed in conditions of direct interaction.

An integral part of the competence approach in education is the use of interactive forms of student learning.

Interactive learning is a special form of organization of cognitive activity. Her goal is to create a comfortable learning environment, where the student or a student feels his success, his intellectual consistency, which makes productive the process of learning. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2017. — № 1 (37). — P. 34-39).

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 и др.; Под ред. проф. В.А. Абрамова. – Донецк, 2016.

2. Калинина Н.В. Формирование социальной компетентности как механизм укрепления психического здоровья подрастающего поколения [Текст] / Н.В. Калинина //

Психологическая наука и образование.- 2001.- №4.-С.16-19.

3. Куницина В.Н. Межличностное общение. Учебник для вузов / В.Н. Куницина, Н.В. Казаринова, В.М. Погорельца. – СПб.: Питер, 2001. – 544 с.

4. Талызина Н.Ф. Педагогическая психология Учеб. пособие для студ.сред. пед. учеб. заведений / Н.Ф. Талызина - М.: Издательский центр«Академия», 1998. - 288 с.

5. Зеер, Э.Ф. Модернизация профессионального образования: компетентностный подход/ Э.Ф. Зеер, А.М.

Павлова, Э.Э. Сыманюк. – М.: Моск. психол.-соц. институт, 2005. – 216 с.

6. Боголюбов В.И. Советская педагогика / В.И. Боголюбов. - 1991. - № 9. - С. 10 - 14.

7. Абрамов В.А. Особенности эмпатических коммуникаций, рационализации субъективных представлений и толерантного отношения к больным с психическими расстройствами / В.А. Абрамов, И.В. Жигулина, В.Ал. Абрамов // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2016. - №2(36). – С.19-26.

8. Ягнюк К.В. Природа эмпатии и ее роль в психотерапии / К.В. Ягнюк // Журнал практической психологии и психоанализа. - 2003. - № 1. - С. 17-21.

9. Корсини Р. Психологическая энциклопедия / Р. Корсини, А. Ауэрбах. - СПб.: Питер, 2006.

10. Гиппенрейтер Ю.Б. Феномен конгруэнтной эмпатии / Ю.Б. Гиппенрейтер, Т.Д. Карягина, Е.Н. Козлова // Вопросы психологии. - 1993. - № 4 - С. 61-68.

11. Мансер С. Психометрический анализ фактора эмпатии (EQ) / С. Мансер, Дж. Линг; пер Разумова Л.Д. // Personality and Individual Differences, 2006.

12. Тютяева О.В. Функциональные механизмы эмпатийного воздействия / О.В. Тютяева // Вокруг планеты всей, любопытная информация на любые темы: Психология, 2009.

13. Сопиков А.П. Механизм эмпатии: в сб. Вопросы психологии познания людьми друг друга и самопознания / А.П. Сопиков. - Краснодар: Изд-во Кубанск. ун-та., 1977. - С. 24-27.

14. Крам Т.Ф. Управление энергией конфликта: Как превратить работу в творчество: Пер. с англ. / Отв. ред. А.А. Стативка. - М.: Рефлбук: АСТ, 2000. - 283 с.

15. Емельянов С.М. Практикум по конфликтологии / С.М. Емельянов - СПб.: Издательство «Питер», 2000.- 368 с.

16. Дружинин В. Н. Экспериментальная психология: Учебное пособие / В.Н. Дружинин – М.: ИНФРА – М, 1997. – 234 с.

17. Василькова А. П. Эмпатия как один из специфических критериев профессиональной пригодности будущих специалистов-медиков: автореф. дис. ... канд. психол. наук / А.П. Василькова. - С.-Пб., 1998. - 25 с.

18. Keef Th. Empathy: the critical skill // Social Work. 1973. Vol. 1.

19. Харди И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными / И. Харди. – Будапешт, 1988.

20. Ореховский, В.И. Формирование психологической готовности молодежи к медицинскому труду / В.И. Ореховский, И.С. Витенко, Г.П. Кондратенко - Киев, 1989.

Поступила в редакцию 14.04.2017

УДК 616.895.8-036.1-085

*Соловьева М.А.,¹ Ляшенко Ю.О.,² Студзинский О.Г.¹***ОЦЕНКА УРОВНЯ САМОЭФФЕКТИВНОСТИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С РАЗЛИЧНОЙ ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ**¹Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького, ²Республиканская клиническая психиатрическая больница

Ключевые слова: самоэффективность, пациенты, шизофрения, длительность заболевания

На протяжении последних лет актуальным является вопрос оценки личностью ее эффективности в процессе жизнедеятельности. Он затрагивает как внешние проявления деятельности и поведения, так и внутреннюю оценку человеком своей способности решать поставленные задачи и успешно функционировать в динамично изменяющихся условиях. С целью наиболее точного описания данного феномена в работах Альберта Бандуры было введено понятие самоэффективности (self-efficacy) как конструкта ожидания, влияющего на функционирование и мотивацию личности - «ожидание эффективности, убеждение в том, что индивидуум способен успешно осуществлять поведение, необходимое для достижения ожидаемых результатов» [1]. До этого Р. Уайд и Р. де Чармс были первыми, кто включил оценку индивидом своей эффективности в более широкий контекст мотивационных факторов поведения [2]. Они установили взаимосвязь между выражением в сознании человека ощущения своей эффективности и «самобытности» и внутренней мотивацией.

Альбертом Бандурой разработана социально-когнитивная теория, в которой акцентируется внимание на личностных и когнитивных факторах развития человека, определен переход от социальной теории научения и «ожидания эффективности» (efficacy expectation) [1, 3, 4], к более общему конструкту «самоэффективность», как результату когнитивной переработки источников информации, непосредственно влияющих на поведение и восприятие собственных совладающих способностей [1, 5]. Концепция самоэффективности предполагает, что вера в собственную способность справиться с определенным видом деятельности есть необходимое мотивационное условие успешной деятельности: «убеждения человека относительно его личной эффективности влияют на то, какой способ действия он выберет, как много будет прилагать усилий, как

долго он устоит, встречаясь с препятствиями и неудачами, насколько большую пластичность он проявит по отношению к этим трудностям» [1]. Мотивационные тенденции при этом определяются представлением человека о будущем, его представлением и ожиданием в отношении результата своих действий, оценки своей способности их выполнить, аффективной самооценкой личности [6].

Исследования А. Бандуры и его коллег [1, 6] позволили выделить шесть основных характеристик самоэффективности как личностного конструкта:

- самоэффективность – оценка собственной способности справиться с определенными задачами, а не личностная черта;

- представление о самоэффективности – частная, специфическая, а не глобальная характеристика индивида, она не связана с оценкой собственной личности, как, например, самоуважение, а отражает уверенность индивида в способности справиться с конкретными задачами;

- самоэффективность зависит от контекста деятельности, поэтому многие факторы могут оказать влияние на деятельность субъекта, а следовательно, и на его чувство самоэффективности;

- при измерении самоэффективности используются критерии мастерства и компетентности, а не нормативные или другие сравнительные характеристики;

- самоэффективность является ожиданием личного мастерства в решении будущих задач, поэтому самоэффективность измеряется до того, как человек начинает выполнять какую-нибудь деятельность;

- самоэффективность понимается как суждение о действиях, которые человек может совершить, вне зависимости от того значения, которое он им придает [1, 5, 6, 7].

По данным Л.Первина и Дж.Оливера (2001),

самоэффективность оказывает воздействие на различные мотивационные характеристики, такие как выбор целей, усилия, настойчивость, эмоции и совладание с трудностями [8].

Самоэффективность формируется в течение жизни под воздействием различных факторов. А. Бандурой выделены четыре основных источника информации о собственной эффективности:

- личный опыт достижений;
- косвенный опыт, т.е. основанный на результатах других людей;
- вербальные убеждения: внушение, увещание, обратная связь, самовнушение, подкрепляющиеся личным опытом успешного решения тех или иных жизненных задач;
- эмоциональные и физиологические реакции, сопровождающие условия деятельности и результаты деятельности [9].

Самоэффективность влияет на настойчивость в достижении целей: «люди, которые считают себя не способными добиться успеха, чаще представляют себе неудачный результат и не стараются его достигнуть, в отличие от них люди, которые верят в свою эффективность, осознанно прикладывают усилия для решения жизненных задач» [1].

Исследованы связи самоэффективности с уверенностью в себе были выполнены В.Г. Ромеком. Уверенность в себе он трактует в каче-

стве социально-психологической характеристики, генерализованной, стабильной, позитивной оценки человеком своих навыков, умений и способностей в определенных ситуациях общения, включающей в себя самоэффективность как один из компонентов [10].

Таким образом, с позиций позитивной психологии, уровень субъективной оценки самоэффективности оказывает влияние на степень уверенности в себе, мотивационную сферу, уровень готовности к действию. В условиях наличия у пациентов хронического психического заболевания, в структуре которого формируется разной степени выраженности эмоционально-волевое снижение, в нашем случае это шизофрения с разной длительностью заболевания, показатель самоэффективности может служить маркером внутренней оценки пациентом степени данного снижения. При этом субъективная оценка пациентом своей эффективности может изменяться при видоизменении одного или нескольких образующих ее факторов. В тоже время, работ по исследованию самоэффективности у лиц, страдающих хроническими психическими заболеваниями, практически не проводилось.

Целью настоящего исследования являлось изучение самоэффективности у пациентов, страдающих шизофренией с разной длительностью заболевания.

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 уровня качества жизни и ухудшении социальной адаптации больных с

длительными сроками заболевания.

При проведении исследования использовался тест определения уровня самоэффективности (Дж. Маддукс и М. Шеер, модификация Л. Бояринцевой под руководством Р. Кричевского) [5], позволяющий исследовать уровень оценки пациентом своего потенциала в сфере предметной деятельности и в сфере общения, которым он реально может воспользоваться. Представления о самоэффективности, заложенные в данную методику, в дальнейшем также могут создавать у исследуемого определенный импульс к саморазвитию.

Нормировка теста была проведена А. Огневым на выборке более 900 человек (школьники, студенты, работники госпредприятий, госслужащие, безработные). Средние значения уровня самоэффективности в сфере предметной деятельности располагаются в интервале от –7 до +53 баллов, в сфере общения – в интервале от +7 до +15. Показатели, лежащие за указанными пределами, свидетельствуют либо о заниженной оценке потенциала в той или иной сфере жизнедеятельности, либо о завышенной [5].

Результаты исследования и их обсуждение

Анализ результатов в первой группе (длительность заболевания до 5 лет) показал, что распределение значений показателя предметной деятельности в группе не отличается от нормального на уровне значимости, $p=0,361$, во второй группе (длительность заболевания свыше 5 лет) - на уровне значимости, $p=0,387$. Результаты средних значений показателя самооффективности

в сфере предметной деятельности для обеих групп приведены в таблице 1.

При анализе показателя межличностного общения распределение значений в группах 1 и 2 не отличалось от нормального (на уровне значимостей $p=0,702$; $p=0,437$ соответственно). Результаты сравнения групп приведены в таблице 2.

Таблица 1

Субъективная оценка пациентами 1 и 2 групп уровня своего потенциала в сфере предметной деятельности

Группа	Количество респондентов	Среднее значение показателя самооффект.	Минималн. значение	Максимальн. значение	Уровень значимости различия между группами, p
1	33	19,63±4,76	- 51	63	p=0,241
2	43	14,09±4,77	-75	69	

Таблица 2

Субъективная оценка пациентами 1 и 2 групп уровня своего потенциала в сфере межличностного общения

Группа	Количество респондентов	Среднее значение показателя самооффект.	Минималн. значение	Максимальн. значение	Уровень значимости различия между группами, p
1	33	1,9±1,4	- 18	22	p=0,598
2	43	0,8±1,5	- 17	20	

Как видно из приведенных таблиц, несмотря на то, что различия между группами с длительностью заболевания до 5 и свыше 5 лет не являются статистически значимыми, наблюдается четкая тенденция к снижению среднего значения показателя самооффективности в группе с большей длительностью заболевания как в сфере предметной деятельности, так и в сфере межличностного общения.

Представляет интерес распределение в группах респондентов с низкими, средними и высокими показателями самооффективности. Среди пациентов с длительностью заболевания до 5 лет низкие показатели самооффективности в сфере предметной деятельности отмечались у 3 человек (9,1±5%), в сфере межличностного общения – у 24 респондентов (72,7±7,8%). Можно предположить, что по мере развития заболевания намного раньше и более выражено у пациентов снижается субъективная оценка способности успешно функционировать в социуме, страдает уверенность в себе.

Высокая оценка предметной самооффективности наблюдалась лишь у одного пациента в

данной группе (3±3%), эффективности межличностного общения - у 2 пациентов (6,1±4,2%). Все остальные показатели находились в границах средних значений.

Среди респондентов второй группы с длительностью заболевания свыше 5 лет низкие показатели оценки самооффективности в сфере предметной деятельности были выявлены у 11 человек (25±6,5%). Это свидетельствует о тенденции к увеличению числа пациентов с низким значением данного показателя, что характеризуется снижением уверенности пациентов в своей способности выполнять определенные задачи, быть успешными в работе. В сфере межличностного общения низкая самооффективность имела место у 33 респондентов (75±6,5%), что практически совпадало с данными в первой группе.

Таким образом, полученные данные отражают прогрессирующее снижение самооффективности у пациентов, страдающих шизофренией, по мере увеличения длительности заболевания. Согласно мнению А.Бандуры, низкая самооффективность на личностном уровне проявляется в

убеждении о «неспособности добиться успеха, склонности к мысленному представлению неудачного сценария и сосредоточенности на том, что все будет плохо. Уверенность в неспособности добиться успеха ослабляет мотивацию и мешает выстраивать поведение» [4]. У обследованных пациентов это проявлялось тенденцией к быстрому отказу от намеченных целей при возникновении препятствий, снижению прилагаемых усилий. При сочетании низкой самооффективности и благоприятных внешних условий могла возникать депрессия при сопоставлении себя с преуспевающими «другими» в делах, которые для пациентов казались слишком сложными. В некоторых случаях имел место сценарий утяжеления состояния за счет личностного компонента как реакции на реальную или предполагаемую неудачу и влияния ее на самоуважение, а также усиление внимания к своим личным недостаткам и самокритике, стремления избегать решения сложных жизненных задач.

У пациентов с высокой самооффективностью сохранялась уверенность в своей способности к выполнению сложных дел, отсутствовали серьезные сомнения в своих возможностях. Они могли проявлять определенную настойчивость в выполнении поставленных целей и социальную активность.

Совместно с другими характеристиками личности самооффективность может влиять на поведение пациентов. В связи с этим представляются интересным аспект, который поднимают в своей монографии Дж. Капрара и Д. Сервон о роли психологии в исследовании представлений о контроле и процессах, посредством которых человек развивает в себе ощущение контроля. Авторы ставят вопрос: «Как выработать ощущение эффективности у тех, кто сомневается в своей способности преодолевать жизненные препятствия?» [7, 11]. В работах А. Бандуры рассматриваются различные варианты ответа на данный вопрос, возможности повышения оценки своих возможностей и эффективности в деятельности и коммуникации. Автор приходит к заключению, что самым верным способом приобретения уверенности в себе является получение личного опыта успеха [6]. Личный опыт преодоления препятствий и достижения поставленной цели трудно отрицать даже тем, кто обычно сомневается в своих

способностях. Эти данные могут быть использованы при разработке реабилитационных и психотерапевтических программ для пациентов, страдающих шизофренией с различными сроками заболевания.

Выводы. В результате проведенных исследований была выявлена четкая тенденция к снижению среднего значения показателя самооффективности в группе больных с большей длительностью заболевания как в сфере предметной деятельности, так и в сфере межличностного общения.

Среди пациентов, с длительностью заболевания до 5 лет низкие показатели самооффективности в сфере предметной деятельности отмечались у $9,1 \pm 5\%$, в сфере межличностного общения – у $72,7 \pm 7,8\%$, что позволило предположить, что в процессе заболевания шизофренией намного раньше и более значительно снижается субъективная оценка эффективности функционирования в социуме.

Высокая оценка предметной самооффективности наблюдалась лишь у одного пациента в данной группе ($3 \pm 3\%$), эффективности межличностного общения у 2 пациентов ($6,1 \pm 4,2\%$). Все остальные показатели находились в границах средних значений.

Среди респондентов второй группы с длительностью заболевания свыше 5 лет низкие показатели оценки самооффективности в сфере предметной деятельности были выявлены у $25 \pm 6,5\%$, что свидетельствовало о росте числа пациентов с низким значением данного показателя. В сфере межличностного общения низкую самооффективность отмечали $75 \pm 6,5\%$, что практически совпадало с данными в первой группе. У данных пациентов возможно ухудшение субъективного состояния и качества жизни за счет личностного компонента, как реакции личности на реальную или предполагаемую неудачу и влияния ее на самоуважение, а также усиление внимания к своим личным недостаткам и самокритике, стремления избегать решения сложных жизненных задач.

Для пациентов, страдающих шизофренией, актуальной является разработка психотерапевтических и реабилитационных программ с учетом показателей их самооффективности и включения в данные программы тренинговых занятий, способствующих ее повышению.

ОЦЕНКА УРОВНЯ САМОЭФФЕКТИВНОСТИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С РАЗЛИЧНОЙ ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ

¹Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького, ²Республиканская клиническая психиатрическая больница

Ключевые слова: самоэффективность, пациенты, шизофрения, длительность заболевания

На протяжении последних лет актуальным остается вопрос оценки личности в процессе жизнедеятельности. Он затрагивает как внешние проявления деятельности и поведения, так и внутреннюю оценку человеком своей способности решать поставленные задачи и успешно функционировать в динамично изменяющихся условиях. С целью наиболее точного описания данного феномена в работах Альберта Бандуры было введено понятие самоэффективности (self-efficacy) как конструкта ожидания, влияющего на функционирование и мотивацию личности. А. Бандура определяет самоэффективность как «Ожидание эффективности, убеждение в том, что индивидум способен успешно осуществлять поведение, необходимое для достижения ожидаемых результатов». С позиций позитивной психологии, уровень субъективной оценки самоэффективности оказывает влияние на степень уверенности в себе, мотивационную сферу, уровень готовности к действию. В условиях наличия у пациентов хронического психического заболевания, в структуре которого формируется разной степени выраженности эмоционально-волевое снижение, в нашем случае это шизофрения с разной длительностью заболевания, показатель самоэффективности может служить маркером внутренней оценки пациентом степени данного снижения. При этом субъективная оценка пациентом своей эффективности может изменяться при видоизменении одного или нескольких образующих ее факторов.

Цель исследования. В связи с тем, что до настоящего времени практически не проводилось изучение самоэффективности у лиц, страдающих хроническими психическими заболеваниями, изучить данный показатель у пациентов, страдающих шизофренией с разной длительностью заболевания.

Материалы и методы. 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 человека, ко второй группе с длительностью свыше 5 лет, в нее вошли 44 пациента. При проведении исследования использовался тест определения уровня самоэффективности (Дж. Маддукс, и М. Шеер, модификация Л. Бояринцевой под руководством Р. Кричевского), позволяющий исследовать уровень оценки пациентом своего потенциала в сфере предметной деятельности и в сфере общения, которым он реально может воспользоваться.

Результаты исследования. Представляет интерес распределение в группах респондентов с низкими, средними и высокими показателями самоэффективности. Среди пациентов, с длительностью заболевания до 5 лет низкие показатели самоэффективности в сфере предметной деятельности отмечались у 9,1±5%, в сфере межличностного общения – у 72,7±7,8%. Можно предположить, что в процессе заболевания намного раньше и более выражено у пациентов снижается субъективная оценка способности успешно функционировать в социуме.

Высокую оценку предметной самоэффективности мы наблюдали лишь у одного пациента в данной группе (3±3%), эффективности межличностного общения у 2 пациентов (6,1±4,2%). Все остальные показатели находились в границах средних значений.

Среди респондентов второй группы с длительностью заболевания свыше 5 лет низкие показатели оценки самоэффективности в сфере предметной деятельности были выявлены у 25±6,5%, что свидетельствует о тенденции к увеличению числа пациентов с низким значением данного показателя. В сфере межличностного общения низкую самоэффективность отмечали 75±6,5%, что практически совпадает с данными в первой группе.

Выводы. В результате проведенных исследований была выявлена четкая тенденция к снижению среднего значения показателя самоэффективности в группе с большей длительностью заболевания как в сфере предметной деятельности, так и в сфере межличностного общения. Полученные результаты могут быть использованы при разработке реабилитационных и психотерапевтических программ для пациентов, страдающих шизофренией с различными сроками заболевания. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2017. — № 1 (37). — С. 40-45).

ASSESSMENT OF THE LEVEL OF SELF-EFFICACY IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA WITH DIFFERENT DURATION OF THE DISEASE

¹Donetsk National Medical University named after M.Gorky, ²The Republican Clinical Psychiatric Hospital

Key words: self-efficacy, patients, schizophrenia, duration of the disease.

Over the past few years, the question of assessing the individual's effectiveness in the process of vital activity remains topical. It affects both external manifestations of activity and behavior, as well as an internal assessment of the person's ability to solve set tasks and successfully function in dynamically changing conditions. For the purpose of the most accurate description of this phenomenon in the works of Albert Bandura, the concept of self-efficacy was introduced as a construct of expectation that influences the functioning and motivation of the individual. A. Bandura defines self-efficacy as "Waiting for effectiveness, conviction that the individual is able to successfully implement the behavior necessary to achieve the expected results." From the standpoint of positive psychology, the level of subjective evaluation of self-efficacy has an effect on the degree of self-confidence, the motivational sphere, the level of readiness for action. In the presence of a chronic mental illness in the structure of which the emotional-volitional decline is formed in different structures, in our case it is schizophrenia with different duration of the disease, the self-efficacy index can serve as a marker of the patient's internal assessment of the degree of this decline. In this case, the subjective assessment of the patient's effectiveness may change with the modification of one or more of its constituent factors.

Due to the fact that until now almost no self-efficacy study has been conducted in persons suffering from chronic mental illnesses, to study this indicator in patients suffering from schizophrenia with different duration of the disease.

Materials and methods. 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, 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 study used a self-efficacy test (J. Maddux and M. Scheer, a modification of L. Boyarintseva under the direction of R. Krichevsky), which allows to study the level of the patient's assessment of his potential in the field of substantive activity and in the sphere of communication, which he can really use.

Results of the study. Distribution in the groups of respondents with low, medium and high indicators of self-efficacy is of interest. Among patients with a disease duration of up to 5 years, low self-efficacy in the subject area was observed in 9.1 ± 5%, in the sphere of interpersonal communication - in 72.7 ± 7.8%. It can be assumed that in the course of the disease, much earlier and more pronounced in

patients, the subjective assessment of the ability to function successfully in a society is reduced.

A high evaluation of subject self-efficacy was observed only in one patient in this group ($3 \pm 3\%$), the effectiveness of interpersonal communication in 2 patients ($6.1 \pm 4.2\%$). All other indicators were within the limits of average values.

Among the respondents of the second group with a duration of disease over 5 years, low self-efficacy assessment in the subject area was detected in $25 \pm 6.5\%$, indicating a trend towards an increase in the number of patients with a low value of this indicator. In the sphere of interpersonal communication, low self-efficacy was noted at $75 \pm 6.5\%$, which practically coincides with the data in the first group.

Conclusions. As a result of the studies, a clear trend towards a decrease in the average value of the self-efficacy index in the group with a longer duration of the disease, both in the field of substantive activity and in the sphere of interpersonal communication, was revealed. The obtained results can be used in the development of rehabilitation and psychotherapeutic programs for patients suffering from schizophrenia with different periods of the disease. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2017. — № 1 (37). — P. 40-45).

Литература

1. Бандура А. Теория социального научения / А. Бандура. - СПб.: Евразия, 2000. - 218 с.
2. Хекхаузен Х. Мотивация и деятельность / Х.Хекхаузен. - СПб.: Питер; М.: Смысл, 2003. - 860 с.
3. Bandura A. Multifaceted impact of self-efficacy beliefs on academic functioning / A. Bandura, C.Barbaranelli,G.V. Caprara, C.Pastorelli / Journal of Child Development. – 1996. – Vol. 67(3). - P. 1206 – 1222.
4. Bandura A. Regulation of cognitive processes through perceived self-efficacy / A. Bandura / DP. -1989. - № 25. - P. 729.
5. Психологические практики диагностики и развития самоэффективности студенческой молодежи: учеб. пособие / О.М. Краснорядцева, В.И. Кабрин, О.И. Муравьева, М.А. Подойнищина, О.Н. Чучалова – Томск: Издательский Дом ТГУ, 2014. – 274 с.
6. Гордеева Т.О. Психология мотивации достижения: учеб. Пособие / Т.О. Гордеева - М.: Смысл; Академия, 2006. - 333 с.
7. Капрара Дж. Психология личности / Дж. Капрара, Д. Севрон. - СПб.: Питер, 2003. - 638 с.
8. Первин Л. Психология личности: Теория и исследования / Л. Первин, Дж. Оливер. - М.: Аспект Пресс, 2001. - 510 с.
9. Bandura A. Social cognitive theory of self-regulation / A. Bandura / Organizational Behavior and Human Decision Processes. – 1991. - Vol. 50. – P. 248–287.
10. Ромек В.Г. Понятие уверенности в себе в современной социальной психологии / В.Г. Ромек // Психологический вестник. 1996. Вып. 1, ч. 2. С. 132–146.
11. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change / A. Bandura // Psychological Review. – 1977. – С. 191-215.

Поступила в редакцию 15.05.2017

УДК: 616.895.8 - 036.6:159.94

*Коваленко С.Р., Рязанцев Р.Е., Кравченко М.О.***ИССЛЕДОВАНИЕ ЛИЧНОСТНЫХ СТРАТЕГИЙ САМОРЕГУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА**

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: шизофрения, личностный потенциал, саморегуляция, контроль за действием, толерантность к неопределенности, ориентация на действие, ориентация на состояние

Изменения личности под воздействием различных факторов, в том числе психических расстройств (например, шизофрении), достаточно многообразны. Человек является целостной личностью только тогда, когда он имеет доступ ко всем своим личностным ресурсам, осознает и принимает себя во всем индивидуальном ценностно-смысловом своеобразии. Целостность личности определяется единством и взаимосвязью всех составляющих личностного потенциала. В свою очередь, личностный потенциал – это системная организация устойчивых индивидуально-психологических характеристик целостной личности, поддающихся целенаправленному развитию и изменению. Личностный потенциал является интегральной характеристикой уровня личностной зрелости, а главным феноменом личностной зрелости и формой проявления личностного потенциала является феномен самодетерминации личности, то есть осуществление деятельности в относительной свободе от заданных условий этой деятельности, – как внешних, так и внутренних, под которыми понимаются биологические, в частности, телесные, предпосылки, а также потребности, характер и другие устойчивые психологические структуры [1].

Шизофрения является прогрессивным психическим заболеванием, которое характеризуется диссоциативностью психических функций, т.е. утратой единства психических процессов с быстро или медленно развивающимися изменениями личности особого типа (снижение энергетического потенциала, прогрессирующая интровертированность, эмоциональное оскудение) и разнообразными продуктивными психопатологическими расстройствами. В картине шизофренического психоза и в непсихотических дефектных стадиях болезни выявляется типичная дискордантность психических функций – рассогласование и дисгармоничность мышления, эмоций, моторики, своеобразное расщепление.

Диссоциативность психических функций придает особую «шизофреническую» окраску всему поведению больных, а также затрагивает личность больного и, соответственно, личностный потенциал [2].

В структуру личностного потенциала входят такие составляющие как личностная автономия, оптимизм, самоэффективность, толерантность к неопределенности, жизнестойкость, контроль за действием, рефлексивность, субъективная vitalность, психологическое и социальное благополучие. Все эти составляющие, так или иначе, относятся к ресурсам саморегуляции жизнедеятельности каждого индивида. В данной работе исследовались личностные стратегии саморегуляции. Стратегии саморегуляции – это особая разновидность устойчивых личностных диспозиций, способностей, направленности поведения, способов управления собственной произвольной активностью по отношению к внешним ситуациям и внутренним переживаниям; объект нашего осознанного выбора.

Понятия регуляции и саморегуляции применительно к любой динамической системе или процессу означают управление их параметрами в соответствии с заданными критериями; это управление осуществляется на основе регулярно поступающей в реальном времени информации о текущих параметрах как самой системы, так и окружения, с которым система взаимодействует. Таким образом, именно в понятии регуляции такие функции, как поддержание стабильности, самосохранение системы, с одной стороны, и адаптация системы к внешним условиям – с другой, оказываются объединены, выступают как две тесно взаимосвязанные стороны единого процесса. В последнее время проблематика регуляции и саморегуляции получила интенсивное развитие в русле деятельностного подхода в исследовании личности [1].

Ключевые моменты личностной регуляции —

это осознанное постижение и обретение собственных потенциальных возможностей, а также произвольный выбор своего пути самореализации, принятие ответственности за сделанный выбор. Без этого недоступна активность в раскрытии психических, психофизиологических возможностей и в достижении социально или лично значимых целей, жизненных перспектив и общечеловеческих ценностей.

Нарушения саморегуляции играют особую важную роль в осуществлении познавательной деятельности, эти нарушения выражаются в невозможности целенаправленной организации своих мыслительных процессов. Некоторые формы нарушения мышления невозможно объяснить без привлечения представлений о саморегуляции: они должны рассматриваться как проявления нарушения осознания и подконтрольности своих мыслительных процессов. Подобные формы нарушения познавательных процессов не затрагивают осуществления логических операций: больным могут оказаться доступными некоторые задания, требующие развитого абстрактного мышления. Однако в условиях необходимости организации своих действий (в ситуациях неопределенности, выбора, затруднения, конфликта) эти больные оказываются неспособными к осуществлению целенаправленной деятельности. Например, такие нарушения динамики мышления, как расплывчатость, нецеленаправленность, являются, по сути, выражением дезорганизации мышления [3].

Контроль за действием – это уровень регуляции собственной активности (волевых усилий личности), опосредующих реализацию принятых намерений. Согласно теории контроля за действием Юлиуса Куля (1978) существует два типа волевой регуляции процесса реализации намерения в действии: самоконтроль и саморегуляция. Саморегуляция характеризуется большей погруженностью субъекта в процесс деятельности, меньшей подверженностью интерферирующему влиянию конкурирующих намерений, а также непроизвольностью и большей эффективностью функционирования стратегий волевого контроля. В целом ориентация на действие способствует реализации намерения в действии. Самоконтроль характеризуется преобладанием в сознании субъекта персеверирующих мыслительных процессов, относящихся к прошлому, настоящему или будущему субъекта, соответственно, большей подверженностью интерферирующему влиянию конкурирующих намерений, а также меньшей эффективностью функционирования

стратегий волевого контроля. В целом ориентация на состояние препятствует реализации намерения в действии.

На эффективность процесса контроля за действием влияют две прямо противоположные ориентации субъекта деятельности: на действие и на состояние. Ориентация на действие определяется как когнитивная активность, фиксированная на деятельностных альтернативах и программах и необходимая для преодоления несоответствия между актуальным и будущим состоянием в процессе реализации намерения. Ориентация на состояние определяется как когнитивная активность, фиксированная либо на настоящем, либо на прошлом, либо на будущем состоянии субъекта деятельности, и проявляющаяся в виде так называемой персеверации или инерции когнитивных образований. Теория Куля выступила примером функционального подхода в объяснении личностной феноменологии, связанной с самоуправлением: содержание сознания, образ себя является производной от успешной/неуспешной деятельности, а не наоборот. Исходя из данного принципа, не низкая мотивация и негативные представления о себе приводят, например, к депрессии и беспомощности, а наоборот, являются следствием неудач [4].

При изучении толерантности к неопределенности следует отметить, что в научном обиходе параллельно сосуществуют два понятия: «толерантность к неопределенности» и «интолерантность к неопределенности». Толерантность к неопределенности – позитивное отношение личности к ситуации неопределенности, неоднозначности (множественного выбора); отношение к ситуации неопределенности как к неизбежности, которую надо уметь пережить, справиться. Интолерантность к неопределенности – способность воспринимать неопределенную информацию как угрозу или разновидность психологического дискомфорта.

Представители западной научной школы рассматривают толерантность к неопределенности как личностную переменную, индивидуальную предрасположенность, способность, относимую к когнитивной и эмоционально-волевой сферам, тенденцию восприятия, культуральную составляющую, разброс реакций и характеристику индивидуальной саморегуляции.

Отечественные ученые в большей степени склонны рассматривать толерантность к неопределенности (ТН) как одну из разновидностей феномена толерантности, либо использовать для ее определения понятия «когнитивный стиль».

Имеет место также понимание ТН как способности, личностной характеристики, свойства личности, латентной переменной и социально-психологической установки[5].

Цель данной работы заключалась в исследовании личностных стратегий саморегуляции,

в частности, уровня толерантности к неопределенности и реализации собственных намерений (контроль за действием) у больных шизофренией с различной длительностью заболевания.

Материал и методы исследования

Было обследовано 60 больных в возрасте 18-60 лет с расстройствами шизофренического спектра, находившихся на стационарном лечении в Республиканской клинической психиатрической больнице г. Донецка. Среди них лица мужского пола составили 60% (36 чел.), лица женского пола 40% (24 чел.). Распределение пациентов по диагностическим категориям МКБ-10 было следующим: 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 больных по группам была длительность заболевания, менее 5 лет и более 5 лет соответственно. Количество пациентов с длительностью заболевания менее 5 лет составило 38,3% (23 чел.), более 5 лет – 61,7% (37 чел.).

Для исследования контроля за действием использовалась методика контроля за действием Ю. Куля в адаптации С.А. Шапкина. Пункты методики группируются в три шкалы: «контроля за действием при планировании», «контроля за действием при реализации», «контроля за действием при неудаче». Высокие оценки (более 6 баллов) по каждой из шкал означают ориентацию на действия (ОД). Ориентированные на действие люди не обнаруживают на уровне переживаний каких-либо мыслей и эмоций, которые могли бы помешать реализации намерения. ОД-субъекты осуществляют регуляцию намеренно-

го действия произвольно: действие, основанное на полноценном намерении, управляется как бы само по себе и не требует постоянного контроля со стороны сознания. Низкие оценки (6 баллов и меньше) по каждой из шкал означают ориентацию на состояние (ОС). Такие люди испытывают трудности инициирования действия, повторяющиеся мысли по поводу незавершенных намерений или свершившихся неудач, обладают слабой интуицией, часто подвержены аlienации (отчуждению, ощущению внутренней несвободы, отсутствия удовольствия от самого процесса активности, ограничения возможности произвольно индуцировать, прекращать, изменять и направлять действия).

Для исследования толерантности к неопределенности использовалась Шкала толерантности к неопределенности МакЛейна в адаптации Е.Н. Осина. Методика направлена на измерение склонности личности к жесткой регламентации жизни и полной известности происходящего, либо открытости и неопределенности. Опросник представлен 6 субшкалами, которые измеряют деятельностно-смысловой компонент толерантности к неопределенности. Субшкалы сгруппированы по трем типам стимулов (Отношение к новизне (ON); Отношение к сложным ситуациям (OSZ); Отношение к неопределенным ситуациям (ONS)), по двум типам отношения (Предпочтение неопределенности (PN); Толерантность к неопределенности (TN)), а также предусматривает определение общего балла (O).

При разделении на группы в зависимости от длительности заболевания сравнение проводилось с помощью t-критерия Стьюдента. Все расчеты производились в таблицах Microsoft Excel 2010.

Результаты исследования и их обсуждение

При исследовании контроля за действием были получены следующие результаты. Исходя из средних результатов в сфере планирования собственных действий ($6,73 \pm 2,94$), реализации намерений ($6,1 \pm 2,33$) и переживании неудачных действий ($7,2 \pm 2,46$) испытуемые были

ориентированы на действие. Однако, если рассматривать каждую сферу контроля за действием, в частности, то на действия были ориентированы: при планировании 68,3% (41 человек), при реализации намерений 60% (36 человек), переживании собственных неудач 71,6%

(43 человека) респондентов соответственно. На состояние, в свою очередь, были ориентированы: при планировании 31,7% (19 человек), при

реализации 40% (24 человека), при переживании неудач 28,4% (17 человек) испытуемых (табл. 1).

Таблица 1

Общие результаты исследования контроля за действием у больных шизофренией (методика Ю. Куля в адаптации С.А. Шапкина)

Контроль за действием	$\bar{X} \pm m$	Кол-во испытуемых ОД	Кол-во испытуемых ОС
Планирование	6,73±2,94	68,3% (41 чел.)	31,7% (19 чел.)
Реализация	6,1±2,33	60% (36 чел.)	40% (24 чел.)
Неудача	7,2±2,46	71,6% (43 чел.)	28,4% (17 чел.)

Из приведенных выше данных следует, что в основном группа испытуемых была ориентирована на действие – в достаточной мере проявляли инициативность, общую способность предоставить необходимую энергию для планирования и инициации действий, будь то свои или чужие цели, волевою активностью, способность поддерживать энергию для исполнения намерений, устранять отвлекающие моменты, препятствовать внешним и внутренним раздражителям, ориентацию на действие в сложных ситуациях, в условиях сильного давления. Также они были ориентированы на конструктивное преодоление неудач, были способны учитывать свои ошибки и учиться на них, согласовывать

ожидания других и своих собственных целей. Однако нельзя не заметить, что, несмотря на положительные в среднем результаты по группе, значительная часть испытуемых были ориентированы на состояние. А стало быть, эти респонденты испытывали трудности инициирования действия (даже при актуализации мотива и наличии цели), имели повторяющиеся мысли по поводу незавершенных намерений (которые в данный момент не могут быть реализованы) или свершившихся неудач (когда уже ничего нельзя изменить).

В таблице 2 приведены средние показатели по шкалам толерантности к неопределенности у испытуемых.

Таблица 2

Средние значения толерантности к неопределённости у больных шизофренией (шкала толерантности МакЛейна в адаптации Е.Н. Осина)

Шкала	Средние показатели $\bar{X} \pm m$	Средние значения по шкале
Отношение к новизне	13,18±3,61	13,92
Отношение к сложным задачам	27,92±5,61	33,64
Отношение к неопределённым ситуациям	38,57±7,44	38,57
Предпочтение неопределённости	40,82±11,31	52,61
Толерантность к неопределённости	38,53±10,09	47,4
Общий балл	79,22±13,16	100

Общий балл толерантности (79,22±13,16 балла) свидетельствовал о том, что респонденты неспособны в достаточной мере осознавать и принимать сложность, неоднозначность и непредсказуемость окружающего мира, мириться с ней и учитывать ее в своих действиях; они склонены подходить шаблонно, склонны к стереотипам. Опрошенные плохо воспринимали новые тенденции и веяния

(13,18±3,61 балла), отмечали трудности при решении сложных проблем (27,92±5,61 балла), не переносили неопределённые ситуации (38,57±7,44 балла). В то же время, показатель предпочтения неопределенности (40,82±11,31 балла) был несколько выше, чем показатель толерантности к неопределенности (38,53±10,09 балла).

В таблице 3 представлены результаты иссле-

дования контроля за действием при распределении респондентов на основную группу и груп-

пу сравнения по критерию длительности психического расстройства.

Таблица 3

Сравнения уровня контроля за действием у больных шизофренией в зависимости от длительности заболевания (методика Ю. Куля в адаптации С.А. Шапкина)

Контроль за действием	Длительность заболевания более 5 лет ($\bar{X} \pm m$)	Длительность заболевания менее 5 лет ($\bar{X} \pm m$)	t-критерий Стьюдента, р
Планирование	6,59±3,01*	6,68±2,93*	0,02
Реализация	5,86±2,44	6,41±2,15	0,17
Неудача	6,78±2,63	7,82±2,08	0,31

Примечание: * - различия между группами статистически достоверны.

Анализируя данные этих двух групп, можно отметить тенденцию к снижению показателей всех сфер контроля за действием при длительности заболевания более 5 лет в сравнении с аналогичными показателями группы пациентов с длительностью заболевания менее 5 лет. Однако в сферах реализации намерений и преодоления неудач не было найдено достоверных различий, в отличие от сферы планирования собственных действий. Следо-

вательно, чем дольше человек болеет шизофренией, тем больше трудностей он испытывает в поиске решения сложившейся сложной жизненной ситуации, или может быть утрачена способность к действию как в напряженных условиях, то есть под нагрузкой, так и в ненапряженных условиях.

В таблице 4 представлены показатели толерантности к неопределенности в аналогичных группах сравнения.

Таблица 4

Сравнения уровня толерантности к неопределённости у больных шизофренией в зависимости от длительности заболевания (шкала толерантности МакЛейна в адаптации Е.Н. Осина)

Шкала	Длительность заболевания более 5 лет ($\bar{X} \pm m$)	Длительность заболевания менее 5 лет ($\bar{X} \pm m$)	t-критерий Стьюдента р
Отношение к новизне	13,21±3,99*	13±2,97*	0,04
Отношение к сложным задачам	28,11±6,52	27,61±3,84	0,06
Отношение к неопределённым ситуациям	39,46±8,31	37,13±5,56	0,23
Предпочтение неопределённости	42,11±10,58	38,74±12,35	0,21
Толерантность к неопределённости	37,57±9,99	40,09±10,28	0,18
Общий балл	79,46±13,87	78,83±12,24	0,04*

Примечание: * - различия между группами статистически достоверны.

В отличие от контроля за действием, при исследовании толерантности к неопределенности можно говорить о тенденции к увеличению всех показателей (кроме пункта «толерантности к неопределенности») при длительности заболевания более 5 лет. При этом статистически достоверные различия были найдены в пунктах «отношение к новизне» и общем балле толерантности к неопределенности. Следовательно, люди, дли-

тельно страдающие шизофренией, ввиду однообразия своего жизненного уклада, с течением времени позитивней относятся к изменениям в своей жизни, легче воспринимают смену обстановки, неоднозначность и непредсказуемость окружающего мира, а также мирятся с ней.

Таким образом, шизофрения, являясь тяжелым психическим расстройством, оказывает влияние на личность пациента в целом, а также

на стратегии саморегуляции жизнедеятельности в частности. Исходя из результатов проведенного исследования, можно говорить о том, что при большей давности заболевания у больных с шизофренией снижается уровень контроля за действием в сфере планирования, со временем больным становится сложнее планировать свою деятельность, они начинают негативно воспринимать возникшее неблагоприятное положение дел и оказываются при этом скованными как внешне, так и внутренне, что мешает им думать о возможных действиях, которые могли

бы вывести их из этого состояния. Что касается такой стратегии саморегуляции как толерантность к неопределенности, напротив, полученные результаты указывают на то, что большая продолжительность заболевания «закаляет» этот компонент личностного потенциала, и пациенты со временем легче относятся к любым новым веяниям, которые подстерегают их на жизненном пути. На наш взгляд, эта тенденция отражает выраженное снижение критичности больных шизофренией и их способности к адекватной оценке происходящего.

Коваленко С.Р., Рязанцев Р.Е., Кравченко М.О.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЛИЧНОСТНЫХ СТРАТЕГИЙ САМОРЕГУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С РАЗЛИЧНОЙ ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького.

Ключевые слова: шизофрения, личностный потенциал, саморегуляция, контроль за действием, толерантность к неопределенности, ориентация на действие, ориентация на состояние.

Изменения личности под воздействием различных факторов, в том числе психических расстройств (шизофрении), достаточно многообразны. Цель данной работы заключалась в исследовании таких личностных стратегий саморегуляции у больных, страдающих шизофренией, как уровень толерантности к неопределенности и реализации собственных намерений (контроль за действием). Исходя из результатов исследования, можно говорить о том, что при длительном воздействии на личность такого заболевания как шизофрения снижается уровень контроля за действием в сфере планирования, со временем пациентам становится сложнее планировать свою деятельность, они начинают негативно воспринимать возникшее неблагоприятное положение дел и оказываются при этом скованными как внешне, так и внутренне, что мешает им думать о возможных действиях, которые могли бы вывести их из этого состояния. Что касается такой стратегии саморегуляции как толерантность к неопределенности, напротив, полученные результаты указывают на то, что большая продолжительность заболевания «закаляет» этот компонент личностного потенциала, и пациент, со временем, легче относится к любым новым веяниям, которые подстерегают его на жизненном пути. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2017. — № 1 (37). — С. 46-51).

Kovalenko S.R., Ryazantsev R.E., Kravchenko M.O.

INVESTIGATION OF THE SELF-REGULATORY PERSONAL STRATEGIES FOR SSI-DISEASE PATIENTS WITH VARIOUS DURATION OF DISEASE

Donetsk National Medical University named after M. Gorky.

Keywords: schizophrenia, personality potential, self-regulation, control over action, tolerance to uncertainty, orientation to action, orientation to the state.

Changes in personality under the influence of various factors, including mental disorders (schizophrenia), are quite diverse. The purpose of this work was to study personal self-regulation strategies in patients with schizophrenia. In particular, the study of the level of tolerance to uncertainty and the realization of one's own intentions (control over the action). Based on the results of the study, we can say that with prolonged exposure to the personality of such a disease as schizophrenia, the level of control over the action in the planning of one's own actions decreases; over time, it becomes more difficult for patients to plan their activities, they begin to negatively perceive the unfavorable situation and this constrained both externally and internally, which prevents them from thinking about possible actions that could lead them out of this state. With regard to such a strategy of self-regulation as tolerance to uncertainty, on the contrary, the results indicate that the long duration of the disease "hardens" this component of personal potential, and the patient, over time, is easier to treat any new trends that lie in wait for him on the path of life. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2017. — № 1 (37). — P. 46-51).

Литература

1. Леонтьев Д.А. Личностный потенциал как потенциал саморегуляции / Д.А. Леонтьев // Личностный потенциал. Структура и диагностика - Москва: Смысл, 2011. — 82 с.
2. Снежневский А.В. Руководство по психиатрии / А.В. Снежневский — Москва: Медицина, 1983. — 299 с.
3. Зейгарник Б.В. Нарушение процесса саморегуляции познавательной деятельности / Б.В. Зейгарник // Патопсихология - Москва: Издательство Московского университета, 1986 — С. 141-142.

4. Васильев И.А. Контроль за действием как составляющая личностного потенциала / И.А. Васильев, О.В. Митина, С.А. Шапкин // Личностный потенциал. Структура и диагностика. Под редакцией Д.А. Леонтьева. - Москва: Смысл, 2011. — С. 262-288.
5. Гусев А.И. Толерантность к неопределенности как составляющая личностного потенциала / А.И. Гусев // Личностный потенциал. Структура и диагностика — под редакцией Д.А. Леонтьева. - Москва: Смысл, 2011. — С. 239-261.

Поступила в редакцию 21.04.2017

УДК 616.895.8-008.441.45-036:159.923

Абрамов В.Ал.

СООТНОШЕНИЕ УРОВНЕЙ САМОСТИГМАТИЗАЦИИ И НЕГАТИВНЫХ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С РАЗНОЙ ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: самостигма, психопатологические симптомы, личность, шизофрения

Стигматизация лиц с психическими расстройствами, как выделение индивидуума из общества по каким-либо субъективно негативным признакам в мире возникла одна из первых, когда психическое расстройство рассматривалось как наказание за грехи [1,2,3]. В настоящее время стигматизация при психических расстройствах препятствуют оптимальной социальной адаптации и снижают качество жизни лиц с психическими расстройствами [4]. Пациенты, больные шизофренией часто подвергаются стигматизации со стороны родственников, супругов, друзей и коллег, чем больные диабетом. Они предвидят стигматизирующее отношение и пред почитают скрывать свою болезнь [5]. Наряду с пациентами, стигматизации подвергаются и родственники больных психозами [5,6]. Немаловажное значение в этом аспекте играет и самостигматизация, так лица с психическими расстройствами, аналогично представителям населения [7,8] высказывают негативное мнение относительно психически больных [9]. Пациенты с психическими расстройствами чувствуют себя наиболее стигматизированными в сфере работы и профессиональной занятости [10].

Самостигма - это переживание пациентом собственной неполноценности, низкой самоэффективности и социальной некомпетентности в связи с инетриоризацией и деструктивной личностной проработкой своего статуса "психически больного". В основе внутренней

стигмы лежит процесс утраты личностью своей идентичности и ресурсов совладания с жизненными трудностями. Тягостные субъективные переживания нарушения целостности личности имеют в феноменологически-содержательном плане много общего с характерной для больных шизофренией дефицитарной (негативной) симптоматикой. Показано, в частности, что такие психопатологические феномены как апатия, социально-когнитивный дефицит, социальная отгороженность, ангедония могут быть не только признаками собственно процессуального дефекта, но и являться проявлением самостигматизации. Это делает актуальной и прогностически востребованной концепцию W. Carpenter и соавт. [11] о разделении негативных симптомов на первичные (связанные с болезнью) и вторичные, связанные в том числе со стигматизацией, госпитализмом и другими средовыми факторами.

Сходство проявлений негативной симптоматики и последствий самостигматизации определяет необходимость разделения этих состояний для адекватного прогнозирования течения заболевания и разработки лечебных и социо-реабилитационных мероприятий.

Цель исследования: оценить взаимосвязь наличия негативных психопатологических симптомов с уровнями самостигматизации у больных шизофренией с различной длительностью заболевания.

Материал и методы исследования

Было обследовано 120 больных параноидной шизофренией в возрасте от 21 до 43 лет. В основную группу (80 чел.) вошли больные с длительностью заболевания от 3-х до 10 лет; в группу сравнения (40 чел.) – пациенты, перенесшие первый эпизод психоза. Сравнимые группы

были репрезентативными по гендерно-возрастным и клиническим признакам.

Уровень и структурные составляющие процесса самостигматизации изучались с помощью оригинальной шкалы для оценки уровня самостигматизации [12], предназначенной для оцен-

ки отношения пациента к своему статусу психиатрического пациента, с учетом отношения к самому себе, возможности участия в различных сферах жизнедеятельности, реальных взаимоотношений с окружающими, жизненных планов и возможности их осуществления.

Шкала состоит из 84 утверждений, затрагивающих 12 общечеловеческих ценностей или сфер жизнедеятельности человека [13]. Ответы пациента ("правильно", "сомневаюсь", "неправильно") оценивались от 0 до 2 баллов. Ранжирование ответов проводилось следующим образом: 1-56 баллов - низкий уровень самостигматизации; 57-111 - средний уровень и 112-168 баллов - высокий уровень самостигмы. Самостигматизация оценивалась в целом, а также в личностных и социальных сферах жизнедеятельности. Возможность интерпретации субъективных оценок пациентов с точки зрения их стигматизационной направленности обеспечивалась предъявлениями суждений, по своему контексту непосредственно связанных с психическим расстройством пациента и причиняемыми им страданиями.

Для оценки негативной психопатологической симптоматики использовалась клиническая рейтинговая шкала для оценки структуры и степени выраженности негативной психопатологической симптоматики (Scale for the Assessment of Negative Symptoms, SANS). Шкала была создана N.Andreasen в 1982 году [14] и предназначена для количественной и структурной оценки симптомов, проявляющихся в снижении или отсутствии существующего в норме психического феномена.

SANS состоит из 5 симптомов (субшкал), оцениваемых по 25 признакам: обеднение мимики, снижение спонтанной подвижности, обеднение выразительности моторики, избегание контакта взглядом, уплощение аффекта, неадекватность аффекта (паратимии), монотонность, снижение выразительности речи, субъективное ощущение потери эмоций, нарушения речи, обеднение словарного запаса, обеднение тематики разговора, обрывы мыслей, ответы с задержкой, субъективная оценка нарушений речи, уход за собой, снижение продуктивности, в работе или учебе, снижение физического энергетического потенциала, субъективная оценка апато-абулических нарушений, асоциальность, активность свободного времени, сексуальные интересы, способность чувствовать интимность и близость, отношения с родными и коллегами (аутизм), субъективное осознание ангедонии-асоциальности, невнимательность в контакте, невнимательность при психическом тестировании, субъективное восприятие снижения концентрации внимания. Каждый из признаков оценивается по степени тяжести от 0 до 5.

Перечисленные признаки группируются в субшкалы: уплощение и ригидность аффекта (1-8), нарушения речи (9-13), апато-абулические расстройства (14-17), ангедония-асоциальность (18-22), внимание (23-25).

Метод математической обработки результатов включал использование статистических методов анализа с использованием лицензионного пакета статистического анализа «Statistica 12.6» (StatSoft) на IBM PC/AT.

Результаты исследования и их обсуждение

Анализируя полученные в ходе исследования результаты было выявлено, что в основной груп-

пе у 12 (15,0%) пациентов определялся высокий уровень самостигматизации (таб.1).

Таблица 1

Распределение больных шизофренией по уровню самостигматизации в зависимости от длительности заболевания

Уровень самостигматизации	Основная группа (N=80)		Группа сравнения (N=40)	
	Абс.	%	Абс.	%
Высокий	12	15,0	0	0
Средний	44	55,0	7	17,5
Низкий	24	30,0	33	82,5

Высокий уровень самостигматизации (СС) проявлялся деструктивным кризисом идентичности. Для таких больных были характерны

обесценивание их собственной личности, снижение самооценки, самоуважения, самоэффективности, а также переживания отчуждения, уязви-

мости, и собственной несостоятельности, и некомпетентности. У данных пациентов имело место отсутствие четко поставленных целей, ценностей и убеждений, их отношения с окружающими классифицировались как холодные, дистанцированные, без принятия попыток к их восстановлению. Страдая от отсутствия чувства идентичности, данные больные переживали ряд негативных состояний, таких как пессимизм, апатию, отчуждение, элементы беспомощности и безнадежности, отсутствие понимания своих чувств и желаний, потерю самоуважения и самооэффективности.

У 44-х (55,0%) пациентов основной группы был выявлен средний уровень самостигматизации. Он характеризовался диссоциативно-фрагментарной дезинтеграцией идентичности, чьей особенностью которой было наличие у пациента эмоционально-мотивационного напряжения с переживаниями высокой субъективной значимости психиатрического диагноза и многочисленных рисков для дальнейшей собственной жизнедеятельности, угрозы существенного снижения качества жизни и дискриминации. Таким пациентам была присуща готовность к категориальной идентификации на «больных» и «здоровых», к деидентификации от психически здоровых людей в личностной и социальной сферах, исходной готовностью категории «Я — психически больной». У данных испытуемых отмечалась слабая структурированность образа Я и его границ с заниженной и неадекватной самооценкой, выраженная озабоченность своим положением в обществе и перспективой дальнейшей «жизни с болезнью», снижение социальной активности.

Низкий уровень самостигматизации был выявлен у 24 (30,0%) респондентов основной группы и характеризовался осознанием и принятием негативной идентификации больных с психическими расстройствами на фоне целостно-дифференцированного уровня интеграции собственной идентичности. На данном этапе развития феномена самостигматизации, у пациента формируется внутреннее согласие и принятие негативного контекста стереотипов по отношению к психически больным (недостойный, ничего не стоящий, неспособный достигать конкретных жизненных целей), убеждение в их правдивости и реалистичности. Определяется наличие тревожных ожиданий, относящихся к себе и своей дальнейшей жизнедеятельности.

Для больных группы сравнения результаты

распределились следующим образом: у 7 (17,5%) испытуемых определялся средний уровень самостигматизации, у 33 (82,5%) обследованных — низкий, высокий уровень самостигматизации у пациентов данной группы не определялся.

Следующим этапом исследования было выявление дефицитарных симптомов у больных сравниваемых групп.

В основной группе больных в структуре дефицитарных расстройств наиболее выраженным оказался усредненный показатель «ангедония-асоциальность» ($4,20 \pm 0,39$ балла), что соответствует выраженному снижению интересов и активности при проведении досуга, специальных интересов и активности, способности устанавливать тесные и близкие отношения, в том числе с членами семьи, ограничение связей с друзьями и коллегами. Нарушения, классифицируемые как «алогия» ($3,39 \pm 0,31$ балла) и «абулия-апатия» ($3,31 \pm 0,28$ балла) характеризовались средней степенью выраженности таких признаков как бедность речи, содержание речевой продукции, остановка мыслей, задержка ответов, неопрятность в одежде, недостаточность гигиенических навыков, недостаточная настойчивость в труде и учебе, физическая анегрия. Показатели аффективного уплощения ($2,83 \pm 0,27$) и нарушения внимания ($2,43 \pm 0,23$ балла) соответствовали легкой степени выраженности этих симптомов. Средние значения выраженности дефицитарных симптомов и их структурный спектр представлены в таблице 2.

В группе сравнения по всем показателям шкалы SANS выявленные нарушения не превышали уровня легкой степени выраженности (от $2,0 \pm 0,19$ до $2,46 \pm 0,23$ балла). В целом, с высоким уровнем достоверности ($p < 0,01$) можно утверждать, что и по показателям выраженности отдельных симптомов (алогия, апатия-абулия, ангедонии-асоциальности), и по сумме баллов глобальных оценок ($65,0 \pm 4,28$ и $44,24 \pm 3,71$ баллов), и по общей сумме баллов больные основной группы характеризовались большей выраженностью негативных симптомов, чем больные с первым эпизодом шизофрении. Распределение больных шизофренией по степени выраженности негативных симптомов приведено в табл.4. В целом, если в основной группе количество больных с высокой и средней степенью выраженности негативных симптомов составило 74 человека (92,5%), то в группе сравнения таких больных оказалось 16 (40,0%).

Средние значения выраженности дефицитарных симптомов у больных шизофренией с различной длительностью заболевания

	Признаки	Выраженность симптомов		Р
		Основная группа	Группа сравнения	
1	Застывшее выражение лица	3,1±0,3	2,34±0,26	>0,01
2	Снижение спонтанных движений	2,86±0,24	2,41±0,19	>0,01
3	Бедность экспрессивных жестов	2,56±0,19	2,36±0,21	>0,01
4	Бедность зрительного контакта	2,34±0,21	2,11±0,17	>0,01
5	Эмоциональная (аффективная) бедность	3,4±0,31	2,85±0,24	>0,01
6	Неадекватный аффект	2,7±0,27	2,65±0,22	>0,05
7	Недостаточность речевых интонаций	2,86±0,24	2,56±0,24	>0,05
8	Глобальная оценка аффективного уплощения	19,82±1,7	17,28±1,62	>0,01
9	Бедность речи	3,21±0,28	1,8±0,11	<0,01
10	Бедность содержания речевой продукции	3,74±0,31	2,2±0,14	<0,01
11	Остановки (блокировки, обрывы мыслей)	2,81±0,24	1,9±0,13	<0,01
12	Задержка ответов	3,8±0,33	2,2±0,17	<0,01
13	Глобальная оценка алогии	13,56±1,36	8,1±0,64	<0,01
14	Неопрятность в одежде	3,11±0,28	2,1±0,18	<0,01
15	Недостаток настойчивости в труде и учебе	3,28±0,34	1,8±0,14	<0,05
16	Физическая анергия	3,56±0,27	2,1±0,18	<0,01
17	Глобальная оценка абулии-апатии	9,95±0,84	6,0±0,58	<0,01
18	Снижение интересов и активности	3,86±0,36	2,14±0,14	<0,01
19	Сексуальные интересы и активность	4,38±0,41	2,34±0,28	<0,01
20	Способность к интимным чувствам и близости	4,21±0,44	1,94±0,19	<0,01
21	Отношения с друзьями и коллегами	4,36±0,4	2,3±0,27	<0,01
22	Глобальная оценка ангедонии-асоциальности	16,81±1,41	8,72±0,66	<0,05
23	Нарушения внимания при социальной активности	2,86±0,24	2,34±0,28	>0,01
24	Нарушение внимания при тестировании	2,0±0,19	1,8±0,14	>0,01
25	Глобальная оценка нарушений внимания	4,86±0,46	4,14±0,43	>0,01
Сумма баллов глобальных оценок		65,0±4,28	44,24±3,71	<0,01
Общая сумма баллов		65,0±4,28	44,24±3,71	<0,05

Структурный спектр и усреднённые показатели выраженности негативных симптомов в сравниваемых группах больных

Симптомы	Усредненный показатель выраженности симптомов		P
	Основная группа	Группа сравнения	
Аффективное уплощение	2,83±0,27	2,46±0,23	>0,05
Алогия (бедность речевой продукции)	3,39±0,31	2,0±0,19	<0,05
Абулия-апатия	3,31±0,28	2,0±0,18	<0,05
Ангедония-асоциальность	4,20±0,39	2,18±0,24	<0,05
Нарушение внимания	2,43±0,23	2,07±0,2	>0,05

В соответствии с задачами настоящего исследования, был проведен анализ соотношения степени выраженности негативных симптомов, ассоциируемых с длительностью заболевания и уровнем самостигматизации больных. Было установлено, что в основной группе больных высокой степени выраженности негативной симптоматики у

81,7% больных соответствовал высокий или средний уровень самостигматизации. В группе сравнения даже при высоких показателях выраженности негативных расстройств высоких показателей СС не обнаруживалось, а у 87,5% больных не резко выраженным негативным симптомам соответствовали низкие показатели СС (табл. 5).

Таблица 4

Распределение больных шизофренией с различной длительностью заболевания по степени выраженности негативных симптомов (сумма баллов глобальных оценок SANS)

Степень выраженности симптомов	Количество больных		P
	Основная группа	Группа сравнения	
Низкая (до 30 баллов)	6 (7,5%)	24 (60,0%)	<0,01
Средняя (30-60 баллов)	26 (32,5%)	12 (30,0%)	>0,01
Высокая (свыше 60 баллов)	48 (60,0%)	4 (10,0%)	<0,01

Сопряженность выраженных негативных симптомов и значительных уровней СС, а также определенное их феноменологическое сходство у больных шизофренией с относительно длительными сроками заболевания, на наш взгляд, свидетельствуют о существенной роли деструктив-

ных личностных самостигматизационных реакций в формировании шизофренического дефекта. Это предположение подтверждается наличием не резко выраженных проявлений СС у больных с начальными проявлениями дефицитарных расстройств.

Таблица 5

Характеристика уровней самостигматизации больных шизофренией в зависимости от выраженности дефицитарных (негативных) симптомов (абс.;%)

Степень выраженности негативных симптомов	Уровень самостигматизации					
	Высокий		Средний		Низкий	
	Основная группа	Группа сравнения	Основная группа	Группа сравнения	Основная группа	Группа сравнения
Высокая (свыше 60 баллов)	9 (18,7)	-	31 (64,6)	2 (50,0)	8 (16,7)	2 (50,0)
Средняя (30-60 баллов)	3 (11,5)	-	9 (34,6)	2 (50,0)	14 (53,9)	10 (83,3)
Низкая (до 30 баллов)	-	-	4 (66,6)	3 (12,5)	2 (33,4)	4 (87,5)

Наиболее убедительно ассоциированность негативных симптомов и проявлений самостиг-

мы может быть показана на примере ангедонии, в частности, социальной ангедонии как ба-

зисного дефицитарного симптома шизофрении. Проведенное нами исследование позволило установить, что элементы "снижения или отсутствия переживаний удовольствия при выполнении различных социальных ролей" структурируют практически все стигматизирующие переживания больных. Поэтому ангедонию можно рассматривать не как исключительно "ядерный" симптом шизофрении, а как транснозологический феномен, как личностную, относительно стабильную черту, сформированную на фоне совокупности и постоянства стигматизирующих переживаний, приводящих к дефицитарности восприятия и переживания радости, удовольствия и

стимулов их вызывающих, к снижению способности испытывать положительные эмоции, падению интереса к различным видам деятельности и социальных взаимоотношений. В целом, общими чертами внутренней стигмы и негативных симптомов у больных шизофренией, с нашей точки зрения, являются: 1) дефицитарность психического функционирования; 2) феноменологически-структурная близость; 3) сопряженность с нарушениями социальной адаптации; 4) межличностный ракурс расстройств, затрагивающий уровень идентичности (Я-концепции) личности и различные составляющие личностного потенциала.

Абрамов В.Ал.

СООТНОШЕНИЕ УРОВНЕЙ САМОСТИГМАТИЗАЦИИ И НЕГАТИВНЫХ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С РАЗНОЙ ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: самостигма, психопатологические симптомы, личность, шизофрения.

Тягостные субъективные переживания нарушения целостности личности имеют в феноменологически-содержательном плане много общего с характерной для больных шизофренией дефицитарной (негативной) симптоматикой. Показано, в частности, что такие психопатологические феномены как апатия, социально-когнитивный дефицит, социальная отгороженность, ангедония могут быть не только признаками собственно процессуального дефекта, но и являться проявлением самостигматизации. Это делает актуальной и прогностически востребованной концепцию W. Carpenter и соавт. о разделении негативных симптомов на первичные (связанные с болезнью) и вторичные, связанные в том числе со стигматизацией, госпитализмом и другими средовыми факторами.

Сходство проявлений негативной симптоматики и последствий самостигматизации определяет необходимость разделения этих состояний для адекватного прогнозирования течения заболевания и разработки лечебных и социально-реабилитационных мероприятий. В этой связи одной из задач настоящего исследования явилась оценка структурно-динамических особенностей самостигмы у больных шизофренией и ее взаимосвязь с выраженностью дефицитарной симптоматики.

Было обследовано 120 больных параноидной шизофренией в возрасте от 21 до 43 лет. В основную группу (80 чел.) вошли больные с длительностью заболевания от 3-х до 10 лет; в группу сравнения – пациенты, перенесшие первый эпизод психоза. Сравнимые группы были репрезентативными по гендерно-возрастным и клиническим признакам.

Уровень и структурные составляющие процесса самостигматизации изучались с помощью оригинальной шкалы для оценки уровня самостигматизации.

Для оценки негативной психопатологической симптоматики использовалась клиническая рейтинговая шкала для оценки структуры и степени выраженности негативной психопатологической симптоматики (Scale for the Assessment of Negative Symptoms, SANS).

В соответствии с задачами настоящего исследования, было установлено, что в основной группе больных высокой степени выраженности негативной симптоматики у 81,7% больных соответствовал высокий или средний уровень самостигматизации. В группе сравнения даже при высоких показателях выраженности негативных расстройств высоких показателей самостигматизации не обнаруживалось, а у 87,5% больных не резко выраженным негативным симптомам соответствовали низкие показатели самостигматизации. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2017. — № 1 (37). — С. 52-58).

Abramov V. Al.

THE RATIO OF SELF-STIGMA AND NEGATIVE PSYCHOPATHOLOGICAL SYMPTOMS IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA WITH DIFFERENT DURATION OF THE DISEASE

Donetsk State Medical University, M. Gorky

Key words: self-stigma, psychopathological symptoms, personality, schizophrenia.

The painful subjective experiences of the violation of the integrity of the personality have, in the phenomenologically substantive plan, much in common with the deficit (negative) symptomatology characteristic of schizophrenic patients. It is shown, in particular, that such psychopathological phenomena as apathy, social-cognitive deficiency, social fence, anhedonia can be not only signs of the actual procedural defect, but also a manifestation of self-stigmatization. This makes the concept of W. Carpenter et al. Relevant and prognostically relevant. On the division of negative symptoms into primary (associated with the disease) and secondary, related, including stigma, hospitalism and other environmental factors.

The similarity of manifestations of negative symptoms and the effects of self-stigmatization determines the need to separate these conditions for adequate prognosis of the course of the disease and the development of therapeutic and socio-rehabilitation measures. In this regard, one of the objectives of this study was to evaluate the structural and dynamic features of self-stigma in patients with schizophrenia and its relationship to the severity of deficit symptoms.

120 patients with paranoid schizophrenia aged 21 to 43 years were examined. The main group (80 people) included patients with duration of the disease from 3 to 10 years; In the comparison group - patients who suffered the first episode of psychosis. The groups were representative of gender-age and clinical features.

The level and structural components of the process of self-stigmatization were studied using the original scale for assessing the level

of self-stigmatization.

To assess negative psychopathological symptoms, a clinical rating scale was used to assess the structure and severity of negative psychopathological symptoms (Scale for the Assessment of Negative Symptoms, SANS).

In accordance with the objectives of this study, it was found that in the main group of patients with a high degree of negative symptomatology, a high or medium level of self-stigmatization corresponded to 81.7% of patients. In the comparison group, even at high indices of severity of negative disorders, high self-stigmatization rates were not detected, and in 87.5% of patients, low self-stigmatization parameters corresponded to not pronounced negative symptoms. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2017. — № 1 (37). — P. 52-58).

Литература

1. Рукавишников В. О. Методические подходы к изучению общественного мнения о психиатрии [Текст] / В. О. Рукавишников, Т. П. Рукавишникова, А. Г. Бильжо // Социология в медицине. - 1990. - Вып. 2. - С. 23-26.
2. Рукавишников В. О. Проблемы психического здоровья населения и психиатрической помощи в советской печати [Текст] / В. О. Рукавишников, Т. П. Рукавишникова, А. Г. Бильжо // Журнал невропатологии и психиатрии. - 1990. - № 11. - С. 110-114.
3. Dain N. Reflections on antipsychiatry and stigma in the history of American psychiatry / N. Dain // Hosp. Community Psychiatry. - 1994. - Vol. 45. - № 10. - P. 1010-1014.
4. Sartorius N. One of the last obstacles to better mental health care: the stigma of mental / N. Sartorius // The image of madness / Dep. of Psychiatry; eds.: J. Guimon, W. Fischer, N. Sartorius. - Basle, 1999. - P. 96-105.
5. Lee S. Stigmatizing experience and structural discrimination associated with the treatment of schizophrenia in Hong Kong / S. Lee, M.Y. Chiu, A. Tsang // Soc. Sci. Med. - 2006. - Vol. 62. - № 7. - P. 1685-1696.
6. Phillips M.R. Stigma and expressed emotion: a study of people with schizophrenia and their family members in China / M. R. Phillips [et al.] // Br. J. Psychiatry. - 2002. - Vol. 181. - P. 488-493.
7. Гурович И. Я. Проблема стигмы и дискриминации больных шизофренией и их родственников, возможные пути преодоления [Текст] / И. Я. Гурович, Е. М. Кирьянова [и др.] // Социальная и клиническая психиатрия. - 2003. - Т. 13. - № 3. - С. 26-30.
8. Серебрянская Л. Я. Социальные представления о психически больных в контексте проблемы стигматизации [Текст] / Л. Я. Серебрянская // Журнал неврологии и психиатрии. - 2005. - № 3. - С. 47-54.
9. Гурович И. Я. О программе борьбы со стигмой, связанной с шизофренией [Текст] / И. Я. Гурович, Е. М. Кирьянова // Социальная и клиническая психиатрия. - 1999. - Т. 9. - № 3. - С. 5-8.
10. Novak L. Antipsychotics side effects' influence on stigma of mental illness: focus group study results / L. Novak, V. Svab // Psychiatr. Danub. - 2009. - Vol. 21. - № 1. - P. 99-102.
11. Carpenter W.T. Treatment of negative symptoms. / W.T. Carpenter, D.W. Heinrichs Jr., L.D. Alphs // Schizophr Bull 11:440-452, 1985
12. Абрамов В.А. Методический комплекс для оценки стигматизирующих эффектов психиатрической помощи. / В.А. Абрамов, Т.Л. Ряполова, А.В. Абрамов, Г.Г. Путятин, И.В. Жигулина // Методические указания. – Донецк. – 2011. – 24с.
13. Фанталова Е.Б. Диагностика и психотерапия внутреннего конфликта. / Е.Б. Фанталова. – Самара: Издательский дом БАХРАХ-М, 2001. — 128с.
14. Andreasen N.C. Negative symptoms in schizophrenia: definition and reliability. Arch Gen Psychiat 1982; 39: 784-8.

Поступила в редакцию 19.04.2017

УДК: 159.923.35:378.147+004.9

Коваленко С.Р., Студзинский О.Г., Тахташова Д.Р.

ВЛИЯНИЕ ИНТЕРАКТИВНЫХ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ НА САМОЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛИЧНОСТИ В СТРУКТУРЕ РЕФЛЕКСИВНО-ДЕЯТЕЛЬНОСТНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: интерактивное обучение, «мозговой штурм», самоэффективность, компетентность, рефлексия, межличностное общение, предметная деятельность, учебный процесс

В современном обществе, где знания, уровень интеллектуального развития человека становятся главным стратегическим ресурсом и важнейшим фактором развития экономики, значительно повышается социальный статус образования, предъявляются новые требования к его уровню и качеству. Повышение качества образования связано с модернизацией содержания образования, оптимизацией способов и технологий организации образовательного процесса и, конечно, переосмыслением цели и результата образования. В настоящее время происходит резкая переориентация оценки результата образования с понятий «подготовленность», «образованность», «общая культура», «воспитанность», на понятия «компетенция», «компетентность» обучающихся. Это обусловило необходимость использования так называемого «компетентностного» подхода к формированию целей и оценке учебных достижений. Компетентность – это актуальное, сформированное личностное качество; основывающаяся на знаниях, интеллектуально- и личностно-обусловленная социально-профессиональная характеристика человека.

Одной из важных составляющих образовательных компетенций является рефлексивная-деятельностная компетентность – интегративное качество личности студента, имеющее сложную системную организацию и выступающее как совокупность, взаимодействие и взаимопроникновение кооперативного, интеллектуального, коммуникативного и личностного компонентов, степень сформированности которых отражает готовность студента эффективно осуществлять познавательную деятельность. Рефлексивная компетентность – это профессиональное качество личности, позволяющее наиболее эффективно и адекватно осуществлять рефлексивные процессы, что обеспечивает процесс развития и саморазвития, способствует творческому под-

ходу к профессиональной деятельности, достижению ее максимальной эффективности и результативности.

Выделяют общие характеристики технологий, которые разрабатываются на основе рефлексивно-деятельностного подхода:

1) рефлексивный подход к организации учебно-познавательной деятельности обучающихся, предполагающий создание рефлексивной образовательной среды, способствующей осознанию ими собственных задач в каждой конкретной образовательной ситуации;

2) содержательный рефлексивный анализ учебного материала с целью выделения различных инвариантов, которые позволяют обучающимся самостоятельно планировать и осуществлять учебно-познавательную (учебно-профессиональную) деятельность;

3) использование образовательных технологий, ориентированных на тренировочные цели: вначале личностные, потом профессионально-значимые;

4) применение дидактических методов и приемов, направленных на организацию самоуправления обучающимися своим личностным и профессиональным развитием, на активизацию у обучающихся самостоятельности и творчества в поиске путей и средств решения своих личностных и профессионально-значимых проблем;

5) внедрение организационных форм учебно-познавательной деятельности обучающихся, активизирующих такие рефлексивные механизмы личностного и профессионального саморазвития как рефлексивный анализ, рефлексивная оценка, рефлексивный контроль и др.

Непосредственным механизмом формирования рефлексивно-деятельностной компетенции является самоэффективность обучающегося. Самоэффективность является важной частью личностного потенциала, так как от веры в

собственную эффективность и от представлений людей о своих способностях быть успешными в той или иной деятельности зависит то, как они реагируют на успехи и неудачи и в различных жизненных ситуациях [7]. Во всех областях жизни - учебе, спорте, профессиональных достижениях и социальных отношениях, представления о собственной эффективности являются основанием мотивации, личных достижений и гармоничных отношений. Это происходит, прежде всего, потому, что, если люди не верят в то, что их действия могут продуцировать желаемые результаты, у них не хватает стимулов для проявления необходимой активности, упорства и адаптивного реагирования на трудности [2].

В теории канадского и американского психолога Альберта Бандуры (1989) самоэффективность понимается как вера индивида в способность справиться с деятельностью, ведущей к достижению некоторого результата. Самоэффективность является продуктом сложного процесса самоубеждения, который происходит на основе когнитивной обработки различных источников информации. Эти источники информации проходят когнитивную обработку, оценку (сопоставление) и, наконец, интеграцию. Самоэффективность существенна как для достижений в различных видах деятельности, так и для физического и психологического благополучия [3].

Самоэффективность возникает, увеличивается или уменьшается в зависимости от одного из четырех факторов или от их комбинации: опыта непосредственной деятельности, косвенного опыта, мнения общества, физического и эмоциональ-

ного состояния человека [3]. Самоэффективность - это не глобальное понятие. Она меняется от ситуации к ситуации в зависимости от умений, необходимых для различной деятельности, от присутствия или отсутствия других людей, от того, что мы думаем о способностях этих других людей, особенно если мы считаем их более умелыми, чем мы сами, от нашей предрасположенности скорее потерпеть неудачу, чем добиться успеха, а также от нашего физического состояния, в особенности, когда мы испытываем усталость, тревогу, апатию или подавленность [2].

Для развития у обучающихся образовательных компетенций используются различные интерактивные методы обучения. Интерактивное обучение - это специальная форма организации познавательной деятельности. Ее цель состоит в создании комфортных условий обучения, при которых студент или слушатель чувствует свою успешность, свою интеллектуальную состоятельность, что делает продуктивным сам процесс обучения.

Интерактивные методы основаны на принципах взаимодействия, активности обучаемых, опоре на групповой опыт, обязательной обратной связи. Из объекта воздействия студент становится субъектом взаимодействия, он активно участвует в процессе обучения, следуя своим индивидуальным маршрутом.

Целью данного исследования являлось определение влияния интерактивных методов обучения на уровень самоэффективности студентов как части рефлексивно-деятельностной компетенции.

Материалы и методы исследования

Было обследовано 112 человек (студенты 4 курса Донецкого национального медицинского университета, обучающихся по специальности «Лечебное дело» и «Педиатрия»). Из них 42 (37,5%) мужчин и 70 (62,5%) женщин. 34 человека (33,36%) обучающихся по специальности «Педиатрия Лечебное дело», 78 человека (66,64%) - по специальности «Лечебное дело». Из них у 83 (74,11%) человек средняя успеваемость была выше 4 баллов и у 29 (25,89%) человек ниже соответственно.

Исследование проводилось в два этапа, в начале и в конце обучения на кафедре психиатрии, наркологии и медицинской психологии ДОНМУ им. М. Горького (до и после использования интерактивных методов обучения соответственно). Для исследования самоэффективности использовалась методика диагностики само-

эффективности Маддукса и Шеера, состоящая из 23 утверждений. Испытуемому предлагалось ответить в какой степени он согласен с предложенными высказываниями. Абсолютное согласие оценивалось баллом "+5", абсолютное несогласие "-5". В зависимости от степени своего согласия или несогласия с утверждениями использовались промежуточные оценки шкалы в области положительных или отрицательных значений соответственно.

Средние значения уровня самоэффективности в сфере предметной деятельности располагались в интервале от -7 до +53 баллов, а в сфере общения - в интервале от +7 до +15. Таким образом, показатели, лежащие за указанными пределами, свидетельствовали либо о заниженной оценке потенциала в той или иной сфере жизнедеятельности, либо - о завышенной.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью пакета при-

кладных статистических программ «Statistica 6.0» и электронных таблиц Microsoft Excel 2010.

Результаты и их обсуждение

При оценке общих результатов до использования интерактивных методов можно отметить, что самооэффективность в сфере межличностного общения находилась на низком уровне ($4,68 \pm 7,12$ балла). Это свидетельствует о том, что опрошенные имели заниженную самооценку своего потенциала в сфере межличностного

общения. В сфере предметной деятельности самооэффективность соответствовала среднему уровню ($31,16 \pm 18,13$ балла). Это значит, что опрошенные в достаточной мере имели представление о своей способности быть успешными в той или иной деятельности, что обуславливало их реакции на успехи и неудачи.

Таблица 1

Средние значения самооэффективности по методике Маддукса и Шеера

Самооэффективность	$\bar{X} \pm m$ До	$\bar{X} \pm m$ После	Статистическая значимость различия, p
Сфера межличностного общения	$4,68 \pm 7,12$	$3,40 \pm 7,63$	0,372
Сфера предметной деятельности	$31,16 \pm 18,13$	$34,02 \pm 17,66$	0,413

При повторном обследовании, самооэффективность в сфере межличностного общения находилась том же на низком уровне ($3,40 \pm 7,63$ балла), что и при первом обследовании, однако отмечалась некая тенденция к снижению

результатов. В сфере предметной деятельности уровень самооэффективности и, напротив, увеличился ($34,02 \pm 17,66$ балла), однако данные различия не были статистически значимы (Табл. 1).

Таблица 2

Уровень самооэффективности при использовании методов интерактивного обучения в зависимости от пола, специальности, средней успеваемости

Самооэффективность в сфере межличностного общения			
Группа	$\bar{X} \pm m$ До интерактивных методов	$\bar{X} \pm m$ После интерактивных методов	Статистическая значимость различия, p
Мужчины	$3,5 \pm 6,98$	$3,43 \pm 7,01$	0,931
Женщины	$5,12 \pm 8,57$	$5,22 \pm 8,44$	0,917
«Педиатрия»	$5,51 \pm 10,64$	$5,44 \pm 10,43$	0,948
«Лечебное дело»	$3,72 \pm 7,76$	$3,55 \pm 7,63$	0,832
Успеваемость выше 4 баллов	$5,88 \pm 10,83$	$6,10 \pm 10,99$	0,637
Успеваемость ниже 4 баллов	$2,77 \pm 5,61$	$2,83 \pm 5,66$	0,965
Самооэффективность в сфере предметной деятельности			
Мужчины	$28,44 \pm 18,47$	$28,89 \pm 16,03$	0,912
Женщины	$31,96 \pm 24,68$	$33,87 \pm 23,27$	0,513
«Педиатрия»	$39,19 \pm 21,74$	$41,72 \pm 21,89$	0,527
«Лечебное дело»	$22,31 \pm 19,38$	$25,11 \pm 19,97$	0,418
Успеваемость выше 4 баллов	$36,51 \pm 20,16$	$39,76 \pm 19,53$	0,441
Успеваемость ниже 4 баллов	$26,67 \pm 20,77$	$29,31 \pm 20,11$	0,492

При условном разделении испытуемых на группы (по специальности, полу, средней успеваемости) результаты были схожи с общими (Табл. 2).

Из результатов, приведенных в таблице 2, следует, что не зависимо от пола, средней успеваемости и специальности, использование интерактивных методов обучения не вызвало у испытуемых изменений в сфере межличностного общения. Уровень самоэффективности в данной сфере остался на прежнем низком уровне, а, следовательно, можно сделать вывод, что интерактивные методы обучения не влияют на уровень межличностных отношений.

При оценке самоэффективности в сфере предметной деятельности также не было вы-

явлено статистически достоверных различий, однако, как во всех группах, так и в целом по всей выборке отмечается некая тенденция к увеличению показателей. И, хотя уровень самоэффективности в данной сфере остается в диапазоне среднего уровня, можно предположить, что при более длительном использовании интерактивных методов данная тенденция перерастет в статистически достоверные различия. Из этого следует, что использование интерактивных методов является ресурсом повышения самоэффективности, а, следовательно, и рефлексивно-деятельностной компетенции. Однако на данном этапе эта проблема требует более детального и глубокого изучения.

Коваленко С.Р., Студзинский О.Г., Тахташева Д.Р.

ВЛИЯНИЕ ИНТЕРАКТИВНЫХ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ НА САМОЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛИЧНОСТИ В СТРУКТУРЕ РЕФЛЕКСИВНО-ДЕЯТЕЛЬНОСТНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова. Интерактивное обучение, «мозговой штурм», самоэффективность, компетентность, рефлексия, межличностное общение, предметная деятельность, учебный процесс.

В данной статье рассмотрен вопрос – способно ли повлиять внедрение в учебный процесс интерактивных методов обучения на уровень сформированности у студентов рефлексивно-деятельностной компетенции в рамках компетентностного подхода? В частности на самоэффективность, как часть вышеупомянутой компетенции. Целью данного исследования являлось определение влияния интерактивных методов внедренных в процесс обучения на уровень самоэффективности студентов как части рефлексивно-деятельностной компетенции.

Было обследовано 112 человек (студенты 4 курса Донецкого национального медицинского университета обучающихся по специальности «Лечебное дело» и «Педиатрия»). Из них 42 (37,5%) мужчин и 70 (62,5%) женщин. 34 человека (33,36%) обучающихся по специальности «Педиатрия Лечебное дело», 78 человека (66,64%) – по специальности «Лечебное дело». Из них у 83 (74,11%) человек средняя успеваемость была выше 4 баллов и у 29 (25,89%) человек ниже соответственно.

Исходя из полученных результатов следует, что в независимости от пола, средней успеваемости и специальности, внедрение интерактивных методов обучения не вызвало у испытуемых изменений в сфере межличностного общения. Уровень самоэффективности в данной сфере остался на прежнем низком уровне а следовательно можно сделать вывод, что интерактивные методы обучения не влияют на уровень межличностных отношений. Что же касается самоэффективности в сфере предметной деятельности. Здесь также не было выявлено статистически достоверных различий, однако, как во всех группах по отдельности, так и в целом по всех выборке отмечается некая тенденция к увеличению показателей. И хотя уровень самоэффективности в данной сфере остается в диапазоне среднего уровня можно предположить, что при более длительном использовании интерактивных методов данная тенденция перерастет в статистически достоверные различия и это позволит с уверенностью сказать, что использование интерактивных методов обучения позволяет поднять самоэффективность на более высокий уровень. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2017. — № 1 (37). — С. 59-63).

Kovalenko S.R., Studzinsky O.G., Takhtashova D.R.

INFLUENCE OF INTERACTIVE METHODS OF TRAINING ON SELF-EFFICIENCY OF THE PERSON IN THE STRUCTURE OF REFLEX-ACTIVITY COMPETENCE

Donetsk National Medical University named after M. Gorky

Keywords. Interactive learning, "brainstorming", self-efficacy, competence, reflection, interpersonal communication, objective activity, educational process.

In this article the question - Is able to affect the introduction in the educational process of interactive teaching methods in the formation of the level of the students' reflexive-activity within the competence of the competence-based approach? In particular on self-efficacy, as part of the aforementioned competence. The aim of this study was to determine the influence of interactive methods embedded in the learning process to the level of self-efficacy of students as part of the reflexive-activity competences.

The study involved 112 people (4th year students of Donetsk National Medical University students majoring in "Medicine" and "Pediatrics"). Of these, 42 (37.5%) men and 70 (62.5%) women. 34 people (33.36%) enrolled in the specialty "Pediatrics Medicine", 78 people (66.64%) - on a specialty "Medicine". Of these, 83 (74.11%) patients had higher average achievement points 4 and 29 (25.89%) patients, respectively, below.

Based on the obtained results suggest that regardless of gender, average performance and specialization, introduction of interactive teaching methods did not cause changes in the subjects in the field of interpersonal communication. The level of self-efficacy in this area remained at a low level and thus it can be concluded that interactive teaching methods do not affect the level of interpersonal relationships. As for the self-efficacy in the field of object-related activity. There was also no statistically significant different, however, in all groups separately, and in general, all kind of sample marked tendency to increase performance. Although self-efficacy level in this area is in the

middle range of the level it can be assumed that the more extended use of interactive methods, this trend will grow in a statistically significant difference, and it will be said with certainty that the use of interactive teaching methods allow to raise self-efficacy at the higher level. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2017. — № 1 (37). — P. 59-63).

Литература

1. Леонтьев Д.А. Личностный потенциал. Структура и диагностика/ Д.А.Леонтьев.- Москва: Смысл, 2011. – 192-302 с.
2. Bandura A. Human Agency in Social Cognitive Theory / A.Bandura// American Psychologist. 1989. Vol. 44. № 9. P. 1175–

1184.

3. Абрамов В.А. Компетентностный подход к организации учебно-познавательной деятельности студентов. Донецк – 2016. – с 5-27.

Поступила в редакцию 10.09.2017

УДК 616.89-008.46+159.942]-085

*Абрамов В.А., Абрамов А.В.***СУБЪЕКТИВНОЕ ПРОСТРАНСТВО ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ЛИЧНОСТНЫХ ПАТТЕРНОВ (ДЕЗАДАПТИВНЫХ СХЕМ) И РЕЖИМОВ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ У ЛИЦ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ
(СООБЩЕНИЕ 1. БАЗИСНЫЕ УБЕЖДЕНИЯ, ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ И КОГНИТИВНЫЕ СХЕМЫ)**

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: психические расстройства, личностные дисфункции, базисные убеждения, когнитивные и эмоциональные схемы

В международной классификации психических и поведенческих расстройств (МКБ-10) психическое расстройство определяется как «клинически определенная группа симптомов или поведенческих признаков, которые в большинстве случаев причиняют страдание и препятствуют личностному функционированию; изолированные социальные отклонения без личностной дисфункции не должны включаться в группу психических расстройств». Таким образом, международный диагностический стандарт к обязательным признакам психического расстройства, помимо психопатологических симптомов, относит личностные дисфункции и страдания.

Психопатологические симптомы – это признаки психического расстройства, выявляемые врачом-психиатром. Традиционно, хотя и не совсем обоснованно, эти признаки считаются объективной оценкой психического состояния пациента. Страдания и личностные дисфункции – это составляющие психического расстройства, относящиеся к субъективным переживаниям, структурирующим субъективное жизненное пространство личности (ее внутренний мир). Возможность их объективной оценки, по меньшей мере, сомнительна.

Страдание (стигма) – особые экзистенциально-фрустрирующие переживания невозможности исполнить свою экзистенцию, свою сущность, переживания глубокой неудовлетворенности собственной жизнью, утраты способности реализовать потенциал своей личности; это апогей негативных переживаний (пиковых по А. Маслоу): потеря точки опоры, смысла жизни, крушения жизненных надежд, самоотчуждение, социальное исключение, невозможность реализации

широкого спектра жизненно важных потребностей, дальнейшего личностного роста, вынужденный отказ от многих приоритетных до болезни ценностей (разрушение ценностно-смысловой системы).

Следует отметить, что страдания, если и не идентифицируются с состояниями личностной аномальности, то, несомненно, феноменологически структурируют ее и лежат в основе личностного дистресса. В этой связи примечательно выражение К. Шнайдера (1928): «психопат (современное – дисфункциональная личность) – это субъект, который вследствие патологии своего характера страдает сам и/или заставляет страдать других». А применительно к проблеме стигмы, страдания из-за тяжелого психического расстройства оформляются в виде самостоятельной диагностической категории, отражающей деформацию личностного развития (хроническое изменение личности после психической болезни – F 62.1). В связи с этим, при дальнейшем изложении анонсированной проблемы мы не будем специально выделять один из ее аспектов «стигма-страдание», а обратимся, в основном, к анализу субъективного пространства дисфункциональных личностных паттернов (дезадаптивных схем и режимов функционирования) у лиц с психическими расстройствами.

«Препятствие личностному функционированию» как составляющая психического расстройства по определению МКБ-10 означает нарушение личностного функционирования (личностную дисфункцию), которое в научной литературе не оформилось в качестве общепринятого клинико-диагностического понятия. Существует многообразие терминов, при помощи которых обо-

значаются нарушения личности: изменения личности особого типа, деградация личности, дисгармоничность, десоциализация, дезинтеграция, расщепление, снижение уровня личности, деструкция, дефект личности, дезорганизация, диссоциация, специфическое расстройство личности, девиация, дискордантность, деформация. На наш взгляд, эти термины отражают не столько своеобразие клинических проявлений и механизмов личностных дисфункций, сколько понятийные предпочтения автора. Более чем убедительный пример недифференцированного и некритичного употребления этих терминов содержится в руководстве по психиатрии под редакцией А.В. Снежневского (1983): “в картине шизофренического психоза и в непсихотических дефектных стадиях болезни выявляется типичная дискордантность психических функций – раскогласование и дисгармоничность мышления, эмоций, моторики, своеобразное расщепление. Диссоциативность психических функций придает особую «шизофреническую» окраску всему поведению больных...”.

В этом перечне в целом синонимичные понятия (дискордантность, дисгармоничность, расщепление, диссоциация) выступают как особые, имеющие определенную специфику, характеристики психических функций, практически никак не отражающие сущности субъективных переживаний смысловой целостности личности. Такое произвольное нагромождение терминов, не вносящих ясности в оценку базисных характеристик личностного потенциала пациентов и не раскрывающих сущности и клинико-психологического содержания аномальных личностных проявлений, значительно затрудняет не только диагностический процесс, но и осуществление целенаправленных лечебно-реабилитационных мероприятий. Это делает необходимым использование унифицированного терминологического обозначения этих нарушений с уточнением их феноменологической принадлежности. Наиболее предпочтительным является термин «личностная дисфункция», которым обозначается ряд клинически значимых состояний, являющихся выражением присущего индивиду дезадаптивного стиля жизни и способа отношения к себе и другим.

Личностная дисфункция – обобщенный термин, отражающий вариативные нарушения смысловой целостности личности и ее ресурсов; нарушение целостности (идентичности) личности или способности быть автономным, саморегулируемым субъектом активности.

В МКБ-10 к дисфункциональным состояниям личности относятся: 1) специфические расстройства личности – онтогенетические (конституциональные) нарушения личности; 2) изменения личности – приобретенные нарушения личности, вследствие глубоких экзистенциальных экстремальных переживаний (экстремальных средовых деприваций), разрушающих образ «Я» и идентичность личности, и серьезных психических расстройств, заболеваний или травм мозга.

О распространенности личностных дисфункций в популяции свидетельствует следующий факт: в шести крупных научно-исследовательских работах (Северная Америка), испытуемыми которых выступили представители трех наций, было установлено (M.F. Lonzenweger, 2008), что медианный показатель диагностируемых расстройств личности составил 10,6% (один из 10 человек страдает тем или иным расстройством личности).

В структуре психических расстройств, представленных в МКБ-10, практически в рамках всех диагностических модулей выделяются диагностические категории с преобладанием личностных дисфункций. Другими словами, личностные дисфункции в той или иной мере охватывают весь спектр психических и поведенческих расстройств (табл. 1). При этом имеются данные о том, что именно аномальное развитие личности, а не другие клинические переменные, в большинстве случаев обуславливают устойчивые нарушения социального функционирования больных с психическими расстройствами [103].

Проблема взаимоотношения здоровой личности и расстройств личности является одной из наиболее важных проблем в области клинической психологии и психологии личности. В DSM-IV и МКБ-10 используется категориальный подход, в рамках которого расстройства личности рассматриваются как отдельные категории, отличающиеся друг от друга и от здоровой личности. В противоположность этому, существует также так называемый «многомерный подход» (dimensional approach) к расстройствам личности. Представители данного альтернативного подхода считают, что расстройства личности представляют собой дезадаптивное наращивание тех же черт, посредством которых описывается и здоровая личность. Утверждается, что подход, используемый в рамках МКБ-10 и DSM-IV TR, является весьма ограниченным по своей сути и необходимо применение многомерного подхода к расстройствам личности. В частности предложенная [104] пятифакторная модель личнос-

ти как альтернатива классификации расстройств личности. Эта модель рассматривает расстройство личности как сочетание факторов нейротизма/эмоциональной стабильности, экстраверсии/интроверсии, открытости/закрытости, конформности/антагонистичности, осознанность собственных действий/расторможенность. К

примеру, эмоционально неустойчивое расстройство личности в рамках данного подхода понимается как сочетание эмоциональной лабильности (высокого уровня нейротизма), импульсивности (низкого уровня осознанности собственных действий и враждебности (низкого уровня конформности).

Таблица 1

Личностные дисфункции в структуре диагностических категорий МКБ-10 (расстройства и хронические изменения личности)

F 07 – органическое расстройство личности
F 1x.71 – расстройство личности вследствие употребления психоактивных веществ
F 20 – шизофрения с нарастающим или стабильным дефектом личности; включается
F 21 – шизотипическое расстройство личности
F 34.0 – циклотимия, включается: «циклотимная личность», «циклоидная личность», «аффективное расстройство личности»
F 34.1 – дистимия, включается «депрессивное расстройство личности»
F 4 – невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства
F 43 – ПТСР с переходом в хронические изменения личности
F 44.81 – расстройство множественной личности
F 6 – расстройства зрелой личности и поведения у взрослых:
F 60 – специфические расстройства личности
F 61 – смешанные расстройства личности
F 62 – хронические изменения личности, в т.ч. хронические изменения личности после переживания катастроф, после перенесенной психической болезни, после утраты близких и т.д.
F 63 – расстройства привычек и влечений
F 64 – расстройства половой идентификации
F 65 – расстройства полового предпочтения
F 66 – расстройства, связанные с сексуальным развитием и ориентацией

Кросс-культуральные исследования на тему взаимоотношений расстройств личности и пятифакторной модели установки, что расстройства личности во многих случаях коррелирует с факторами, представленными в рамках пятифакторной модели личности [105,106]. По этой причине планируется добавление данной модели в следующую версию Американского руководства по диагностике и статистике.

Такой многофакторный подход к классическим (специфическим) расстройствам личности, с нашей точки зрения, оправдан и по отношению к иным (неконституциональными) нарушениям личности, которые и феноменологически и по характеру вызываемых ими нарушений социального функционирования во многом сходны с расстройствами личности онтогенетического спектра. Этим и обусловлен интерес к изучению общих принципов, механизмов и закономерностей формирования личностных дисфункций при различных психических расстройствах.

Основные характеристики личностных дисфункций при психических расстройствах с уче-

том их структурно-динамических особенностей и специфических клинико-психологических феноменов, сформулированные на основе современных концепций личности и собственного опыта, приведены в таблицах 2-5.

Приведенные данные являются теоретической основой для понимания субъективного пространства дисфункциональных личностных паттернов (личностно-аномальных синдромов) в контексте научно-методологических подходов, отражающих когнитивно-смысловой дефицит, нарушения целостности и когнитивного опыта личности.

Понятие «дисфункция» предполагает, что существует понятие «функция», которое обозначает активность (в данном случае – активность личности), рассматриваемую со стороны ее роли в обеспечении целостности и интегрированности личности. В рамках структурно-функционального анализа Р. Мертон обращает внимание на разделение функций на явные и латентные. Явные – это те, которые известны и подразумеваются определенными видами деятельности.

Латентные – те последствия деятельности, которые заранее неизвестны. Например, к явным функциям личности относится способность устанавливать адекватные взаимоотношения с окружающими, осознание своей идентичности, жизнестойкость и т.д. К латентным функциям личности можно отнести такие как личностный рост, самоэффективность, компетентность. Вы-

деляются также фундаментальные функции личности, которые могут нарушаться при психических расстройствах (например, в МКБ-10 указывается, что расстройства, свойственные шизофрении, поражают фундаментальные функции, которые придают нормальному человеку чувство своей индивидуальности, неповторимости и целенаправленности).

Таблица 2

Соотношение критериев здоровой и дисфункциональной личности



Таблица 3

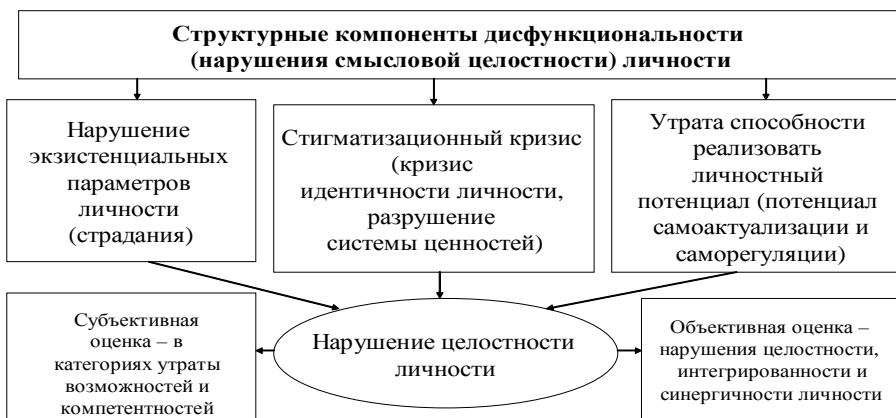
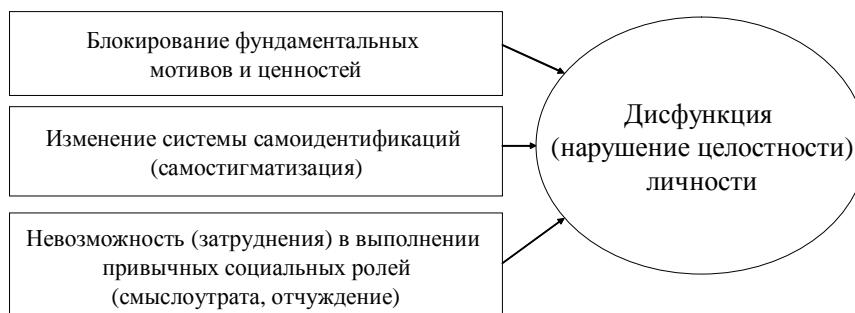


Таблица 4

Взаимосвязь репрезентации болезни (ситуации болезни) и формирования личностных дисфункций





Дисфункция (от лат. – «не» и исполнение) – понятие, означающее способность системы породить в процессе своего существования следствия и эффекты, противоположные ее прямому функциональному предназначению. Впервые понятие «дисфункция», как наблюдаемые следствия, уменьшающие адаптацию и регулирование в системе, использовал применительно к социальной проблематике американский социолог Р. Мертон в 1950гг., выделивший три типа возможных функциональных последствий, характерных для любой системы – благоприятных, нейтральных и неблагоприятных, т.е. дисфункциональных.

Дисфункциональность личности как проявление психического расстройства – это интегративная совокупность вариативных нарушений смысловой целостности личности, способности быть автономным, саморегулируемым субъектом активности, обусловленная или непосредственным расстройством психической регуляции (в рамках того или иного расстройства), или вторичной десоциализацией в связи с переживаниями рисков социальных ограничений «жизни с болезнью» (стигма). Основными структурными элементами дисфункциональности личности, на наш взгляд, являются нарушения интеграции, целостности и синергичности различных составляющих личности, позитивных аспектов психического здоровья (личностного потенциала). При этом учитывается, что эмерджентным (системообразующим) свойством целостной личности является способность ее к полноценному функционированию в различных сферах жизни, продуктивной коммуникации с окружающими, способность к трансцендентности, саморазвитию, самореализации, самовыражению, аутентичному существованию, осмысленной целенаправленной жизни с признанием своей ответственности за события в ней происходящие.

Дисфункциональность личности (нарушение

ее целостности) с позиций феноменологического подхода выступает в роли субъекта психического расстройства. В крайних случаях дисфункциональность личности приобретает характер экзистенциального расстройства, связанного с разрушением «когнитивной карты» пациента, целеполагания и источников для удовлетворения своих потребностей.

Если рассматривать личностную дисфункцию как переживание личностного кризиса, то, прежде всего, надо учитывать механизмы, обеспечивающие индивидуальный характер переживаний [1], создающих препятствия непрерывности целостного образа реальности. В эти переживания оказываются вовлеченными все слои субъективного жизненного пространства (субъективного опыта) личности, включая смыслообразующие конструкты и в целом глубинные структуры образа мира и их операциональный аналог – структура когнитивных схем и базисных убеждений личности [1].

В этой связи открывается возможность на основе когнитивных теорий личности и когнитивно-поведенческой направленности психотерапии, на концептуальном уровне рассмотреть особенности субъективного пространства дисфункциональных личностных паттернов и режимов функционирования в контексте таких взаимозаменяемых понятий как убеждения, схемы, правила, когнитивные паттерны [2].

Базисные убеждения как конструкт формирования представлений личности об окружающем мире и собственном «Я». Понятие «базисные убеждения» (или «базисные схемы») возникло и развивается на пересечении когнитивной, социальной, а также клинической психологии и психотерапии, которые (каждая со своих позиций) пытаются ответить на вопрос о том, каким образом индивид конструирует свои представления об окружающем мире и собственном «Я». В целом, базисные убеждения можно оп-

ределить как имплицитные, глобальные, устойчивые представления индивида о мире и о себе, оказывающие влияние на мышление, эмоциональные состояния и поведение человека.

Базисные убеждения – это формируемое на основе ценностных ориентаций средство, внедренное в схемы категоризации объектов и явлений окружающего мира, которое представляет собой систему постоянно хранимых в памяти знаний, представлений и идеалов, всегда выражающихся в поведении личности, т.к. существует потребность реализации этих знаний, представлений и идеалов, которая запускает соответствующие мотивы [3].

Базисные убеждения - один из основных конструкторов когнитивно-экспериментальной теории С. Эпштейна. Согласно этой теории люди автоматически конструируют имплицитную «теорию реальности», которая включает два основных блока: теорию собственного «Я» и теорию окружающего мира, а также репрезентации отношений между «Я» и миром.

Базисные убеждения – это иерархически организованные когнитивно-эмоциональные имплицитные представления индивида, сквозь призму которых воспринимаются события окружающего мира, и в соответствии с которыми формируется поведение [4], это глубинные установки личности по отношению к самому себе и окружающему миру.

В соответствии с основными потребностями личности, С.Эпштейн выделяет четыре базисных убеждения, составляющих имплицитную личностную теорию реальности: убеждение о доброжелательности окружающего мира; убеждение о справедливости окружающего мира; убеждение в том, что окружающим людям можно доверять; убеждение в собственной значимости. Американским психологом Р. Янофф Бульман [41] была предложена имплицитная концепция окружающего мира и собственного Я, суть которой сводится примерно к следующему: людям свойственно истолковывать происходящие с ними события так, чтобы поддерживать стабильность субъективной картины мира, обеспечивающей необходимую опору в постоянно меняющейся реальности. Человек конструирует свой жизненный опыт исходя из трех базовых установок: «мир является благожелательным», «мир является осмысленным и предсказуемым», «я являюсь достойным человеком».

На этой основе разработан методический инструмент для оценки базисных убежде-

ний личности [5]:

1. Доброжелательность окружающего мира - убеждение личности в том, что окружающий мир в целом - хорошее место для жизни.

2. Справедливость - убеждение индивида в том, что хорошие и плохие события распределяются между людьми по принципу справедливости: каждый человек получает то, чего заслуживает.

3. Контролируемость - убеждение в том, что люди, так или иначе, могут контролировать происходящие с ними события.

4. Закономерность - убеждение личности относительно минимальной роли случая в жизни человека.

5. Самоценность - убеждение индивида в том, что он хороший и достойный человек.

6. Способность контролировать ситуацию - убеждение индивида в том, что он может контролировать происходящие с ним события.

7. Удача - убеждение индивида в том, что в целом он везучий человек.

Основоположник рационально-эмотивной психотерапии А. Эллис помещает убеждения в центр своей известной триады ABC: А (activating events) - события, происходящие в жизни человека; В (beliefs) - система убеждений, касающихся этих событий; С (consequences) - последствия этих событий, которые могут перейти в эмоциональные и поведенческие нарушения. Система убеждений, по Эллису, представляет собой что-то вроде базовой философии человека. Она может содержать как вполне разумные рациональные убеждения, проверяемые опытным путем, так и иррациональные, которые, как правило, являются реакциями на неблагоприятные активирующие события, неоднократно повторявшиеся как в детском, так и в более позднем возрасте.

Важная характеристика убеждений - их иерархичность. Когнитивные психотерапевты отмечают, что убеждения индивида образуют множество слоев [6]. Существуют поверхностные убеждения, более глубокие убеждения и центральные (базисные) убеждения. Поверхностные убеждения - это те мысли, которые индивиды легко осознают и открывают другим. Базисные (центральные) убеждения индивид не может обнаружить сам без специальных усилий. Это не означает, однако, что они в принципе не осознаются. По мнению теоретиков когнитивной психотерапии, при помощи терапевтической работы или специальных расспросов базисные убеждения можно вскрыть.

Итак, убеждения - средства категоризации, призванные структурировать наш опыт. Однако они могут быть как функциональными, так и дисфункциональными [7,8]. Под дисфункциональными убеждениями в когнитивной психотерапии понимаются формируемые на основе ценностных ориентаций иррациональные установки, негативные, часто неосознанные обобщения, идеи, которые определяют содержание мышления, эмоций и поведения.

Базисные убеждения, касающиеся позитивного Я-образа, доброжелательности окружающего мира и справедливых отношений между «Я» и окружающим миром, наиболее сильно подвержены влиянию психической травмы. В одночасье индивид сталкивается с ужасом, порождаемым окружающим миром, а также с собственной уязвимостью и беспомощностью: существовавшая ранее уверенность в собственной защищенности и неуязвимости оказывается иллюзией, повергающей личность в состояние дезинтеграции, преодоление которого заключается в восстановлении базисных убеждений [10].

В результате проведенных исследований [10] было обнаружено, что базисные убеждения испытуемых, имеющих в анамнезе сильные психические травмы, и испытуемых, не имеющих травм, значительно различаются, причем травмирующие события по-разному влияют на различные убеждения. Процесс совладания с травмой состоит в восстановлении базисных убеждений. Сложный процесс восстановления происходит между двумя полюсами: на одном полюсе находятся старые, комфортные для индивида конструкции, оказавшиеся необоснованными; на другом полюсе - страшный опыт виктимизации, содержащий в себе ужас и бессмысленность. Совладание с травмой означает «наведение моста» между этими двумя полюсами.

Эмоциональные схемы. В настоящее время развитие когнитивных моделей регуляции получает активное развитие в связи с возрастающим интересом специалистов в области психического здоровья к изучению эмоциональной сферы человека, как в норме, так и в патологии [11,12]. Когнитивные модели придают существенное значение собственным убеждениям человека и их последствиям, полагая, что дисфункциональные представления играют существенную роль в формировании и поддержании эмоциональных нарушений [13]. Когнитивная теория А. Бека предполагает, что каждый человек имеет набор определенных правил, которые используются им в конкретных ситуациях.

Правила являются специфическими шаблонами и предпосылками, в соответствии с которыми люди действуют и осмысливают окружающий мир. Данные когнитивные правила проявляются в стандартах поведения, являющихся частью социального наследия, наблюдения за другими людьми. Согласно модели Р. Лихи, правила формируются не только в отношении конкретных ситуаций, но и в отношении способов их выражения [15]. В рамках данной модели первым этапом эмоциональной переработки является распознавание, дифференциация и классификация, что в конечном итоге приводит к процессу интерпретации и выбору стратегий их регуляции. Совокупность имплицитных интерпретаций, ожиданий, формирующихся у человека в отношении собственных и других людей, то, что человек думает о собственных эмоциях и об эмоциях других, то, какие поведенческие и межличностные стратегии он применяет в ответ на собственные эмоции и эмоции других, получило название эмоциональных схем [16].

Эмоциональные схемы - определенный набор убеждений, направленный на обработку, оценку, и выбор способов «реагирования» на эмоции. Теория эмоциональных схем рассматривает множество потенциальных схем и стратегий, которые возникают в ответ на собственные эмоции, которые могут представлять собой объект познания - то есть, они также могут рассматриваться индивидом в качестве содержания для оценки, определения степени контроля, возможности использования их. Теория эмоциональных схем опирается на современный интегративный подход к социальному познанию с акцентом на направленности, нормализацию, социальное сравнение и стили приписывания (атрибуции) [17,18]. Подчеркивается возможность нарушения социального познания в отношении эмоций. Конкретные стили саморефлексии, специфическая оценка эмоций могут привести к малоадаптивным формам регуляции эмоций.

Модель эмоциональных схем включает два стиля совладания с эмоциями: нормализация и патологизация. Процесс нормализации предполагает, что негативные эмоции могут быть приняты и адекватно выражены, они носят временный характер, отражают для человека контекстуальную ценность (эмоциям придается ценностное значение, связанное с ситуацией). При патологическом способе совладания, негативные эмоции рассматриваются как уникальные, присущие только переживающему их, длительные, опасные, поэтому человек испытывает по-

требность подавлять их или контролировать. Исследования показывают, что дезадаптивные эмоциональные схемы тесно связаны с депрессией, тревогой, посттравматическим стрессовым расстройством, разногласиями в семейном функционировании и расстройствами личности [19]. Поскольку дезадаптивные эмоциональные схемы представляют устойчивые паттерны, связанные с эмоциональными процессами, можно предположить, что данные конструкты должны быть связаны с глубинными убеждениями, которые возникают на этапе взросления и сохраняются в течение жизни.

Таким образом, под эмоциональными схемами понимается совокупность имплицитных интерпретаций, ожиданий, паттернов эмоциональной регуляции, формирующихся у человека в отношении собственных и других людей, то, что человек думает о собственных эмоциях и об эмоциях других, то, какие поведенческие и межличностные стратегии он применяет в ответ на собственные эмоции и эмоции других. В когнитивных теориях личности схемы рассматриваются как когнитивно-аффективные комплексы, формирующиеся из переживания индивидом событий его личной истории и, в зависимости от этого, направляющие его поведение.

Формирование той или иной схемы происходит за счет депривации эмоциональной потребности. По типу депривуемой потребности выделяют пять категорий схем: нарушение связи и отвержение, нарушенная автономия, нарушенные границы, направленность на других, сверхбдительность и запреты. Помимо дезадаптивных, существуют и адаптивные схемы, однако можно отметить, что в целом каждая схема имеет лишь условную адаптивность или дезадаптивность. Также важным является тот факт, что не включается в понятие схемы поведение, считается, что поведение - это своего рода попытка адаптивной реакции на дезадаптивные схемы. Также предполагается, что некоторые из данных схем (в частности те, которые были сформированы вследствие травмирующих событий детства) могут составлять содержательную основу расстройств личности и хронических психических заболеваний [20].

Когнитивные схемы. Изначально под термином «когнитивные схемы» подразумевались обширные генерализованные принципы интерпретации жизненных событий человеком, действующим вне зависимости от ситуации и фильтрующим информацию таким образом, чтобы она удовлетворяла этим генерализованным принци-

пам [21].

Схемы - это когнитивные структуры, которые организуют опыт и поведение; убеждения и правила отражают содержание схем и, следовательно, определяют содержание мышления, эмоций и поведения.

В когнитивных теориях личности понятие схем определяется как относительно устойчивые когнитивные модели, посредством которых люди сортируют и синтезируют поступающую информацию, но при этом схемы рассматриваются уже не как только когнитивные структуры, а как когнитивно-аффективные комплексы, формируемые в процессе приобретения опыта [22,23]. Этот термин был впервые использован в трудах представителей когнитивного направления в психологии Ф.Ч. Бартлетта и Ж. Пиаже [24,25].

В когнитивной психологии схема рассматривается как особым образом организованная система прошлого опыта, обретенного в процессе познания, с помощью которой объясняется переживание опыта настоящего времени. Понятие схемы было использовано А. Бекком в рамках когнитивной терапии для описания когнитивных паттернов, сформированных в результате прошлого опыта и определяющих его реакцию на различные ситуации. По его мнению, схемы - это фундаментальные элементы личности, от которых зависят когнитивные, эмоциональные и мотивационные процессы, которые идут от оценки к эмоциональному и мотивационному возбуждению и, наконец, к выбору и реализации релевантной стратегии. Индивид воспринимает и интерпретирует события, руководствуясь доминирующей в его сознании концептуальной схемой. Помимо ориентированных на реальность адаптивных схем, А. Бек выделяет дисфункциональные схемы, основанные на искаженных суждениях и сопутствующей этим суждениям тенденции допускать когнитивные ошибки в некоторых типах ситуаций [2].

Концепт схемы возник в психологии в связи с проблемой изучения репрезентации образа окружающего мира в структуре индивидуального сознания. Согласно С. Эпштейну [26] и его когнитивно-экспериментальной теории, люди автоматически конструируют имплицитную «теорию реальности», которая включает два основных блока: теорию собственного «Я» и теорию окружающего мира, а также репрезентации отношений между «Я» и миром.

С. Эпштейн положил в основу своей теории постулат о том, что люди постигают реальность двумя основными способами: эмпирическим и

рациональным. Конструкты, которые люди строят при помощи рациональной системы, называются убеждениями, а конструкты, которые формируются в эмпирической системе, называются имплицитными убеждениями или схемами. Схемы лежат в основе конструируемой человеком теории реальности, составляют ее фундамент. Они формируются в результате процесса генерализации личностью эмоционально значимого опыта при взаимодействии с окружающим миром и проявляются в поведении человека автоматически, предшествуя по времени произвольным рациональным процессам.

В соответствии с основными потребностями личности, С. Эпштейн выделяет четыре базисных убеждения (или схемы), составляющие личностную теорию реальности:

- 1) о доброжелательности окружающего мира;
- 2) о его справедливости;
- 3) о том, что окружающим людям можно доверять;
- 4) о собственной значимости.

Понятие схемы и убеждения является основным в когнитивной теории А. Бека [27], в которой предполагается наличие пяти основных категорий схем:

- когнитивные схемы, касающиеся таких действий, как абстрагирование, интерпретация, воспоминание, оценка себя и других людей;
- эмоциональные схемы, ответственные за генерирование чувств;
- мотивационные схемы, имеющие отношение к стремлениям и желаниям;
- инструментальные схемы, которые готовят людей к действию;
- контрольные схемы, включающие в себя самоконтроль и торможение, изменение и управление действиями.

А. Беком [2] выделены различные типы схем по их функциям: когнитивные схемы связаны с абстрагированием, интерпретацией и припоминанием; аффективные схемы ответственны за возникновение чувств; мотивационные схемы имеют дело с желаниями и влечениями; инструментальные схемы обеспечивают подготовку к действию; схемы контроля участвуют в самоконтроле и запрещении или направлении тех или иных действий. Зачастую различные типы схем действуют последовательно.

Схемы обладают следующими структурными качествами: широтой, гибкостью или жесткостью, интенсивностью, уровнем активации.

Наиболее близким понятием к концепту схемы является понятие личностного конструкта в

теории Дж. Келли. Личностный конструкт определяется как идея или мысль, которую человек использует, чтобы интерпретировать, объяснить, или предсказать свой опыт. Люди действуют как ученые-исследователи: они постоянно выдвигают рабочие гипотезы о реальности, что позволяет им, так или иначе прогнозировать, контролировать и понимать происходящее. Схемы, в принципе, являются аналогами личностных конструктов [27].

Концепт схемы используется также в работах психоаналитически ориентированных ученых. Современные психоаналитические течения все больше отходят от традиционной «энергетической» модели психики, описанной Фрейдом, перенося акцент с определяющей роли драйвов на роль отношений в психическом функционировании индивида и используя при этом понятие схем [28-30]. М.Ж. Ноггowitz строит свою теорию на том, что индивид имеет множество схем, касающихся образа «Я» и окружающих людей. Схемы, существующие относительно образа собственного «Я», включают в себя способы, с помощью которых индивид достигает удовольствия и избегает разочарований (мотивационные схемы), позиционирует себя в отношениях с миром (ролевые схемы), решает проблему выбора (ценностные схемы). Психологический стресс вызывается рассогласованием существующей ситуации и наличных схем.

Безусловно, А. Бек и М. Горовитц, будучи приверженцами различных теорий личности, трактуют понятие «схема» совершенно по-разному. А. Бек, как сторонник когнитивной теории, рассматривает схемы как структуры, предвосхищающие когнитивно-аффективные процессы и поведение и, одновременно, структурирующие поступающую информацию. В свою очередь М. Горовитц, классифицируя схемы на мотивационные, ролевые и ценностные, исходит из фрейдовской структуры личности, включающей подструктуры Ид, Эго и Супер-эго.

Следует отметить, что трактовка понятия схемы, развитая в теориях когнитивных процессов, с одной стороны, и когнитивных теориях личности, с другой, различается. Данное различие состоит, главным образом, в том, что в теориях когнитивных процессов схемы рассматриваются как когнитивные структуры, предвосхищающие восприятие и познание субъектом реальности, тогда как в когнитивных теориях личности - как когнитивно-аффективные комплексы, формирующиеся из переживания индивидом событий его личной истории и, в зависимости от

этого, направляющих его поведение.

В теории привязанности [32] также используется понятие взаимосвязанных когнитивных схем, составляющих внутреннюю рабочую модель отношений личности. Эта модель включает две взаимосвязанных когнитивных схемы: репрезентацию собственного Я, воспринимаемого с точки зрения компетентности и способности быть любимым и принятым, и репрезентацию другого с точки зрения его доброжелательности и доверия. Результаты исследований [33] показывают, что наличие в рабочей модели отношений индивида со значимыми другими ненадежных паттернов привязанности (тревожного и дистанцированного) имеет положительные взаимосвязи с интенсивностью психопатологической и посттравматической симптоматики.

На основании теории привязанности J. Bowlby была создана теория структурной когнитивной психотерапии В. Гвидано и Дж. Лиотти [34]. Авторы полагают, что индивидуальное знание личности о себе и окружающем мире имеет системное строение. Несмотря на то, что в индивидуальном потоке сознания одновременно существуют образы восприятия и памяти, мечты, вербализованные мысли и чувства, с точки зрения структурной когнитивной теории, в этом хаосе имеется определенная иерархическая структура. Общие стратегические цели индивида занимают высшие уровни этой иерархии, в то время как решение конкретных проблем входит в компетенцию нижележащих уровней. Центральный уровень когнитивной организации психики содержит неосознанные схемы, возникающие в детстве и отрочестве, и содержащие обобщенную информацию об аспектах собственного Я и окружающего мира. Промежуточные уровни составляют осознаваемые, вербализованные представления о себе и о мире. Способы реше-

ния конкретных проблем, которые индивид изо дня в день использует в жизненных ситуациях, относятся к периферическому уровню.

Схемы формируются в процессе развития личности. Наиболее полную концепцию генетического развития когнитивных схем создал Ж.Пиаже [25]. Указывая на ведущую роль схем в когнитивном развитии индивида, он писал: «Никакое поведение, даже если оно является новым для данного индивида, не может рассматриваться как абсолютное начало. Оно всегда привязано к предшествующим схемам, будучи, таким образом, равносильным ассимиляции новых элементов ранее сконструированными структурами (врожденными, как в случае рефлексов, либо приобретенными ранее» [35].

Следовательно, любой опыт, в том числе травматический, ложится на уже существующие у индивида схемы. Ж. Пиаже ввел понятия ассимиляции и аккомодации, которые являются важными при объяснении влияния травмы на когнитивные схемы. Ассимиляция - это включение нового объекта в уже существующие схемы действия. В процессе ассимиляции происходит редукция нового опыта к уже существующим сенсомоторным и концептуальным структурам. В случае если новое воздействие не полностью охватывается существующими схемами, происходит аккомодация, то есть перестройка самих схем, их приспособление к новому объекту. Аккомодация имеет место в тех случаях, когда существующая схема не приводит к ожидаемым результатам. Основным механизмом развития по Пиаже, заключается в чередовании процессов ассимиляции и аккомодации [36]. Можно предположить, что в ситуации травмы индивид переживает опыт, который трудно ассимилировать, однако аккомодация схем к такому опыту также затруднена.

Абрамов В.А., Абрамов А.В.

**СУБЪЕКТИВНОЕ ПРОСТРАНСТВО ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ЛИЧНОСТНЫХ ПАТТЕРНОВ (ДЕЗАДАПТИВНЫХ СХЕМ) И РЕЖИМОВ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ У ЛИЦ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ
(СООБЩЕНИЕ 1. БАЗИСНЫЕ УБЕЖДЕНИЯ, ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ И КОГНИТИВНЫЕ СХЕМЫ)**

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: психические расстройства, личностная дисфункция, базисные убеждения, когнитивные и эмоциональные схемы.

В работе представлены результаты теоретико-аналитического исследования проблемы дисфункциональных личностных состояний у больных с психическими расстройствами в контексте дезадаптивных когнитивных схем, отражающих содержание и принципы когнитивных теорий личности и когнитивно-поведенческой направленности психотерапии.

В сообщении 1 приведено определение личностных дисфункций, анализ спектра личностных дисфункций в структуре диагностических категорий МКБ-10, соотношение критериев здоровой и дисфункциональной личности, структурных компонентов

дисфункциональности (нарушения смысловой целостности) личности, взаимосвязи репрезентаций болезни (ситуации болезни) и формирования личностных дисфункций, специфических феноменов экзистенциально-личностной дисфункции.

На основе когнитивных теорий личности на концептуальном уровне рассмотрены особенности субъективного пространства дисфункциональных личностных паттернов и режимов функционирования в контексте таких взаимозаменяемых понятий как базисные убеждения (конструкт формирования представлений личности об окружающем мире и собственном Я), эмоциональные схемы (определенный набор убеждений, направленный на обработку, оценку и выбор способов реагирования на эмоции) и когнитивные схемы (когнитивные структуры, организующие опыт и поведение). Показана возможность использования понятия схемы в рамках когнитивной терапии для описания когнитивных паттернов, сформированных в результате прошлого опыта и определяющих его реакцию на различные ситуации.

По мнению исследователей, трактовка понятия схемы в теориях когнитивных процессов и когнитивных теориях личности различается. В теории когнитивных процессов схемы рассматриваются как когнитивные структуры, предвосхищающие восприятие субъектом реальности, а в когнитивных теориях личности – как когнитивно-аффективные комплексы, формирующиеся из переживания индивидом событий его личной истории и, в зависимости от этого, направляющих его поведение. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2017. — № 1 (37). — С. 64-75).

Abramov V.A., Abramov A.V.

SUBJECTIVE SPACE OF DYSFUNCTIONAL PERSONALITY PATTERNS (DISADAPTIVE REGIMENS) AND MODES OF FUNCTIONING IN PERSONS WITH MENTAL DISORDERS (COMMUNICATION 1. BASIC BELIEFS, EMOTIONAL AND COGNITIVE PATTERNS)

Donetsk State Medical University. M. Gorky

Key words: mental disorders, personality dysfunction, basic beliefs, cognitive and emotional schemes.

The paper presents the results of a theoretical and analytical study of the problem of dysfunctional personality states in patients with mental disorders in the context of de-adaptive cognitive schemes that reflect the content and principles of cognitive personality theories and the cognitive-behavioral orientation of psychotherapy.

In the report 1 the definition of personality dysfunctions, the analysis of the spectrum of personality dysfunctions in the structure of diagnostic categories of ICD-10, the correlation between the criteria of a healthy and dysfunctional personality, the structural components of dysfunctionality (disruption of the semantic integrity) of the personality, the relationship between the representations of the disease (the disease situation) and the formation of personality dysfunctions, specific phenomena of existential-personal dysfunction.

On the basis of cognitive theories of personality, at the conceptual level, features of the subjective space of dysfunctional personality patterns and functioning modes are considered in the context of such interchangeable concepts as basic beliefs (the construct of the formation of the person's ideas about the world and his own self), emotional schemes (a certain set of beliefs aimed at processing, evaluation and choice of ways to respond to emotions) and cognitive schemes (cognitive structures, organizing experience and behavior). The possibility of using the concept of scheme in the framework of cognitive therapy for describing the cognitive patterns formed as a result of past experience and determining its response to various situations is shown.

According to the researchers, the interpretation of the concept of the scheme in the theories of cognitive processes and cognitive theories of personality is different. In the theory of cognitive processes, schemes are viewed as cognitive structures that anticipate a subject's perception of reality, and in cognitive theories of personality-as cognitive-affective complexes that are formed from an individual's experience of the events of his personal history and, depending on it, guiding his behavior. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2017. — № 1 (37). — P. 64-75).

Литература

1. Жедунова Л.Г. Личностный кризис и образ мира / Л.Г. Жедунова // Вестник ГУУ. – 2008. - №5(43). - С.50-53.
2. Бек А., Фримен А. Когнитивная психотерапия расстройств личности: практикум по психотерапии / А. Бек, А. Фримен. – СПб.: Питер, 2002. - 544с.
3. Гомонова Е.Н., Денисова Е.Г., Прокопьева Е.В. Теоретический анализ основных подходов к пониманию феномена убеждений личности / Е.Н. Гомонова, Е.Г. Денисова, Е.В. Прокопьева // Материалы международной научно-практической конференции «Современные проблемы и перспективы развития педагогики психологии». - Махачкала: Апробация, 2013.- 126с.
4. Падун М.А. Особенности базисных убеждений у лиц, переживших травматический стресс: дис... канд. психол. наук / Падун М.А. – М., 2003. - 203с.
5. Падун М.А., Котельникова А.В. Методика исследования базисных убеждений личности / М.А. Падун, А.В. Котельникова // Психологический журнал. - 2008. - Т.29. - № 4. - С.98-106.
6. МакМаллин Р. Практикум по когнитивной терапии / Р. МакМаллин. – СПб: Речь, 2001. – 560с.
7. Бек А., Раш А., Шоу Б. и др. Когнитивная терапия депрессии / А. Бек, А. Раш, Б. Шоу. - СПб.: Питер, 2002. - 304с.
8. Бек Дж. Когнитивная терапия: полное руководство / Дж. Бек. - М.: Вильямс. - 2006. - 400с.
9. Janoff-Bulman R. Rebuilding shattered assumptions after traumatic life events: coping processes and outcomes / R. Janoff-Bulman; in: C.R. Snyder (ed.) // Coping: the psychology of what works. - Oxford University Press, 1998.
10. Janoff-Bulman R. Shattered assumptions: toward a new psychology of trauma / R. Janoff-Bulman. - New York: Free Press, 1992.
11. Холмогорова А.Б. Когнитивная психотерапия и отечественная психология мышления / А.Б. Холмогорова // Московский психотерапевтический журнал. - 2001. - №4. - С.165-181.
12. Garnefski N., Kraai J.V., Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems / N. Garnefski, J.V. Kraai, P. Spinhoven // Personality and individual differences. – 2001. - №30. – P.1311-1327.
13. Gross J. Handbook of emotion regulation / J. Gross. – New York: Guilford Press. - 2007. - 669p.
14. Beck A.T., Rush A.J., Shaw B.F., Emery G. Cognitive therapy of Depression / A.T. Beck, A.J. Rush, B.F. Shaw, G. Emery. – New York: Guilford Press. - 1979. - 425p.
15. Leahy R.L. A model of emotional schemas / R.L. Leahy // Cognitive and behavioral practice. – 2002. - №9 (3). – P.177-190.
16. Leahy R.L., Tirsch D., Napolitano L.A. Emotion regulation in psychotherapy: a practitioner's / R.L. Leahy, D. Tirsch. – New York: Guilford Press. - 2011. - 304p.
17. Leahy R.L., Kaplan D. Emotional schemas and relationship adjustment / R.L. Leahy, D. Kaplan // Paper presented at the annual meeting of the Association for advancement of behavior therapy. – New Orleans, LA. - 54p.
18. Leahy R.L. Overcoming resistance in cognitive therapy / R.L. Leahy. – New York: Guilford Press. - 2003. - 309p.
19. Сирота Н.А., Московченко Д.В., Ялтонский В.М., Кочетков Я.А., Ялтонская А.В. Психодиагностика эмоциональных схем: результаты апробации русскоязычной краткой версии шкалы эмоциональных схем Р. Лихи / Н.А. Сирота, Д.В. Московченко, В.М. Ялтонский, Я.А. Кочетков, А.В. Ялтонская // Обзорные психиатрии и медицинской психологии. – 2016. -№1. – С.76-83.
20. Young J.E., Klosko J.S., Weishaar M. Therapy: a practitioner's Guide / J.E. Young , J.S. Klosko, M. Weishaar. - New York: Guilford Publications. - 2003. - 436p.
21. Beck A.T. Depression: clinical experimental and theoretical aspects / A.T. Beck. - New York: Harper and Row. - 1967.
22. Падун М., Тарабрина Н. Психическая травма и базисные когнитивные схемы личности / М. Падун, Н. Тарабрина // Московский психотерапевтический журнал. - 2003. - №1. – С.121-137.
23. Касьяник П.М., Фаррелл Дж.М., Шоу А.А. Схемориентированный подход в практической работе психолога / П.М. Касьяник, Дж.М. Фаррелл, А.А. Шоу // Карминские чтения 2013: матер. междунар. научн.–практ. конф.

«Философия, психология, педагогика развития социальной активности и творчества личности» (5-7 ноября 2013г.). – СПб: Айсинг, 2013. – С.281-285.

24. Bartlett F.A., Remembering A. A study in experimental and social psychology / F.A. Bartlett, A. Remembering // Cambridge: Cambridge University Press. – 1932. – Vol.42., №3. – P.349-363.

25. Пиаже Ж. Психология интеллекта / Ж. Пиаже. – СПб.: Питер, 2003. – 192с.

26. Epstein S. Cognitive experiential self-theory: handbook of personality: theory and research / S. Epstein; in L.A. Pervin (ed.). - New York: Guilford, 1990. – P.165-192.

27. Нельсон-Джоунс Р. Теория и практика консультирования / Р. Нельсон-Джоунс. – СПб.: Питер, 2000.

28. Eagle M.N. The psychoanalytic and the cognitive unconscious. Theories of the unconscious / M.N. Eagle; in R. Stern (ed.). - Hillsdale: Analytic Press, 1986. – P.155-190.

29. Slap J.W., Saykin A.J. The schema: basic concept in a nonmetapsychological model of the mind / J.W. Slap, A.J. Saykin // Psychoanalysis and contemporary thought. - №6. – P.305-325.

30. Watchel P.L. Resistance: psychodynamic and behavioral

approaches / P.L. Watchel. - New York: Plenum Press, 1982.

31. Horowitz M.J. Person schemas. Person schemas and maladaptive interpersonal patterns / M.J. Horowitz (ed.). - Chicago: Univ. of Chicago Press, 1992.

32. Bowlby J. Attachment and loss: Attachment. basic books / J. Bowlby. - New York: Guilford, 1969.

33. Калмыкова Е.С., Комиссарова С.А., Падун М.А., Агарков В.А. Взаимосвязь типа привязанности и признаков посттравматического стресса / Е.С. Калмыкова, С.А. Комиссарова, М.А. Падун, В.А. Агарков // Психологический журнал. – 2002. – Т.23, №6.

34. Соколова Е.Т. Психотерапия: теория и практика: учебное пособие для студентов высших учебных заведений / Е.Т. Соколова. – М.: Издательский центр «Академия», 2002. – С.220.

35. Piaget J. Piaget's theory. Piaget and his school /J. Piaget; in Inhelder B. and Chipman H.H. (eds). – New York: Springer, 1976.

36. Glasersfeld E. Radical Constructivism. A Way of Knowing and Learning / E. Glasersfeld // Studies in Mathematics Education Series 6. – London-Washington: The Palmer Press. – P.53-75.

Поступила в редакцию 11.04.2017

УДК 616.895.8-058:347.611

*Бойченко А.А.***РОЛЬ СЕМЬИ В ФОРМИРОВАНИИ ВИКТИМНОСТИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: виктимность, виктимогенная среда, шизофрения семья

Современные концепции изучения личностных особенностей больных шизофренией представляют описания различных проявлений дисфункциональных состояний личности больных шизофренией [1]. Среди различных точек зрения представляется оправданным использование принципа депривационного виктимизма, как возможной детерминанты дефекта социализации и дефицитарной деформации личности у этого контингента больных.

Социально-психологический механизм виктимизации больных шизофренией определяется взаимодействием внешних и внутренних факторов, которые в обобщенном виде представляют собой виктимогенную среду с многочисленными агрессивно-деструктивными воздействиями на личность больных [2].

Исследование внутренних факторов виктимизации основывается на психологических механизмах определенных личностных дисфункций, к которым, 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. Синдром виктимности, который формируется на этой основе, представляет собой совокупность социальных и психологических качеств человека в виде дефицита компетентностей и, в целом, потенциала адаптивности, трансформирующегося в социально-дефицитарную уязвимость личности с риском критического социального функционирования [2].

К внешним факторам виктимизации, связанными с пребыванием больного в психиатрическом стационаре, могут быть отнесены дискриминация, институционализация (патернализм, госпитализм, инвалидизация, принуждение и изоляция как формы депривационного психиатрического вмешательства), стигматизация психически больных [2].

Низкий социально-экономический статус лич-

ности, группы (в т.ч. и семейной); стигматизация; негативные стратегии семейного воспитания (непоследовательность, авторитарность, эмоциональная депривация, враждебность и т.п.) и тип жизненной ситуации так же формируют виктимогенную среду, как внешние факторы виктимизации, напрямую не связанные с контактом с психиатрической службой [3].

По мнению Н.С. Sullivan [4], шизофрения у детей является непосредственным проявлением патологических взаимоотношений между детьми и их родителями (родители, по определению автора, – это «значимые взрослые»). Неправильные интерперсональные отношения в системе «значимые взрослые – ребенок» препятствуют установлению примирительной формы реагирования, вызывают у ребенка чувство тревоги, что приводит к нарушенному толкованию больным интерперсональных отношений («паратаксическое нарушение») и, в конце концов, может привести к утрате способности убеждать других в обоснованности собственных намерений.

М. Аммон [5] описывает шизофрению как симбиотическое нарушение развития личности, превратившееся в длительный симбиоз, или «симбиотический комплекс», складывающийся у ребенка с матерью.

По утверждению Н.Ф. Searles [6], семья отказывает будущим больным в развитии собственной идентичности вследствие страха потерять семейную идентичность.

S. Arieti высказывал предположение, что нормальное развитие новорожденного гарантируется двумя основными состояниями: удовлетворения потребности и чувства безопасности [7]. Приученный к тому, что взрослые делают только приятное, ребенок начинает доверять взрослым. Постепенно между родителями – «значимыми взрослыми» – и ребенком устанавливается взаимное доверие (в частности, взаимное доверие матери и ребенка), ребенок усваивает доверие взрослых и начинает верить себе («от-

раженное утверждение» по H.S. Sullivan). Эта атмосфера – сначала «удовлетворение», затем «безопасность» – облегчает проникновение в ребенка символического мира других людей: отношений, чувств, значений исходящих от матери слов [8].

Мартин Бубер считал, что у будущего больного шизофренией семейная атмосфера такова, что процесс развития «Я» искажается с первых моментов жизни [9]. Состояние удовлетворения и безопасности заменяется ситуацией напряжения и тревоги. Во многих случаях ребенок лишен удовлетворения своих потребностей (эмоциональная депривация) и чувства безопасности. «Ты» в семье «шизофреника» является носителем угрозы и тревоги. Так формируется шизофреническое расщепление. Образ собственного «Я» у больного шизофренией также лишен определенности из-за того, что больной чувствует себя отвергнутым обоими родителями и не может отождествить себя с кем-либо из них. Родители, замечая трудности ребенка, порождают вторичную тревогу, усугубляющую его болезненное состояние.

Близкой к позиции H.S. Sullivan является концепция К. Хорни [10]. Эта концепция базируется на четырех принципах: холистическом, функциональном, динамическом и личностном. Холистический принцип сводится к тому, что личность в своей интегральной целостности рассматривается как действующая в определенной среде и под воздействием всех внешних и внутренних факторов, влиявших и влияющих на нее. Функциональный принцип рассматривает личность как сумму сформировавшихся привычек, поведенческих стереотипов, биологических и социальных потребностей, отношений к себе и окружающим, самооценок и других факторов. Динамический принцип подразумевает, что каждый из вышеупомянутых элементов представляет собой силу, рожденную человеком и действующую на человека, вызывая ответные реакции, требуя либо действия, либо бездействия. Личностный принцип – это универсальность и неповторимость бытия каждого больного. Определенные нарушения, в том числе конституциональные, межличностной сферы (например, в родительской семье) в сочетании с внутренней предрасположенностью порождают либо невротические, либо защитные реакции. Аутизм у больных шизофренией есть результат холодного отношения родителей к ребенку. Дезорганизованность семейной среды, противоречивость в коммуникациях ее членов затрудняют у детей способ-

ность интегрировать составные элементы своего внутреннего мира и адекватное реагирование психики на импульсы окружающей среды, что сопровождается нарастающей паникой и смятением.

Обследование матерей, дети которых впоследствии заболели шизофренией, выявляло у многих из них такие черты, как поверхностность, неуверенность, ригидность и стремление к доминированию [11]. S. Agieti приводит типичные характеристики матери больного шизофренией: сверхпокровительственная, враждебная, сверхтревожная, отвергающая, холодная, сдержанная [8]. Он считал, что в большинстве случаев мать будущего больного шизофренией либо занимала чрезвычайно отвергающую позицию в отношении своего ребенка, либо окружала его излишней тревогой. Об отцах, дети которых страдали шизофренией, было высказано суждение, что они отличались заботливостью и склонностью проводить все свободное время в пределах семьи, но были очень пассивны и оказывались совершенно неспособными вмешиваться в отношения матери и воспитываемого ею (таким образом, принадлежащего только ей) ребенка [12].

Т. Лидс, описывая семью, в которой формировалась личность будущего больного шизофренией, отмечал, что родители не были способны дополнять друг друга и помогать друг другу. В такой семье отсутствовали способность принять общее решение, единство взглядов, взаимное доверие. Для «шизофреногенных семей» оказались характерными соперничество родителей, постоянные угрозы развода и привлечение ребенка на свою сторону в семейных конфликтах. Семья, как правило, распадалась на две враждующие фракции («супружеское расщепление») [13].

Т. Lidz описал так же другую ситуацию, складывающуюся в семьях больных шизофренией – «супружеский перекосяк», который является комбинацией властной, враждебной матери, которая подавляет потребность ребенка в самоутверждении, и зависимого, слабого, пассивного отца [13]. Несколько реже встречалась противоположная ситуация: муж-тиран и зависимая от него слабохарактерная жена, неспособная, в силу своей несвободы, дать достаточно любви своему ребенку. Во всех вышеперечисленных работах преморбидная личность больного шизофренией расценивалась как шизоидная, что коррелировало с гиперпротекционистским типом воспитания, подавлением, эмоциональной депривацией.

Проведенные исследования показывают, что семья больного шизофренией, как правило, содействует нарушениям его личности, формированию таких неблагоприятных изменений, как аутизм, амбивалентность взаимоотношений с окружающими, непоследовательность и противоречивость представлений о самом себе [14, 15].

Основную роль при этом играет общение с ребенком родителей, которые направляют формирование мыслительных навыков. В семьях больных шизофренией коммуникационные отношения родителей с ребенком противоречивы. Речь идет прежде всего об интеллектуальной противоречивости – чаще всего о требовании родителей к ребенку, противоречивом и потому в действительности невыполнимом, но его противоречивость оформлена так, что не опознается ребенком.

Г. Бейтсон [16] описывал механизм коммуникации больного с членами семьи, который приводит к развитию шизофренического типа реакции, как «double-bind». «Double bind» (англ. - «двойное послание», «двойная ловушка») — паттерн взаимодействия, который создается, если:

1) индивид, находясь в тесных отношениях с другим человеком, считает жизненно важным для себя надлежащим образом реагировать на его сообщения;

2) значимый для индивида человек передает ему одновременно два сообщения разных уровней, одно из которых отрицает другое;

3) индивид лишен возможности комментировать эти сообщения для определения того уровня сообщения, на который он должен реагировать.

К. Маданес [17] раскрывает смысл «двойных посланий» через призму противоречий внутрисемейной иерархии, описывая ситуацию, в которой мать занимает по праву родителя главенствующее положение по отношению к ребенку, но ребенок тоже управляет матерью либо силой симптоматического давления, либо вступая в коалицию с другими значимыми членами семьи. Как мать она должна руководить ребенком, но с учетом указанных обстоятельств она лишь выражает беспомощную просьбу, чтобы ее благоволили выслушать. В итоге в семье формируются две конфликтные иерархические структуры: и родители, и ребенок одновременно находятся и в главенствующем, и в подчиненном положении друг к другу.

М. Сельвини-Палаццоли и соавт. [18] предлагают модель развития в семье патовой ситуации, которая приводит к формированию психи-

ческого заболевания, состоящую из шести стадий. Ситуация развивается от неявных взаимных улюлюканий и намеков с вовлечением ребенка в родительские отношения и его «выступлением» на стороне «обиженного», по его мнению, родителя в виде необычного, а затем и «симптоматического» поведения, приводящего к объединению супругов, воспринимаемому самим ребенком как «предательство». На последней стадии каждый член семьи получает некую «выгоду» от симптома, что невольно способствует его закреплению.

М. Блейлер [19] характеризовал семью, в которой воспитывался будущий больной шизофренией, как замкнутую микрогруппу, членов которой отличают холодность, ригидность, дезинтегрированность отношений, маскируемая псевдосолидарностью, жестким распределением ролей и неудачным взаимодополнением. Но в то же время «псевдосолидарные» отношения внутри семьи считаются вторичным фактором, выявляющим, провоцирующим и модифицирующим конституциональные предрасположения к шизофрении [20].

Шизоидная личность, воспитывавшаяся в условиях аффективной депривации при стрессовых нагрузках, какими являются начало обучения в школе, половые метаморфозы, начало трудовой деятельности, за счет низкого порога возбуждения и генерализации ответных реакций дает сильные аффекты тревоги и параноидное восприятие окружающего мира. Исследователи обнаружили, что родители, как правило, последними узнают о развитии психического заболевания у ребенка, а их ирреальные толкования первых симптомов психоза и их ответные реакции способствуют еще большему отходу больного от окружающей действительности [21].

В последние десятилетия интерес к проблеме «семья и шизофрения» переместился с изучения семьи как источника (первопричины) заболевания на выяснение ее роли в течении болезни. В центре внимания оказались очень важные с практической точки зрения вопросы о роли семейных факторов в обострении заболевания, а также в реабилитационном процессе [22, 23]. Было показано, что семейные взаимоотношения являются существенным фактором эффективности восстановительной терапии больных шизофренией.

Важное место в понимании механизма воздействия семьи на процесс эффективного лечения шизофрении занимает ранимость, повышенная чувствительность больного к широкому кру-

гу психотравмирующих факторов [24]. Наличие в семье больного шизофренией предъявляет повышенные требования к ней. Нередко вполне переносимые для любой другой семьи кризисы, противоречия, конфликты в семье больного шизофренией могут стать фактором психической травматизации.

В соответствии с «Diathesisstress modell» [25, 26] концепцией лица с высоким риском заболевания характеризуются пониженной стрессоустойчивостью; причины тому – ограниченная способность к переработке получаемой информации (в результате повышенной отвлекаемости и других особенностей мыслительных процессов); тенденция к повышенной возбудимости центральной нервной системы; пониженная социальная и психологическая компетентность и особенно неумение правильно вести себя в напряженных, сложных ситуациях. Указанные личностные особенности взаимодействуют с факторами непосредственного социального окружения индивида. Это, во-первых, неблагоприятный социально-психологический климат семьи (повышенное эмоциональное напряжение); во-вторых, характерное для семьи больного шизофренией отсутствие «психологической поддержки» как в самой семье, так и в ее окружении (отсутствие приятелей, коллег по работе, соседей, с которыми существовали бы устойчивые эмоциональные, «психотерапевтические» отношения); в-третьих, дополнительную нагрузку создают различные значимые события в жизни семьи. Две группы факторов – индивидуальная ранимость и внешние психотравмирующие моменты – вступают во взаимно усиливающие их отношения, что приводит к обострению протекания болезни. Данная модель взаимного усиления индивидуальных и средовых факторов определяет и стратегию лечения.

Деструктивное развитие семейных взаимоотношений проявляется в искажении картины болезни у больных и членов их семей, в нарастании конфликтности, в игнорировании признаков болезни [23]. О двойственности реакции семьи на появление в ней больного (т. е. о возникновении либо конструктивного, либо деструктивного развития) свидетельствуют исследования, где показано, что, реагируя на болезнь, семья либо консолидируется и создает условия, благоприятствующие ремиссии, либо внутри нее

происходит раскол, который приводит к изоляции больного [27].

Исследования, посвященные роли семьи в патогенезе шизофрении, сыграли значительную роль в развитии семейной психотерапии [18, 28, 29, 30, 31]. В этих работах было обращено внимание на своеобразие взаимоотношений в семьях больных шизофренией и сделаны попытки проследить роль семьи в этиологии болезни, изучались особенности коммуникации и ролевые ожидания в семье, соотношение эмоциональных и когнитивных процессов, уровень конфликтности, распределение влияния между членами семьи, взаимосвязь с окружающим миром и т. д.

М.М. Кабанов [22] утверждал, что подлинная реадaptация невозможна без попыток изменить патологические взаимоотношения в семье, устранить ирреальные оценки больного и непосильные для него требования. Опыт комплексного лечения больных шизофренией, включая семейную психотерапию, показал, что худшие результаты лечения наблюдались у больных из «гиперпротективных и хаотических семей» [32].

В рамках теории социально-дефицитарного виктимогенеза стигматизированной личности [2] высказано предположение, что в основе виктимизации больных шизофренией лежит механизм социально-психологической деформации личности. Деструктивный характер многоуровневого влияния семьи является важным фактором принятия больными шизофренией позиции жертвы неблагоприятных условий социализации. Высказано предположение о зависимости социализации больных шизофренией от доминирующих социальных дискурсов.

Эмпирических исследований, направленных на изучение роли семьи как фактора виктимизации больных шизофренией, не проводилось. Дальнейшее исследование виктимогенного влияния семьи может осуществляться в контексте механизма социально-психологической деформации личности, связанного с нарушениями в формировании навыков межличностного взаимодействия, закреплением малофункциональных стереотипов поведения, дезадаптивных механизмов психологической защиты, неконструктивных вариантов копинг-стратегий, нарушениями в ценностно-смысловой сфере, самосознании и самоотношении, формировании и углублении стигматизационного дефекта и дефицита социальных личностных компетентностей.

РОЛЬ СЕМЬИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ В ФОРМИРОВАНИИ ВИКТИМОГЕННОЙ СРЕДЫ

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: виктимность, виктимогенная среда, шизофрения семья

В статье рассматриваются теоретические аспекты виктимогенного влияния семьи больного шизофренией. Приведены основные существующие на данный момент представления о механизмах функционирования семьи, обуславливающих формирование виктимности различного типа. На основании анализа литературных данных выдвинуто предположение, что деструктивный характер многоуровневого влияния семьи является важным фактором принятия больными шизофренией позиции жертвы неблагоприятных условий социализации. В основе виктимогенного влияния семьи больного шизофренией лежит механизм социально-психологической деформации личности, связанный с нарушениями в формировании навыков межличностного взаимодействия, закреплении малофункциональных стереотипов поведения, формированию дезадаптивных механизмов психологической защиты, неконструктивных вариантов копинг-стратегий, нарушениям в ценностно-смысловой сфере, самоознании и самоотношении, формировании и углублении стигматизационного дефекта и дефицита социальных личностных компетентностей. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2017. — № 1 (37). — С. 76-81).

Boychenko A.A.

THE ROLE OF THE FAMILY OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA IN THE FORMATION OF THE VICTIMOGENIC ENVIRONMENT

Donetsk National Medical University named after M. Gorky

Keywords: victimization, victimogenic environment, schizophrenia, family

The article examines the essence of the victimogenic influence of the family of the patient with schizophrenia. The main current ideas about the mechanisms of family functioning, which determine the formation of victimality of various types are presented. Based on the analysis of literature data it has been suggested that the destructive nature of the multilevel family influence is an important factor in making schizophrenia patients vulnerable to socialization. The mechanism of the socio-psychological deformation of the personality is based on the disturbances in the formation of interpersonal interaction skills, the fixing of poorly functional behavior stereotypes, the formation of maladaptive mechanisms of psychological defense, the non-constructive variants of coping strategies, the violations in the value-semantic sphere, self-awareness and self-relationship, the formation and deepening of the stigmatization defect and the lack of social personal competence. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2017. — № 1 (37). — P. 76-81).

Литература

1. Болтенко В.В. Патопсихологическое исследование студентов, больных шизофренией / В.В. Болтенко // Патопсихология. Хрестоматия / Сост. Н.Л. Белопольская. - М.: Изд-во УРАО, 1998. - С. 204 - 209.
2. 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.
3. Одинцова М.А. Психология жизнестойкости / М.А. Одинцова. - М.: Флинта, 2015. - 201 с.
4. Sullivan H.S. The interpersonal theory of psychiatry / H. S. Sullivan. - New York: Norton, 1953. - 480 p.
5. Аммон М. Динамическая психиатрия как интегративная концепция терапии психических расстройств / М. Аммон // Российский психиатрический журнал. - 2000. - № 6. - С. 4 - 7.
6. Searles Harold F. The Nonhuman Environment in Normal Development and in Schizophrenia / Harold F. Searles. - New York: Basic Books, 1960. - 446p.
7. Arieti S. Interpretation of schizophrenia (2nd rev. ed.) / S. Arieti. - New York: Basic Books, 1974. - 800 p.
8. Arieti, S. The family of the schizophrenic and its participation in the therapeutic task. In S. Arieti & K. H. Brodie (Eds.) / S. Arieti // American handbook of psychiatry. - 1981. - Vol. 7. - pp. 271 - 284.
9. Бубер М. Я и ты / М. Бубер. - М.: Высшая школа, 1993. - 140 с.
10. Хорни К. Наши внутренние конфликты. Конструктивная теория невроза / К. Хорни. - М.: Канон-Плюс, 2014. - 256 с.
11. Fromm-Reichmann F. Notes on the development of treatment of schizophrenics by psychoanalytic psychotherapy / F. Fromm-Reichmann // Psychiatry. - 1948. - № 11. - pp. 263 - 273.
12. Terkelsen K.G. Schizophrenia and the family: II. Adverse effects of family therapy / K.G. Terkelsen // Family Process. - 1983. - № 22. - pp. 191 - 200.
13. Lidz T. Schizophrenia and the family / T. Lidz, S. Fleck, A.R. Cornelison. - New York: International Universities Press, 1965. - 494 p.
14. Зейгарник Б.В. Нарушение мышления у психически больных / Б.В. Зейгарник. - М.: Изд-во Москва, 1958. - 94 с.
15. Титаренко В. Я. Семья и формирование личности / В.Я. Титаренко. - М.: Мысль, 1987. - 352 с.
16. Бейтсон Г. Экология разума / Г. Бейтсон // Пер. Д. Я. Федотова, М. П. Папуша. - М.: Смысл, 2000. - 476 с.
17. Маданес К. Стратегическая семейная терапия / К. Маданес // Пер. с англ. Т.В. Снегиревой. — М.: Независимая фирма "Класс", 1999. — 272 с.
18. Сельвини Палаццоли М. Парадокс и контрпарадокс: Новая модель терапии семьи, вовлеченной в шизофреническое взаимодействие / М. Сельвини Палаццоли, Л. Босколо, Дж. Чеккин, Дж. Прага // Пер. с итал. - М.: «Когито-Центр», 2002. - 204 с.
19. Bleuler M. The long term course of the schizophrenic psychoses / M. Bleuler // Psychological Medicine. - 1974. - № 4. - pp. 244 - 254.
20. Dunham H. Warren Sociocultural Studies of Schizophrenia / H. Warren Dunham // Arch Gen Psychiatry. - 1971. - №2 4(3). - pp. 206 - 214.
21. Sakamoto Y. (1969). A study of the attitude of Japanese families of schizophrenics toward their ill members / Y. Sakamoto // Psychotherapy and Psychosomatics. - 1969. - № 17. - pp. 365-374.
22. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных / М.М. Кабанов. - Л.: Медицина, 1985. - 216 с.
23. Костерева В. Я. О роли семейных конфликтов в формировании внутренней картины болезни у больных шизофренией / В.Я. Костерева // Семейная психотерапия при нервных и психических заболеваниях. - 1987. - С. 32 - 38.
24. Смулевич А.Б. Малопрогрессирующая шизофрения и пограничные состояния / А.Б. Смулевич. - М: Мысль, 1987. - 240 с.
25. Liberman R. P. Social and family factors in the course of schizophrenia: Towards an interpersonal problemsolving therapy for schizophrenics and their families / R.P. Liberman, C.J. Wallace, C.E. Vaughn, K.L. Snyder // Paper presented at the Conference on Psychotherapy of Schizophrenia: Current Status and New Directions, Yale School of Medicine. - 1979.
26. Falloon I.R.H. Family therapy of schizophrenics with high risk of relapse / I.R.H. Falloon, R.P. Liberman, F.J. Lillie, C.E. Vaughn // Family Process. - 1981. - № 20. - pp. 211 - 221.
27. Waugaman Richard M. The Analyst's Caseload As A Family: Transferences To Fellow Patients / Richard M. Waugaman. - The Psychoanalytic Quarterly. - 2003. - № 3. - pp. 575 - 614.
28. Эйдемиллер Э. Г. Аналитико-системная семейная психотерапия при шизофрении / Э. Г. Эйдемиллер, С. Э.

Медведев. — СПб.: Речь, 2012. - 207 с.

29. Медведев С.Э. Опыт использования теории М.Боуэна в работе с семьями больных шизофренией на госпитальном этапе и в амбулаторных условиях / С.Э. Медведев // Журнал практической психологии и психоанализа. – 2005. - № 4.

30. Коцюбинский А.П. Шизофрения-уязвимость-диатез-стресс-заболевание / А.П. Коцюбинский, А.И. Скорик, И.О. Аксенова, Н.С. Шейнина, В.В. Зайцев. - СПб.: Изд-во

"Гиппократ" - 2004. – 336 с.

31. Barker Ph. Basic Family Therapy / Ph. Barker. - London: Granade, 1981. – 214 p.

32. Воловик В.М. Исследование семьи и семейная терапия при шизофрении / В.М. Воловик, В.Л. Гайда, А.П. Коцюбинский. - Л.: Изд-во Ленинградский научно-исследовательский психоневрологический институт им В.М. Бехтерева, 1987. - С. 20 – 31.

Поступила в редакцию 06.04.2017

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, библиотечно-му 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, допускается 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