

**Заключение.**

Таким образом, комплексное медико-психологическое исследование свидетельствует о том, что подавляющее большинство обследованных лиц пожилого возраста обнаруживает обозначенные выше психосоматические проблемы.

Применение комплекса психотерапевтических мероприятий позволило существенно улучшить не только психическое, но и соматическое здоровье пожилых людей.

Предлагаемые подходы к медико-психологической реабилитации следует считать эффективными в работе с гражданами пожилого возраста.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арьев А.Л. Пожилой человек, его здоровье в контексте глобальных проблем современности, состояние и пути развития геронтологии/ гериатрии/ Философия старости: геронтология. Сборник материалов конференции. СПб.: 2002, Серия "Symposium", выпуск 24, с. 108–112.
2. Белоконов О.В. Современные проблемы качества жизни пожилых в России/ Эскулап, 2005, Вып. 17, с. 87–101
3. Малета Ю.С., Тарасов В.В. Математические методы статического анализа в биологии и медицине. – М.: Изд-во Моск. Ун-та, 1981. – 176 с.
4. Малета Ю.С., Тарасов В.В. Непараметрические методы статического анализа в биологии и медицине. – М.: Изд-во Моск. Ун-та, 1982. – 178 с.
5. Менее распространенные проблемы состояния здоровья у пожилых людей/hameleon.su, медицинская библиотека, 18.02.2011, http://www.hameleon.su/2008_135_59_med.shtml
6. Психическое здоровье пожилых людей/Независимая психиатрическая ассоциация России. 20.02.2011, <http://npar.ru/pub/psi/po.htm>

РЕЗЮМЕ

Комплексное применение психотерапевтических мероприятий позволяет существенно улучшить психосоматическое состояние здоровья пожилых людей. Предлагаемые подходы к медико-психологической реабилитации пожилых людей являются эффективными.

Ключевые слова: пожилой человек, медико-психологическая реабилитация.

ABSTRACT

Complex application of psychotherapeutic actions allows to improve a psychosomatic state of health of older persons essentially. Offered approaches to mediko-psychological rehabilitation of older persons are effective.

Keywords: the elderly person, mediko-psychological rehabilitation.

КОНТАКТЫ

Звоников Вячеслав Михайлович. Служебный адрес: г. Москва, ул. Юности, д. 5/1, служебный телефон: 7 (499) 374-51-61 vzvonikov@yandex.ru

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ОЦЕНКИ И ВОССТАНОВЛЕНИЯ РЕСУРСОВ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

УДК 371.7

Сыркин Л.Д., заведующий кафедрой социальной психологии и педагогики ГОУ ВПО «Московский государственный областной социально-гуманитарный институт», г. Коломна, к.м.н., доцент;

Шакула А.В., руководитель отдела научной экспертизы и работы с регионами ФГУ «Российский научный центр восстановительной медицины и курортологии», г. Москва, д.м.н, профессор;

Юдин В.Е., начальник филиала № 2 ФГУ «3 Центральный военный клинический госпиталь им А.А. Вишневского», г. Москва, к.м.н.

Аннотация.

На протяжении столетий клиническая психиатрия развивалась в русле нозоцентрической парадигмы в рамках «субъект–объектного» подхода, где в качестве субъекта лечебного процесса выступал врач, а в качестве объекта, – больной. Данная методология существенно сужает возможности превентивных, упреждающих, профилактующих стратегий в отношении сохранения и укрепления психического здоровья. Проблема может быть успешно преодолена при осуществлении оценки и восстановления ресурсов психического здоровья с позиций восстановительной медицины, когда в реализации врачебных стратегий будут доминировать принципы «здоровьесцентрической» парадигмы в рамках «субъект – субъектного» подхода. При реализации данного подхода существенно возрастает активность и ответственное отношение здорового человека к сохранению и укреплению своего соматического и психического здоровья.

Введение.

Еще в древности здоровье, выступая в качестве философско-эстетической категории, понималось философами как мерило свободы и совершенства человека, в то время как в теории и практике медицины на протяжении столетий преимущественно изучались патологические процессы и механизмы формирования болезней.

Именно диагностика и лечение болезней являлись на всем протяжении истории медицины основой врачевания, что вполне соответствовало экономическим законам развития общества.

Цель исследования.

Сравнительная характеристика основных принципов клинической диагностики психического здоровья и оценки и ресурсов психического здоровья с позиций восстановительной медицины.

Принципы, определяющие сходство методологии клинической и восстановительной медицины

Восстановительная медицина, на начальных этапах развиваясь как профилактическое крыло клинической медицины, в значительной степени опиралась на общую методологию. Как для теории и практики клинической, так и восстановительной медицины, в равной мере основополагающими являются принципы научности и статистической достоверности контролируемых показателей. Речь идет об эмпирических данных, которые можно измерить и выразить количественно, а затем методами математической статистики установить между ними меру взаимосвязи и взаимовлияния. В настоящее время для исследования новых методов лечения и профилактики психических и поведенческих расстройств широко используются рандомизированные клинические испы-

тания с различным дизайном. Наиболее распространена модель исследования в параллельных группах, когда в результате рандомизации формируются две или несколько групп испытуемых с признаками психических расстройств, каждая из которых получает лекарство, отличное от других (или плацебо), применяемое с целью оценки эффективности лечения психических и поведенческих расстройств [1]. Применительно к исследованию психического здоровья здоровых различия сводятся лишь к тому, что вместо лекарственных веществ рандомизированные исследования осуществляются в отношении факторов, оказывающих позитивное воздействие на восстановление ресурсов психического здоровья. Подобные исследования направлены на изучение гигиенических и реабилитационных характеристик нутрицевтиков, физио-рефлексо-процедур, бальнеологических и других природных и климатогеографических факторов, психотерапевтического воздействия и иных здоровьесберегающих и оздоровительных технологий. Единая методология клинической и восстановительной медицины отражена и в принципах изучения здоровья через призму единства соматического, психического и социального компонентов. Сходные подходы реализуются и в процессе создания единых стандартов лечения и профилактики. Вместе с тем очевидны и различия в методологии клинической и восстановительной медицины.

«Нозоцентрический» и «субъект–объектный» принципы в методологии клинической медицины

Лечение больного или лечебный процесс в традициях клинической медицины на протяжении тысячелетий осуществлялся в рамках «субъект–объектной» парадигмы, где в качестве субъекта выступает врач (жрец, врачеватель), наделенный специальными знаниями и профессиональными компетенциями, позволяющими оказывать медицинскую помощь больному (выполнять комплекс мероприятий, включающих рукодействие, фармакотерапию, физиолечение и психотерапию). Объектом лечебного процесса в рамках традиционного для клинической медицины методологического подхода является больной человек. В рамках данного подхода, важнейшая задача врача диагностировать заболевание и организовать проведение лечебных мероприятий. Объект в данной модели, как правило, пассивен. Активность субъекта, то есть врача, проявляется с момента формулирования больного жалаб и запроса на излечение. Описанный методологический подход, по сути, является «нозоцентрическим» и существенно сужает возможности превентивных, упреждающих, профилактирующих стратегий.

«Здоровьесцентрический» и «субъект–субъектный» принципы в методологии восстановительной медицины

Пересмотр системы отношений «врач – больной» может осуществляться в рамках «субъект – субъектного» подхода, когда и врач и больной в равной мере проявляют активность, направленную не на излечение уже возникшей болезни, а на ее предупреждение путем сохранения и укрепления здоровья. В рамках «субъект – субъектной» модели может, таким образом, разрабатываться и реализовываться «здоровьесцентрический» подход, предполагающий сочетание активной жизненной позиции здорового человека по отношению к своему здоровью на основе приверженности здоровому образу жизни и активной позиции врача восстановительной медицины, направленной на выявление рисков дизонтогенеза и развития заболеваний, а также мониторингирование ресурсов психического и соматического здоровья здорового человека. При этом осуществляется дифференцированный подход в зависимости от включенности человека в различные виды учебной, профессиональной и спортивной деятельности с учетом половых, возрастных и этно-культуральных особенностей. Вместе с тем следует отметить, что задолго до того как «здоровьесцентрический» и «субъект – субъектный» подходы оформились концептуально, уже на протяжении двух столетий со времен М.Я. Мудрова, опиравшегося на фундаментальные постулаты Гиппократовы, был сформулирован принцип лечения «не болезни, а больного». Данный принцип ак-

центирует на индивидуально-личностных особенностях больного и существенных различиях в клинической картине и тяжести течения заболевания у разных больных. При этом признается нозологическая принадлежность и очевидное сходство этиопатогенетических механизмов при описании схожих клинических случаев, но наибольшее внимание предлагается уделять исследованию клинических форм и индивидуальных особенностей течения болезни, продолжительности и тяжести течения, которые весьма разнятся в зависимости от преморбидности личности и организма, наличия или отсутствия наследственной отягощенности. Данный подход предполагает рассмотрение факторов и причин, выступающих в качестве рисков развития болезни и, одновременно, изучения ресурсов соматического и психического здоровья. Однако для решения данного круга задач необходимо рассматривать здоровье не только как философско-эстетическую, но и как медико-психологическую категорию.

«Психическое здоровье» как самостоятельный термин сформулирован специалистами Всемирной организации здравоохранения только в 1979 году, а в 80–90-х годах минувшего XX столетия на пересечении медицинских, психологических знаний и педагогики сформировалась как междисциплинарная область, как самостоятельная наука о здоровье и здоровом образе жизни, – «валеология». Валеология активно внедрялась в образовательный процесс в нашей стране и в некоторых зарубежных странах [2], однако содержание ряда учебных программ по валеологии подверглось жесткой критике со стороны некоторых представителей научного сообщества и Русской православной церкви, в первую очередь, за содержание в ряде из них элементов оккультизма.

Дискредитация валеологии еще более усилила дефицит теоретико-методологических подходов, обеспечивающих развитие науки о здоровье и здоровом образе жизни. Важной вехой развития данного направления науки стало становление методологии восстановительной медицины, – профилактического подхода, предполагающего реализацию превентивных мер в борьбе с болезнями с позиций «здоровьесцентрической» парадигмы.

Предтечей развития восстановительной медицины при этом вполне обоснованно можно рассматривать исследования, выполненные различными учеными в изучении соматического здоровья с позиций общей и социальной гигиены в значительной степени, ориентированные на описание генетических, биологических и социальных воздействий на организм и психику, выступающих в качестве факторов риска развития соматических и психогенных заболеваний, психосоматических и связанных с воздействием стрессоров расстройств. Вместе с определением факторов риска обязательным разделом здоровьесберегающих программ являются, как правило, индивидуально ориентированные методические подходы, предусматривающие:

- определение количества психического здоровья, его адаптационного уровня (количества функциональных резервов) в соответствии с методологией профессионального здоровья и методологией здоровья здорового человека [3];

- диагностику предболезненных состояний с использованием компьютерных программ, аппаратно-программных комплексов, автоматизированных медицинских систем и специальной аппаратуры;

- прогноз на нормализацию состояния психики и ее морфологического субстрата в условиях различных видов деятельности с учетом возрастных и поло-ролевых особенностей;

Наряду с этим, начиная со второй половины XX столетия, в теоретической и клинической психиатрии, в частности в работах К. Гехта, Л.П. Гримака, С.Б. Семичева и других авторов достаточно плодотворно в рамках психопрофилактических и психогигиенических подходов исследуются психозомоциональный и интеллектуальный потенциал здоровья [4–6]. В других отраслях научного знания (психологии, социологии) вводятся новые определения здоровья, соответственно активно разрабатыва-

ются концепции психологического здоровья и социального здоровья [7–10]. Такая дифференциация подходов вполне укладывается в общенаучные тенденции, в рамках развития которых, по мере накопления новых научных фактов, в науке отмечается одновременно активизация двух полярно-противоположных трендов развития в их диалектическом единстве. Один из них обусловлен упомянутой дифференциацией научных знаний, выделением новых направлений, обособленных отраслей и направлений науки; другой – это интеграция различных научных подходов. Как известно, большинство научных открытий делается «на стыке» отраслей науки в рамках междисциплинарных исследований. В качестве иллюстрации первой тенденции Г.С. Никифоровым на основе обзора научной литературы приводится информация о том, что представителями различных научных дисциплин в разное время в различных странах мира к 2000-му году предложено более ста определений здоровья [10].

Существенный шаг к преодолению междисциплинарных барьеров в определении сущности и границ психического здоровья осуществлен Б.С. Братусем, предложившим рассматривать психическое здоровье как трехуровневое образование [11]. По Братусю высший уровень психического здоровья – личностно-смысловой, или уровень личностного здоровья, который определяется качеством смысловых отношений человека. Второй уровень – уровень индивидуально-психологического здоровья, качество которого зависит от способностей человека построить адекватные способы реализации смысловых устремлений. Третий уровень – уровень психофизиологического здоровья, который определяется особенностями внутренней, мозговой, нейрофизиологической организации аспектов психической деятельности. Таким образом, интегративный подход в рассмотрении психики может заключаться в рассмотрении ее через призму трех модальностей – биологической, психологической и социальной. При этом психика человека рассматривается не только как саморегулирующаяся система, но как система саморазвивающаяся, то есть с позиций синергетической парадигмы. При этом предполагается, что нарушения регуляции и развития, как уже отмечалось, обусловлены факторами риска генетической, биологической и социальной природы, состоянием ресурсов психического здоровья, уровнем санитарной и общей культуры. Особое внимание системно-динамических (синергетических) подходов предполагается уделять оценке активности и приверженности человека к соблюдению принципов здорового образа жизни на основе сложившейся и динамично развивающейся системы смыслов и ценностей.

Таким образом, при рассмотрении проблемы сохранения и укрепления здоровья граждан, принимая во внимание междисциплинарный характер системы охраны здоровья, разрабатывая конкретные программы по ряду направлений, в том числе гигиене питания, вовлеченности населения в проекты, опирающиеся на широкие возможности физической культуры и массового спорта, на программы и проекты, направленные на искоренение вредных привычек и девиантных форм поведения, целесообразно одновременно с указанными направлениями осуществлять изучение условий формирования ценностно-смысловой сферы личности и ее способности определять ближайшую и отдаленную жизненную перспективу, образ желаемого «Я», аспекты духовной составляющей здоровья [3]. Однако указанные аспекты духовно-нравственной сферы, определяющие формирование потенциала психического здоровья, не могут быть выявлены и оценены традиционными средствами клинической, лабораторной и инструментальной диагностики. Недостаточно информативны в отношении оценки ценностно-смысловой сферы, включающей ценность здоровья и уровень и степень принятия индивидуальными ценностями соблюдения здорового образа жизни, методы традиционной психометрики. В частности, опросные методы психодиагностики далеко не всегда способны достоверно выявлять ценности и смыслы, формирующие

категориальную структуру сознания испытуемого, в силу стремления самого испытуемого к искажению результатов тестирования с целью достижения социального одобрения. В поисках метода диагностики ценностно-смысловых компонентов картины мира испытуемого, в качестве центрального звена которой можно рассматривать внутреннюю картину здоровья, нами в качестве адекватного средства выявления и оценки ценностно-смысловых компонентов внутренней картины здоровья рассматриваются методы экспериментальной психосемантики.

В качестве измерительного инструмента, позволяющего исследовать семантический слой субъективного восприятия результатов взаимодействия картины мира и внутренней картины «здоровья–болезни», могут выступать системы личных конструкторов. При этом в зависимости от выбора метода построения семантического пространства возможны различные варианты его представления, отражающие различные аспекты психологической реальности. Так, семантическое пространство, построенное на основе применения метода семантического дифференциала Ч. Осгуда, предполагает, что набор стимулов, которые оценивает испытуемый, задан экспериментатором, в то время как применение метода «репертуарных решеток», предложенного Дж. Келли, позволяет реконструировать субъективный мир испытуемого с его уникальной, субъективной вербализацией категориальных признаков, выбранных на основе собственных категориальных установок [12]. Оба метода позволяют регистрировать «пространства коннотативных значений» и «пространства аффективных значений» [13]. По мнению ряда отечественных и зарубежных авторов [12–14], семантическое пространство может быть успешно построено благодаря использованию при обработке данных корреляционного и факторного анализа. Это позволяет графически представить результаты исследования в виде факторного пространства признаков. При реализации данного подхода субъективные ценности и смыслы репрезентированы через ряд графических признаков евклидовых и псевдоевклидовых пространств, среди которых важнейшим является «близость – удаленность» того или иного объекта факторного пространства по отношению к «Я» испытуемого [13–17]. Интерпретация результатов осуществляется на основе анализа скатерграммы [17], представляющей собой диспозицию элементов левого списка в факторном пространстве, образованном двумя (или более) главными факторами, представленными соответствующим количеством кластеров конструкторов, отражающих наибольший процент дисперсии. Таким образом, в основе этого подхода лежит представление о том, что скатерграмма в значительной мере отражает семантическое пространство испытуемого. Семантическое пространство структурируется нами с помощью модельных карт. С позиций разрабатываемого подхода модельная карта рассматривается как условный образ фрагмента семантического пространства, представленный в графической форме [18–20]. Наиболее значимыми для целей исследования в рамках данного диагностического подхода являются дискриминантные функции модельных карт в отношении существующего многообразия когнитивных и мотивационно-поведенческих уровней внутренней картины «здоровья – болезни» и типов отношения к болезни.

Следует отметить, что предлагаемые алгоритмы интерпретации графических представлений семантических пространств, отражающих системы конструкторов, формирующих картину мира и внутреннюю картину «здоровья – болезни» не заменяют, а лишь дополняют анализ вербальных конструкторов, позволяя более полно исследовать семантический слой образа мира.

Выводы.

1. Принципы оценки и восстановления психического здоровья здорового человека имеют видимые преимущества по сравнению с методологией диагностики психического статуса в клинической практике, так как восстановительная медицина существенно повышает

возможности превентивных, упреждающих, профилактических стратегий в отношении сохранения и укрепления психического здоровья на фоне повышения его активности и ответственного отношения к собственному здоровью и здоровому образу жизни.

2. Оценка ресурсных возможностей психического здоровья достигается наиболее эффективно на основе описания семантического пространства, представляю-

щего категориальную структуру сознания, отражающую иерархию ценностей и положение в ней ценности здоровья, а также и приверженности принципам здорового образа жизни.

3. Восстановление ресурсов психического здоровья предполагает систему мер, включающую наряду с психотерапевтическими подходами всю совокупность средств, которыми обладает восстановительная медицина.

ЛИТЕРАТУРА

1. Каменская В.Н., Каменская М.А., Болякина Г.К., Борисова Л.Ф. Методология доказательной медицины (evidence-based medicine) в клинической практике специалистов по медицине критических состояний (обзор литературы) // Вестник интенсивной терапии. – 2000. – № 2. – С. 3–11.
2. Вайнер Э.Н. Валеология: Учебник для вузов. 2001. – М.: Флинта: Наука, 2001. – 416 с.
3. Пономаренко В.А., Разумов А.Н. Новые концепции охраны и восстановления здоровья здорового человека в трудовой деятельности. М.: 1997. – 149 с.
4. Гехт К. Психогигиена / Пер. с нем. Г. С. Черновой; Общ. ред. и вступит. ст. Л. А. Богдановича. – М.: Прогресс, 1979. – 176 с.
5. Гримак Л. П. Резервы человеческой психики: Введение в психологию активности. – М.: Политиздат, 1989. – 319 с.
6. Семичев С.Б. Предболезненные психические расстройства. – Л.: Медицина, 1987. – 183 с.
7. Ананьев В.А. Введение в психологию здоровья: Учебное пособие / Балтийская пед. академия. – СПб., 1998. – М.: РИА «Максим», 1995. – 120 с.
8. Смирнов Н.К. Здоровьесберегающие образовательные технологии и психология здоровья в школе. – М.: АРКТИ. – 2003. – 270 с.
9. Руководство практического психолога: психическое здоровье детей и подростков в контексте психологической службы. / Под ред. Дубровиной И. В. – Москва: Академия, 1995. – 168 с.
10. Психология здоровья: Учебник для вузов. / Под ред. Г.С. Никифорова. – СПб.: Питер. 2006. – 607 с.
11. Братусь Б.С. Аномалии личности. – М.: Мысль, 1988. – 301 с.
12. Келли Дж. Теория личности. Психология личностных конструктов / Пер. с англ. СПб: Речь, 2000. – 249 с.
13. Артемьева Е.Ю. Основы психологии субъективной семантики. – М.: Наука, Смысл, 1999. – 350 с.
14. Петренко В.Ф. Основы психосемантики. – 2 изд., доп. – СПб.: Питер, 2005. – 480 с.
15. Франселла Ф., Баннистер Д. Новый метод исследования личности. Руководство по репертуарным личностным методикам. Издательство: /Пер. с англ. – М.: Прогресс, 1987. – 236 с.
16. Похилько В.И., Федотова Е.О. Техника репертуарных решеток в экспериментальной психологии личности // Вопросы психологии, 1984, № 3, с. 151–157.
17. Соломин И.Л. Психосемантическая диагностика скрытой мотивации / Методическое руководство. СПб, ГМНПП «ИМАТОН», 2001. – 112 с.
18. Бодров В.А., Сыркин Л.Д. Диагностика и прогнозирование профессиональной мотивации в процессе психологического отбора. // Психологический журнал. – 2003. – Т. 24, № 1, С. 73 – 81.
19. Ворона А.А., Сыркин Л.Д. Диагностика ценностно-мотивационных компонентов как путь снижения уровня заболеваемости военнослужащих неврозами и психосоматическими заболеваниями // Военно-медицинский журнал, 2002, Т. 323, №7, С. 61–64.
20. Сыркин Л.Д. Разработка психосемантических методов диагностики внутренней картины болезни // Военно-медицинский журнал, 2007, том 328, № 4 С. 43–45.

РЕЗЮМЕ

Демократизация и гуманизация научно-практической деятельности уже на протяжении нескольких десятилетий в значительной степени определяют основной тренд развития таких разделов науки, как психология, теория и практика педагогики. Данная методология реализуется, как правило, в рамках «субъект – субъектного» подхода. В клинической медицине, и в том числе в психиатрии, в системе отношений «врач – больной» в значительной степени сохраняется преобладание «субъект – объектного подхода», предполагающее доминирование и большую активность позиции врача при планировании и реализации лечебных мероприятий. Данная методология существенно сужает возможности превентивных, упреждающих, профилактирующих стратегий в отношении сохранения и укрепления психического здоровья. Проблема может быть успешно преодолена при осуществлении оценки и сохранения ресурсов психического здоровья с позиций восстановительной медицины, когда в реализации врачебных стратегий будут доминировать принципы «здоровьесцентрической» парадигмы в рамках «субъект – субъектного» подхода, предполагающие существенное возрастание активности и ответственного отношения здорового человека к сохранению и укреплению своего соматического и психического здоровья.

Ключевые слова. «Здоровьесцентрическая» и «нозоцентрическая» парадигмы; «субъект – объектный» и «субъект – субъектный» методические подходы; принципы восстановительной медицины; семантическое пространство; ресурсы психического здоровья, внутренняя картина «здоровья – болезни».

ABSTRACT

For several decades democratization as well as humanization of scientific and practical work largely determine the main trend of such branches as psychology and pedagogical theory and practice. The methodology under study is realized, as a rule, within the frame "subject-subjective" approach. In clinical medicine and in psychiatry (mental medicine) as well, in the relations system "doctor – patient" the "subject-objective" approach pretty dominates, this implies prepotency and a big activity of a doctor in treatment planning and realization. The given methodology largely constricts the opportunity of preventive strategies in relation of keeping and strengthening of mental health. The problem can be successfully solved in realization of valuation and keeping of mental health resources from the position of recovery medicine, where the "health central" approach will dominate in medical strategy realization within the frame "subject-subjective" approach, supposing essentially the growth of activity and responsible attitude of a healthy man towards keeping and strengthening of his own somatic and mental health.

Keywords. «Zdorov'ecentricheskav» and «nozocentricheskav» paradigm; subject-object "and" subject "methodological approaches dealing; principles of rehabilitation medicine; semantic space; resources for mental health, internal painting "health-disease".

КОНТАКТЫ

Сыркин Л.Д., Служебный адрес: 140410, г. Коломна, ул. Зеленая, 30 тел. (496) 615-13-30; факс (496) 613-42-58; 613-25-62; личный телефон: 8(917) 572-98-94, syrkinld@mail.ru.

Шакула А.В., телефон: 8(495)697-85-26, shakula-av@mail.ru.