

ловека в раннем юношеском возрасте. Требования, предъявляемые юношами и девушками с разной самооценкой к идеальному образу любимого человека, дают основание полагать, Библиографический список

1. Кон, И.С. Психология ранней юности. – М.: Просвещение, 1989.
2. Фельдштейн, Д.И. Психология становления личности. – М.: МПА, 1994.
3. Мухина, В.С. Возрастная психология. – М.: Академия, 2004.
4. Арсеньев, А.С. Философские основания понимания личности. – М.: Академия, 2001.
5. Чеснокова, И.И. Самосознание, саморегуляция, самодетерминация личности // Проблемы психологии личности / под ред. Е.В. Шороховой. – М.: Наука, 1982.
6. Штерн, Э. Серьезная игра в юношеском возрасте. – М.: Прогресс, 1975.
7. Вебер, Г. Кризисы любви. – М.: Институт Психотерапии, 1978.
8. Фромм, Э. Искусство любить. – СПб.: изд-во Азбука-классика, 2005.
9. Психология и психоанализ любви: Хрестоматия / сост. Д.Я.Райгородский. – Самара: Бахрах-М, 2007.
10. Эриксон, Э. Идентичность: юность и кризис. – М.: Прогресс, 1996.
11. Кон, И.С. Открытие «Я». – М.: Политиздат, 1978.
12. Смирнов, С.Д. Психология образа: проблема активности психического отражения. – М.: Просвещение, 1985.
13. Практические занятия по психологии / под ред. А.В. Петровского. – М.: Просвещение, 1972.
14. Курпатов, А.В. Мужчины и женщины. – СПб.: ИД «Нева», 2006.
15. Ильин, Е.П. Дифференциальная психофизиология мужчины и женщины /Е.П.Ильин. – СПб.: Питер, 2003.
16. Анастаси, А. Дифференциальная психология. – М.: Апрель Пресс, изд-во ЭКСМО-Пресс, 2001.
17. Прыжников, Н.С. S ≠ \$\$. Личность в эпоху продажности. – М.: МПСИ; Воронеж: НПО «МОДЭК», 2000.

Статья поступила в редакцию 15.12.09

УДК 616.8

М.Г. Чухрова проф. ГОУ ВПО НГПУ; В.И. Хаснулин, проф. НЦКЭМ СО РАМН; В.В. Гафаров, проф. МЛЭ ССЗ СО РАМН, ГУ НИИ терапии СО РАМН, г. Новосибирск, E-mail: valery.gafarov@gmail.com

ТРАНСФОРМАЦИЯ ЛИЧНОСТИ И ЕЕ СВЯЗЬ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ КЛИМАТОГЕОГРАФИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Проблема трансформации личности у пришлого населения Крайнего Севера стоит особенно остро, поскольку затрагивает процессы психосоциальной и психосоматической адаптации. Описаны некоторые механизмы трансформации личности в условиях Севера и их связь с развитием психосоматической патологии. Особое внимание обращено на кардиоваскулярную патологию. Проведен нейропсихологический анализ межполушарных взаимоотношений в процессе психической адаптации.

Ключевые слова: адаптация, трансформация личности, психосоматическая патология, алекситимия, нейрофизиологические механизмы.

Экстремальные климатогеографические условия на Крайнем Севере или приравненных к нему территориях, предъявляют повышенные требования не только к соматическому здоровью пришлого населения, но и к его психике. В экстремальных условиях Севера психопатологические особенности проявляются и обостряются [1; 2], что провоцирует социально-психологическую дезадаптацию. Это связано с наличием экстремальных климатических и геофизических факторов высоких широт, которые, запуская процессы адаптации в организме, вызывают напряжение физиологических систем, и, в первую очередь, психоэмоциональной сферы [3; 4]. Наложение средовых стрессорных факторов на конституционально-генетическую предрасположенность к тому или иному страданию в сочетании с социально-психологической дезадаптацией может запускать онтогенез психосоматического заболевания. Как показывают многолетние наблюдения, проблема психосоматической патологии у пришлого населения Крайнего Севера стоит особенно остро. Если рассматривать психосоматическую патологию как результат нарушения адаптации, то внимание необходимо обратить на психоэмоциональную сферу, и в первую очередь это касается личностных трансформаций и индивидуальных личностных реакций на стрессогенные воздействия [5]. Изучение психосоматической патологии, как результата нарушения адаптации, складывается из изучения психоэмоционального статуса, психоэмоциональных взаимоотношений и гормонально-метаболических изменений. Между тем, состояние человека невозможно охарактеризовать как простое изменение в протекании отдельных функций или процессов. Оно является сложной системой реакцией индивида. Поэтому диагностически значимыми для

что в современных условиях любовь как особое чувство теряет свою искренность и все более приобретает характер расчетливости.

оценки функционального состояния являются не количественные изменения показателей, а направление и величина сдвигов этих показателей и соотношения между ними, а также особенности предшествующего состояния.

Целью настоящего исследования было изучение взаимосвязи психоэмоционального состояния и функционирования висцеральных систем.

Материал и методы исследования. Для решения поставленной цели были использованы данные выборочных обследований коренных (ханты, манси) – 346 чел. (1 группа), и пришлых жителей северных территорий (Ханты-Мансийского и Таймырского автономных округов), всего 427 человек (2 группа). В качестве контроля использованы данные аналогичного обследования 273 практически здоровых жителей средних широт (3 группа). Возраст всех обследованных - от 21 до 42 лет.

Также обследованы пациенты нескольких клиник Нефтеюганска, Сургута и Надыма, всего 123 человека (4 группа), с клинически верифицированным диагнозом, укладывающимся в рамки классической психосоматической патологии (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, бронхиальная астма, ревматоидный артрит и др.). Применялось клинико-психологическое интервью, психометрические тесты на тревожность (тест Тейлор), депрессию (тест Бека), алекситимию (TAS-26) [6].

Нозологический диагноз в группах больных с психосоматической патологией устанавливался на основании критериев комитета экспертов ВОЗ (1990), включающих в себя жалобы больных, клиническую картину заболевания, данные специальных обследований. Обследование включало целена-

правленный опрос, осмотр и проведение ряда функциональных, биохимических, иммунологических и гормональных тестов. Оценка выраженности дизадаптивных расстройств со стороны основных функциональных систем организма, а также определение психофизиологических показателей проводили с помощью оригинальной автоматизированной системы скрининг-оценки дизадаптивных метеопатических и патологических состояний "СКРИНМЕД" (номер государственной регистрации 970035 от 29.01.1997г.), реализованной на компьютерах типа IBM PC/XT и IBM PC/AT. На основании анализа данных определялся интегральный показатель степени психоэмоционального напряжения (ПЭН), выраженный по 10-балльной шкале, а также функциональные состояния организма.

Результаты и их обсуждение

Высокий уровень психоэмоционального напряжения зарегистрирован у 62,2% пришлого населения Севера и у 41,6% коренного, тогда как в контрольной группе жителей средних широт высокий уровень ПЭН зарегистрирован всего у 10,2 испытуемых (табл. 1). Обследование показало высокую распространенность у жителей Севера, особенно у пришлого населения, сочетанных патологических расстройств и дизадаптивных нарушений (табл. 2). Так, функциональные и патологические расстройства со стороны сердечно-сосудистой системы, проявляющиеся в виде нейроциркуляторной дистонии у молодых и артериальной гипертензии у старших возрастных групп, выявлены у 55% обследованных.

Таблица 1

Группы испытуемых в зависимости от уровня психоэмоционального напряжения (ПЭН) в % от общего числа обследованных

Группы испытуемых	Доля испытуемых с уровнем ПЭН			Достоверность различий
	Низким	Средним	Высоким	
1 группа	38,4	20,0	41,6	$p < 0,05$
2 группа	8,5	29,3	62,2	$p < 0,001$
3 группа	25,0	64,8	10,2	$p < 0,05$

Таблица 2

Дизадаптивные расстройства (в % отклонения от нормы) у коренных (1 группа) и пришлых (2 группа) жителей Севера в сравнении со здоровыми жителями г.Новосибирска (3 группа)

Дизадаптивные расстройства	1 группа	2 группа	3 группа
Артериальная гипертензия (%)	9.9 ± 0.2	45.9 ± 0.4	2.3 ± 0.3
Нарушения функции органов дыхания (%)	30.7 ± 0.4	42.4 ± 0.4	6.8 ± 0.5
Нарушения функции нервной системы (%)	16.2 ± 0.3	52.7 ± 0.4	3.0 ± 0.2
Нарушения функции органов пищеварения (%)	24.4 ± 0.3	39.0 ± 0.5	4.2 ± 0.3
Нарушения функции печени (%)	27.8 ± 0.3	19.1 ± 0.3	3.3 ± 0.5
Нарушения функции системы мочевого выведения (%)	27.2 ± 0.3	31.0 ± 0.1	2.3 ± 0.2
Нарушения функции кожных покровов (%)	7.5 ± 0.2	11.0 ± 0.1	2.8 ± 0.3
Иммунные расстройства (%)	16.6	29.1 ±	0

	± 0.2	0.3	
Аллергические проявления (%)	15.5 ± 0.2	18.5 ± 0.2	0

Большую группу (50%) составляют поражения печени и желчевыводящих путей в виде холангиохолецистита, проявляющиеся клинически в виде тяжести и боли в правом подреберье, а также диспепсическими расстройствами. Объективно у этих людей при ультразвуковом обследовании выявлялись признаки холангита и утолщение стенок желчного пузыря. Патология печени и желчевыводящих путей сочеталась с патологией желудочно-кишечного тракта (22% обследованных) и расстройствами мочевыделительной системы (25%). И если патология пищеварительной системы протекала в виде гастритов и функциональных расстройств кишечника, то в почках выявлялись кристаллы и песок.

Признаки хронической патологии органов дыхания были выявлены у 26,6% обследованных. У 30% - были выявлены функциональные нарушения иммунной системы. И, наконец, представляет значительную проблему выявленное более чем у 60% северян напряжение эндокринной системы. При этом у 17% обследованных женщин отмечена патология щитовидной железы. Данные о нарушении функции щитовидной железы, полученные при клиническом обследовании, согласуются с данными определения уровня в крови гормонов щитовидной железы.

Аналогичные результаты были получены на Таймыре и Кольском полуострове [7], где было показано, что высокое психоэмоциональное напряжение, конфликтность, значительный уровень тревоги, способствовали ускорению процессов склероза, коррелировали с прогрессированием функциональных "северных" иммунодефицитов, имели определенное значение в формировании метаболических нарушений, в ухудшении функции печени, в развитии таких заболеваний как артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, хронические неспецифические заболевания легких, хронический гепатит и цирроз печени. Проведенный анализ психофизиологических показателей, характеризующих психоэмоциональное напряжение, у больных с сердечно-сосудистой патологией также позволил установить положительную взаимосвязь между степенью выраженности психоэмоционального напряжения с выраженностью дизадаптивных процессов у кардиологических больных на Севере (табл. 3).

Таблица 3

Степень выраженности дизадаптивных расстройств (в %) у кардиологических больных с низким (1 группа) и высоким (2 группа) уровнем психоэмоционального напряжения

Дизадаптивные расстройства	1 группа (n=34)	2 группа (n=57)
Сердечно-сосудистой системы	24,2 ± 4,3	45,4 ± 2,4
Артериальная гипертензия	36,4 ± 7,9	52,8 ± 6,1
Стенокардия	20,6 ± 7,0	37,6 ± 6,1
Органов дыхания	30,1 ± 5,5	38,2 ± 4,5
Нервной системы	37,5 ± 7,7	64,9 ± 5,2
Желудочно-кишечного тракта	37,1 ± 5,7	45,2 ± 4,3
Печени	33,2 ± 6,2	42,6 ± 4,8
Мочеполовой системы	33,6 ± 6,2	34,1 ± 4,9
Эндокринной системы	17,4 ± 1,5	22,7 ± 1,5

Таким образом, высокий уровень психоэмоционального напряжения является одним из ведущих факторов риска формирования дизадаптивных нарушений и, в последующем, патологических состояний со стороны сердечно-сосудистой, иммунной и нервной систем, органов пищеварения, печени, мочевыделительной системы.

Вполне вероятно, что неэффективность функционирования психоэмоциональной сферы в период адаптации в полярных регионах является ведущей причиной преждевременного старения, тяжелых хронических заболеваний в молодом возрасте и смещения пика смертности на более молодой возраст, в сравнении с жителями средних широт. Однако северные долгожители пока еще отличаются достоверно меньшим психоэмоциональным напряжением, низким уровнем тревожности, нормальным уровнем кортикостероидов в крови, а также другими метаболическими, иммунными и функциональными адаптивными "преимуществами", в сравнении с другими северянами. Как правило, это лица с высокой физической активностью. Одной из особенностей этих людей является высокая функциональная активность правой гемисферы мозга, что было показано ранее (Хаснулин В.И., 1998). Можно говорить о существовании эколого-генетического адаптивного типа, обладающего наибольшей жизнеспособностью в экстремальных климато-геофизических условиях. При этом состояние психоэмоциональной сферы, регуляторные возможности центральной нервной системы, оказываются определяющими в успешности протекания адаптивных процессов, в эффективной подстройке функций гомеостатических систем к экстремальным изменениям экологических факторов.

У всех госпитализированных пациентов (группа 4), была выявлена астеноневротическая симптоматика, аффективные нарушения в виде эмоциональной лабильности, дистимические и тревожно-депрессивные расстройства разной степени выраженности. Происхождение этих состояний больными связывалось с неблагоприятными ситуационными воздействиями, которые при ближайшем рассмотрении в большинстве случаев могли считаться психогенными лишь с большой долей условности, так как оказывались таковыми в силу измененной реактивности пациентов. При индивидуальном анализе каждой истории болезни выявлена взаимосвязь между психоэмоциональным состоянием пациента, его личностными особенностями, стрессогенными событиями в его жизни и особенностями течения заболевания. У 75 человек (61%) в структуре личности присутствовала выраженная алекситимия (средний балл $82,4 \pm 3,56$ усл. ед. по Торонтской алекситимической шкале). В этой группе чаще встречались непредсказуемые дисфорические эксцессы на фоне внешне высококонтролируемого поведения. При этом наблюдалась высокая озабоченность своим здоровьем, ипохондричность и застреваемость на отдельных симптомах заболевания, снижение адекватной самокритичности. Патогномичным признаком для алекситимичных пациентов было активное нежелание и противодействие при разговоре на темы, касающиеся их чувств и внутреннего мира и фиксация на соматовегетативных нарушениях. Отмечалась склонность к устранению тревоги за счет соматизации и вытеснение ее с формированием демонстративного поведения, тенденции к агравации симптоматики и рентные установки.

Проблема взаимосвязи психоэмоциональных нарушений, связанных с хроническим психосоциальным стрессом, актуальна в первую очередь потому, что выявляется тесная связь нарушений регуляции артериального давления, ишемических заболеваний сердца и другой кардиоваскулярной патологии с длительным и чрезмерным психоэмоциональным напряжением, возникающим в условиях стрессовой ситуации [5]. Проведенный анализ клинических показателей, характеризующих психоэмоциональное напряжение, у больных с сердечно-сосудистой патологией позволил установить положительную взаимосвязь между степенью выраженности психоэмоционального напряжения с частотой и тяжестью кардиологической патологии у больных на Севере (табл. 4).

О важной роли негативного психоэмоционального стрессирования в развитии кардиологической патологии свидетель-

ствует анализ жалоб и клинических проявлений у кардиологических больных на Севере в зависимости от степени выраженности у них психоэмоционального стресса. С этой целью было выделено две группы больных: с низкой и высокой степенью выраженности психоэмоционального напряжения. Клинические проявления заболевания и жалобы у больных в зависимости от степени выраженности психоэмоционального напряжения представлены в таблице 5.

Таблица 4

Удельный вес больных ИБС в зависимости от уровня психоэмоционального напряжения (ПЭН) в % от числа обследованных в группе

Группы испытуемых	Доля больных с уровнем ПЭН		Достоверность различий
	Низким	высоким	
ИБС (n=28)	11,4	53,6	p < 0,05
ИБС + Гб ₂ (n=48)	8,3	79,2	p < 0,001
Нейроциркуляторная дистония (n=47)	10,6	63,6	p < 0,05
Здоровые	25,0	10,2	p < 0,001

Таблица 5

Клинические проявления заболевания у кардиологических больных с различной степенью выраженности психоэмоционального напряжения (%)

Симптомы	Больные с уровнем ПЭН		Достоверность различий
	Низким (n=48)	Высоким (n=106)	
Боли в грудной клетке	22,9	52,8	p < 0,05
Приступы стенокардии	16,7	48,1	p < 0,01
Кардиалгии	6,3	33,0	p < 0,001
Частые головные боли	14,6	50,9	p < 0,01
Перебои в работе сердца	14,6	43,4	p < 0,05
Сильное сердцебиение	35,4	73,6	p < 0,05
Слабость к концу рабочего дня	41,7	68,9	p < 0,05

Из таблицы 5 видно, что у обследованных больных с ростом психоэмоционального напряжения отмечается нарастание клинической симптоматики, повышается количество клинически и патогенетически значимых жалоб, указывающих на углубляющуюся дисфункцию и снижение резервов сердечно-сосудистой и вегетативной нервной систем. У больных с низкой степенью психоэмоционального напряжения боли в левой половине грудной клетки и за грудиной выявляются в 22,9% случаев, а у больных высокой степенью психоэмоционального напряжения – в 52,8%, то есть более, чем в два раза чаще (p<0,05). Боли в грудной клетке у обследованных больных локализовались в левой половине грудной клетки, за грудиной, в прекардиальной области, носили давящий, колющий, сжимающий характер, появлялись как в покое, так и при физической нагрузке, имели различную продолжительность, часто возникали при эмоционально значимых ситуациях, а также при резких изменениях погоды.

При дальнейшем анализе боли в левой половине грудной клетки и за грудиной разделили на боли, носившие характер стенокардии и боли типа кардиалгии. К болям типа стенокардии отнесли боли, локализовавшиеся в левой половине грудной клетки и за грудиной, давящего или сжимающего характера, достаточно кратковременные (продолжительностью до 20 минут), имевшие связь с физической нагрузкой, то есть

возникавшие при физической нагрузке и прекращавшиеся после приема нитроглицерина и (или) прекращения физической нагрузки. Описанные боли возникали у больных с низкой степенью психоэмоционального напряжения в 16,7% случаев, а у больных с высокой степенью психоэмоционального напряжения описанные боли возникали почти у половины больных (в 48,1% случаев). Мы считаем, что учащение возникновения стенокардитических болей может свидетельствовать о нарастании функциональных и органических нарушений сердечно-сосудистой системы по мере возрастания уровня психоэмоционального напряжения. К болям типа кардиалгий были отнесены боли в левой половине грудной клетки и в прекардиальной области, колющего или ноющего характера, различной продолжительности, не имевшие связи с физической нагрузкой. Такие боли возникали у больных с низкой степенью психоэмоционального напряжения в 6,3% случаев, а у больных с высокой степенью психоэмоционального напряжения - в 33,0% ($p < 0,001$). Учащение появления описанных болей в грудной клетке у кардиологических больных с ростом психоэмоционального стрессирования, по-видимому, отражает углубление дисфункции сердечно-сосудистой и вегетативной нервной систем.

Об увеличении степени выраженности расстройств регуляции сердечно-сосудистой системы свидетельствует учащение регистрации у больных с высоким уровнем ПЭН по сравнению с пациентами с низким уровнем ПЭН таких признаков дисфункции вегетативной нервной системы, как учащение сердцебиения, ощущение «перебоев» в работе сердца, частые головные боли и возникновение слабости к концу дня. Так, у больных с высокой степенью ПЭН более чем в 2 раза чаще (в 73,6%), чем у больных с низкой степенью психоэмоционального напряжения (35,4%; $p < 0,05$) отмечались жалобы на учащение сердцебиения.

Частые головные боли, появлявшиеся преимущественно при повышении артериального давления и носившие в основном сосудистый характер, выявлялись при низком уровне психоэмоционального напряжения у больных ИБС лишь в 14,6%, а у больных с высоким уровнем ПЭН - в 50,9% случаев. Слабость к концу дня отмечалась у больных с низким уровнем ПЭН в 41,7% случаев, а у больных с высоким уровнем ПЭН - в 68,9%.

Таким образом, из анализа приведенных данных видно, что с ростом психоэмоционального напряжения у больных с сердечно-сосудистой патологией на Севере нарастает количество значимых жалоб и клинических проявлений, свидетельствующих об усугублении дисфункции сердечно-сосудистой и вегетативной нервной систем.

В ходе дальнейшего анализа нами было проведено изучение основных показателей электрокардиограммы у обследуемых больных в зависимости от степени выраженности психоэмоционального напряжения. Основные показатели электрокардиограммы представлены в таблице 6, из которой видно, что с ростом психоэмоционального напряжения отмечается удлинение временных характеристик электрокардиограммы: уширение зубца Р, удлинение комплекса QRS.

Таблица 6

Показатели электрокардиограммы у больных с сердечно-сосудистой патологией на Севере, в зависимости от степени выраженности психоэмоционального напряжения

Показатели	Больные с уровнем ПЭН		Достоверность различий
	Низким (n=48)	Высоким (n=106)	
ЧСС (сек)	63,9±0,9	63,8±2,7	
Интервал Р (сек)	0,10±0,004	0,11±0,002	$p < 0,05$
Интервал PQ (сек)	0,16±0,006	0,17±0,004	
Интервал QRS (сек)	0,09±0,001	0,10±0,002	$p < 0,001$

Интервал QT(сек)	0,38±0,007	0,40±0,008	
------------------	------------	------------	--

У больных с высокой степенью ПЭН ширина зубца Р ($0,11±0,002$) достоверно ($p < 0,05$) превышает соответствующий показатель у больных с низкой степенью психоэмоционального напряжения. Ширина комплекса QRS у больных с высокой степенью психоэмоционального стресса ($0,10±0,002$) была достоверно большей, чем при низком уровне ПЭН ($0,09±0,001$). Достоверных различий в длительности интервалов PQ и QT не выявлено, хотя имеется тенденция к удлинению интервала QT по мере роста уровня негативного психоэмоционального напряжения.

Обращает на себя внимание (табл.7) высокая частота выявляемости нарушений функции проводимости у обследованных больных, которая находится в зависимости от уровня психоэмоционального напряжения.

Таблица 7

Показатели электрокардиограммы у больных с различной степенью выраженности психоэмоционального напряжения (%)

Показатели	Больные с уровнем ПЭН		Достоверность различий
	Низким (n=48)	Высоким (n=106)	
Синусовая брадикардия	28,4	30,3	
Замедление внутрипредсердной проводимости	24,3	50,8	$p < 0,001$
Сглаженный или отрицательный зубец Т	20,7	39,5	$p < 0,05$
Высокоамплитудный зубец Т	24,5	31,6	
Признаки гипертрофии левого желудочка	26,6	52,6	$p < 0,001$

Анализ показателей, представленных в таблице 7, показал, что в группе больных с высоким уровнем ПЭН доля людей с замедлением внутрипредсердной проводимости значительно больше, чем в группе больных с низким уровнем ПЭН (50,8% против 24,3%, $p < 0,01$). На морфологическом уровне это может быть следствием развития склеротических процессов в миокарде.

Анализ конечной части желудочкового комплекса выявил высокую частоту изменений величины зубца Т: выявлялось как снижение его амплитуды и инверсия, так и значительное увеличение его амплитуды. Частота регистрации указанных изменений нарастает с ростом психоэмоционального напряжения. Если в первой группе сглаженный, либо отрицательный зубец Т регистрировался в 20,7% случаев, то во второй группе - уже в 39,5%, достоверно ($p < 0,05$) чаще, чем в первой. Выявленные изменения конечной части желудочкового комплекса могли быть вызваны несколькими причинами: прежде всего, ухудшением коронарного кровообращения, а также углубляющимися расстройствами метаболических процессов в миокарде.

Дальнейший анализ показателей электрокардиограммы (табл. 7) выявил высокую частоту встречаемости признаков, указывающих на гипертрофию левого желудочка у обследованного контингента больных. Выявлено более частое развитие гипертрофии левого желудочка у больных с высокой степенью психоэмоционального напряжения по сравнению с больными с низким уровнем ПЭН. В первой группе гипертрофия левого желудочка выявлялась в 26,6%, а во второй - в 52,6% случаев ($p < 0,01$). Эти данные могут указывать на более напряженную деятельность сердца при высоком уровне психоэмоционального стресса, на возрастание нагрузки на левый желудочек, вероятно, вследствие более выраженного повышения артериального давления, прогрессирования гипертонической болезни по мере развития хронического стресса.

В нашем исследовании при анализе психофизиологических показателей методики "СКРИНМЕД" было выявлено, что высокий уровень психоэмоционального напряжения у больных с кардиологической патологией сопровождается нарастанием процессов торможения в центральной нервной системе, снижением сенсомоторной реактивности, ухудшением рефлекторной деятельности. Вероятно, выявленные психофизиологические изменения приводят к ухудшению адаптивных способностей головного мозга и его регулирующей деятельности по своевременной подстройке и синхронизации функций внутренних органов и систем организма к изменяющимся факторам внешней среды. Все это способствует, по нашему мнению, снижению приспособительных возможностей организма к воздействию экстремальных климато-метеорологических и геофизических факторов высоких широт и развитию сердечно-сосудистой патологии.

Известно, что успешная адаптация организма к факторам внешней среды осуществляется при наличии адекватных гормонально-метаболических сдвигов, реализующих пластическое и энергетическое обеспечение адаптивных физиологических реакций. В то же время, психоэмоциональный стресс является одним из важнейших факторов, способных нарушить нейрогуморальную регуляцию обменных процессов в организме. В связи с этим нами были изучены особенности гормонально-метаболического статуса у больных с кардиологической патологией в зависимости от уровня их психоэмоционального напряжения (табл. 8).

Таблица 8

Показатели эндокринных и метаболических процессов у больных ИБС на Севере в зависимости от уровня психоэмоционального напряжения (ПЭН)

Показатели	Уровень ПЭН	
	низкий	Высокий
ЛПНП и ЛПОНП (ммоль/л)	6,0 ± 0,2	7,3 ± 0,3
ЛПВП (ммоль/л)	1,04 ± 0,05	1,40 ± 0,02
Холестерин (ммоль/л)	5,7 ± 0,2	6,9 ± 0,3
Триглицериды (мг%)	123,1 ± 8,5	139,6 ± 11,2
Билирубин общий (мкмоль/л)	12,7 ± 0,3	18,5 ± 0,3
АЛТ (ус.ед.)	24,9 ± 0,5	27,0 ± 0,6
АСТ (ус.ед.)	18,0 ± 0,5	29,7 ± 0,6
Гамма-ГТ (ммоль/л)	18,2 ± 1,3	26,7 ± 1,5
ПОЛ (ус.ед.)	0,112 ± 0,008	0,154 ± 0,009
АоА (час·мл/г)	154,2 ± 14,2	95,3 ± 11,3
Т-лимфоциты (%)	48,9 ± 0,8	36,3 ± 0,7
Кортизол (нмоль/л)	369,4 ± 13,8	598,6 ± 24,9
Инсулин (мкЕд/мл)	9,7 ± 0,3	17,4 ± 0,6
РСИ печени (ус.ед.)	0,80 ± 0,02	0,67 ± 0,02
ПЭН (ус.ед.)	7,5 ± 0,2	19,7 ± 0,5

Изучение гормонально-метаболического статуса у этих больных выявило активацию глюкокортикоидной функции коры надпочечников, что подтвердило наличие состояния стрессированности у этих больных, а также указывало на снижение их адаптационных резервов. Выраженность этих изменений находилась в прямой зависимости от уровня психоэмоционального напряжения.

Анализ показателей, характеризующих липидный обмен у описываемых больных, свидетельствовал о нарушениях деятельности регулирующих систем в организме, при-

водящих к разбалансировке основных видов обмена веществ. Нарушения липидного метаболизма проявлялись повышением содержания в крови холестерина, липопротеидов низкой и очень низкой плотности и триглицеридов. Была выявлена активация процессов перекисного окисления липидов на фоне снижения антиокислительной активности крови. Изменения углеводного обмена характеризовались повышением содержания в крови глюкозы и инсулина.

Проведенный анализ показателей, характеризующих метаболизм, в группах больных ИБС показал взаимосвязь выявленных изменений обмена веществ со степенью выраженности негативного психоэмоционального напряжения. Оказалось, что благоприятное течение ИБС с редкими обострениями, меньшими показателями атерогенности липидов, меньшими нарушениями функции печени, менее выраженным увеличением уровня кортизола в крови, менее значительным увеличением показателей липидной перекисидации, наблюдается при меньших показателях негативного психоэмоционального напряжения с незначительным снижением функции полушарий мозга. Такое сочетание психофизиологических и клинических характеристик отмечено у 37,4% обследованных больных с ИБС.

Наоборот, высокая степень психоэмоционального напряжения, высокий уровень алекситимии, высокий уровень атерогенности липидов, окислительный стресс, снижение функциональной активности печени, многочисленные клинические и функциональные проявления неблагоприятного течения ИБС на Севере мы выявили у 62,6% обследованных больных на фоне сниженной активности полушарий головного мозга с преобладающей активностью левой гемисферы.

Полученные данные позволили нам сделать вывод о том, что высокий уровень негативного психоэмоционального напряжения приводит к дезинтеграции деятельности основных регулирующих систем организма, что влечет за собой нарушение гормонально-метаболического обеспечения адаптивных реакций. Выявленные изменения обмена веществ у кардиологических больных, кроме того, способствуют еще большему прогрессированию сердечно-сосудистой патологии.

Ранее нами было показано, что феномен алекситимии в структуре личности сопровождается снижением функциональной полноценности правого полушария мозга, частичной "функциональной комиссуротомией", блокирующей взаимодействие левого и правого полушарий головного мозга [8]. Известно, что в регионах Крайнего Севера в качестве адаптивной перестройки наблюдается повышенная функциональная активность правого полушария, что способствует адаптивному процессу, а снижение его активности свидетельствует о нарушении адаптации [7]. Тенденция правого полушария к синтезу и объединению множественных сигналов в глобальный конфигурационный образ играет решающую роль в выработке и стимулировании эмоционального переживания, а преимущество левого полушария при анализе отдельных, упорядоченных во времени и четко определенных деталей используется для видоизменения и ослабления эмоциональных реакций. С этой точки зрения когнитивные и эмоциональные особенности обоих полушарий тесно взаимосвязаны. Как и в области когнитивных процессов, полушария дополняют друг друга в регулировании эмоций. По-видимому, феномен алекситимии и сниженная функциональная активность правого полушария находятся в сложных причинно-следственных отношениях, являя собой звенья одной цепи в многокомпонентном генезе психосоматической патологии.

Как показывают наши наблюдения, в экстремальных условиях Севера может возникать вторичная алекситимия, которая обусловлена страхом перед эмоциями и тенденцией к их блокированию. Этот феномен был описан [8]. Вторичная «северная» алекситимия может быть следствием социальной ситуации развития личности. Индивидуальные социальные взаимодействия включают внутриличностную эмоциональ-

ную регуляцию, которая чаще всего оказывается деструктивной и не способствует адаптации. Социальная дезадаптация провоцирует вторичную алекситимию, что в свою очередь является одним из ведущих факторов риска формирования дизадаптивных нарушений и, в последующем, патологических состояний. Психогенные факторы, такие как хронический стресс, патологическая тревожность, алекситимия, скрытая агрессия запускают процессы трансформации личности, призванные улучшить социальную адаптацию, но они же являются факторами риска соматической патологии. Соматическая патология, в свою очередь, вызывает соматогенные расстройства психики, формируя замкнутый патологический круг. Основываясь на этих механизмах, можно прогнозировать психологические кризисы в течение любой психосоматической патологии. Психологические кризисы будут перемежаться с соматическими обострениями, сменяя друг друга. Соматизация психоэмоционального напряжения временно обеспечивает социально приемлемый выход из трудноразрешимых и эмоционально значимых проблем и переносит центр тяжести на телесные ощущения. Возникающие трудности в социальной адаптации списываются на счет физического нездоровья. В результате появляется возможность найти социально приемлемый выход из стрессогенной ситуации, избежать несостоятельности перед лицом требований среды. Образование соматического симптома представляет собой процесс адаптации индивида к среде для получения «вторичной выгоды» - социальной реабилитации. Если эмоциональный стресс от нерешенных конфликтов остается, пациент неизбежно получит рецидив. Хронические эмоциональные раздражители, возникающие в результате этих конфликтов, должны быть как минимум осознаны и проработаны самим пациентом, а в идеале - исключены или снижены, чтобы добиться устойчивого излечения. Полное осознание пациентом своей ситуации влечет за собой исчезновение заболевания, поскольку психическая деятельность перестает провоцировать болезнь.

Заключение. Многолетние исследования процесса адаптации человека на Севере позволяют описать следующие механизмы формирования психосоматической патологии в высоких широтах. Прежде всего, это неблагоприятное влияние эколого-геофизических факторов, которое независимо от

уровня физического здоровья оказывает повреждающее воздействие на организм, в первую очередь, центральную нервную систему, особенно пришлого населения. В условиях высоких широт общество предъявляет все более высокие требования к нервной и психической устойчивости человека и значительно меньше - к его физической выносливости. Информационные перегрузки и недостаточная физическая активность перестраивают работу мозга и согласованную деятельность его полушарий. Возникают нейрофизиологические изменения, такие как нарушение баланса межполушарной активации, нарушение корково-подкорковых взаимоотношений, инверсия эмоционального отражения. Поскольку психологические механизмы лежат в основе поддержания гомеостаза, то возникают и гормонально-метаболические изменения, что клинически выражается синдромом психоэмоционального напряжения. В результате психоэмоционального напряжения возникают вегетативные симптомы, указывающие на то, что симпатическая система надолго оказывается в состоянии повышенного возбуждения. Чаще всего имеется невозможность реализации стенических реакций в сфере произвольного поведения. Подавленные гнев и агрессия, страх и враждебность в конфликтных ситуациях сопровождаются чрезмерной вегетативной активацией и изменениями в деятельности внутренних органов. Психовегетативные взаимоотношения - это физиологический факт. У здорового человека интенсивные эмоции вызывают значительные вегетативные сдвиги. Психовегетативный баланс складывается из согласованности между собой психоэмоционального тонуса и психоэмоциональной реактивности. Повышенный симпатический тонус и гиперсимпатическая реактивность сохраняют гипертоническую возбудимость на психологическом и соматическом уровнях. Нестойкий гомеостаз и неоптимальность вегетативного обеспечения отражаются на адекватном приспособительном поведении, что приводит организм в целом к нарушению адаптации. Вполне вероятно, что неэффективность личностной трансформации в период адаптации в циркумполярных регионах является ведущей причиной преждевременного старения, психосоматической патологии и смещения пика смертности на более молодой возраст, в сравнении с жителями средних широт.

Библиографический список

1. Казначеев В.П. Современные аспекты адаптации. - Новосибирск, 1980.
2. Кривошеков С.Г. Психофизиологические аспекты незавершенных адаптаций / С.Г. Кривошеков, В.П. Леутин, М.Г. Чухрова. - Новосибирск, 1998.
3. Панин Л.Е. Биохимические механизмы стресса. - Новосибирск, 1983.
4. Хаснулин В.И. Введение в полярную медицину. - Новосибирск: СО РАМН. - 1998.
5. Гафаров В.В. Личность и ее взаимодействие с социальной средой: непроторенная дорога / В.В. Гафаров, Е.А. Громова, Ю.Н. Кабанов, И.В. Гагулин; Рос.акад.мед.наук, Сиб.отд.-ние. - Новосибирск: - Изд-во СО РАН, 2008.
6. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты: учебное пособие. - Самара: Изд. дом «БАХРАК», 1998.
7. Хаснулин В.И. Введение в полярную медицину. - Новосибирск: СО РАМН. - 1998.
8. Психофизиологический анализ алекситимии у кардиоваскулярных больных на Севере / М.Г. Чухрова, К.А. Харина, Л.С. Хорошилова [и др.] // Актуальные аспекты психосоматических исследований: Материалы науч.-практ.конф. с междунар. участием. под ред. В.Я. Семке. - Томск, 2005.

Статья поступила в редакцию 15.12.09

УДК 378

К.Л. Лебедева, канд. пед. наук., доц. АГТУ им. И.И.Ползунова, г. Барнаул, E-mail: kira_lebedeva@mail.ru

ВЛИЯНИЕ ОЦЕНОЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПЕДАГОГА-ПРЕДМЕТНИКА НА СОЦИАЛИЗАЦИЮ УЧАЩЕЙСЯ МОЛОДЕЖИ

В работе рассматривается влияние оценочной деятельности педагога-предметника на социализацию учащейся молодежи. Проблема объективности балльных оценок - одна из наиболее спорных в теории и практике образования. Несмотря на имеющиеся достижения, все же субъективизм со стороны педагога еще не преодолен. Решение данной проблемы автор видит в разработке нормативных отметок по отдельным учебным дисциплинам, которые призваны служить эквивалентом качественных критериев педагогической оценки.

Ключевые слова: оценочная деятельность педагога-предметника, контроль успеваемости, формирование адекватной самооценки, модели оценочной деятельности, оценочные умения, самооценка и уровень притязаний.