

стей специального образования и подготовки, которые стали необходимыми по мере роста медицинского знания. Эта профессионализация, возникающая в историческом контексте развития народной медицины различных племен, ведет к возникновению особых каст, цехов или тайных обществ целителей и акцентирует саморегуляцию или автономию своей профессии в отношении удостоверения компетентности и контроля за теми, кто должен заниматься практикой. Поэтому ценности профессии как таковой должны быть добавлены к ценностям, которые медицина представляет для общества в целом, т.е. к ценностям здоровья и лечения.

В условиях демократического общества определять, какие потребности должна удовлетворять медицина, должны люди, которые обладают этими потребностями, т.е. народ в целом через свои формы представительства и участия в принятии решений. Но для этого необходимо, чтобы и восприятие этих потребностей опиралось на достоверную медицинскую информацию. Следовательно, в определенном смысле медицинская профессия несет ответственность за информирование общественности о том, каково состояние здравоохранения и каким оно должно быть или за такой уровень медицинской грамотности общества, который позволил бы ему самому выносить об этом квалифицированные суждения.

Можно утверждать, что истинная цель медицина реализуется на путях диалектического взаимодействия между теми, кто практикует медицину, и теми, на ком она практикуется, включая не только актуальных, но и потенциальных потребителей медицинских услуг.

Таким образом, мы пришли к выводу о том, что причины широкого распространения в современном обществе так называемых «нетрадиционных методов» медицины многочисленны и разнообразны. В их ряду можно назвать социально-политическую нестабильность, обыденность и мифологичность сознания, технологичность здравоохранения и смена добродетелей медицины, недостаточную информированность населения

ЛИТЕРАТУРА:

1. Вартофский М. Модели. Репрезентация и научное понимание. М.: Прогресс, 1988. 507 С.
2. Саркисов Д. // Врач 1990. №7. С.58-60

УДК 616.89 - 036.868

А. А. Першинов

ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ

УГМА, Свердловский областной клинический психоневрологический госпиталь для ветеранов войн

В последние годы как в нашей стране, так и за рубежом формируется новое научное направление - "психология здоровья". Эта отрасль медицинской психологии еще только становится на ноги, поэтому специалистам предстоит еще определять дефиниции, предмет, цели, задачи, классификацию методов и т.д. Уже сейчас ясно, что "психология здоровья" - значительно более масштабное понятие, чем, скажем, "психогигиена" или "психопрофилактика", задача которых - предупреждать возникновение психических расстройств. Психология здоровья имеет более широкое поле теоретических и практических задач и включает в себя не только предупреждение развития психической, соматической патологии. Главной целью ее является всестороннее совершенствование человека. В прошлом этими вопросами занималась религия и в любом ее ответвлении можно обнаружить достаточно проработанную систему психического, духовного роста. Сегодня наука и религия начинают успешно интегрироваться именно в области самосовершенствования человека. Об этом свидетельствует разрастающееся движение Нью - эйдж. Это область, где синтезируются и сами религии, будь то восточные или западные конфессии.

Таким образом, психология здоровья - это отрасль психологии и в той же степени валеологии (науки о здоровье). Объектом ее является, с известной долей условности, "здоровая", а не "больная" личность. "Немного переупрощая, можно сказать, что З. Фрейд представляет нам большую часть психологии, и мы должны теперь дополнить ее здоровой частью" [8].

Цель психологии здоровья - это сохранение, укрепление и развитие духовной, психической, социальной и соматической составляющих здоровья. В таком случае само здоровье можно рассматривать в качестве оптимальной предпосылки для выполнения человеком намеченных жизненных задач и целей, что является основой понимания, поиска и реализации смысла жизни. Психология здоровья способствует раскрытию в человеке его духовного, творческого потенциала косвенным образом и формирует сами жизненные цели и задачи. Таким образом, жизнеспособность психологии здоровья определяется не столько анализом глубин человеческого поведения, сколько изучением высот, которых каждый индивидуум способен достичь.

Рассмотрим основные направления в психотерапии через призму оценки здоровья

личности. Какова конечная цель психотерапевтического вмешательства?

Цель психоанализа : освободить ранее недоступный бессознательный материал так, чтобы можно было оперировать сознательно. Если человек освобождается от запретов бессознательного, " эго " устанавливает новый уровень удовлетворения функционирования во всех областях человека. Таким образом, устранив конфликт между сознанием и бессознательным, человек становится психически здоровым. Но поскольку он будет в жизни постоянно сталкиваться со стимулами, провоцирующими этот конфликт, то и психоанализ необходимо проводить на протяжении всей жизни [7].

Основным препятствием к психологическому росту является тревожность.

Аналитическая психотерапия К. Юнга занимается в более расширенном варианте в основном уравниванием сознательных и бессознательных процессов и улучшением динамического взаимодействия между ними. По К. Юнгу, каждый индивидуум обладает тенденцией к индивидуализации, или саморазвитию. Индивидуализация - это процесс " становления собой " или " самореализации ", процесс, означающий потребность быть " единым ", " одпордным " существом. Эта мысль, принадлежавшая древним мудрецам Востока, в дальнейшем обнаруживает себя почти во всех психотерапевтических школах. " Эго " для К. Юнга - центр сознания, а самость - это центр целостности, т. е. это окружность, охватывающая и сознание, и бессознательное [5, 12].

Одним из основателей холистической системы в индивидуальной психологии был А. Адлер, который рассматривал здорового человека как интегрированную целостность в рамках социальной системы. Целостность, по А. Адлеру, это единство индивидуального стиля жизни, социального интереса и направленности поведения к цели. Он полагал, что каждый человек мотивирован, прежде всего, целью превосходства и овладения средой [6]. Психологический рост - это движение от централизованности на себе и целях личного превосходства к задачам конструктивного овладения средой и социально полезного развития. Конструктивное стремление к совершенству плюс сильное общественное чувство и кооперация - основные черты здорового индивидуума. Минимум нейтральности, безразличия, эгоизма, максимум активности ко всему общественно значимому - это, по мнению известного психолога С.А. Рубинштейна, характеризует максимально развитую личность [3].

Телесно - ориентированные школы в психотерапии обращают больше внимания на " телесную несвободу " человека. В Райх определяет рост как процесс расслабления психологического и физического панциря, процесс постепенного становления более свободным и открытым существом, процесс обретения наслаждения

полным и удовлетворяющим оргазмом. Таким образом, защитный мышечный панцирь - основное препятствие для роста личности по В. Райху [10].

Фредерик Перлз к процессу роста личности подходит, как и в дзен, через возможности расширения зон самосознания. Основной фактор, препятствующий психологическому росту, - избегание сознания. Психологическое здоровье и зрелость человека - это способность перейти от опоры на среду и регулирование средой к опоре на себя и саморегуляции. Здоровая, зрелая личность по Ф. Перлзу - это самостоятельное, саморегулирующееся существо. Таким образом, основная идея гештальттерапии - сознание равновесия внутри себя и между собой и средой [1].

Основатели и последователи бихевиортерапии, например Б. Скиннер, рассматривают психологический рост как минимизацию дурных условий и возрастание благотворного контроля над средой. Поощрения (положительные подкрепления) способствует росту, наказания (отрицательное подкрепление) - препятствуют. Личность - это сумма паттернов поведения, следовательно, личности в смысле изолированной самости нет места в научном анализе поведения [11]. Цель гуманистической терапии - создание определенных условий для личностного роста. Быть конгруэнтным, быть самим собой, а не таким, каким бы хотел быть человек - это признак душевного здоровья [2]. У каждого человека имеется основная неудовлетворенная потребность в самоактуализации. Психотерапия должна оказывать помощь в удовлетворении этой потребности через накопление эмоционального опыта, адекватной ориентации в себе и т. п. По К. Роджерсу, полноценно функционирующая личность - синоним оптимального психологического приспособления, психологической конгруэнтности, полной открытости опыту. Терапия - это вопрос освобождения клиента для нормального роста и развития.

Существенным дополнением в понимании гуманистического подхода в психологии и психотерапии является собрание мыслей, гипотез по А. Маслоу. Он определял самоактуализацию как полное использование человеком талантов, способностей, возможностей и т. п. Невротические страдания, психологическая неприспособляемость - это, прежде всего, " болезни лишенности " , т. е. неудовлетворения фундаментальных потребностей. Психологический рост А. Маслоу рассматривает как последовательное удовлетворение более " высоких " потребностей. Стремление к более высоким потребностям, целям само по себе указывает на психологическое здоровье.

Гуманистическая психология имеет много пересечений, параллелей с источниками религиозных традиций и особенно с дзенбуддизмом, даосизмом. Возможно поэтому А.

Маслоу говорил о гуманистической психологии, психологии третьей силы, как о переходной, подготовительной к еще более "высокой" - четвертой силы в психологии, трансперсональной, трансчеловеческой, центрированной в космосе, а не на человеческих потребностях и интересах [9].

Таким образом, краткий анализ воззрений ведущих специалистов основных психотерапевтических направлений на предмет роста личности свидетельствует по расширяющейся положительной динамике акцентов от устранения только симптомов до самоактуализации личности.

Психология здоровья как научно - практическое направление призвано экологично расширять возможности восприятия и адаптивного поведения человека в его жизненной среде. Расширение рамок сознания неизбежно приводит к пониманию человеком его неустраиваемых способностей, которые могут побудить жить настолько полно, насколько позволяет присущий ему неосознанный и безмерный потенциал. Совершенствование человека есть процесс, не имеющий конечной формы или портрета идеальной личности.

Теоретическим обоснованием психологии здоровья является понимание психического здоровья не негативно, как отсутствие дезадаптации, а с точки зрения позитивного ее аспекта как способность к постоянному развитию и обогащению личности. Иными словами, психическое здоровье рассматривается не просто как отсутствие недостатков, а как присутствие определенного ряда достоинств в структуре личности. Новые "позитивные" концепции психического здоровья предусматривают тенденции к развитию, росту, самореализации, самоосуществлению человека, сознательную способность руководить своими действиями и поступками, быть ответственным перед собой и другими, прошлыми и будущими поколениями, иметь развитую систему ценностей, способность адекватно воспринимать самого себя и окружающих.

Как бы ни была многообразна положительная сторона личности, она имеет определенную, строгую направленность. Стержнем, главным критерием зрелости личности человека выступает его духовная ориентация, которая входит в систему общего духовного начала всего человечества.

Еще одно важное понятие встречается практически во всех гуманистически ориентированных школах психологии - это свобода. "Свобода - как пишет представитель гуманистической психотерапии Э. Шостром - это не просто свобода от контроля со стороны других, но скорее, свобода как проявление себя, своей "уникальности" [4]. Подобное ощущение возникает в случае, если человек находится в процессе жизни, а не является лишь ее свидетелем.

Психология здоровья в своей теории и практике ставит запредельные задачи. Если человек имеет те или иные психологические трудности, тот или иной симптом, то работа, естественно, должна вестись на элиминацию его. Однако это только начальная фаза оказания психологической помощи, ибо цель найдется далеко за конкретным симптомом. "Основной интерес моей работы связан не с лечением неврозов, - говорил К. Юнг, а скорее с приближением к непостижимому. Но в действительности приближение к непостижимому оказывается реальной терапией, и чем более вы обращаетесь к опыту непостижимого, тем более вы освобождаетесь от пут патологии". Эта мысль К. Юнга как нельзя лучше определяет задачи методического подхода в области психологии здоровья.

В области запредельного обнаруживается связь целей и задач психологии здоровья с трансперсональной психологией, которая, по выражению основателя и первого редактора журнала "Трансперсональная психология" Энтони Сутич, занимается исследованием "предельных способностей и возможностей человека". Как и психология здоровья, трансперсональная психология включает изучение религиозного и религиозного опыта, особенно восточных традиций, где наблюдается больше психологический, чем теологический, подход к человеческой природе.

Таким образом, цель консультанта в области психологии здоровья - не столько объяснить и прогнозировать поведение проблемного клиента, сколько способствовать его самопознанию, самовоспитанию, саморазвитию и самопомощи, в конечном счете - оказание поддержки в самоосуществлении человека в его жизни, в выполнении его миссии на этой Земле.

1. ЛИТЕРАТУРА:

1. Перлз Р. Внутри и вне помойного ведра. СПб. С. 35-80
2. Роджерс К. Взгляд на психотерапию. Становление человека. М. Прогресс, 1994.
3. Рубинштейн С.Л. Человек и мир / Проблемы общей психологии / М. Наука 1972.
4. Шостром Э. Анти - Карнеги, или Человек - манипулятор. Минск 1992.
5. Юнг К. Аналитическая психология. СПб. 1994.
6. Adler A. The individual psychology of Alfred Adler. N. Y. BasicBook. 1956. 503p.
7. Freud S. The major works of Sigmund Freud. Chicago. 1952.
8. Maslow A. Self-actualizing and Beyond //Challenges of Humanistic Psychology. N.Y. 1967.
9. Maslow A. Toward a Psychology of Being. 1962.
10. Reich W. Selected writings. N. Y. 1960. С. 52.
11. Skinner B. F. About behaviorism. N.Y. 1974.
- 12.

13. Jung C. G. Memories, dreams, reflection. N. Y. 1963

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

УДК 618.215:618.34-007.251-02.

И.И.Бенедиктов, С.И.Воронова, М.А.Мурашко

МИКРОЦЕНОЗ ВЛАГАЛИЩА У ЖЕНЩИН С ДОРОВОДНЫМ ИЗЛИТИЕМ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД

Кафедра акушерства и гинекологии N 1 УГМА

Преждевременный разрыв плодных оболочек является одним из наиболее частых осложнений беременности и родов. По данным различных авторов он наблюдается у 15-68,4% рожениц (Е.П.Павлюк, 1967; Л.И.Бурдина, 1989; Т.В. Киселева, 1994; В.И.Кулаков, Е.М. Вихляева, 1995). Ведущую роль в развитии этого осложнения отводят инфицированию генитального тракта.

Преждевременное излитие околоплодных вод считают клиническим маркером хориоамнионита, интраамниальное инфицирование развивается при этом в 61,9-100% случаев [10]. Восходящий путь инфицирования доказывается идентичностью микрофлоры новорожденных и мочеполовых путей их матерей [1].

Значимость рассматриваемой проблемы не вызывает сомнений. По данным [7] к группе риска по инфекционной патологии у матери, плода и новорожденного следует относить около 25% беременных, поступающих в акушерские стационары и перинатальные центры. Я.И.Халемин с соавт. [11] диагностировали инфекции, передаваемые половым путем, у 89,6% беременных женщин.

В этиологической структуре инфекционных заболеваний в акушерстве и перинатологии произошли существенные изменения, основными возбудителями в настоящее время являются условно-патогенные микроорганизмы, преимущественно различные аэробные, аэробно-анаэробные и вирусные ассоциации [2,4,5]. Одним из ключевых пунктов современной концепции об инфекционной патологии репродуктивной системы женщины является расширение представлений о возбудителях заболеваний, передаваемых половым путем (хламидии, микоплазмы, вирус герпеса, уреаплазмы, гарднереллы, мобилункус и др.). Внимание многих исследователей к данной проблеме позволило определить связь влагалищных инфекций с осложнениями беременности и родов, развитием инфекционных заболеваний матери и ребенка.

Целью настоящей работы явилось изучение бактериальной колонизации генитального тракта у женщин с дородовым излитием околоплодных вод.

Были обследованы 44 пациентки с доношенной беременностью, поступившие в родильное отделение с указанием на отхождение околоплодных вод. Родовая деятельность самостоятельно начиналась в первые часы после излития вод (до четырех часов). Возраст обследованных составил от 18 до 33 лет. Первородящих было 63% (28 чел.), повторнородящих - 37% (16 чел.), что согласуется с данными других авторов о значительном преобладании среди этих рожениц первородящих женщин [8]. Обращает внимание высокий процент осложнений настоящей беременности в данной группе женщин. Так, анемия была диагностирована у 23%, ранние и поздние токсикозы у 21%, угроза прерывания беременности у 18%, многоводие у 13,6%, крупный плод - у 8,3%, гипотрофия плода - у 4,5% этих пациенток.

Содержимое влагалища и цервикального канала у всех женщин исследовали с использованием световой микроскопии мазков, окрашенных по Граму, люминисцентной микроскопии на хламидии, посевов на питательные и диагностические среды. В 100% случаев было проведено гистологическое исследование плаценты. Состояние плода оценивалось с помощью мониторов кардиотокографии "Oxford", доплерометрии аппаратом "Accuson".

Известно, что тяжесть морфологических изменений, выявляемых в плаценте и плодовых оболочках, находится в прямой зависимости от длительности безводного промежутка. В обследуемой нами группе женщин безводный промежуток составил до 12 ч, его средняя продолжительность - 8 ч 55 мин. Ни одна из пациенток не предъявляла жалоб, характерных для развивающегося или уже имеющегося хориоамнионита. Однако при гистологическом исследовании плаценты наряду с дистрофическим изменениями в 58% случаев были выявлены признаки воспалительного процесса.

Всем женщинам в родах проводилась профилактика гипоксии плода, контроль осуществлялся с помощью мониторинга. Оценка по Апгар родившихся детей распределялась следующим образом: 8-9 баллов - 5 чел. (11,5%); 5-7 баллов - 34 чел. (77%); до 5 баллов - 5 чел. (11,5%). В 42 случаях роды прошли через естественные родовые пути, в двух - завершены