

**Международный институт резервных возможностей человека
Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины
МЧС России**

**ВЕСТНИК
ПСИХОТЕРАПИИ**

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Главный редактор В.Ю. Рыбников

№ 20(25)

Санкт-Петербург
2007

Редакционная коллегия

В.И. ЕВДОКИМОВ (Москва); С.Г. ГРИГОРЬЕВ (Санкт-Петербург); Р. МИЗЕРЕНЕ (Паланга); В.А. МИЛЬЧАКОВА (Санкт-Петербург); В.Ю. РЫБНИКОВ (Санкт-Петербург)

Редакционный совет

С.С. АЛЕКСАНИН (Санкт-Петербург); В.А. АНАНЬЕВ (Санкт-Петербург); А.А. БАЖИН (Санкт-Петербург); Г.И. ГРИГОРЬЕВ (Санкт-Петербург); О.Ф. ЕРЫШЕВ (Санкт-Петербург); Б.Д. КАРВАСАРСКИЙ (Санкт-Петербург); В.И. КУРПАТОВ (Санкт-Петербург); И.Б. ЛЕБЕДЕВ (Москва); С.В. ЛИТВИНЦЕВ (Санкт-Петербург); Н.Г. НЕЗНАНОВ (Санкт-Петербург); Г.С. НИКИФОРОВ (Санкт-Петербург); М.М. РЕШЕТНИКОВ (Санкт-Петербург); В.К. ШАМРЕЙ (Санкт-Петербург)

Адрес редакции:

194352, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д. 11
Телефон: (812) 513-67-97

ВЕСТНИК ПСИХОТЕРАПИИ

Научно-практический журнал

© Международный институт резервных
возможностей человека, 2007
© Всероссийский центр экстренной
и радиационной медицины МЧС России, 2007

International institute of human potential abilities

**The Federal State Health Establishment All-Russian Centre of Emergency
and Radiation Medicine of the EMERCOM of Russia**

**BULLETIN OF
PSYCHOTHERAPY**

RESEARCH & CLINICAL PRACTICE JOURNAL

EDITOR-IN-CHIEF V.YU. RYBNIKOV

N 20 (25)

St. Petersburg
2007

Editorial Board

V.I. EVDOKIMOV (Moscow); S.G. GRIGORJEV (St. Petersburg); R. MISERENE (Palanga); V.A. MILCHAKOVA (St. Petersburg); V.YU. RYBNIKOV (St. Petersburg)

Editorial Council

S.S. ALEKSANIN (St. Petersburg); V.A. ANANJEV (St. Petersburg); A.A. BAZHIN (St. Petersburg); G.I. GRIGORJEV (St. Petersburg); O.F. ERY SHEV (St. Petersburg); B.D. KARVASARSKY (St. Petersburg); V.I. KURPATO V (St. Petersburg); I.B. LEBEDEV (Moscow); S.V. LITVINTSEV (St. Petersburg); N.G. NEZNANOV (St. Petersburg); G.S. NIKIFOROV (St. Petersburg); M.M. RESHETNIKOV (St. Petersburg); V.K. SHAMREY (St. Petersburg)

For correspondence:

11, Pridorozhnaya alley
194352, St. Petersburg, Russia
Phone: (812) 513-67-97

BULLETIN OF PSYCHOTHERAPY

Research & clinical practice journal

(International Institute of Human Potential Abilities), 2007
(The Federal State Health Establishment All-Russian Centre of Emergency
and Radiation Medicine of the EMERCOM of Russia), 2007

СОДЕРЖАНИЕ

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

<i>С.М. Шингаев</i> Психологические исследования стрессоустойчивости менеджеров .	9
<i>А.В. Воробьев</i> Совершенствование психодиагностики посредством математической методики многомерной классификации на основе эмпирических средних	19
<i>В.Б. Зайцева</i> Психологические типы безработных и меры повышения их адаптационного потенциала при трудоустройстве	28
<i>Н.В. Советная, Е.А. Мильчакова, Т.Н. Цветкова</i> Цветовой тест М. Люшера в оценке психического состояния пациентов с игровой зависимостью	41
<i>Р. Мизерене, Е.А. Мильчакова, Н.В. Советная</i> Личностные особенности больных с игровой зависимостью, выявленные по методике «Hand-тест»	47

ПСИХОТЕРАПИЯ И ПСИХОПРОФИЛАКТИКА

<i>В.И. Евдокимов, В.В. Зайцев</i> Научно-методические аспекты формирования и терапии патологической зависимости от азартных игр	57
<i>В.И. Евдокимов, Т.Н. Цветкова</i> Феноменология ремиссии и ее особенности у больных патологическими зависимостями (обзор)	72
<i>Л.С. Сергеева</i> Влияние особенностей восприятия болезни на качество жизни пациентов с метаболическим синдромом	81

ПСИХОТЕРАПИЯ И РЕАБИЛИТАЦИЯ

<i>Е.М. Янковская</i> Психотерапия и психологическое (семейное) консультирование в семьях постинсультных больных	89
<i>Н.Ю. Оганесян, Т.В. Соколовская</i> Психотерапевтический рисунок в структуре танцевальной терапии	100

НАРКОЛОГИЯ И РЕАБИЛИТАЦИЯ

<i>И.Г. Ванкон, А.И. Ванкон</i> Современные подходы в реабилитации наркозависимых	109
--	-----

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Е.Е. Разбаева

Исследование зон наибольшей социальной фрустрированности у беременных женщин - некоренных жителей Заполярья Крайнего Севера России	116
--	-----

ПСИХОАНАЛИЗ

СВ. Авакумов

Об одной особенности построения сюжета сновидения	122
---	-----

М.Г. Зорин

Методологические проблемы исследования сновидений как «предвестников» заболеваний	138
---	-----

НЕКРОЛОГ

Памяти Анатолия Александровича Портнова	145
---	-----

Рефераты	150
----------	-----

Информация о журнале	161
----------------------	-----

CONTENTS

PSYCHOLOGICAL STUDIES

<i>S.M. Shingaev</i> Psychological research of manager stress resistance	9
<i>A.V. Vorobjev</i> Improvement of psychodiagnostics via mathematical method of multi-dimensional classification based on empirical mean values	19
<i>V.B. Zaitseva</i> Psychological types of unemployed people and ways to improve their adaptation potential when seeking employment	28
<i>N.V. Sovetnaya, E.A. Milchakova, T.N. Tsvetkova</i> M. Luscher Color Test for assessment of mental state in patients with addiction to gambling	41
<i>R. Mizerene, E.A. Milchakova, N.V. Sovetnaya</i> Personality features of gambling addicts revealed by Hand Test	47

PSYCHOTHERAPY & PSYCHOPROPHYLAXIS

<i>V.I. Evdokimov, V.V. Zaitsev</i> Research methodical aspects of formation and treatment of pathological dependence from gambling	57
<i>V.I. Evdokimov, T.N. Tsvetkova</i> Phenomenology and Characteristics of Remission in Addicts (review) ..	72
<i>L.S. Sergeeva</i> Effect of illness perception on quality of life in patients with metabolic syndrome	81

PSYCHOTHERAPY & REHABILITATION

<i>E.M. Yankovskaya</i> Psychotherapy and (family) counseling in families of post-stroke patients	89
<i>N.Yu. Oganessian, T.V. Sokolovskaya</i> Psychotherapy drawing in dancing therapy	100

NARCOLOGY & REHABILITATION

<i>I.G. Vankon, A.I. Vankon</i> Modern approaches in rehabilitation of drug addicts	109
--	-----

MEDICAL SOCIAL STUDIES

E.E. Razbayeva

A study of the most severe social frustration areas in pregnant women
who are not aborigines of Arctic regions of the Russia Far North 116

PSYCHOANALYSIS

S.V. Avakumov

Some feature of a dream script 122

M.G. Zorin

Methodological problems in assessment of dreams as illness predictors 138

OBITUARY

In the memory of Anatoliy Alexandrovich Portnoi 145

Abstracts 150

Information about the Journal 161

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

С.М. Шингаев

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ МЕНЕДЖЕРОВ

Санкт-Петербургский государственный университет

Психологический стресс, обусловленный содержанием профессиональной деятельности, межличностными отношениями, информационными перегрузками, является одной из основных и весьма неприятных сторон образа жизни менеджера. Часто ему приходится пребывать в состоянии эмоционального напряжения, переживать чувство повышенной тревоги, беспокойства, неуверенности в себе. Для нынешней России к этому добавляются еще и сложности социально-экономического порядка.

Стресс для менеджера – это не сверхъестественное явление, а, прежде всего, реакция на экстремальные условия профессиональной деятельности, что ставит во главу угла проблемы, связанной со стрессом, его профилактику и повышение психофизиологических резервов организма.

Отношение менеджеров к здоровью и повышению стрессоустойчивости неоднозначное: подавляющее большинство соглашается, что оно необходимо, здоровье следует укреплять и одновременно они прилагают сколько-нибудь заметных усилий в этой области. По данным, полученным нами в 2002–2004 гг. в ходе опроса 30 менеджеров высшего и среднего звена российских компаний (17 мужчин и 13 женщин) 14 человек (46,7 %) не поддерживают здоровый образ жизни на работе, зачастую даже не задумываются об этом. В то же время все без исключения менеджеры заявили, что здоровье для профессиональной деятельности имеет важное значение.

Обнаружена положительная корреляционная связь самооценки состояния здоровья менеджерами с рядом факторов профессиональной деятельности. На ухудшение здоровья, по мнению менеджеров, более всего влияют чрезмерная перегрузка, эмоциональное напряжение; трудность выполняемой деятельности (дефицит/неполнота информации, повышенные требования к безошибочности и скорости действий и т. д.); дефицит времени при принятии ответственного решения; обеспокоенность о последствиях ошибочных действий, страх совершить ошибку; недостаток необходимых профессиональных знаний и умений; внезапное или систематическое отвлечение внимания (неожиданный раздражитель или постоянное воздействие помех); взаимоотношения с коллегами по работе; воздействие факторов физической среды (температура, шум, вибрация,

влажность, голод, жажда и т. д.). На самооценку здоровья оказывают влияние также системные факторы: жизненные кризисы; проблемы в семье; финансовые проблемы; нарушения биологических ритмов (в т. ч. нарушения сна).

Ухудшение здоровья сказывается, по мнению менеджеров, на ценности и доступности ряда жизненных ценностей. Управленцы, оценивающие свое здоровье как плохое, полагают, что одновременно с ухудшением здоровья они теряют общественное признание (уважение окружающих), а также имеют меньше возможностей для проявлений творчества. Вместе с тем снижение самооценки здоровья заставляет менеджеров с большим трепетом относиться к такой ценности, как «красота природы, искусства, переживание прекрасного».

Опираясь на классификацию стрессовых факторов, предложенную Г.С. Никифоровым [2, с. 28–30], составлены стрессовые факторы по сферам профессиональной деятельности (табл. 1).

Таблица 1

Распространенность стрессовых условий в различных сферах профессиональной деятельности менеджеров

Сфера профессиональной деятельности	Сумма баллов
Организация и содержание профессиональной деятельности	631
Профессиональная карьера	260
Взаимоотношения на работе	202
Внеорганизационные источники стресса	186
Оплата труда	75

Корреляционный анализ показал высокую степень взаимосвязи факторов профессиональной деятельности. Наиболее тесные связи между собой показали факторы «Опасность для жизни и здоровья, риск», «Неблагоприятное воздействие факторов физической среды (температура, шум, вибрация, влажность, голод, жажда и т. д.)», «Несбывшиеся надежды», «Взаимоотношения с коллегами по работе», «Жизненные кризисы», а также «Трудность выполняемой деятельности (дефицит/неполнота информации, повышенные требования к безошибочности и скорости действий и т. д.)», «Недостаток необходимых профессиональных знаний и умений», «Неприятности (конфликт) с руководством по службе», «Плохое руководство», «Взаимоотношения с подчиненными по работе», «Ограничения свободы поведения», «Финансовые проблемы», «Конфликты личностных ценностей с ценностями, декларируемыми организацией».

Системообразующими выступают такие факторы, как «Взаимоотношения с коллегами по работе» (оценивался менеджерами в 42 балла из

100) и «Трудность выполняемой деятельности (дефицит/неполнота информации, повышенные требования к безошибочности и скорости действий и т. д.)» (оценка – 56 баллов).

Высокую насыщенность связей показал фактор профессиональной деятельности менеджеров «Опасность для жизни и здоровья, риск». На уровне значимости $p < 0,001$ он положительно коррелирует с «Неблагоприятным функциональным состоянием организма в процессе выполнения деятельности», «Несбывшимися надеждами», «Недостатком необходимых профессиональных знаний и умений», «Отсутствием ясности в оплате труда», «Переживанием несоответствия между затратами сил на выполняемую работу и ее оплатой», «Неприятностями (конфликтом) с руководством по службе», «Плохим руководством», «Взаимоотношениями с коллегами по работе», «Взаимоотношениями с подчиненными по работе», «Финансовыми проблемами».

Обнаружены особенности восприятия менеджерами стрессовых факторов профессиональной деятельности и жизненных ценностей в зависимости от пола и семейного положения. Мужчины больше, чем женщины, не удовлетворены перспективами своей служебной карьеры и неясно обозначенными обязанностями на работе. Они болезненнее реагируют на несбывшиеся надежды в профессии, чаще высказываются негативно в адрес руководства, более зависимы от проблем в семье. Мужчины в отличие от женщин более ценят «Уверенность в себе».

Обнаружено, что с возрастом снижается ценность фактора «Уверенность в себе, свобода от внутренних противоречий» – менеджеры старшего возраста уже добились существенных успехов в жизни и им уже не надо так, как в молодости, доказывать что-либо другим, демонстрируя уверенное поведение. Жизненная философия у этих менеджеров сложилась и не претерпевает глобальных изменений.

Женатые (замужние) менеджеры в отличие от неженатых (незамужних, разведенных, холостых) острее воспринимают: негативное воздействие неблагоприятных факторов физической среды на работе; ситуации, связанные с отвлечением внимания, дефицитом времени при выполнении служебных обязанностей, а также ситуации, представляющие опасность для жизни и здоровья. Семейные менеджеры проявляют большее беспокойство о последствиях ошибочных действий, чаще испытывают страх совершить ошибку, считая при этом себя недостаточно профессиональными. Они чаще, чем неженатые сотрудники, воспринимают как стрессовый фактор неблагоприятное функциональное состояние организма в процессе выполнения деятельности. Ответственность за свои семьи, их благополучие порой вынуждает менеджеров мириться с негативными факторами профессиональной деятельности, испытывая при этом чувство «заложника» выполняемой работы. Семейные менеджеры острее реаги-

руют на стрессовые факторы, связанные с взаимоотношениями на работе (с коллегами и подчиненными).

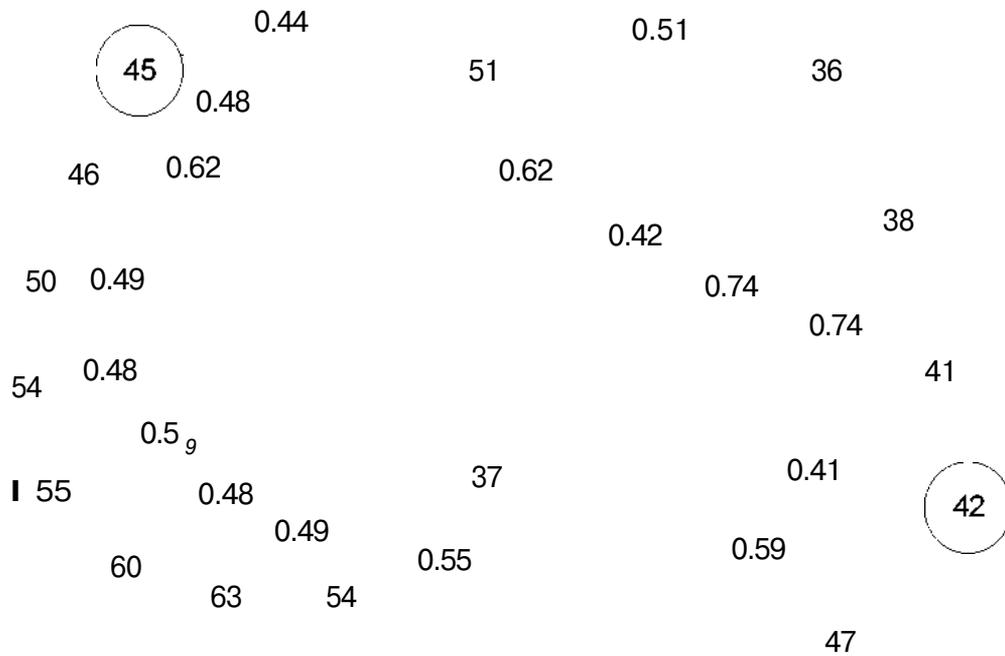
В ходе исследования менеджерам было предложено оценить по 100-балльной шкале уровень ценности и уровень доступности 14 сфер жизни. Среди наиболее ценных указаны: физическое и психическое здоровье (94 балла), интересная работа (87), любовь как духовная и физическая близость с любимым человеком (87), уверенность в себе, свобода от внутренних противоречий (87), свобода как независимость в поступках и действиях (86). По уровню доступности выделяются: материально обеспеченная жизнь, отсутствие материальных затруднений (87), наличие друзей (77), любовь (76), интересная работа (75 баллов).

Интересно, что среди ценных сторон жизни здоровье ставится менеджерами на первое место, в то время как по уровню доступности оно занимает шестое место. Здоровье как жизненная ценность у менеджеров положительно коррелирует с такими ценностями, как интересная работа, счастливая семейная, материально обеспеченная, активная и деятельная жизнь, любовь, а также с доступностью переживаний прекрасного. Самая высокая связь (на уровне значимости $p < 0,001$) ценности «Здоровье» выявлена с ценностями «Интересная работа» и «Любовь (духовная и физическая близость с любимым человеком)».

Уровень доступности здоровья имеет положительную корреляционную связь с общественным признанием (уважением окружающих), свободой, любовью, переживанием прекрасного (красоты природы, искусства), активной жизнью, а также с такими ценностями, как свобода и познание (рис.1).

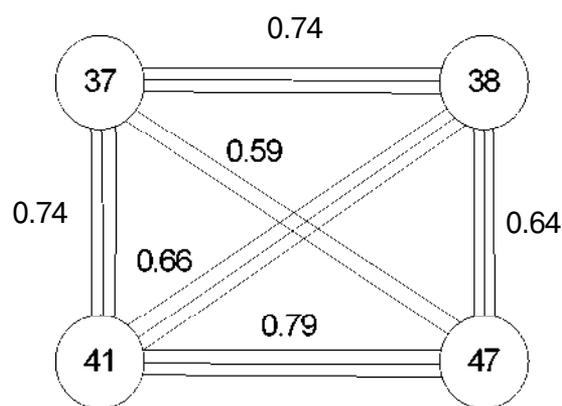
Кроме того, здоровье как ценность положительно коррелирует с такими факторами профессиональной деятельности, как неритмичная работа («штормовщина»), внезапное или систематическое отвлечение внимания, трудность выполняемой деятельности (дефицит/неполнота информации, повышенные требования к безошибочности и скорости действий и т. д.), недостаток необходимых профессиональных знаний и умений. В данном случае здоровье носит не фундаментальный, а инструментальный характер – в той степени, что позволяет добиваться поставленных на работе задач.

Анализ данных корреляционной плеяды (см. рис. 1) свидетельствует о наличии четырех базовых, с точки зрения менеджеров, ценностей, имеющих положительные связи между собой на высоком уровне значимости ($p < 0,001$ и $p < 0,01$): «Здоровье (физическое и психическое)», «Интересная работа», «Любовь (духовная и физическая близость с любимым человеком)», «Счастливая семейная жизнь» (рис. 2).



37 - здоровье (ценность); 51 - здоровье (доступность); 36 - активная жизнь (ценность);
 38 - интересная работа (ценность); 41 - любовь (ценность);
 42 - материально обеспеченная жизнь (ценность); 45 - познание (ценность);
 46 - свобода (ценность); 47 - счастливая семейная жизнь (ценность);
 50 - активная жизнь (доступность); 54 - красота (доступность);
 55 - любовь (доступность); 60 - свобода (доступность);
 63 - общественное признание (доступность).
 N=23 чел == $p < 0,001$ $p < 0,01$ $p < 0,05$

Рис. 1. Корреляционные связи между уровнями ценности и доступности разных сторон жизни менеджеров.



37 - здоровье (ценность); 38 - интересная работа (ценность);
 41 - любовь (ценность); 47 - счастливая семейная жизнь (ценность);
 N=23 чел. == $p < 0,001$ $p < 0,01$

Рис. 2. Корреляционные связи между ценностями.

Для современных российских менеджеров работа, здоровье, любовь и счастье в семейной жизни – взаимосвязанные ценности. Чем более уважительно менеджер относится к своей работе, тем больше внимания он обращает на свое здоровье и ценит семейную жизнь и любовь.

Примечательно, что доступность ценности «Любовь» имеет положительную корреляционную связь (на уровне значимости $p < 0,001$) с доступностью ценностей, имеющих отношение к профессиональной деятельности менеджера: «Интересная работа», «Возможность сделать профессиональную карьеру», а также с доступностью ценностей «Здоровье (физическое и психическое)», «Активная, деятельная жизнь», «Свобода как независимость в поступках и действиях», «Счастливая семейная жизнь».

Поскольку стресс у менеджеров носит многофакторный характер, его преодоление требует наличия компетентности при формировании стратегии борьбы со стрессом. К основным компетенциям менеджера, позволяющим управлять стрессом, предупреждать и преодолевать его негативные последствия, в целом управлять здоровьем, извлекать резервы для повышения эффективности жизнедеятельности, относятся управление эмоциями и управление жизненными изменениями.

Описанию практических методик, позволяющих управлять стрессом, посвящены работы многих ученых. Как показали наши исследования (2003–2007 гг.), способы снятия стресса у менеджеров ряда петербургских компаний ($n = 57$) отличаются своеобразием. Основные способы борьбы со стрессом менеджеров сведены в табл. 2.

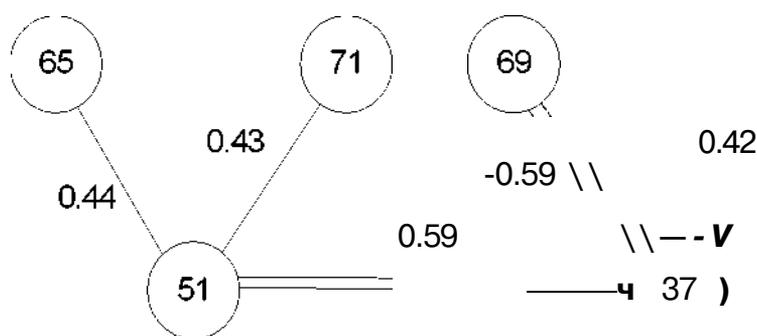
Таблица 2

Способы снятия стресса менеджерами

Способ снятия стресса на работе	% опрошенных
Общение с друзьями	71
Секс	64
Сон	57
Поездки за город	57
Физическая активность (спорт)	50
Баня	43
Музыка	43
Чтение	43
Общение с родственниками	43
Прогулки	36
Учеба	29
Курение, алкоголь	21

Реже для снятия стресса используются арома-процедуры, чтение развлекательной прессы (сборники анекдотов, юмористические журналы и пр.), принятие душа/ванны, танцы (чаще упоминается женщинами).

Установлено, что когда менеджеры говорят о здоровье как о жизненно важной ценности, они среди способов снятия стресса чаще всего выбирают поездки за город на природу и менее всего ориентируются на чтение как способ борьбы со стрессовыми факторами. Когда же они оценивали доступность здоровья как ценности (т. е. по существу говорили о том, чем реально они снимают стресс), то на первый план выходят физическая активность (спорт) и употребление алкоголя (рис. 3).



37 - здоровье (ценность); 51 - здоровье (доступность);
 65 - физическая активность, спорт, игры; 69 - чтение; 71 - алкоголь;
 75 - поездки за город, прогулки, путешествия.
 N=23 чел _____ p < 0,01 _____ p < 0,05

Рис. 3. Корреляционные связи между ценностью и доступностью здоровья и способами борьбы со стрессом.

Те руководители, которые больше всего испытывают стресс от взаимоотношений с коллегами, финансовых проблем, жизненных кризисов, отсутствия ясности в оплате труда, переживания несоответствия между затратами сил на выполняемую работу и ее оплатой, несбывшихся надежд в профессиональной деятельности, ситуаций, связанных с риском, чаще всего прибегают к общению с родственниками как способу уменьшения негативного воздействия стресса.

Анализ корреляционных связей показал наличие трех групп взаимосвязанных способов снятия стресса: 1) секс, спорт, баня; 2) общение с родственниками и друзьями, сон; 3) музыка, чтение, йога, учеба, поездки за город, работа.

Секс чаще всего используют как способ снятия стресса менеджеры, для которых высокую ценность представляют «Свобода как независимость в поступках и действиях», «Уверенность в себе, свобода от внутренних переживаний» и которые счастливы в семейной жизни, любят и любимы, уверены в себе, имеют широкий кругозор.

Наличие друзей, счастливая семья, стремление к переживанию прекрасного обуславливают выбор менеджерами в качестве способа уменьшения негативного влияния стресса поездки на природу, за город, путешествия.

Материальные затруднения/недовольство материальной стороной жизни чаще всего служат причиной выбора менеджерами алкоголя в качестве инструмента снятия стресса.

Мужчины в отличие от женщин чаще в качестве способа снятия стресса выбирают посещение бани (сауны) и спортивные игры. Для женщин более характерно общение с подругами.

В качестве одного из методических подходов, применяемых при разработке программ психологического обеспечения профессионального здоровья менеджеров, повышения их стрессоустойчивости возможно рассмотрение *рационально-эмоциональной поведенческой терапии (РЭПТ)*. Авторы данного научного направления А. Ellis и W. Dryden в качестве двух главных элементов рационально-эмоционального образа психологически здорового человека выделяют самопринятие и высокую толерантность к фрустрации.

Фундаментальный принцип рационально-эмоциональной поведенческой терапии: чем больше категорических императивов у человека (следует, должен, обязан), тем более беспокойным, враждебным, страдающим от чувства вины и депрессии он, скорее всего, будет [1, с. 65–66].

Согласно теории РЭПТ психологически здоровых индивидов отличает философия релятивизма, или философия «пожелания»: у людей имеется огромное множество различных желаний, мечтаний, целей, предпочтений и т. д., и если они не возводят эти неабсолютные ценности в ранг грандиозных догм и требований, у них будет меньше психологических проблем. Однако у них могут возникнуть здоровые отрицательные эмоции (например, грусть, сожаление, разочарование, раздражение), если их желания не будут исполняться. Эти эмоции предполагают конструктивные мотивационные качества, поскольку помогают людям устранить препятствия на пути к достижению цели, а также конструктивно изменить то, что не может быть реализовано [3, с. 38–40]. Теория РЭПТ выдвигает ряд критериев психологического здоровья :

1) *соблюдение собственных интересов*. Разумные и эмоционально здоровые люди обычно в первую очередь соблюдают личные интересы и ставят их хотя бы немного выше интересов других людей;

2) *социальный интерес*;

3) *самоуправление*. Здоровые люди обычно склонны принимать ответственность за свою собственную жизнь и в то же время предпочитают кооперироваться с другими;

4) *высокая толерантность к фрустрации*. Рациональные люди дают себе и другим право ошибаться;

5) *гибкость*. Здоровые и зрелые люди обладают гибким мышлением, готовы изменяться, не фанатичны и плюралистичны в своих взглядах на других людей;

6) *принятие неопределенности*. Здоровые мужчины и женщины склонны признавать и принимать идею о том, что мы живем в мире вероятностей и случайностей, где не существует и, возможно, никогда не будет существовать абсолютной определенности;

7) *преданность творческим занятиям*. Большинство людей чувствуют себя более здоровыми и счастливыми, когда они полностью поглощены чем-то внешним по отношению к себе и имеют, по крайней мере, один сильный творческий интерес или занятие, которое считают настолько важным, что организуют вокруг него значительную часть своей жизни;

8) *научное мышление*. Менее тревожные индивиды имеют тенденцию к более объективному, реалистичному и научному мышлению, чем более тревожные;

9) *принятие себя*. Здоровые люди обычно рады тому, что они живы, и принимают себя уже только потому, что живут и могут этим наслаждаться. Они стремятся наслаждаться, а не самоутверждаться;

10) *рискованность*. Эмоционально здоровые люди склонны брать на себя риск и пытаться делать то, что они хотят, даже если велика вероятность неудачи. Они смелы, но не безрассудны;

11) *отсроченный гедонизм*. Стремятся к наслаждениям настоящего момента и к тем радостям жизни, что обещает будущее;

12) *антиутопизм*. Здоровые люди принимают как факт то, что им никогда не удастся получить все, что они хотят или избавиться от всего, что причиняет боль;

13) *ответственность за свои эмоциональные расстройства*. Здоровые индивиды принимают значительную часть ответственности за свои эмоциональные проблемы на себя, а не обвиняют, защищаясь, других или социальные условия в собственных саморазрушительных мыслях, чувствах и действиях реализовано.

Анализ печатных и электронных источников показывает, что чаще всего в западных компаниях программы укрепления профессионального здоровья представляют собой комплекс мер организационного и индивидуального характера, направленных на профилактику стресса и выработку способов борьбы с их последствиями.

К организационным мерам относятся: создание благоприятного организационного климата, предоставление работникам возможности самим организовывать их работу, четкое определение должностных обязанностей работников; устранение причин, ведущих к перегруженности и незагруженности работой; социальная поддержка, программы управления стрессами (предусматривающие проведение в организациях специального консультирования), фитнес-программы (программы общего оздоровления).

К индивидуальным методам предотвращения стресса и борьбы с ним относятся: программы физических упражнений, обучение технике релаксации, биологическая обратная связь, модификация поведения (прежде всего для людей с поведенческой активностью типа «А»). Следует признать, что разработка подобных программ для российских компаний пока является скорее исключением, нежели правилом.

Разрабатывая программы укрепления профессионального здоровья менеджеров, повышения их стрессоустойчивости, следует исходить из того положения, что необходимо не фрагментарное воздействие на эту жизненно важную сферу профессионала (даже в форме обучения по программе стресс-менеджмента), а использование системного подхода – управление здоровьем, позволяющего использовать энергию инстинкта самосохранения, причем не столько для простого выживания, сколько для достижения такого качества успешной жизни, который человек сам себе может выбрать.

Литература

1. *Лазарус А.* Краткосрочная мультимодальная психотерапия / А. Лазарус. – СПб. : Речь, 2001. – 256 с.
2. *Психология профессионального здоровья* / под ред. Г.С. Никифорова. – СПб. : Речь, 2006. – 480 с.
3. *Эллис Ф.* Практика рационально-эмоциональной поведенческой терапии / Ф. Эллис, У. Драйден. – СПб. : Речь, 2002. – 352 с.

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПСИХОДИАГНОСТИКИ
ПОСРЕДСТВОМ МАТЕМАТИЧЕСКОЙ МЕТОДИКИ
МНОГОМЕРНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ
НА ОСНОВЕ ЭМПИРИЧЕСКИХ СРЕДНИХ**

178 Научно-практический центр Генерального штаба ВС РФ, Москва

Психодиагностика как практическая задача предполагает получение данных о различных свойствах личности. С этой целью обычно применяются тесты. Данные, полученные с помощью тестов, обрабатываются различными математическими процедурами. Они позволяют получить комплексные показатели для оценки степени выраженности различных психологических свойств личности. Эти показатели будут являться предварительными данными для окончательной диагностики в интересах психотерапии.

Этот этап психодиагностики нуждается в совершенствовании как в части содержания тестов, так и в части используемого математического аппарата. В настоящее время применяется ряд математических процедур, которые опираются на математические методы, основанные либо на критерии автоинформативности системы признаков, либо на внешнем критерии. Рассмотрим данные методы.

Одна из главных особенностей методов, основанных на критерии автоинформативности системы признаков, заключается в том, что они не требуют наличия внешнего критерия. Формальные алгоритмы рассматриваемой группы методов непосредственно не оперируют обучающей информацией о требуемом значении диагностируемой переменной. В то же время эта информация в неявном виде всегда присутствует в экспериментальных данных. Она закладывается на самом первом этапе конструирования психодиагностического теста, когда специалист формирует исходное множество признаков, каждый из которых, по его мнению, должен отражать определенные аспекты тестируемого свойства. При этом под отражением данного свойства отдельным признаком, как правило, понимается самый простой вид связи признака с диагностируемым показателем — линейная корреляция. Если тестируемое свойство гомогенно, то имеются все основания полагать, что мерой информативности для окончательного отбора признаков может служить степень согласованного действия этих признаков в нужном направлении.

Внутренняя согласованность заданий теста является важной категорией методов, опирающихся на критерий автоинформативности системы признаков. Согласованность измеряемых реакций испытуемых на тестовые стимулы означает то, что они должны иметь статистическую направленность на выражение общей, главной тенденции теста.

На приведенных представлениях базируются практически все методы построения психодиагностических тестов, опирающиеся на критерий автоинформативности системы признаков и использующие категорий внутренней согласованности заданий теста. Ниже будут рассмотрены два наиболее важных с нашей точки зрения метода этой группы: метод главных компонент и факторный анализ.

Метод *главных компонент*, предполагающий ранжирование линейных комбинаций исходных признаков по размеру дисперсии, безусловно, имеет хороший математический потенциал для решения задач в интересах психодиагностики. Тем не менее, при использовании данного метода подразумевается, что ценную для диагностики информацию можно отразить в линейной модели, которая соответствует новой координатной оси в данном пространстве с максимальной дисперсией распределения проекций исследуемых объектов. Такой подход является продуктивным, когда явное большинство заданий теста согласованно «работает» на проявление тестируемого свойства и подавляет влияние иррелевантных факторов на распределение объектов. Положительный результат будет получен и при сравнительно небольшом объеме группы связанных информативных признаков, но при несогласованном взаимодействии посторонних факторов. Таким образом, эффективность применения метода главных компонент высока только для тестов, имеющих высокие показатели надежности и валидности.

В отличие от метода главных компонент *факторный анализ* основан не на дисперсионном критерии автоинформативности системы признаков, а ориентирован на объяснение имеющихся между признаками корреляций. Поэтому он применяется в более сложных случаях, когда из экспериментальных данных очень сложно выделить тестируемое свойство объекта, основываясь только на дисперсионном критерии.

Одна из серьезнейших проблем использования метода факторного анализа заключается в том, что задачу факторного анализа нельзя решить однозначно. Поэтому факторизацию корреляционной матрицы можно произвести бесконечно большим числом способов и результат любого линейного ортогонального преобразования будет иметь полноправное существование [11].

Известно большое количество методов факторного анализа (ротаций, максимального правдоподобия и др.). В вопросе о том, какой из них лучше, наше мнение совпадает с мнением В.В Александрова и соавт. [2], Они считают, что практически все методы дают весьма близкие результаты. Это же подтверждается словами одного из основоположников факторного анализа Г. Хармана: «Ни в одной из работ не было показано, что какой-либо один метод приближается к "истинным" значениям общностей лучше, чем другие методы ... Выбор среди группы методов "наилучшего" производится в основном с точки зрения вычислительных удобств,

а также склонностей и привязанностей исследователя, которому тот или иной метод казался более адекватным его представлениям об общности» [13, 15].

Рассмотренные математические методы, основанные на критерии автоинформативности системы признаков, незаменимы при построении психодиагностических тестов. Но, в связи с отсутствием в их механизме алгоритма сравнения с внешним критерием, они не могут быть предложены в качестве математических процедур для решения проблемы повышения точности и достоверности выявления психологических свойств личности.

Обратимся к рассмотрению математических методов, основанных на использовании внешнего критерия. Наиболее популярным методом данного класса является *регрессионный анализ*. Однако в психодиагностической практике применение классических схем регрессионного анализа с развитым математическим аппаратом оценки параметров регрессионной модели часто вызывает большие сложности. Причин указанных сложностей немного, но они весьма весомы.

Во-первых, серьезной проблемой является специфический характер исходных психодиагностических признаков и внешнего критерия, порождающий сложные нелинейные зависимости.

Во-вторых, число исходных признаков, подвергающихся эмпирико-статистическому анализу в психодиагностических исследованиях, велико (может достигать несколько сотен) и между ними, как правило, встречаются объемные группы сильно связанных признаков. В этих условиях возникает явление мультиколлинеарности, приводящее к плохой обусловленности матрицы ковариации. В этом случае решение является неустойчивым [5, 6].

Заслуживающими внимания являются методы *дискриминантного анализа*. Они ориентированы на тот случай, когда внешний критерий измерен в номинальной шкале или связь этого показателя с исходными признаками является нелинейной и носит неизвестный характер [7, 10, 12]. В этом случае испытуемые в соответствии с внешним критерием разбиваются на группы (классы), а эффективность диагностической модели рассматривается под углом зрения ее способности разделять (дискриминировать) диагностируемые классы.

На практике, когда число исходных признаков велико, использование метода встречает значительные трудности. Это связано, с одной стороны, с нереальностью даже простого просмотра всех точек дискретного пространства дихотомических признаков. Так, например, если использовать в качестве исходных признаков для построения диагностического правила утверждения опросника *ММРІ* (550 вопросов), то размерность пространства будет составлять 2^{550} . С другой стороны, даже при гораздо меньшем количестве признаков для достоверной оценки условных веро-

ятностей необходимо иметь результаты обследования очень большого количества испытуемых.

Целесообразность применения типологического подхода обусловлена недостаточной эффективностью линейных диагностических моделей [8]. Так, в [14] отмечается, что это простейший способ объединения индивидуальных факторов для представления в нелинейных диагностических моделях.

В условиях неоднородности обучающей выборки при типологическом подходе вместо линейных диагностических моделей используются более точные нелинейные модели. Решение задачи построения нелинейных моделей из-за отсутствия априорных сведений о виде искомым функций достигается с помощью методов *кусочно-линейной аппроксимации*.

Как известно, задаче разбиения объектов на однородные группы уделяется значительное место в общей проблематике анализа данных. Методы решения этой задачи носят разные названия (например, автоматическая классификация, распознавание без учителя, кластерный анализ и т. д.), но имеют одинаковую сущность. Все они в явной или неявной форме опираются на категорию близости (различия) объектов в пространстве признаков. Слабое место данного подхода заключается в трудно формализуемом и нечетком определении понятия однородности группы объектов. Поэтому решение конкретной задачи выделения однородных групп объектов не лишено всегда субъективной оценки исследователя.

Метод сравнения с прототипом является представителем методов распознавания образов. Он применяется, например, тогда, когда распознаваемые классы отображаются в пространстве признаков компактными геометрическими группировками [3, 4, 5, 8, 9].

На первый взгляд метод распознавания, основанный на сравнении с прототипами диагностических классов, достаточно прост и понятен. Но на практике перед исследователем, намеревающимся применить данный подход, встают непростые задачи. Это в первую очередь выбор меры близости (метрики), что может существенно повлиять на пространственной конфигурации распределения объектов. И, во-вторых, самостоятельной проблемой является анализ многомерных структур экспериментальных данных. Обе эти проблемы особенно остро встают перед исследователем в условиях высокой размерности пространства признаков, характерных для психодиагностических задач.

Рассмотренные математические методы, использующие внешний критерий, в силу указанных недостатков не могут быть непосредственно применены в качестве математических процедур для решения задачи повышения точности и достоверности выявления психологических свойств личности. Тем не менее, в каждом из них есть механизмы, на основе которых можно разработать методику, способную решить данную задачу.

Прежде чем непосредственно перейти к рассмотрению предлагаемой нами методики, необходимо учесть еще один немаловажный аспект — максимальное использование первоначальной психодиагностической информации.

Традиционно все ответы тестовой методики разбивались на несколько групп, которые соотносились со шкалами. Предполагалось, что каждая шкала измеряет какое-то одно свойство личности. Численные значения шкал использовались в дальнейшей работе. В том случае, когда методика не была должным образом адаптирована к конкретной популяции, подобный подход начинает давать серьезные сбои.

В создавшихся условиях предлагается использовать подход, максимально сохраняющий первоначальную информацию при ее обработке. Ответы по вопросам тестов не сворачиваются в шкалы, что ведет к потере первоначальной информации, а непосредственно участвуют в вычислениях, что значительно повышает их информативность и наилучшим образом адаптирует методику к имеющимся выборкам. В результате на каждую вновь создаваемую по такому принципу шкалу будут работать все вопросы теста. Новые шкалы можно разработать для любых интересующих психологических характеристик. Единственным необходимым условием здесь является наличие некоторой выборки, прошедшей тестирование по данной методике и имеющей внешние критерии (оценки валидности рассматриваемых психологических характеристик).

Теперь необходимо решить математическую задачу — найти алгоритм построения новой шкалы таким образом, чтобы она имела наибольшую статистическую зависимость с реальными показателями. В качестве одного из вариантов искомого алгоритма нами предлагается методика *многомерной классификации* на основе эмпирических средних. Ее сущность довольно проста — по выборке, имеющей внешний критерий, строится несколько образов, представляющих собой математическое отражение психологической сущности психодиагностических данных. Например, совокупность образов (групп) для степени выраженности признака может быть такой: {«сильная», «средняя», «слабая»}. Для каждого образа вычисляется, так называемая, базовая информация, содержащая эмпирические средние.

Математически описанная процедура выражается следующим образом: по обучающей выборке (т. е. выборке, имеющей внешний критерий) находятся эмпирические средние для каждой группы G_k и для каждой шкалы (вопроса теста).

Полученный двухмерный массив данных является базовой информацией для принятия решения при определении принадлежности последующих испытуемых к одной из групп. Для этого вычисляются расстояния в n -мерном пространстве между результатами теста данного испытуемого и эмпирическими средними.

где: i – порядковый номер шкалы (вопроса теста);
 n – количество шкал (вопросов теста);
 j – порядковый номер испытуемого;
 m_k – количество испытуемых, принадлежащих группе G_k ;
 k – порядковый номер группы G_k ;
 K – количество групп G_k ;
 x_{ij} – массив исходных данных.

Минимальное из полученных расстояний позволяет сделать вывод о принадлежности испытуемого к определенной группе:

$$\min(r_k) \quad \{x_{ij}\} \quad G_k \quad (2)$$

Здесь необходимо отметить, что данный вариант формирования базовой информации первоначально был ориентирован на многоальтернативные опросники. Тем не менее, исследования показали, что он позволяет получать хорошие результаты и для дихотомических переменных.

Кроме того, необходимо отметить интересную особенность методики многомерной классификации на основе эмпирических средних по скрытому учету дифференциальных способностей вопросов теста. Действительно, чем меньше различий в ответах на какой-то вопрос у представителей разных групп, тем более близкими будут соответствующие значения в базовой информации, и тем меньше будет разность в расстояниях между этими значениями и ответом испытуемого. Следовательно, данный малоинформативный вопрос фактически будет иметь наименьшее влияние на конечный результат. В то же время вопросы, наилучшим образом дифференцирующие принадлежность к разным группам, будут иметь наибольшее влияние.

Для апробации методики многомерной классификации на основе эмпирических средних требовалась большая выборка, имеющая объективный внешний критерий. Такому требованию удовлетворяли первичные данные, полученные в ходе комплексной научно-исследовательской работы в целях совершенствования мероприятий профессионального психологического отбора в Вооруженных Силах Российской Федерации. В общей сложности объем выборки составил 1437 обследуемых лиц.

Для определения реальных возможностей методики многомерной классификации на основе эмпирических средних нами был проведен сравнительный анализ ее эффективности по сравнению с существующей методикой, широко применяемой в настоящее время в Вооруженных Силах Российской Федерации согласно «Методическим указаниям для военных комиссариатов». Значения коэффициентов корреляции категорий профессиональной пригодности с внешним критерием, полученные с помощью двух сравниваемых методик, представлены в табл. 1.

Таблица 1

*Коэффициенты корреляции прогностических значений
категорий профессиональной пригодности с внешним критерием*

Классы основных сходных воинских должностей	Коэффициенты корреляции	
	Методические указания для военных комиссариатов	Методика многомерной классификации
Командные	0,206	0,529
Операторские	0,258	0,644
Связи и наблюдения	0,227	0,629
Водительские	0,283	0,630
Средние значения	0,244	0,608

Данные, представленные в табл. 1, однозначно показывают наибольшую статистическую зависимость прогнозов с внешним критерием, в условиях, когда использовалась методика многомерной классификации на основе эмпирических средних.

При первоначальном исследовании в качестве метрики для метода многомерной классификации на основе эмпирических средних использовалось Евклидово расстояние, так как компоненты вектора наблюдений (вопросов теста) как правило, однородны по физическому смыслу и одинаково важны для классификации. Поскольку выбор метрики может значительно повлиять на конечный результат, то было проведено исследование влияния данного фактора на эффективность прогноза профессиональной успешности. Предварительное исследование определило семейство следующих метрик, рекомендуемых для более детального рассмотрения:

Евклидово расстояние:

$$r_k = \mathbf{J} \left(x_{ij} - x_{ik} \right)^2, \quad k=1, K$$

$$\mathbf{V}i=1$$

Хеммингово расстояние $r_k(H)$.

$$r_k(H) = |x_{ij} - x_{ik}|, \quad k=1, K$$

Метрика $r_k(K)$, которую в дальнейшем будем называть кубической

$i=1$

где: i - порядковый номер шкалы (вопроса теста);

n - количество шкал (вопросов теста);

j - порядковый номер испытуемого;

k - порядковый номер группы G_k ;

K - количество групп G_k ;

x_{ij} - массив исходных данных.

Результаты проведенных исследований представлены в табл. 2

Таблица 2

Коэффициенты корреляции прогностических значений категорий профессиональной пригодности с внешним критерием при использовании различных метрик

Класс основных сходных воинских должностей	Евклидово расстояние	Хеммингово расстояние	Кубическая метрика	Среднее
Командные	0,529	0,465	0,518	0,504
Операторские	0,644	0,570	0,595	0,603
Связи и наблюдения	0,629	0,542	0,577	0,583
Водительские	0,630	0,647	0,704	0,660
Специального назначения	0,566	0,508	0,659	0,578
Технологические	0,588	0,557	0,597	0,581
Среднее	0,598	0,548	0,608	0,585

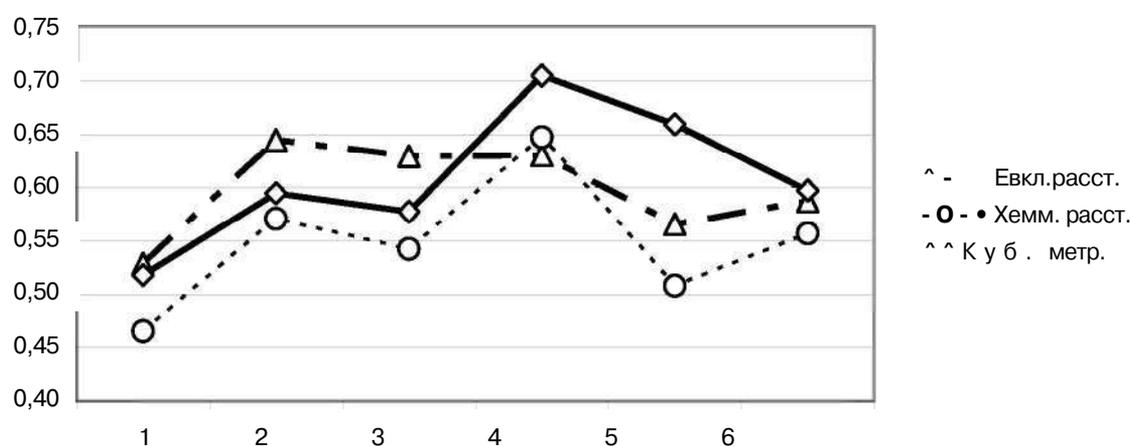


Рис. Коэффициенты корреляции прогностических значений категорий профессиональной пригодности с внешним критерием при использовании различных метрик.

Анализ данных табл. 2 и рис. показывает, что использование в качестве метрики Евклидова расстояния, Хеммингова расстояния и кубической метрики для методики многомерной классификации на основе эмпирических средних дает результаты, близкие в одних случаях и значительно различающихся друг от друга в других. Из представленных шести случаев наилучшие значения коэффициентов корреляции получены в трех случаях для Евклидова расстояния, и в трех — для кубической метрики. Хеммингово расстояние продемонстрировало явное отставание от других метрик. Сопоставляя средние значения коэффициентов корреляции, можно сделать вывод о том, что для методики многомерной классификации на

основе эмпирических средних предпочтительнее применять кубическую метрику.

Проведенные нами исследования показали, что для конкретных специальностей методика многомерной классификации на основе эмпирических средних является еще более эффективной: значения коэффициентов корреляции находятся в пределах от 0,76 до 0,94. Следовательно, чем более однороднее группа обследуемых, тем точнее получаемые результаты.

Таким образом, использование предлагаемой методики многомерной классификации на основе эмпирических средних в качестве математической процедуры для обработки психодиагностических данных, полученных в результате тестирования, позволяет повысить точность и достоверность оценки степени выраженности различных психологических свойств личности, что в конечном итоге может существенно повысить эффективность психотерапевтической практики.

Литература

1. *Айвазян С.А.* Прикладная статистика. Статистическое оценивание зависимостей / С.А. Айвазян, И.С. Енюков, Л.Д. Мешалкин. — М. : Финансы и статистика, 1985.— 484 с.

2. *Александров В.В.* Анализ данных на ЭВМ (на примере системы СИТО) / В.В. Александров, А.И. Алексеев, Н.Д. Горский. — М. : Финансы и статистика, 1990. — 192 с.

3. *Вапник В.Н.* Теория распознавания образов (статистические проблемы обучения) / В.Н. Вапник, А.Я. Червоненкис. — М. : Наука, 1974.— 415 с.

4. *Горелик А.Л.* Методы распознавания / А.Л. Горелик, В.А. Скрипкин. — М. : Высшая школа, 1989. — 232 с.

5. *Губерман Т.А.* Применение алгоритмов распознавания образов в психодиагностике / Т.А. Губерман, Л.Т. Ямпольский // *Вопр. психологии.* — 1983. — № 5. — С. 118—125.

6. *Демиденко Е.З.* Линейная и нелинейная регрессия / Е.З. Демиденко. — М. : Финансы и статистика, 1981. — 302 с.

7. *Дубов А.М.* Многомерные статистические методы / А.М. Дубов, В.С. Мхитарян, Л.И. Трошин. — М., 1998. — 352 с.

8. *Дюк В.А.* Компьютерная психодиагностика / В.А. Дюк. — СПб., 1994. — 364 с.

9. *Загоруйко Н.Г.* Методы распознавания и их применение / Н.Г. Загоруйко. — М. : Сов. радио, 1972. — 206 с.

10. *Мешалкин Л.Д.* Локальные методы классификации / Л.Д. Мешалкин // *Статистические методы классификации.* — М. : МГУ, 1969. — Вып. 1. — С. 58—78.

11. *Налимов В.В.* Теория эксперимента / В.В. Налимов.— М. : Наука, 1971. — 208 с.

12. *Справочник по прикладной статистике* : в 2-х т. / под ред. Э. Ллойда, У. Ледермана, С.А. Айвазяна, Ю.Н. Тюрина – М. : Финансы и статистика, 1990. – Т. 2. – 526 с.

13. *Харман Г.* Современный факторный анализ / Г. Харман. – М. : Статистика, 1972. – 486 с.

14. *Ямпольский Л. Т.* Типологический подход к прогнозу клинических особенностей хронического алкоголизма / Л.Т. Ямпольский // *Вопр. психологии.* – 1986. – № 2. – С. 91–99.

15. *Harshman R.A.* PARAFAC 2: Mathematical and Technical Notes // *Working Papers in Phonetics* 22. – University of California at Los Angeles, 1972. – P. 332–337.

В. Б. Зайцева

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ТИПЫ БЕЗРАБОТНЫХ И МЕРЫ ПОВЫШЕНИЯ ИХ АДАПТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА ПРИ ТРУДОУСТРОЙСТВЕ

Санкт-Петербургский государственный университет

Введение

В современной России безработица определяется историческими особенностями формирования трудового потенциала страны. Развивающаяся рыночная экономика, возникшая на базе постсоветского хозяйства, отказалась от прошлого, но пока не приобрела будущего. Эта закономерность прослеживается как в экономических, так и социальных сферах жизни общества. Новые трудовые отношения существуют наряду с сохраняющимися в сознании большинства людей установками на гарантированную всеобщую занятость. Обладая различным жизненным опытом, люди по-разному относятся к новым экономическим условиям и адаптируются далеко не одинаково.

Потеря работы приводит к снижению трудовой активности людей. Как отмечают специалисты служб занятости, для безработных характерны пассивность и иждивенческая позиция. Многие безработные недостаточно активны в решении своих жизненных проблем и не решаются брать на себя ответственность за изменение существующей ситуации.

Сегодня безработица официально признана как реальный факт российской действительности. Особенности российской безработицы исследуются преимущественно в русле социально-экономических проблем [4]. Остаются недостаточно разработанными психологические факторы безработицы и ее психосоциальные последствия [3]. Негативное воздей-

ствие безработицы на социальное здоровье общества и политическую нестабильность не вызывают сомнений так же, как и взаимосвязь безработицы с преступностью. Очевидны и экономические потери общества: резкое снижение жизненного уровня безработных и их семей, снижение уровня заработной платы занятых в связи с усилением конкуренции на рынке труда, полная или частичная утрата квалификации длительно не работающих приводит к увеличению затрат общества на восстановление квалификации или переобучение безработных [2].

Анализ исследований в общественных науках показал, что наибольшее внимание уделяется рассмотрению отличительных черт безработных граждан, делаются попытки их классификации по социологическим и психологическим основаниям, особенностям адаптации и поведения в ситуации потери работы.

Типология безработных: обзор отечественных исследований

Ю.М. Плюснин и Г.С. Пошевнев (1997) на основании социологического опроса, совмещенного с психологическим тестированием, предложили классификацию безработных по мотивам обращения в службу занятости. В основание выделения типов безработных были положены причины обращения на биржи труда, поскольку отношение к ним определяет поведение безработных на рынке труда. С учетом отношения безработных к службе занятости были выделены следующие типы [5]:

1) реально ищущие работу безработные, которые не регистрируются в службе занятости и самостоятельно пользуются информационными базами для поиска работы;

2) ищущие работу и пользующиеся услугами биржи труда безработные, которые активно занимаются поиском работы и достаточно быстро трудоустраиваются (от двух недель до трех месяцев);

3) нуждающиеся в помощи безработные, которые хотели бы работать, но имеют различные трудности при попытках трудоустройства. К этому типу безработных относятся молодые женщины с детьми дошкольного возраста, а также одинокие люди среднего возраста, которым не к кому обратиться за помощью и которые не ориентируются на рынке труда. Среди них встречаются безработные, находящиеся в состоянии невротического расстройства и требующие серьезной психологической помощи;

4) обращающиеся в службу занятости для получения определенных льгот (пособие по безработице, непрерывный стаж работы, возможность переобучения). Преимущественно это женщины, занятые частным бизнесом (уличная торговля, в основном), или домохозяйки, обратившиеся на биржу за получением социальных льгот;

5) безработные с иждивенческой позицией, которые пользуются услугами службы занятости для получения пособия по безработице, как ос-

новного источника существования. Они не имеют намерения работать и предпочитают длительно оставаться клиентами биржи труда.

Используя «социопсихологический» подход, А.Н. Демин, И.П. Попова (2000) разделили безработных в соответствии с предпочитаемыми ими способами адаптации в ситуации потери работы:

1) борьба с государством, которое несправедливо обошлось со своими гражданами, фактически неоднократно «ограбив» их. Ситуация при этом воспринимается как данность в изменившемся мире, а адаптация сводится к принятию данной позиции и связанных с ней ролей;

2) отношения с государством на условиях ренты, которые являются более мягкой формой по сравнению с предыдущей. Потеря работы воспринимается как возможность отдыха, длительного отпуска, своего рода вознаграждение за отданный государству труд, и пока размер пособия по безработице составляет приемлемый для жизни уровень, люди не торопятся предпринимать активные действия для поиска работы. С возрастом вероятность вступления человека в рентные отношения с государством повышается;

3) альтернативный жизненный стиль, при котором более важными становятся сферы жизни, не связанные с трудовой деятельностью. Этот способ является своеобразным продолжением «рентных отношений» с государством и представляет собой переключение активности безработного на воспитание детей, заботы о семье, собственном здоровье, ремонт в квартире, содержание приусадебного хозяйства. Чем больше человек погружается в альтернативную деятельность, тем сложнее ему вернуться в трудовую сферу;

4) защитное избегающее поведение, которое характеризуется избеганием ситуаций и всякого рода предложений, требующих активности, настойчивости и нового осмысления. При этом наблюдается уход в воспоминания о преимуществах предыдущего места работы и игнорирование имеющихся проблем. В сознании людей любые попытки изменить существующее положение воспринимаются как бессмысленные, им не хватает уверенности в себе, будущее предстает бесперспективным и управляемым внешними силами;

5) хаотичный поиск, при котором не происходит осмысления вариантов поведения, а также последствий принимаемых решений. Люди склонны принимать любое предложение работы, которое подворачивается. В результате таких действий выбранная работа может оказаться далекой от желаемой и отличаться от предыдущего места работы худшими условиями, большим объемом, меньшей заработной платой и т. п. Человек попадает в ситуацию напряженности и конфликтности, что приводит к общей неудовлетворенности и агрессивности. Будущее представляется в мрачных тонах;

б) поиск в условиях ограничения информированности, когда попытки действовать в направлении своих трудовых задач осуществляются при дефиците необходимой информации. Причиной этого дефицита может оказаться неразвитость личных связей или недостаток источников нужной информации. В целом данный способ адаптации обусловлен отсутствием у человека информации и инструментов ее поиска, что значительно тормозит проявление активности;

7) продуктивное иждивенчество характеризуется тем, что люди перекладывают ответственность на ближайшее окружение и при этом пользуются их ресурсами. Этот способ адаптации характерен для выпускников учебных заведений, проживающих с родителями. Данная форма поведения в критической ситуации оказывается предопределенной опытом личностного становления и является результатом следования семейным традициям при осуществлении жизненного и профессионального пути;

8) использование ресурсов своей межличностной сети, которое включает в себя:

- возобновленные связи с родственниками, друзьями, знакомыми для обращения к ним за помощью;

- внутрисемейное сплочение для взаимной поддержки членов семьи;

- создание определенного круга общения для осуществления различных обменов;

- использование сложившейся репутации на последнем месте работы для нового трудоустройства;

9) понимание своих преимуществ, возможностей, планирование своих действий и накопление опыта для эффективного поведения на рынке труда;

10) нахождение новых перспектив и возможностей в сложившейся ситуации, использование всех своих ресурсов для успешного трудоустройства.

Первые пять из представленных стратегий адаптационного поведения являются неконструктивными, последние три варианта из всех вышеперечисленных отражают конструктивные стратегии. Оставшиеся варианты являются переходными и в зависимости от результата могут оказаться и конструктивными, и неконструктивными. Авторы отмечают, что указанные способы адаптации безработных не являются исчерпывающими, существуют и другие варианты, которые могут представлять собой комбинированные способы поведения [1].

В фокус внимания исследователей в Беларуси попали оказавшиеся без работы люди, имеющие все формальные признаки социальной группы безработных, но не зарегистрированные в государственной службе занятости. В результате проведенного исследования среди представителей изучаемой группы были выделены основные социологические типы.

1. «Индивидуал» является представителем активного типа экономического поведения, ориентированным на рыночные отношения. Вероятно,

он занят в области малого производства или сфере услуг, предпочитая работать на дому.

2. «Теневик» относится к представителям полуполюгального, нелегального или криминального сектора экономики, так называемый «псевдорыночный» потребительский тип экономического поведения. Как правило, занимается перераспределением благ в свою пользу любыми средствами (шантаж, мошенничество, рэкет и т. д.).

3. «Люмпен», как представитель иждивенческой ориентации среди незарегистрированных безработных, характеризуется «приспособленческим» потребительским типом экономического поведения.

4. «Профессионал» – это специалист, имеющий высокую или среднюю квалификацию, который оказался без работы в связи с сокращением штата или по собственной инициативе. Он занимается, как правило, домашним трудом (ручная сборка компьютеров, написание компьютерных программ на заказ и др.), используя при этом свои профессиональные знания и навыки [6].

Изложенный материал указывает на необходимость выделения типологии безработных на основании индивидуально-психологических особенностей в ситуации временной потери работы для решения вопроса о том, является ли потеря работы следствием психологического склада личности или она есть причина психологических изменений в человеке. Безработные, как социальная группа, не однородны по своему составу, что также говорит о необходимости разделения этой социальной группы на соответствующие подгруппы.

Материал и методы исследования

Цель данного исследования состояла в выявлении структуры мотивов, ценностных и смысложизненных ориентаций, личностных характеристик, лежащих в основе дезадаптационных личностных расстройств безработных, для разработки и апробации новых форм социально-психологической помощи. В исследовании приняли участие 75 человек, зарегистрированных как безработные в службах занятости Санкт-Петербурга (из них 19 мужчин и 56 женщин). Исследование проводилось в районных службах занятости города.

В соответствии с поставленной целью применен следующий комплект психодиагностических методик:

- для оценки личностных характеристик – методика «Мини-мульти» (модификация ММРІ), метод исследования уровня субъективного контроля (УСК), шкала самооценки Спилбергера, методика КОС, тест отношения к инновациям;

- для измерения мотивационной сферы – тематический апперцептивный тест Х. Хекхаузена;

- для оценки смысложизненных ориентаций и ценностей – тест смысложизненных ориентаций (ТСО) и тест ценностных ориентаций М. Рокича.

С помощью программы «STATISTICA» была проведена статистическая обработка данных: подсчет первичных статистик, критерии различия между выборками Стьюдента (t -критерий) и Манна-Уитни, дисперсионный, корреляционный, факторный и кластерный анализы.

Для выделения ведущих признаков в личностных характеристиках группы безработных был использован факторный анализ. При этом учитывались показатели методики Мини-мульти, УСК и личностной тревожности, поскольку они являются наиболее устойчивыми в личностной структуре и поэтому имеет смысл их учитывать в психологической работе с безработными.

Были сгруппированы измеренные эмпирические показатели по выделенным факторам, уменьшив количество исходных переменных и сведя к минимуму потери исходной информации. В результате проведенного анализа было получено пять факторов, включающих в себя определенные личностные характеристики безработных: 1) дезадаптация с преобладанием тревожности; 2) социальная желательность; 3) экстернальность в сфере неудач в коммуникациях и в отношении здоровья; 4) экстернальность в сфере достижений в семье и на работе; 5) асоциальное поведение.

Большая дисперсия психологических параметров в исследуемой группе безработных явилась свидетельством неоднородности выборки, поэтому было целесообразно разделить ее на кластеры (типы) для более дифференцированного подхода при проведении психокоррекционных мероприятий. Для этих целей применен кластерный анализ. Для разделения выборки на кластеры использовался метод k -средних. Группировка проводилась по показателям вышеназванных факторов, обобщающих личностные особенности безработных.

Итак, с помощью факторного анализа были выявлены общие тенденции личностных изменений в выборке безработных. После соответствующей идентификации полученных факторов по обнаруженным тенденциям проводился кластерный анализ. Это было сделано для того, чтобы зафиксировать общие личностные тенденции, которые могли бы потеряться среди разнообразных частных моментов.

Такая же процедура исследования была предпринята и в отношении ценностных предпочтений в группе безработных. Сначала использовался факторный анализ в отношении ценностных ориентаций и их реализованности в выборке безработных. Было получено и идентифицировано 11 дополнительных переменных-факторов, семь из которых отражали ведущие приоритеты в ценностных предпочтениях испытуемых, а четыре представляли собой основные тенденции в реализованности ценностей указанной группы испытуемых. Факторы ценностных ориентаций были названы следующим образом: 1) внутреннее развитие взамен внешней реа-

лизации; 2) здравый смысл взамен семейных ценностей; 3) внутренняя гармония взамен внешней гармонии; 4) безответственность в отношении окружения; 5) приоритет здоровья взамен свободного творчества; 6) пассивность в связи с внутренними противоречиями; 7) самореализация взамен дружеских связей. Факторы реализованности ценностей в группе безработных получили соответствующие наименования с учетом входящих в их состав переменных: 1) реализованность собственного развития; 2) реализованность в семейной жизни; 3) реализованность в дружбе без обязательств; 4) реализованность в труде.

Следующим шагом было применение метода кластерного анализа для разделения неоднородной выборки безработных на кластеры. Таким образом, применив факторный анализ с использованием метода главных компонент в отношении ценностных предпочтений безработных, выявили общую дисперсию и те оси измеренных признаков, по которым различия оказались максимальными. Затем, используя «заостренные» различия, сравнивали выборку безработных по полученным кластерам. В противном случае различия в кластерах могли бы оказаться не выявленными. На рис. 1 показаны отличия кластеров безработных по представленным в них переменным-факторам, обобщающим входящие в их состав личностные характеристики безработных.

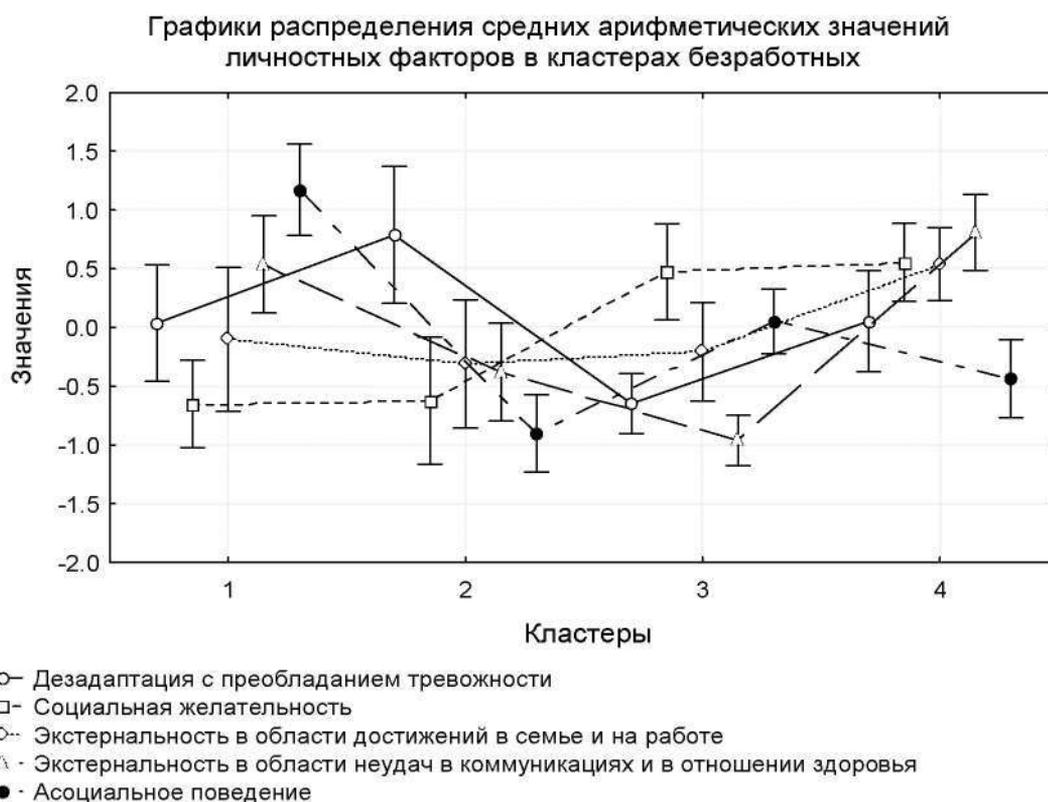
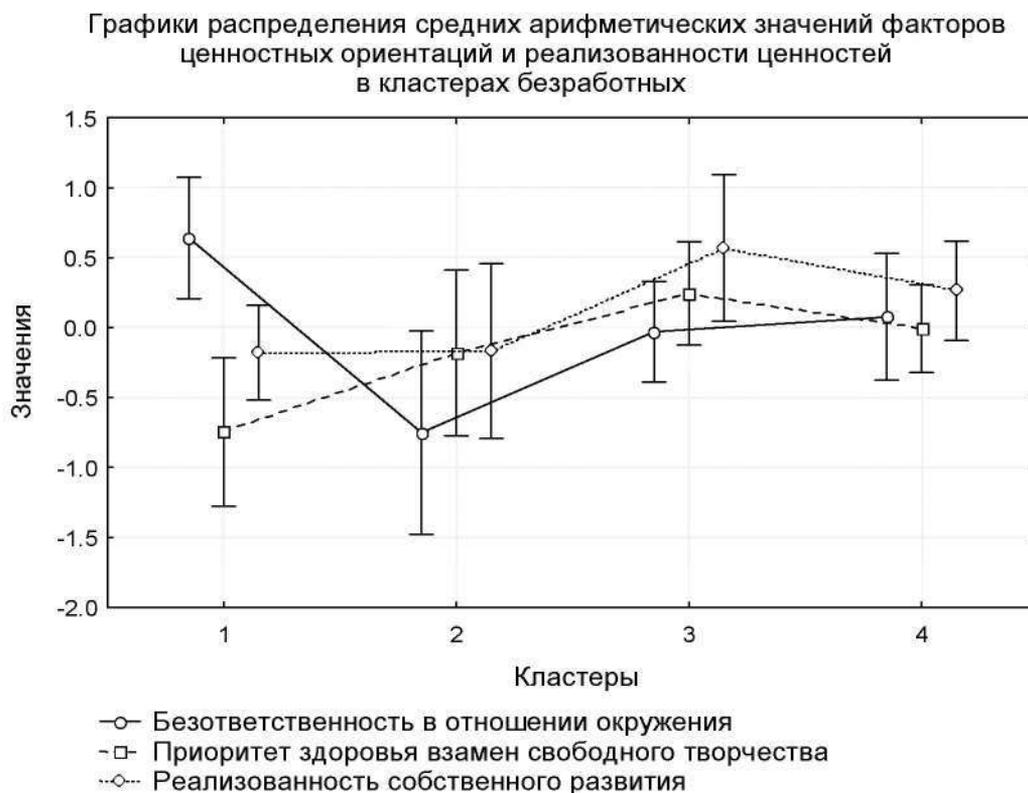


Рис. 1.

С использованием однофакторного дисперсионного анализа one-way ANOVA были получены значимые отличия межгрупповой изменчивости рассматриваемых кластеров безработных в отношении их ценностных предпочтений, описанных соответствующими факторами. Анализ показал, что кластеры значимо отличаются только по двум факторам ценностных ориентаций: по фактору безответственности в отношении окружения и фактору приоритета здоровья взамен свободного творчества. Это обусловило проведение сравнительного анализа между кластерами с использованием данных двух вышеназванных факторов.

Однофакторный дисперсионный анализ one-way ANOVA был применен и для получения существенных отличий, касающихся факторов реализованности ценностных ориентаций, среди всех кластеров. Значимым оказался только фактор реализованности собственного развития, который также был включен в сравнительный анализ особенностей полученных четырех кластеров безработных (рис. 2).



Целесообразным оказалось использовать для характеристики каждого из кластеров безработных показатели всех шкал теста СЖО, реактивной тревожности, организаторских склонностей, по которым кластеры также значимо отличаются друг от друга (рис. 3–6).

Графики распределения средних арифметических значений шкал теста смысло-жизненных ориентаций в кластерах безработных

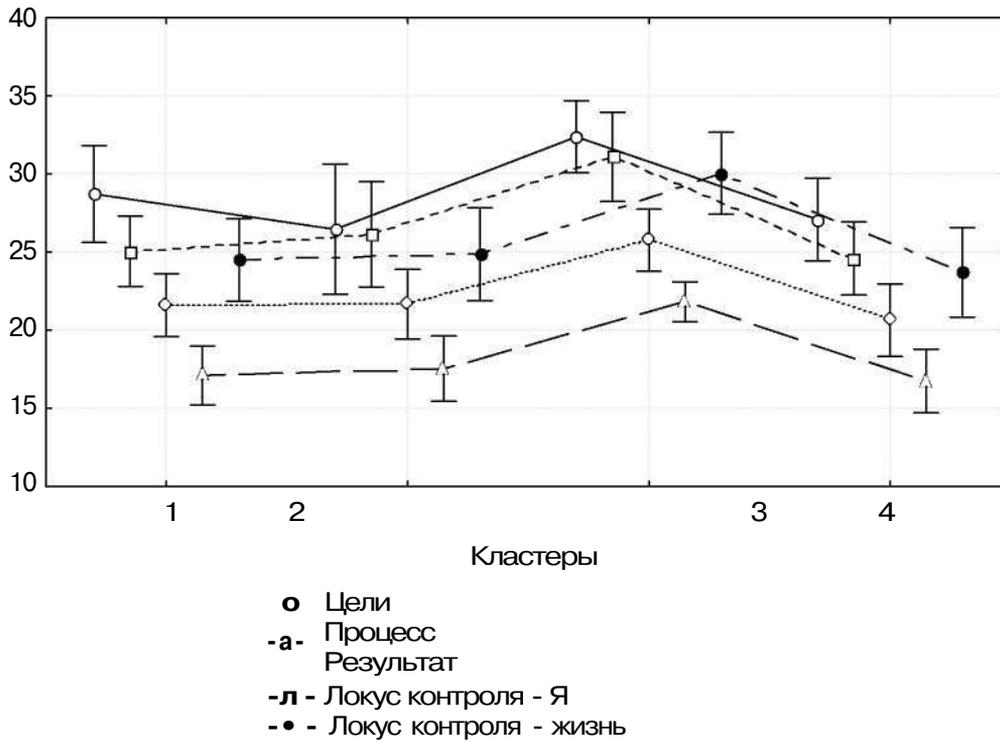


Рис. 3.

График распределения средних арифметических значений показателя общей осмысленности жизни в кластерах безработных

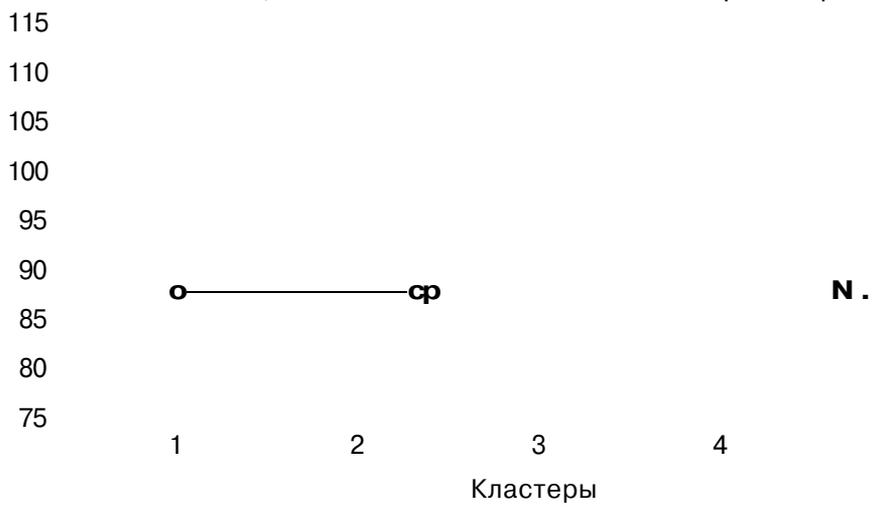


Рис. 4.

График распределения средних арифметических значений показателя организаторских склонностей в кластерах безработных

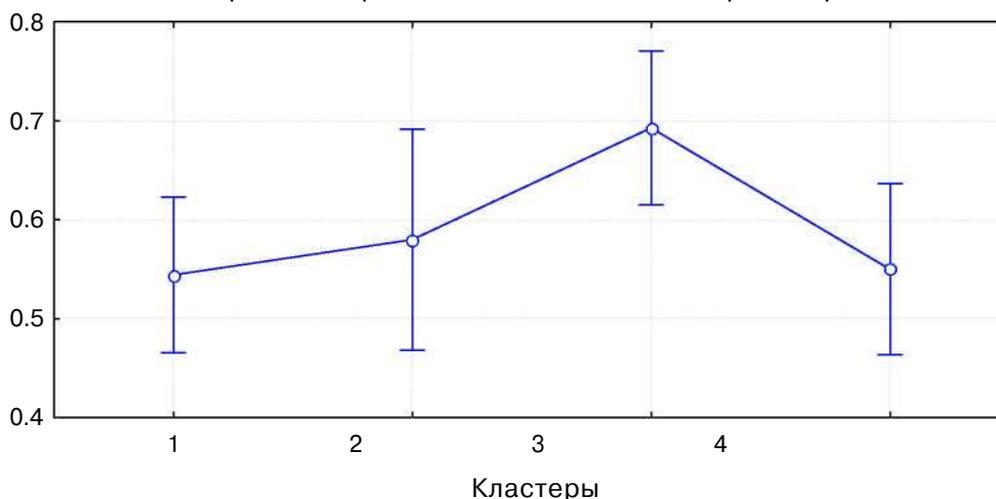


Рис. 5.

График распределения средних арифметических значений показателя реактивной тревожности в кластерах безработных

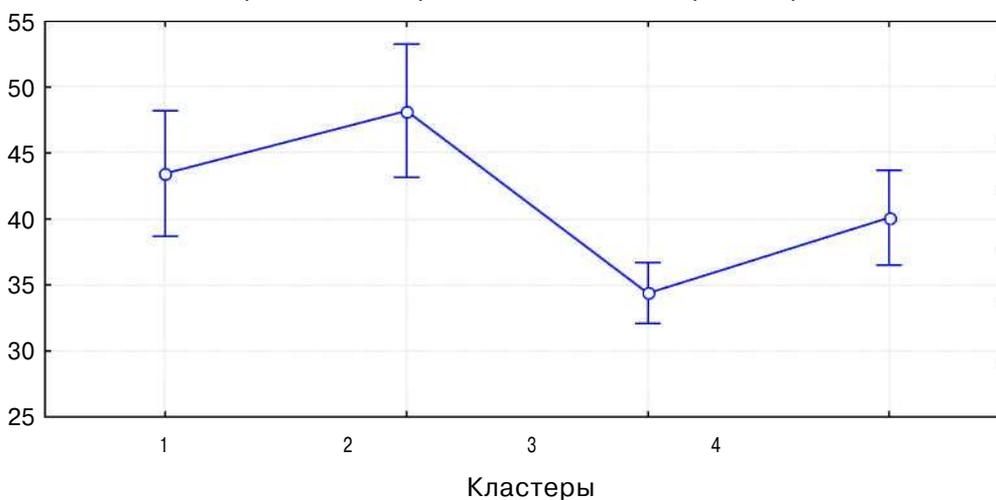


Рис. 6.

Основные психологические типы безработных и направления работы с ними

Исследование выявило четыре основных типа среди людей, имеющих статус безработных.

I тип, условно названный «страдающие эгоисты». Их отличает выраженная дезадаптированность в виде повышенной конфликтности, вспыльчивости и враждебности в отношении окружающих людей. Представителям этого типа свойственно доминировать над окружением, при этом они не склонны брать ответственность за свои поступки и предпочитают, чтобы другие занимались решением их проблем.

II тип, названный нами «странствующие рыцари». Безработные этого типа пытаются воплотить в жизнь свои идеи, не считаясь с реальностью, видя свое предназначение в улучшении жизни других людей и всего человечества в целом. Они жертвуют самореализацией во имя великой цели. Считая себя ответственными за свое окружение, они берут повышенные обязательства и действуют зачастую на пределе имеющихся возможностей. Таким образом, они тратят время и силы на достижение нереальных или трудновыполнимых целей.

III тип, названный «временными безработными». Его представители хорошо адаптированы в социуме, но в силу сложившихся обстоятельств оказались временно без работы. Они нацелены на работу и готовы к ней приступить. Ориентированные на межличностные отношения и заботу о своем здоровье, они ответственны за себя и свои поступки, но склонны к самообвинениям в отношении отрицательных событий и ситуаций, которые случаются с ними.

IV тип, получивший название «иждивенцы». Они не связывают свои поступки с происходящими в их жизни событиями, считая их результатом случая или действий других людей. К происходящим неблагоприятным событиям они относятся как к неудачному стечению обстоятельств, а улучшения в своей жизни ожидают от окружающих. Это характеризует их как несамостоятельных и зависимых от других людей. Для них важно продемонстрировать свою социабельность, чтобы производить выгодное впечатление. В силу таких особенностей они склонны придерживаться общепринятых норм поведения, предпочитая следовать культурным традициям.

По результатам проведенного исследования были намечены два направления оказания помощи безработным, призванные улучшить адаптационные возможности данной социальной общности в зависимости от предложенной психологической типологии. Одно из них лежит в социально-экономической области и представляет собой определение наиболее подходящей социальной ниши в сфере профессиональной деятельности для каждого из описанных типов безработных в соответствии с их психологическим своеобразием.

Для безработных, относящихся к I типу («страдающие эгоисты»), вид деятельности должен быть творческим, нестандартным, учитывающим их индивидуальный стиль и дающим возможность самовыражения. Условия работы должны исключать формальных ограничений и временных рамок, обеспечивая самостоятельность и независимость работника.

В отношении безработных II типа («странствующие рыцари») необходимо придерживаться того, что предполагаемый вид деятельности должен учитывать их стремление к бескорыстному служению людям, всему человечеству. Самоутверждение этих людей реализуется через конформность установок и приверженность морально-нравственным традициям.

Важной особенностью их деятельности должны быть щадящие их неустойчивую самооценку отношения в коллективе.

Безработным III типа («временные безработные») рекомендуется обратить внимание на их совершенствование в профессиональном плане. Именно этот тип безработных наиболее подходит для обучения и переобучения. Оптимальными для них являются условия, которые учитывают необходимость поощрений и мер, направленных на повышение их самооценки и престижа деятельности. Отмеченные особенности позволяют им успешно работать в сфере гуманистических интересов и общественной деятельности.

Безработные IV типа, названные «иждивенцами», могут быть адаптированы в профессиональной сфере при поддержке и руководстве опытного и мудрого наставника в условиях сопричастности к культурным и семейным ценностям. В этих условиях их труд будет продуктивным. Для них важна стабильность и устойчивость деятельности и отношений в не-большом дружном коллективе.

Второе направление относится к психологической сфере и состоит в разработке психокоррекционных программ, учитывающих необходимость воздействия на ценностно-мотивационную сферу и самооценку безработных. Эти программы должны включать в себя выявление конфликтных зон в ценностно-мотивационной структуре личности, в особенности тех, которые имеют отношение к трудовой деятельности. Проведение психокоррекционных мероприятий будет наиболее эффективно в групповых формах работы с безработными людьми, так как при соответствующей организации группового взаимодействия создается атмосфера, благоприятствующая необходимым изменениям.

Для безработных I типа рекомендуются меры, направленные на осознание собственных проблем, связанных с их склонностью к доминированию и самоизоляции. В связи с этим представляется необходимым восстановление адекватных реальности притязаний, предъявляемых к будущей работе, и формирование позитивных установок по отношению к общественным нормам и ценностям.

Безработные II типа нуждаются в снятии напряженности и стресса, связанных с переживанием собственной ненужности, и в повышении самооценки. Их нереалистические установки к окружающему миру требуют коллективной критической оценки в рамках групповых занятий (тренингов).

Безработным III типа необходима помощь, направленная на повышение спонтанности их поведения и усиление мотивационных тенденций в сторону достижения цели. Они должны понять, что невозможно оставаться в рамках предъявляемых к себе и другим гиперсоциальных и нравственных требований и при этом добиваться успеха и уважения. Кроме того, длительное отсутствие профессиональной деятельности для них не

пройдет бесследно и может привести к потере квалификации и снижению самоуважения.

Безработным IV типа необходим комплекс мероприятий, облегчающих вхождение в профессиональную среду и направленных на постепенное принятие ответственности за результаты своей деятельности.

Заключение

Итак, оказавшиеся без работы люди имеют устойчивые личностные особенности, позволяющие разделить их на четыре типа в целях разработки необходимых и адекватных психокоррекционных мероприятий. Поскольку безработные представляют собой неоднородную группу, при оказании содействия в трудоустройстве целесообразно использовать дифференцированный подход. Учет полученной типологии даст возможность службам по трудоустройству осуществлять работу с безработными в направлении повышения их адаптационного потенциала в профессиональной сфере, что в свою очередь позволит снизить текучесть кадров на предприятиях и минимизировать уровень реальной безработицы.

Выявленные основные факторы дезадаптации безработных в силу нереалистичных ожиданий, оценки собственного статуса, уровня притязаний и их соотношения с другими жизненными ценностями, а также проведение необходимых психокоррекционных мероприятий будут способствовать адекватному выбору места работы и более успешной адаптации и самореализации на новом рабочем месте. Государственным структурам и, в частности, работникам системы занятости необходимо пересмотреть свой взгляд на безработных людей как на «добровольных бездельников», увидев в них ценнейший источник необходимых стране кадров, способных при определенной поддержке обеспечить эффективное продвижение экономических и политических реформ. Это относится ко всем людям, по той или иной причине оказавшимся без работы, но особенно это касается молодежи, в которой заключено будущее любого государства.

Литература

1. *Демин А.Н.* Способы адаптации безработных в трудной жизненной ситуации / А.Н. Демин, И.П. Попова // Социологические исследования. – 2000. – № 5. – С. 35–36.
2. *Гильдингерш М.Г.* Безработица в России: сущность, формы, социальные последствия в условиях перехода к рынку / М.Г. Гильдингерш ; под ред. А.И. Муравьева. – СПб. : Изд-во СПбУЭФ, 1995. – 163 с.
3. *Глуханюк Н.С.* Психология безработицы: введение в проблему / Н.С. Глуханюк, А.И. Колобкова, А.А. Печеркина. – 2-е изд., доп. – М. : Мос. психол.-соц. ин-т, 2003. – 84 с.
4. *Кузьминова Т.В.* Исследование феномена безработицы отечественной наукой (по материалам фондов диссертационного отдела РГБ) /

Т.В. Кузьмина // Социологические исследования. – 2003. – № 7. – С. 145–150.

5. *Плюснин Ю.М.* Социальная психология безработных / Ю.М. Плюснин, Г.С. Пошевнев. – Новосибирск : ЦСА, 1997. – 84 с.

6. *Соколова Г.Н.* Нерегистрируемая безработица в Беларуси / Г.Н. Соколова, О.В. Кобяк // Социологические исследования. 2003. – № 7. – С. 25–33.

Н.В. Советная, Е.А. Мильчакова, Т.Н. Цветкова

ЦВЕТОВОЙ ТЕСТА М. ЛЮШЕРА В ОЦЕНКЕ ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ИГРОВОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Международный институт резервных возможностей человека, Санкт-Петербург

В работе использовался общепринятый в психодиагностике и практике восьмицветовой тест М. Люшера и его модификация «Попарные сравнения». Методика цветовой психодиагностики «Попарные сравнения», представляющая собой модифицированный вариант краткого (восьмицветового) теста М. Люшера, была разработана на факультете психологии Санкт-Петербургского университета Ю.И. Филимоненко, В.Ю. Рыбниковым, Ю.В. Горским по заказу Военно-Морского Флота в 1994 г. [4].

Психодиагностическими преимуществами данной модификации являются:

- при сохранении восьми цветовых тонов изменена процедура их предъявления испытуемому и порядок предварительной обработки, что снижает возможность для ложных ответов и диагностических ошибок;

- введены новые численные показатели, характеризующие психическое состояние испытуемого в целом;

- разработано программное обеспечение (2 варианта – 28 и 8 карточек), что обеспечивает быстрый ввод ответов испытуемого в компьютер, их обработку и составление отдельных характеристик для психолога-эксперта и самого испытуемого, накопление банка данных по обследованным лицам;

- усовершенствована, переработана и адаптирована к задачам консультирования психологическая интерпретация цветовых выборов. При этом интерпретируются два цвета, находящиеся в начале цветового ряда

испытуемого (максимально приятные цвета), и два цвета, расположенные в конце цветового ряда (максимально неприятные).

Подробно основные характеристики (идеи) цветовых предпочтений и интерпретация отношений к цветам изложены в ряде работ [1, 2, 3, 4]. Здесь же представляется целесообразным указать ряд важных положений. Место цвета – это численное выражение его положения в ряду предпочтений. Наиболее предпочитаемый цвет (выбранный первым) занимает 1-е место. Наиболее отвергаемый – 8-е место. Поскольку каждому цвету М. Люшера соответствует определенное психофизическое содержание, то появление цвета в зонах наибольшего предпочтения или отвержения позволяет делать заключение об особых состояниях испытуемого.

В руководстве к методике изложена процедура вычисления цветовых предпочтений по группе испытуемых. Математически суть процедуры сводится к вычислению средних мест цветов. Содержательно же она отражает меру предпочтительности конкретного цвета по сравнению с остальными. Наибольшей ценностью обладает профиль цветовых предпочтений, вычисленный по результатам многократного обследования одного и того же испытуемого.

Анализ интерпретаций цветовых выборов, имеющих в руководстве М. Люшера, позволил предположить, что соотношение мест некоторых пар цветов включает в себе дополнительную диагностическую информацию и может служить основой для оценки отрицательных психологических состояний [3, 4].

На основе использования принятых в руководстве М. Люшера условных (цифровых) обозначений цветов, выделены следующие их пары: 3 и 2, 4 и 1, 5 и 6, 0 и 7.

По положению цветов этих пар в последовательности выборов испытуемого можно судить соответственно о выраженности:

- психического утомления (ПУ);
- тревожности (ТР);
- психического напряжения (ПН);
- эмоционального стресса (ЭС).

Большая предпочтительность второго цвета из пары по сравнению с первым означает наличие отрицательного состояния, а степень этой предпочтительности (по разности мест цветов пары) отражает его выраженность.

Указанные психологические состояния оцениваются в 14-балльной шкале. Причем для пар 3 и 2, которая характеризует психическое утомление и для пары 5 и 6, которая отражает психическое напряжение, норма или нейтральное значение теста составляет около 6 баллов. Для пары 4 и 1, характеризующей тревожность, норма составляет 5 баллов, а для пары 0 и 7, отражающей эмоциональный стресс, норма – около 7 баллов. При этом значения меньше нормы говорят о положительном состоянии с

определенным запасом прочности, а превышающие норму — о выраженности отрицательного психологического состояния.

Вычисление оценок производится следующим образом: результаты обследования записываются в специальную карту для обработки. Снизу к записи последовательности выборов испытуемого прикладывается заранее подготовленная шкала таким образом, чтобы прочерк оказался под цифрой, кодирующей первый цвет пары.

Рассмотрим пример. Цветовой выбор обследуемого лица равняется: 4 2 0 6 3 5 1 7 :

$$\begin{array}{r} \text{A} - \underline{\quad\quad\quad 4\ 2\ 0\ 6\ 3\ 2\ 5\ 1\ 7 \quad\quad\quad} \\ \text{B} - \quad 14\ 13\ 12\ 11\ 10\ 9\ 8 - 7\ 6\ 5\ 4\ 3\ 2\ 1 \end{array}$$

где: А — цветовой выбор обследуемого лица;

В — передвижная шкала оценки психологического состояния (в баллах).

В приведенном примере шкала установлена для оценки психического утомления, так как черта (—) расположена под цветом 3, т. е. первым цветом пары 3—2. Под 2-м цветом пары считывается оценка, характеризующая уровень психического утомления. В данном случае под цветом 2 расположена цифра 10. Перемещая шкалу под первые цвета других цветных пар, получаем: тревожность = 2, психическое напряжение = 9, эмоциональный стресс = 3.

Эталоном для вычисления суммы аутогенного отклонения (СО) служит последовательность цветовых предпочтений (аутогенная норма), выявленная Вальнеффером при работе с невротиками в рамках продолжительных курсов психотерапии. Показано, что в результате успешного прохождения курса психотерапии цветовые предпочтения пациентов стягивались к последовательности 3 4 2 5 1 6 0 7. Поскольку основой курса служила аутогенная тренировка Шульца, данная последовательность получила название аутогенной нормы (АТ) цветовых предпочтений.

АТ норма цветовых предпочтений служит эталоном для интегральной оценки психофизического состояния. Выбор по АТ предполагает отсутствие у испытуемого внутриличностных конфликтов, непродуктивной напряженности, а также лабильности эмоций и является условным эталоном психического благополучия.

Последовательность выборов конкретного испытуемого оценивается величиной отклонения от АТ, как это показано ниже:

А — шифр цвета	3 4 2 5 1 6 0 7
В — место цвета в выборах испытуемого	5 1 2 6 7 4 3 8
С — место цвета в АТ	1 2 3 4 5 6 7 8
Д — разность (В — С) по абс. значениям	4 1 1 2 2 2 4 0

В строке «А» условными обозначениями даны все цвета методики. В строке «В» под номером каждого цвета вписывается то порядковое место, которое он замечает в последовательности выборов испытуемого. Строка «С» содержит порядковые места, которые должны заменять цвета, исходя из последовательности АТ.

Рассмотрев приведенные данные по столбикам, получаем: цвет № 3 поставлен испытуемым на 5-е место, а в АТ он должен занимать 1-е место. Отклонение цвета от АТ равно разности этих мест (т. е. = 4, строка «Д»). Аналогичным образом вычисляются разности по остальным цветам. Абсолютные величины разностей вносятся в строку «Д». Сумма отклонений по всем цветам (СО) является интегральной оценкой несоответствия цветовых выборов испытуемого от АТ. В данном случае СО = 16. Численное значение СО имеет тенденцию увеличения с возрастом.

Показатель СО фиксирует интегральную степень благоприятности или не благоприятности цветовых предпочтений испытуемого и отражает присущий ему уровень непродуктивной нервно-психической напряженности. Выбор цветов в порядке аутогенной нормы обнаруживается при отсутствии нервно-психической неустойчивости, напряженности. При неоднократно повторяющихся тестированиях испытуемого, проводимых в одинаковых привычных для него условиях, оценка СО является относительно устойчивой. Наиболее надежные данные получаются при усреднении результатов нескольких тестирований испытуемого.

В напряженной, стрессовой обстановке уменьшение оценки СО свидетельствует о наличии у испытуемого резервов работоспособности и стрессоустойчивости. Увеличению СО соответствует низкая стрессоустойчивость, плохой прогноз успешности деятельности. Оптимальный показатель СО находится в диапазоне 10–14 единиц.

Вегетативный коэффициент (ВК), предложенный венгерским психологом К. Шипошем, отражает физиологическое доминирование симпатического или парасимпатического отдела вегетативной нервной системы. Расчет вегетативного коэффициента проводился по следующей формуле:

$$ВК = \frac{18 - Кр. - Жел.}{18 - Син. - Зел.},$$

где: Кр. – место красного цвета в цветовом ряду, Жел. – место желтого цвета, Син. – место синего цвета, Зел. – место зеленого цвета в цветовом ряду.

Среднестатистическая норма для оценок ВК лежит в границах 0,6–1,1 балла. Значения ВК 1,0–1,5 балла являются наиболее благоприятными для максимальной реализации всех возможностей человека в напряженных ситуациях. Этому соответствует оптимальная степень симпатического доминирования и связанная с ним энергетическая мобилизация организма.

Значения ВК выше 1,5 балла указывают на наличие у испытуемого перевозбуждения, избыточного сковывающего напряжения (состояние «предстартовой лихорадки»). Значения ВК меньше 1,0 балла соотносятся с доминированием парасимпатического отдела вегетативной нервной системы и свидетельствуют о преобладании установки на отдых и минимизации собственных усилий.

Проективный характер цветового теста, простота и кратковременность обследования, возможность количественной оценки психического состояния испытуемых определили выбор этого теста для обследования больных игроманией.

По цветовому тесту М. Люшера обследовано 36 пациентов с игровой зависимостью. Результаты их обследования сравнивались с аналогичными данными, характеризующими нормативную группу лиц аналогичного возраста, пола, образования [3]. Сводные данные представлены в табл. и на рис.

Таблица

Психологическое состояние пациентов с игровой зависимостью и лиц нормативной группы по цветовому тесту М. Люшера

Показатель теста	Нормативная группа	Пациенты с игровой зависимостью	Уровень значимости, р
Психическое утомление	7,02 ± 0,30	8,47 ± 0,54	< 0,05
Психическое напряжение	4,41 ± 0,53	5,70 ± 0,61	—
Тревога	5,15 ± 0,40	8,21 ± 0,75	< 0,01
Эмоциональный стресс	6,70 ± 0,52	7,35 ± 0,58	—
Работоспособность	5,37 ± 0,20	4,24 ± 0,35	< 0,05
Суммарное отклонение	13,63 ± 1,12	19,32 ± 1,36	< 0,05
Вегетативный коэффициент	1,21 ± 0,14	0,74 ± 0,12	< 0,05

Из результатов статистического анализа следует, что группа пациентов с игровой зависимостью в сравнении с нормативной группой аналогичного возраста, характеризуется достоверно более высоким уровнем психического утомления, тревоги и суммарного отклонения, а вегетативный коэффициент и работоспособность у них достоверно ниже ($p < 0,05$).

Выбор цветов в порядке аутогенной нормы обнаруживается при отсутствии нервно-психической неустойчивости, напряженности. Оптимальный показатель СО находится в диапазоне 10–14. Достоверное ($p < 0,01$) увеличение суммарного отклонения, фиксирующего интегральную степень не благоприятности цветовых предпочтений испытуемого, отражает повышение уровня непродуктивной нервно-психической напряжен-

ности. Существенное увеличение СО у пациентов с игровой зависимостью свидетельствует об их низкой стрессоустойчивости.

Представляет определенный интерес существенное снижение ($p < 0,05$) показателя вегетативного коэффициента. Значение его менее 1 ед. указывает на трофотропное (парасимпатическое) доминирование вегетативной нервной системы, характеризующее установку на минимизацию усилий, самосохранение и восстановление сил. Значение ВК больше 1 ед. указывает на эрготропное (симпатическое) доминирование вегетативной нервной системы, что характеризует установку на энергозатраты, расходование сил, действие, мобилизацию ресурсов. Снижение вегетативного коэффициента у больных с игровой зависимостью можно трактовать как переход к более трофотропному доминированию вегетативной нервной системы с фиксацией установки на минимизацию усилий к восстановлению и сохранению энергетического потенциала. Положение о главенствующей роли эрго- и трофотропных механизмов функционирования вегетативной нервной системы в адаптации организма к поддержанию гомеостаза позволяет рассматривать динамику состояния показателей вегетативной нервной системы в качестве информативного критерия статуса наркомана.

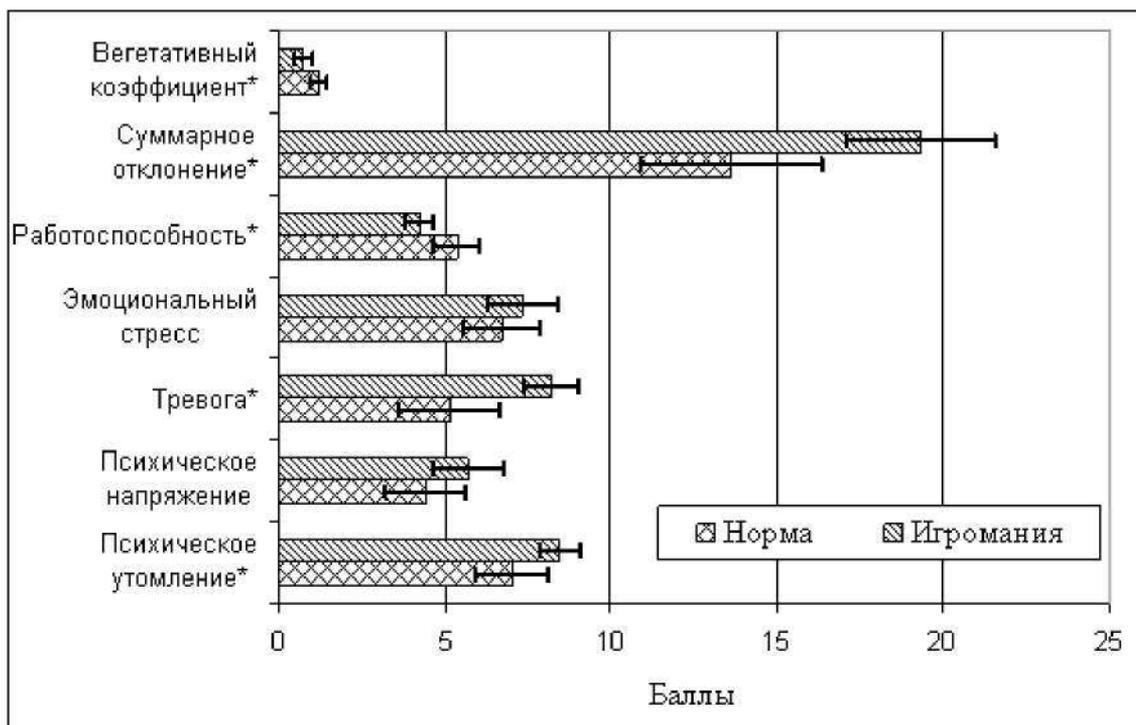


Рис. Психологические характеристики больных игровой зависимостью по сравнению с нормативной группой (– $p < 0,05$).*

Таким образом, данные проективной цветовой психодиагностики позволили определить паттерн актуальных признаков психического со-

стояния пациентов с игровой зависимостью и дать им вербальную психологическую характеристику, что позволяет рекомендовать использование указанных количественных показателей цветового теста М. Люшера для динамического контроля психического состояния пациентов с игровой зависимостью в период их лечения и реабилитации.

Литература

1. Анастаси А. Психологическое тестирование: в 2 т. / А. Анастаси. – М. : Педагогика, 1982. – Т. 1. – 318 с.
2. Люшер М. Сигналы личности / М. Люшер. – Воронеж, 1995. – 173 с.
3. Рыбников В.Ю. Автоматизированная система «Оперативный контроль состояния» / В.Ю. Рыбников, Д.А. Завалишин. – СПб.: НИ-ЦЯБП, 1998. – 30 с.
4. Филимоненко Ю.И. Методика попарных сравнений / Ю.И. Филимоненко, В.Ю. Рыбников, Ю.И. Горский. – М. : Воениздат, 1994. – 25 с.

Р. Мизерене, Е.А. Мильчакова, Н.В. Советная

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ С ИГРОВОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ, ВЫЯВЛЕННЫЕ ПО МЕТОДИКЕ «HAND-ТЕСТ»

Психотерапевтический кабинет, Паланга (Литва);
Международный институт резервных возможностей человека, Санкт-Петербург

Введение

Для изучения индивидуально-психологических особенностей лиц с игровой зависимостью применялась проективная психологическая методика «Hand-тест», что позволило оценить их характерологические свойства и типы личностных акцентуаций.

Методика «Hand-тест» впервые опубликована в 1962 г. Идея создания теста принадлежит Э. Вагнеру, система интерпретации (балльность и коэффициенты) разработаны З. Пиотровским и Б. Бриклин [1, 4, 5]. В нашей стране тест адаптирован доцентом факультета психологии Санкт-Петербургского государственного университета Т.Н. Курбатовой [5].

«Hand-тест» построен на допущении, что ответы испытуемого на предъявляемые ему неоднозначные стимулы (изображения руки) отражают существенные, относительно устойчивые свойства его личности и поведенческие тенденции. Тест может быть использован как клинический

инструмент для выявления существенных потребностей, мотивов, конфликтов личности. Методика позволяет надежно прогнозировать и качественно оценивать открытое агрессивное поведение личности.

Открытая агрессивность описывалась Э. Вагнером как противоречащее социальным нормам поведение в ситуациях совместной деятельности. Понятие «агрессивность» включает три взаимосвязанных компонента: 1) намеренность; 2) применение насилия, а не просто угрозы, 3) наличие телесных повреждений или каких-либо негативных последствий у потерпевших. «Hand-тест» предсказывает не конкретный вид агрессивной реакции, а склонность к агрессивному поведению вообще.

При обработке результатов использовалось общее количество ответов, которое отражает энергетический потенциал и степень активированности личности, и подсчет ответов каждой категории по отношению к их общему количеству (в абсолютных значениях и в %) [5]. Общее количество ответов менее 15 свидетельствует о низкой психологической активности обследуемого, 15–25 ответов – о средней активности, 26–40 ответов – о высокой психологической активности, более 40 ответов – о гиперактивности.

Авторами «Hand-теста» были предложены следующие категории:

1) агрессия (Agg) – ответы, в которых рука воспринимается как доминирующая, оскорбляющая, наносящая повреждения, нападающая или активно хватаящая другого человека или какой-либо объект;

2) директивность (Dir) – рука воспринимается как руководящая, направляющая, перечасая, мешающая или активно влияющая на другого человека. Эти ответы отражают установку превосходства над другими людьми, повышенную готовность использовать их в своих интересах;

3) аффектация (Aff) – рука воспринимается как выражение привязанности, любви, эмоционального положительного отношения к другим, предложение дружбы или помощь. Эти ответы отражают способность к активной социальной жизни, сотрудничеству, благожелательному отношению и привязанности и являются показателем «эмоционального» общения;

4) коммуникация (Com) – ответы, в которых рука с кем-то общается. Это общение связано с чувством равенства или подчиненности и является показателем «делового» общения;

5) зависимость (Dep) – рука воспринимается как подчиняющаяся другим, ищущая помощь или поддержку у окружающих;

6) страх (F) – движения руки отражают страх перед ответным ударом, агрессией со стороны других людей, а также ответы, в которых рука выступает как жертва собственной агрессии (мазохистские тенденции), и ответы, отражающие отказ от агрессии (страх перед возмездием);

7) эксгибиционизм (Ex) – рука принимает участие в деятельности, связанной с развлечениями, самовыражением, демонстративностью;

8) искалеченность (Crip) – рука воспринимается как больная, искалеченная, деформированная или каким-либо образом поврежденная;

9) описание (Des) – физическое описание руки (описывается строение, без какой-либо тенденции к действию и наличия энергии);

10) напряжение (Ten) – рука затрачивает энергию, но практически ничего не достигает. Энергия может прилагаться для того, чтобы поддержать себя во время переживания тревоги, напряжения, дискомфорта;

11) активные безличные ответы (Act) – рука воспринимается как совершающая какое-либо действие, выполнение которого не требует присутствия другого лица (безличное). При этом рука меняет свое физическое положение или противодействует силе тяжести;

12) пассивные безличные ответы (Pas) – рука совершает пассивные безличные действия, не меняя своего положения;

13) галлюцинации (Bas) – ответы невероятного, необычного, страшного и пугающего содержания. Контуры рисунка при этом игнорируются;

14) отказ от ответа (Fail) – нет ассоциаций на карточку.

Чем выше процент ответов определенной категории, тем выше вероятность ее активизации и проявления в поведении. На основе количества ответов в баллах по каждой категории рассчитывались производные показатели:

- склонность к открытому агрессивному поведению (I)
$$I = (Agg + Dir) - (Aff + Com + Dep); \quad (1)$$

- степень личностной дезадаптации (MAL)
$$MAL = Ten + Crip + F; \quad (2)$$

- тенденция к уходу от реальности (WITH)
$$WITH = Des + Bas + Fail; \quad (3)$$

- наличие психопатологии (PATH)
$$PATH = MAL + 2 WITH, \quad (4)$$

где: Agg, Dir, Aff, Com, Dep, Ten, Crip, F, Des, Bas, Fail – символы категорий ответов руки.

Склонность к открытому агрессивному поведению интерпретируется следующим образом:

- при $I < -1$ вероятность проявления агрессии существует только в особо значимых ситуациях. С уменьшением значения « I » (с учетом знака) уменьшается вероятность открытой агрессии, даже в особо значимых случаях;

- если $I = 0$, то можно предположить, что человек склонен к агрессии по отношению близких людей. Чужие люди как бы «нажимают на кнопку» механизма самоконтроля, и обследуемый успешно справляется с агрессией (контролирует ее), в то время как с близкими людьми самоконтроль ослабевает;

- начиная с $I = +1$, можно говорить о реальной вероятности проявления агрессии и чем больше балл, тем выше вероятность открытого агрессивного поведения.

Карта IX теста вызывает сексуальные ассоциации, что позволяет сделать вывод о наличии проблем в сексуальной сфере, отражает психологические потребности, которые удовлетворяются через сексуальное поведение.

Карта X (пустая) теста отражает наиболее актуальные, осознанные, приятные потребности и желания. Затруднения при ответе отражают неспособность сделать выбор и принять решение относительно желаемых целей поведения, тревогу по поводу потери самоконтроля, а также свидетельствуют о слабых способностях к проявлению себя как личности и о редуцированных личностных притязаниях.

По данным Т.Н. Курбатовой и О.И. Муляра (1996) «Hand-тест» может использоваться для предсказания рецидивизма среди правонарушителей, а также в дифференциации агрессивных и неагрессивных делинквентов. С учетом этого обстоятельства, а также проективного характера теста, он и был использован для обследования зависимых от азартных игр.

По итогам обследования 25 пациентов с игровой зависимостью по методике «Hand-тест» было подсчитано общее количество ответов и проведена их формализация через отнесение каждого ответа к одной из 14 оценочных категорий, а также рассчитан производный показатель I (склонность к открытой агрессии). В табл. 1 представлены структуры средних значений оценочных категорий «Hand-теста».

В качестве нормативной группы и группы подростков воров взяты данные Курбатовой Т.Н. и Муляра О.И. (1996). Данные группы больных героиновых наркоманов взяты по данным исследований Г.И. Григорьева (2004).

Таблица 1

Средние значения оценочных категорий «Hand-теста» у пациентов с игровой зависимостью в сравнении с другими категориями, %

Показатели	По данным литературы			Лица с игровой зависимостью (собственное исследование)
	Нормативная группа	Подростки воры	Больные героиновой наркоманией	
Agg (агрессия)	7	16	14,4	13,2
Dir (директивность)	9	7,4	10,1	9,2
Aff (аффектация)	10	3,7	8,4	8,6
Com (коммуникация)	9	16	10,8	12,5
Dep (зависимость)	7	4,2	9,4	9,0
F (страх)	3	2	2,4	2,0

Показатели	По данным литературы			Лица с игровой зависимостью (собственное исследование)
	Нормативная группа	Подростки воры	Больные героиновой наркоманией	
Ex (экспрессионизм)	5	2,3	4,4	5,0
Crip (калечность)	4	3,8	2,4	2,1
Des (описание)	3	5	5,1	5,0
Ten (напряжение)	0	0	2,2	2,8
Act (активные безличные ответы)	34	28	22,6	20,6
Pas (пассивные безличные ответы)	9	10,5	5,6	7,2
Vas (галлюцинации)	0	0	0	0
Fail (отказ от ответа)	0	0	1,8	2,8
I (склонность к открытой агрессии)	-10	-0,5	-4,1	-7,5
Общее количество ответов (психологическая активность)	24,3	—	20,7	20,1

Для нормативной группы характерна высокая психологическая активность и высокий энергетический потенциал (средняя сумма ответов – 24,3), что превосходит запас тенденций к действию в выборке пациентов с игровой зависимостью, средняя сумма ответов которых – 20,1.

Первые пять категорий «Hand-теста» отражают ведущие потребности личности и их иерархию. Две начальные из них, «Agg» и «Dir», отражают вероятность проявления агрессии в открытом поведении. Их объединяет отсутствие стремления «считаться» с другими людьми, учитывать чувства, права и намерения других. Процент агрессивных ответов в нормативной группе (7 %) меньше, чем в группе пациентов с игровой зависимостью (13,2 %). Частотой проявления этих качеств они соседствуют с больными героиновой наркоманией и с ворами. Следовательно, пациентам с игровой зависимостью, как и представителям группы наркоманов и воров свойственно более агрессивное поведение и нежелание приспособливаться к социальному окружению.

Категории «Aff», «Com», «Dep», отражающие тенденции, связанные с социальной кооперацией и потребностью в других людях, как и нужду других людей в исследуемых лицах. Эти категории дают возможность характеризовать приспособляемость к социальному окружению и позволяют говорить о существенном уменьшении вероятности открытого агрессивного поведения. Сумма этих шкал в описываемых группах практически не отличается (пациенты с игровой зависимостью – 29,9 %, в контрольных группах – в пределах от 23,9 % до 28,6 %) (см. табл. 1).

Обращает внимание различная доля вкладов каждой из перечисленных категорий ответов в общую сумму. В группе пациентов с игровой зависимостью, как и больных с героиновой наркоманией процент ответов по шкале «Aff» совпадает (8,4 %). У воров же этот показатель ниже более чем в два раза (3,7 %), а у нормативной группы больше и составляет 10 %. Из приведенного следует, что у пациентов с игровой зависимостью, как и больных героиновой наркоманией снижены эмоциональная привязанность, любовь и положительные благожелательные отношения к другим, но не в такой степени как у воров. В группе игроманов степень зависимости, оцениваемая по шкале «Dep», выше, чем у нормальных людей (7 %) и приближается к уровню наркоманов (9,0 % и 9,4 % – соответственно). Обращает на себя внимание очень низкая – более чем в два раза зависимость в группе подростков воров (4,2 %). Подобный статус свидетельствует о потребности больных игровой зависимостью, как и больных с героиновой зависимостью в помощи и поддержке со стороны окружающих. Их ответы показывают, что они считают других людей обязанными тратить на них время, уделять им внимание, нести ответственность за их действия. По мнению Т.Н. Курбатовой и О.И. Муляр (1996), это может быть связано с несамостоятельностью и чувством обиды. Однородность характеристики зависимости, по всей видимости, демонстрирует общность больных с патологическими зависимостями от игр и героина.

В норме доминирует потребность в эмоциональной близости, любви «Aff» = 10, затем следует амбивалентное стремление к лидерству с одной стороны и сотрудничеству с другой «Dir» = «Com» = 9. На третьем месте – стремление к получению помощи и агрессия «Dep» = «Agg» = 7. В группе пациентов с игровой зависимостью иерархия описываемых категорий имеет свою особенность. В первую очередь, проявляется агрессия «Agg» = 13,2, на втором месте сотрудничество – «Com» = 12,5, на третьем – лидерство, директивность «Dir» = 9,2, затем следует стремление к получению помощи «Dep» = 9,0 и, наконец, эмоциональная близость и любовь – «Aff» = 8,4. Такая иерархическая последовательность близка к последовательности и структуре, характерной для больных героиновой наркоманией и для деликвентной группы.

Еще одна из интересных возможностей «Hand-теста» состоит в том, что главной детерминантой открытого агрессивного поведения является недоразвитие установок социального сотрудничества, а не наличие развитых агрессивных тенденций. Поэтому важно не просто оценивать количество ответов по шкалам «Agg» и «Dir», а выяснять, что этому противостоит. С этой целью предложен интегральный показатель «I», расчетная формула которого включает пять шкал и приведена ранее. Э. Вагнер относил к тенденциям, противостоящим открытому агрессивному поведению, и категорию F, но позже эта категория была исключена из формулы,

как не отражающая искренней тенденции к кооперации, а продиктованная страхом возмездия со стороны других.

В норме $I = -2,4$ балла (или -10%), что указывает на очень низкую вероятность открытого проявления агрессии даже в особо значимых случаях. Среди сравниваемых нами групп значение « I » в группе пациентов с игровой зависимостью наименьшее ($-7,5\%$) и свидетельствует о том, что последние менее всего склонны к открытому проявлению агрессии даже в особо значимых для них ситуациях. Сама высокая агрессия отмечена у делинквентов ($-0,5\%$) [5], которую они могут проявить в любой момент, даже в мало значимых для них ситуациях.

Методика «Hand-тест» позволяет оценить также влияние категорий, предполагающих кооперацию (Aff, Com и Dep), на компенсацию агрессии. В работах Г.И. Григорьева и соавт. (2003, 2004) с этой целью использовались ранее описанные первые пять категорий ответов за счет вычисления на их основе относительных величин [2, 3]. Для расчета этих величин в числителе определялась сумма «Agg» + «Dir», характеризующая степень проявления агрессии, а в знаменателе поочередно «Aff», «Com» и «Dep». Это позволяло выявить степень вклада последних показателей в компенсацию агрессии. Чем больше расчетная относительная величина, тем меньше вклад оцениваемой категории! Абсолютные значения относительных величин кооперативных категорий «Hand-теста» в оцениваемых группах представлены в табл. 2, а степень влияния перечисленных категорий на компенсацию агрессии приведена на рис.

Таблица 2

Относительные величины кооперативных категорий «Hand-теста», влияющих на компенсацию агрессии

Показатель	Норма	Воры	Наркоманы	Игроманы
$\frac{Agg+Dir}{Aff}$	1,6	6,3	2,9	2,7
$\frac{Agg+Dir}{Com}$	1,8	1,5	2,3	1,8
$\frac{Agg+Dir}{Dep}$	2,3	5,6	2,6	2,5

В норме агрессия в первую очередь компенсируется за счет аффилиативных потребностей, эмоционального общения (категория «Aff»), во вторую очередь – за счет делового общения, сотрудничества (категория «Com») и в последнюю очередь – за счет эгоцентричной эксплуатирующей любви (категория «Dep»).

В сравниваемых группах и в группе игроманов вклад названных категорий в компенсаторный механизм совершенно иной! Ведущее место принадлежит категории для всех групп «Com», затем следует «Dep» и,

наконец, «Aff». Суммы шкал «Aff», «Com» и «Dep» в группе пациентов с игровой и героиновой зависимостью практически не отличаются от нормы (соответственно 29,9 %, 28,8 и 26 %). В связи с этим напрашивается вывод, что агрессия в группах игроманов и наркоманов (Agg + Dir = соответственно 22,4 % и 24,5 %) обусловлена, в основном, невротизмом.

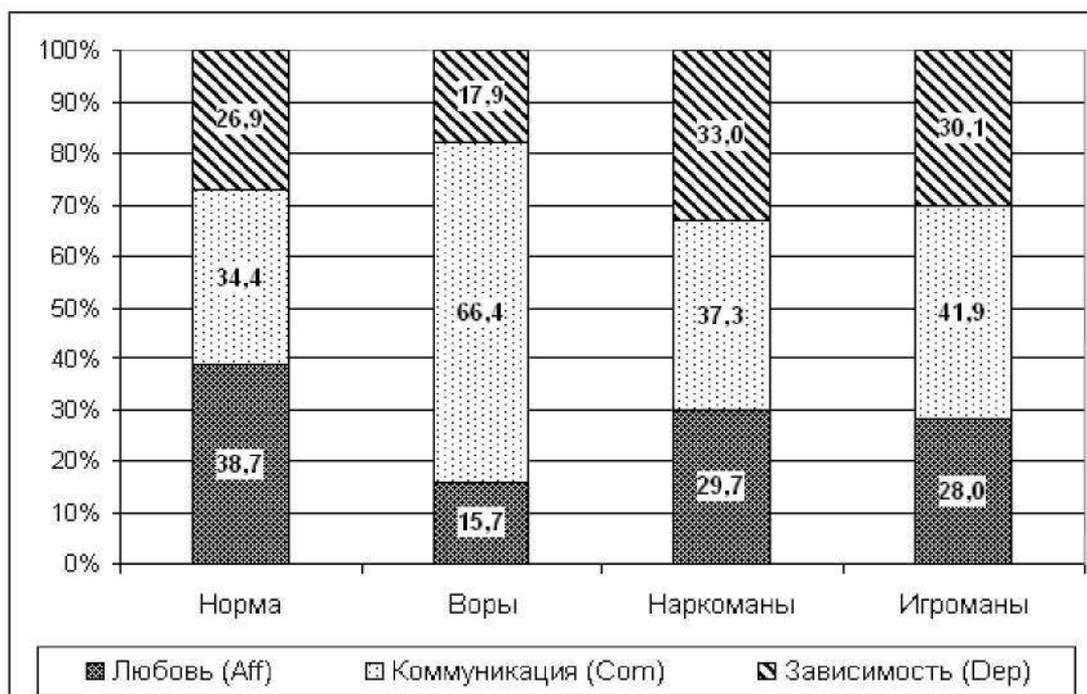


Рис. Структура степени влияния категорий Aff, Com и Dep в обеспечение компенсации агрессии.

Безличные ответы «Act» + «Pas» отражают характер безличной окружающей среды и являются косвенным показателем тревожности. Во всех эмпирических выборках из числа здоровых людей, по данным Т.Н. Курбатовой, этот показатель колебался от 35 %. Содержание ответов отражало одинаковый характер безличной окружающей среды (все люди умываются, причесываются и т. д.). Удельный вес ответов по обсуждаемым категориям («Act» + «Pas») в группе пациентов с игровой зависимостью, как и у героиновых наркоманов ниже нормы и составляет 27,8 % и 28,2 % соответственно. При этом уровень активных (Act) ответов снижен до 20,6 % – у игроманов, до 22,6 % – у наркоманов и до 28 % – у де-линквентов. В нормативной группе доля активных ответов составляет 34 %.

Низкий процент ответов по категориям («Act» + «Pas») свидетельствует о повышенной социальной восприимчивости пациентов с игровой и героиновой зависимостью, их чувствительности в межличностных отношениях и тревожности, что еще раз свидетельствует о повышенном уровне невротизма. Если доля безличных ответов больше 35%, то можно

говорить о сниженном значении социума в жизни человека и интерпретировать это как «простоту» внутреннего мира личности [5].

Удельный вес категорий «F» и «Ex» в общем числе ответов пациентов с игровой и героиновой зависимостью в сравнении с нормативной группой различаются не существенно.

Процент ответов по категории «Crip» в группе пациентов с игровой зависимостью составляет 2,1 %, что почти в два раза ниже, чем в норме или у делинквентов (4 % и 3,8 % соответственно). Близкая картина наблюдается и в среде героиновых наркоманов (2,4 %). Однако это не значит, что у пациентов с игровой или героиновой зависимостью меньше проблем со здоровьем, а скорее свидетельствует об их легкомысленном или бездумном отношении к нему.

По категории «Des» во всех сравниваемых группах процент ответов выше, чем в норме (соответственно 5,0 %, 5,1, 5,0 и 3 %). Это свидетельствует об эмоциональной амбивалентности, склонности к размышлениям, осмысливанию, переживанию вместо делания чего бы то ни было, как у больных зависимостями, так и у делинквентов.

Категория «Ten» отражает свойство личности, которое обычно называют «тревожность» или «нейротизм». Высокое значение показателя «Ten» (2,8 %) в группе пациентов с игровой зависимостью указывает на эмоциональную неустойчивость, тревожность и высокое психическое напряжение. Высокие показатели по данной категории свойственны и другим нозологическим формам зависимостей [3, 6].

По шкале «Bas» в группе пациентов с игровой зависимостью, так же как и в других сравниваемых группах, не зарегистрировано ни одного ответа, поскольку пациентам с патологической зависимостью галлюцинозная симптоматика не присуща.

Процент ответов по шкале «Fail» в группе пациентов с игровой зависимостью составил 2,8 %, в группе больных героиновой наркоманией 1,8 %, а в нормативной группе и в группе подростков воров в эту категорию не включено ни одного ответа.

Таким образом, группа пациентов с игровой зависимостью по данным «Hand-теста» характеризуется отсутствием склонности к открытому агрессивному поведению, желанием приспособиться к социальному окружению при выраженной коммуникабельности и направленности на общение и сотрудничество с другими людьми. Однако, вероятность агрессии существует и проявление ее возможно в особо значимых для них ситуациях. Для пациентов с игровой зависимостью присущи также снижение эмоциональной привязанности, любви и положительного благожелательного отношения к окружающим. У них выражена потребность в помощи и поддержке со стороны других людей, они считают, что другие люди должны тратить на них время, уделять им внимание, нести ответственность за их действия. Это сопровождается чувством обиды за свое

подчиненное положение, несамостоятельностью. У них повышена социальная восприимчивость, чувствительность в межличностных отношениях, тревожность, что в целом определяется как повышенный уровень невротизма. У пациентов с игровой зависимостью легкомысленное или бездумное отношение к своему здоровью, а также им характерна эмоциональная амбивалентность, склонность к раздумыванию, осмысливанию, переживанию вместо любых даже мало активных действий.

Данные, полученные по методике «Hand-теста», позволили не только выявить скрытые психологические реакции пациентов с игровой зависимостью, но и продемонстрировали достаточно высокую информативность и практичность этого теста для изучения психологических особенностей личности пациентов с игровой зависимостью, что делает его реальным инструментом для диагностики и мониторинга психологических особенностей пациентов с игровой зависимостью в ходе их лечения и медико-психологической реабилитации.

Литература

1. Анастаси А. Психологическое тестирование : в 2 т. / А. Анастаси. — М. : Педагогика, 1982. — Т. 1. — 318 с.
2. Григорьев Г.И. Кризисно-реабилитационная помощь (методом эмоционально-эстетической стрессовой психотерапии) при героиновой наркомании: концепция, принципы, эффективность и механизмы воздействия / Г.И. Григорьев, А.М. Никифоров, В.Ю. Рыбников. — СПб., 2003. — 150 с.
3. Григорьев Г.И. Кризисно-реабилитационная помощь при наркоманиях на основе стрессовой психотерапии : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 05.26.02, 19.00.04 / Григорьев Г.И. ; Междунар. ин-т резерв. возможн. человека [и др.]. — СПб., 2004. — 47 с.
4. Елисеев О.П. Практикум по психологии личности / О.П. Елисеев. — СПб., 2001. — 554 с.
5. Курбатова Т.Н. Проективная методика исследования личности «Hand-test» : руководство по использованию / Т.Н. Курбатова, О.И. Муляр. — СПб. : Иматон, 1996. — 56 с.
6. Мизерас С.В. Кризисно-реабилитационная психологическая помощь при героиновой наркомании на основе метода эмоционально-эстетической психотерапии : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 05.26.02 / Мизерас С.В. ; Междунар. ин-т резерв. возможн. человека [и др.]. — СПб., 2002. — 23 с.

ПСИХОТЕРАПИЯ И ПСИХОПРОФИЛАКТИКА

В.И. Евдокимов, В.В. Зайцев

НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ И ТЕРАПИИ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЗАРТНЫХ ИГР

Государственный научно-исследовательский испытательный
институт военной медицины Минобороны РФ, Москва;
Санкт-Петербургская государственная медицинская академия
им. И.И. Мечникова

Введение

Игра — свободная деятельность, являющаяся формой самовыражения субъекта и направленная на удовлетворение потребностей в развлечении, удовольствии, снятия напряжений, а также на развитие определенных навыков и умений [13, с. 142]. Азарт (франц. «hasard» — случай, риск; араб. «аз-захр» — игральная кость; исп. «azar» — игра в кости) — увлечение, забор, запальчивость, излишняя горячность. Азартная игра — основанное на риске соглашение о выигрыше, заключенное двумя или несколькими участниками между собой либо с организатором игорного заведения (организатором тотализатора) по правилам, установленным организатором игорного заведения [5, ст. 364, с. 1257].

Обычно азартные игры по атрибутам подразделяются на игры в карты, кости, бильярд, игры с применением игровых автоматов, с участием животных, тотализатор, лотереи и т. д. Исход игры соотносится с обстоятельствами, на которые стороны игры имеют возможность влиять своими действиями, в связи с чем различают азартные игры:

а) безусловно проигрышные, в которых игровой банк имеет неоспоримое преимущество, где математическое ожидание выплат по ставкам представляет число меньше нуля и игрок, играя достаточно долго, разорится (к ним относятся почти все игры в казино, большинство игр в игровых автоматах, лотереи и др.);

б) с шансом выигрыша, в которых игрок, обладая соответствующими знаниями и мастерством, имеет шанс выиграть (букмекерство, ставки на скачках, петушиных боях, покер, одна игра в казино — блэкджек (разновидность карточной игры в очко) и др.).

Азартные игры получают широкое распространение в мире. В игры типа «безусловно проигрышные» играют азартные игроки, в игры типа «с шансом выигрыша» — азартные игроки и профессионалы, в любые азартные игры с целями отдыха, развлечений, смены обстановки рутин-

ной повседневной жизни хотя бы раз в год – до 65 % взрослого населения США, около 80 % населения Австралии, а «настоящий испанец играет 365 раз в год». Деньги, вкладываемые жителями США в азартные игры, превышают валовой внутренний продукт (ВВП) примерно у половины государств планеты [12].

На сегодняшний день оборот индустрии игорного бизнеса в России около 2 млрд. долл. В игорном бизнесе работают 350–400 тыс. человек. По официальным данным вклад игорного бизнеса составляет более 1 % доходного бюджета России. По различным оценкам к началу 2005 г. в России было 170 тыс. игровых автоматов и 5 тыс. залов игровых автоматов. В Москве и Санкт-Петербурге сосредоточено порядка 50 % всех игровых автоматов и около 30 % столов казино.

В СССР азартные игры были запрещены. Первое казино в России появилось в 1989 г. Бесконтрольная выдача лицензий на организацию азартных игр, которая почему-то в России относится к ведению спортивного комитета, привела к ситуации, когда игровые автоматы практически заполнили всю Россию. Наряду с низким уровнем жизни населения страны она формирует установку в одночасье без особых хлопот решить большинство материальных проблем. Развитие игровой индустрии в России способствовало появлению в начале 1990-х гг. больных с игровой зависимостью.

Методология диагностики зависимости от азартных игр

К основным диагностическим особенностям заядлого игрока по международной классификации болезней (МКБ-10) относят патологическую склонность к азартным играм (таксон – F 63). Склонность к азартным играм – это нехимический вид аддикции – (лат. – addictus, полностью преданный, пристрастившийся к чему-либо, обреченный, поработанный, целиком подчинившийся кому-либо, чему-либо) психологическое погружение в объект влечения, вплоть до полного слияния с ним, при игнорировании реальной действительности [1].

Важной особенностью аддиктивного поведения является возможность легкого перехода от одной формы аддикции к другой, от одного аддиктивного объекта к другому с сохранением основных аддиктивных механизмов. Феноменологически аддиктивное поведение у одного человека может одновременно проявляться несколькими патологическими влечениями (алкоголизм, зависимость от азартных игр и т. д.).

Патологическими игроками являются до 20 % посетителей казино. А.Н. Моховиков (2001) приводит данные о том, что более 10 млн. шведов являются зависимыми от игр. В США 3 млн. игроков обращаются за помощью и находятся под наблюдением психотерапевтов [9]. По данным D.E. Comings et al. (1996) лица с патологическим пристрастием к азартным играм составляют около 2 % общей популяции США. D. Black, T. Moyer (1998) указывают, что зависимость от азартных игр в США присут-

ствуется у 0,5–1,5 % населения. Считается, что патологическая зависимость к азартным играм может наблюдаться в таком же количестве у населения многих развитых стран [15].

Исследования, проведенные в основном за рубежом, рассматривают патологическое влечение к азартным играм с точки зрения пяти основных теоретических концепций: 1) наследственно-биологической, у которой имеются указания на наличие у пациентов DRD-2 гена, обуславливающего функции дофаминовых рецепторов; 2) поведенческой; 3) когнитивной; 4) психодинамической; 5) социальной.

Установлено, что мужчины более склонны к азартным играм, чем женщины. Особо чувствительны к азартным играм мужчины в возрасте 20 лет, женщины в возрасте 35–40 лет. Подростки склонны к патологической игре в 3 раза чаще, чем взрослые. Основным мотивом приобщения к азартным играм подростков считается безделье. Чтобы заполнить пустоту и в поисках острых ощущений они посещают игровые залы. Эти подростки также замечены в кражах, у подавляющего большинства были трудности в школе и крайне напряженная обстановка в семьях [7].

В развитии игровой зависимости важное значение имеют нарушения семейных и сексуальных отношений. Очень часто игроки не хотят возвращаться домой после работы из-за неинтересной атмосферы семейного быта. Имеются данные о том, что благоприятную почву для игровой аддикции создает «вещизм»: переоценка материальных благ; фиксация в семье внимания на финансовых возможностях и затруднениях; зависть к более богатым родственникам; убеждение, что все проблемы в жизни связаны с отсутствием денег и т. д. [6].

R.L. Custer и L.F. Custer (1981) выделены «мягкие» (дополнительные) диагностические признаки для лиц, зависимых от азартных игр:

1) более высокий, чем у основной популяции, уровень интеллекта (IQ в среднем 120);

2) более высокий уровень работоспособности и профессиональных достижений. Достаточно часто эти лица дают самооценку высокого уровня «распирающей» внутренней энергии;

3) крайние категории самооценки (очень хороший, очень плохой);

4) преувеличение и искажение фактов, избегание конфликтов при помощи лжи, авантюризм, критичное отношение к близкому окружению;

5) при формальном общении эти лица скучны и предпочитают профессиональную деятельность продолжать после работы;

6) хорошие организаторы, но плохие исполнители, редко доводят инициированные проекты до конца;

7) жизненное кредо: деньги надо тратить, а не копить. Предпочитают иметь наличные деньги, а не кредитные карточки, чеки. Если одалживают деньги, то обычно в большом количестве;

8) наиболее привлекательным времяпровождением в жизни является игра, позволяющая получать удовольствие и релаксацию [17].

Обследование лиц с зависимостью от азартных игр, проведенное В.В. Зайцевым и А.Ф. Шайдулиной (2003, 2004), показало, что результаты психологических тестов у них не выходили за пределы нормативных [3, 14]. Не были также получены данные, подтверждающие наличие у больных преморбидной эмоциональной неустойчивости, неоправданного оптимизма, склонности к риску или высокого «уровня энергии». Результаты исследований позволили высказать предположение, что ранее описанные «мягкие» признаки личности зависимых от азартных игр по R.L. Custer и L.F. Custer не являются преморбидными, а скорее появляются по мере развития заболевания (табл. 1).

Таблица 1

Признаки зависимости от азартных игр

№	Признак
1.	Частое участие в играх и добывание денег для игры
2.	Частое участие в играх на большие ставки в течение более длительного времени, чем планировалось заранее
3.	Появление потребности увеличения размера и частоты ставок, чтобы достичь желаемого возбуждения (релаксации)
4.	Возникновение беспокойства или раздражительности, если игра срывается
5.	Повторные потери денег в играх, одолжение их взаймы «до завтра», «до утра», чтобы отыграть потерю («охота за выигрышем»)
6.	Неоднократные безуспешные попытки уменьшить количество игр или прекратить участие в играх
7.	Учащение игры в ситуациях, когда имеется необходимость выполнить свои социальные и профессиональные обязанности
8.	Принесение в жертву игре некоторых важных социальных, профессиональных, семейных или досуговых (увеселительных) мероприятий
9.	Продолжение игры даже при неспособности заплатить растущие долги или при не разрешении других важных проблемных ситуаций, которые, как это хорошо известно субъекту, неизбежно возникают из-за игры

Клиническое течение зависимости от азартных игр

Течение патологического процесса зависимости от азартных игр выражается стадийностью и цикличностью: периоды игр (игровых циклов) сменяются периодами воздержания от участия в азартных играх (периоды ремиссии). Стадии развития игровой зависимости определяются феноменологическим проявлением влечения к игре (игровым циклом зависимости) и увеличивающимися (по силе и ширине) нарушениями сфер психической деятельности и психогенно обусловленными расстройствами.

На рис. 1 течение патологической зависимости к азартным играм представлено в виде процесса, в котором по мере развития заболевания наблюдается уменьшение длительности периодов ремиссии и «сужаются»

проявления игрового цикла (на фоне отсутствия сдерживающих механизмов зарождения импульса к игре, реализация принятого решения происходит в ближайшем игровом зале без каких-либо сомнений).

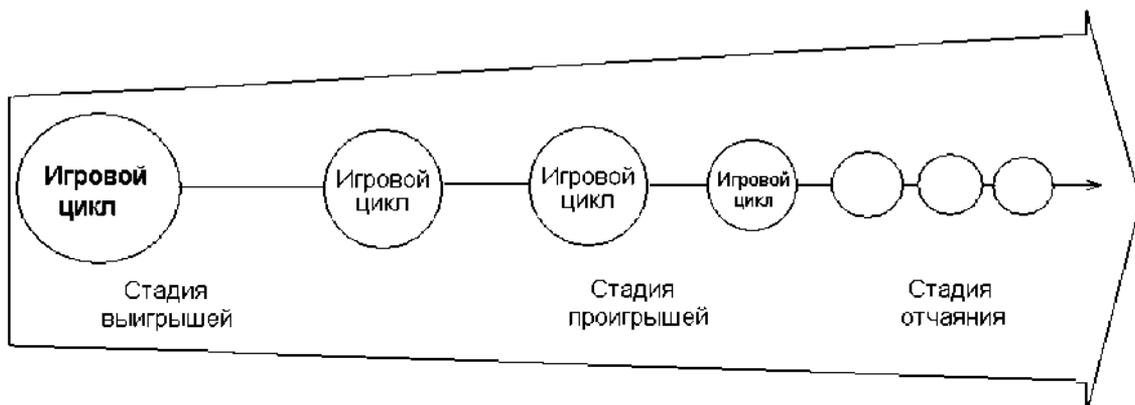


Рис. 1. Общая схема проявлений игровой зависимости.

R.L. Custer (1984) выделяет следующие стадии игровой зависимости: 1) стадия выигрышей; 2) стадия проигрышей; 3) стадия отчаяния [16]. Диагностические критерии стадий зависимости от азартных игр представлены в табл. 2.

Таблица 2

*Диагностические признаки стадий зависимости от азартных игр
(по Custer R.L., 1984)*

Стадия	Признак
Стадия выигрышей	Случайная игра. Учащение случаев игры. Серия выигрышей (3–4) или очень крупный выигрыш. Возбуждение предшествует и сопутствует игре. Увеличение размера ставок. Фантазии об игре. Неоправданный, беспричинный оптимизм
Стадия проигрышей	Игра в одиночестве. Хвастовство выигрышами. Размышления только об игре. Затягивающиеся эпизоды проигрышей. Проигрыш воспринимается как случайность. Уверенность, что полоса выигрышей вернется. Одалживание денег на игру. Ложь и сокрытие от других своей проблемы. Уменьшение забот о семье. Уменьшение рабочего времени в пользу игры. Отказ платить долги. Изменения личности: раздражительность, утомляемость, необщительность. Тяжелая эмоциональная обстановка дома. Очень большие долги, созданные, как законным, так и незаконными способами. Неспособность оплатить долги. Отчаянные попытки прекратить игру

Стадия	Признак
Стадия отчаяния	Значительное увеличение времени, проводимого за игрой, Рост размера ставок. Удаление от семьи и друзей. Угрызения совести, раскаяние. Ненависть к другим. Потеря профессиональной и личной репутации. Паника. Незаконные действия. Безднадежность. Суицидальные мысли и попытки. Арест. Развод. Злоупотребление алкоголем. Эмоциональные нарушения. Уход в себя

Вначале эпизоды игр носят случайный характер, у каждого начинающего игрока возникает надежда на крупный выигрыш, который может одномоментно решить все проблемы. При крупном выигрыше возникает иллюзия возможности зарабатывать игрой и происходит формирование игрового цикла зависимости (рис. 2).



Рис. 2. Игровой цикл зависимости от азартных игр.

На начальных стадиях при возникновении желания играть пациенты могут вытеснять это желание самостоятельно — происходят спонтанные ремиссии. По мере прогрессирования патологического процесса феноменологические проявления игрового цикла сужаются во времени, ремиссии становятся более короткими, а в ряде случаев для их становления пациентам необходимо медицинское и социальное вмешательство.

В связи с немедленным и интенсивным подкреплением наибольшим аддиктивным потенциалом обладают игровые автоматы, эти игры вызывают более быстрое прогрессирование болезни. Считается, что игроки в

игровые автоматы могут достигать стадии отчаяния за 2–3 года. В прошлом у игроков на скачках на это уходило от 15 до 20 лет [7].

На более поздних стадиях зависимости появляется фантазирование отыграться «одним ударом» и полностью погасить значительный денежный долг. Феноменологическое проявление фаз игрового цикла сведено в табл. 3 [1, 4].

Таблица 3

Феноменологическое проявление фаз игрового цикла

Фаза	Проявление фазы
Воздержани- е от игры	Зарождение импульсов к игре. Воздержание от игры происходит в основном за счет отсутствия денег и давления микросоциального окружения или выраженного депрессивного состояния. Идет борьба мотивов «за» и «против» игры
Автомати- ческие фан- тазии	Учащение спонтанных, подсознательных фантазий об игре. Ус и л и в а - ются осознанные представления об игре, проигрывается состояние азарта и предвкушение выигрыша (при этом вытесняются эпизоды проигрыша)
Нарастан- ие эмоцио- нального напряжения	Эмоциональное напряжение зависит от индивидуально-личностных и физиологических особенностей пациента (тоскливо-депрессивный, дистимический или смешанный характер, сочетающий повышенную, но нецеленаправленную активность с нервозностью и раздражительностью)
Принятие решения играть	Максимальная выраженность психоэмоционального напряжения. Решение играть обуславливается: а) под действием нарастающих фантазий в «телеграфном» стиле планируется способ реализации желания (какой-нибудь очень вероятный для выигрыша способ). Характерно для перехода первой стадии заболевания во вторую; б) решение играть приходит сразу после игрового эпизода и в его основе лежит иррациональное убеждение в необходимости отыграться. Характерно для второй и третьей стадии заболевания
Вытеснение принятого решения играть	Осознаваемое желание играть уменьшается и возникает иллюзия контроля над игровым поведением. Возникновение спонтанной ремиссии. Иногда в это время улучшается экономический и социальный статус пациента. Эти условия создают предпосылки к тому, что пациент без осознаваемого для себя риска идет навстречу обстоятельствам, провоцирующим срыв (получение большой суммы денег на руки, прием алкоголя, попытка сыграть ради развлечения и т. д.)
Реализация принятого решения играть	Выраженное эмоциональное возбуждение, интенсивные фантазии об игре («сужение сознания», «становятся как зомби»). У игрока доминируют иррациональные представления о возможности контролировать себя и разумно подходить к вероятности выигрыша. В большинстве случаев пока не проигрываются все деньги, игрок не прекращает игру, независимо от того выигрывает он или проигрывает

Фаза	Проявление фазы
Разочарование после проигрыша	Наличие идей самообвинения и депрессии, суицидальные намерения и попытки. Поиски выхода из ситуации (попытки отдать долги, заем денег, обращение за помощью к близким, к врачам). После стабилизации внутреннего и внешнего состояния (частичное погашение долга, примирение в семье и т. д.) зарождаются новые импульсы к игре

Методические аспекты лечения больных с патологическими зависимостями представлены на рис. 3. Основными принципами терапии лиц, зависимых от азартных игр, являются: добровольность лечения, мотивированность на полный отказ от игр, индивидуализация лечебных программ, комплексность.

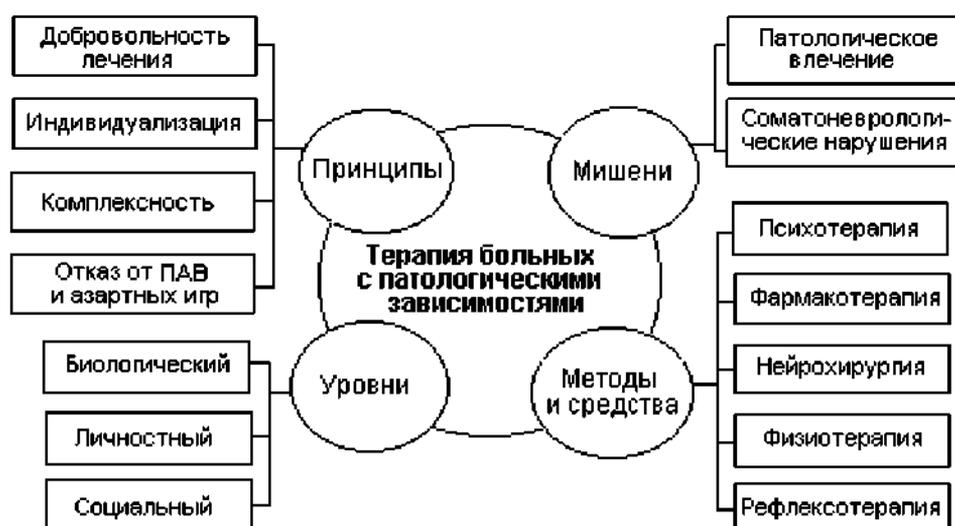


Рис. 3. Составляющие лечебного процесса пациентов с зависимостями.

Исходя из биопсихосоциальной парадигмы психического здоровья, лечебные мероприятия осуществляются на биологическом, личностном и социальном уровнях. Мишенями лечения становятся патологическое влечение к азартным играм и соматоневрологические нарушения, которые могут наблюдаться у пациентов в результате хронического стресса. Наиболее эффективным методом лечения зависимости от азартных игр является психотерапия. Когнитивно-поведенческие методы психотерапии применяют большинство специалистов, поводящих лечение патологической зависимости от азартных игр.

Наиболее проверенной психотерапевтической программой является бруклинская программа, созданная доктором Kramer. Проводится она во внебольничных условиях и обычно к ней привлекаются игроки с начальными стадиями игровой зависимости (см. табл. 2) и члены их семей. Цель программы – донесение до сознания игроков негативных последствий, к которым обязательно приведет азартная игра. Значительное место в про-

грамме занимает профессиональная реабилитация игроков и поддержка членов семьи, которые помогают решать им социально-бытовые, личные и финансовые проблемы, в которые они попали в результате пристрастия к азартным играм.

В психотерапевтическом методе лечения игроков по R.L. Custer (1984) вначале осуществляется интенсивный курс поддерживающей психотерапии для стадии отчаяния (см. табл. 2) [16]. Через 2–3 нед. групповой психотерапии с пациентом заключается «терапевтический контракт», на основании которого они обязуются отказаться от азартных игр и предпринять все усилия для предупреждения рецидивов. Для заключения «контракта» привлекаются члены семей. В табл. 4 представлены признаки стадий выздоровления пациентов с зависимостью от азартных игр. Поддерживающая терапия и социальная реабилитация в дальнейшем осуществляется в обществе «Анонимных игроков». Данная программа лечения позволяет добиваться стойкого улучшения у около 50 % пациентов.

Таблица 4

Признаки стадий выздоровления пациентов с игровой зависимостью

Стадия	Признак
Критическая стадия	Искреннее желание найти помощь. Надежда на будущее. Реалистическое восприятие жизни. Прекращение игры. Ответственное мышление. Опора на себя. Проверка своих душевных потребностей. Прояснение мышления. Способность принимать решение. Попытки разрешения проблем. Возвращение на работу
Стадия восстановления	Оплата долгов, формирование бюджета. Планы восстановления своей репутации и экономического статуса. Улучшение супружеских и семейных отношений. Принятие своих слабых и сильных сторон. Появление новых интересов. Восстановление самоуважения. Развитие конструктивных целей. Семья и друзья начинают доверять пациенту. Разрешение проблем с законом. Увеличение времени, проводимого с семьей. Уменьшение нетерпимости по отношению к окружающим. Уменьшение раздражительного поведения. Увеличение эпизодов эмоциональной релаксации
Стадия роста	Большую часть времени отсутствует стремление к игре. Инсайт особенностей своей личности. Развитие навыков проблемно-решающего поведения. Выражение искренней привязанности и любви к родственникам и знакомым. Понимание себя и других. Часто жертвует своими интересами ради других

Известен метод стационарного лечения пациентов с игровой зависимостью, предусматривающий добровольную одномесячную госпитализацию в специализированный стационар. Целью метода являются воздержание от игры и изменение характерного для игроков образа жизни (Taber J., 1984). Метод основан на соблюдении строгой дисциплины, распорядка

для и обязательного посещения психокоррекционных образовательных занятий, на которых пациенты обучаются саморегуляции. На заключительной стадии терапевтического процесса больные начинают посещать общества «Анонимных игроков». Данный метод позволяет достигнуть отказа от игр в течение года у 54 % пациентов, а у 16 % отмечались короткие игровые эпизоды, которые закончились длительной ремиссией [3].

В рамках проблемно-ориентированной психотерапии В.В. Зайцевым (2000) разработана поэтапная психотерапевтическая программа лечения пациентов с игровой зависимостью, в которой учитывается не только стадии игровой зависимости (см. табл. 2) и реконвалесценции (см. табл. 4) по Р.Л. Кастеру, отражающие глубину личной и социальной дезадаптации пациента, но и фазы игрового цикла, дающие характеристику поведения игрока в период между срывами (см. табл. 3). Апробация этого метода проведена совместно с А.Ф. Шайдулиной и состояла из четырех этапов (табл. 5).

Таблица 5

*Этапы лечения больных с игровой зависимостью
(по Зайцеву В.В. и Шайдулиной А.Ф., 2003)*

Этап	Характеристика этапа
1-й этап (диагностический)	<ol style="list-style-type: none"> 1) постановка диагноза в соответствии с критериями таксона F-63.0 МКБ-10; 2) определение стадии зависимости от азартных игр на основании критериев, описанных R.L. Custer (см. табл. 2); 3) определение по разработанным критериям типа течения психического расстройства (эпизодический или постоянный); 4) диагностика коморбитной патологии (аффективных расстройств, проявлений психоорганического синдрома и др.); 5) определение выраженности мотивации к лечению; 6) изучение степени информированности пациента о социальных и личных последствиях игровой зависимости
2-й этап (формирование психотерапевтического контакта)	<ol style="list-style-type: none"> 1) согласование с пациентом (и членами его ближайшего окружения) лечебного плана; 2) обсуждение и принятие пациентами и членами их семей общего понимания имеющего пристрастия как психического расстройства; 3) определение методов и целей терапии и принятие единых целей пациентами, членами их семей и врачом; 4) определение частоты посещений лечебного заведения; 5) определение длительности терапии; 6) определение степени вовлеченности, а также степени ответственности врача, пациента и членов его ближайшего окружения за изменения, происходящие в ходе терапии

Этап	Характеристика этапа
3-й этап (когнитивно-поведенческая терапия)	1) в поведенческой части большая роль отводится работе пациента по самонаблюдению. Основной задачей является фиксация возникающего импульса к игре, его изменений, а также подробный анализ ситуаций, в которых сила компульсивного желания возрастала; 2) в когнитивно-поведенческой части осуществляется изучение и осознание пациентом неадаптивных когнитивно-поведенческих схем и их изменение. Использовался метод «заполнения пустот» по методике Эллиса (А–В–С)
4-й этап (социальная реабилитация)	структурирование иерархии жизненных ценностей пациентов. Восстановление доверительных отношений между пациентом и остальными членами его ближайшего окружения.

Финансовые потери нередко отражаются не только на самом игроке, но и, не в меньшей степени, на ближайшем окружении, формируя у зависимого игрока чувства вины, методом совладания с которым являлась вновь игра и формировался замкнутый круг зависимости (рис. 4).



Рис. 4. Замкнутый круг зависимости от азартных игр и пути его разрыва.

Многие пациенты понимали необходимость разорвать этот порочный круг (см. рис. 4), но расценивали ситуацию как безнадежную и бесперспективную, а некоторые даже совершали суицидальные попытки, имевшие лишь временный «терапевтический эффект», за которым следовал очередной игровой эпизод. К сожалению, очень трудно провести корректную статистику суицидов (завершенных и незавершенных) у пациентов при игровой зависимости. Считается, что при данном расстройстве они наблюдаются чаще, чем при других аддикциях и в 80–90 % могут носить демонстративный характер.

J. Bowman (1996) рекомендует избегать назначения седативных препаратов, особенно в больших дозах, при лечении патологической за-

висимости от азартных игр, так как они могут привести к углублению депрессии и спровоцировать суицидальные действия. Использование в процессе терапии антидепрессантов (например, группу селективных ингибиторов реапдейка серотонина – СИРС) позволяло не только изменять социальное состояние пациентов, но и опосредованно снижать вероятность игрового срыва в процессе лечения [14].

Основываясь на концепциях гедонизма и аддиктивных расстройств А.Ю. Акопов (2004) для лечения игровой зависимости разработал психотерапевтический метод контрадиктивной стимуляции. Метод зарегистрирован (в соавторстве с А.А. Несмеяновым) патентом на изобретение в России № 2277899 [11].

Метод контрадиктивной стимуляции осуществляется в тренинговом моделировании игровых ситуаций в целях переструктурирования личности и формирования реальных мотивов, установок, ценностей и целей здорового образа жизни. Игрок «играет» с психотерапевтом в азартные игры. Проигрываются основные модельные ситуации и у пациента формируется убеждение в том, что выигрыш в азартные игры теоретически невозможен: у казино выиграть нельзя, можно взять деньги займы и только на короткий срок; в процессе игры игрок общается не с игровым автоматом, а с его хозяином, который заинтересован в получении сверхприбылей и т. д.

Метод включает систему замены патологической азартной игры иными видами деятельности, при которых получение удовольствия достигается другими способами и другими факторами стимулирования активности индивида. В процессе проведения 6–8 индивидуальных сеансов психотерапии осуществляют подавление очагов игрового возбуждения путем их затормаживания. Рефлекторным длительным и слабым воздействием на биологически активные точки ушной раковины, связанные с возбужденными «центрами удовольствия» от игры в головном мозгу, проводят аурикулярное микрочиповое программирование. Интракраниальную транслокацию очагов возбуждения осуществляют лазерным и электроимпульсным облучением.

В процессе реабилитации происходит замена патологической азартной игры на игровой процесс с использованием спортивной игры с мячом питебаскет, на участие в художественной самодеятельности и т. д. Стадии психотерапии при игровой зависимости сведены в табл. 6 [1, 11].

По способу лечения патологических зависимостей, зарегистрированному патентом на изобретение в России № 2244570 [10], лечение осуществляют путем демонстрации пациенту видеоизображения, в состав которого включен 25-й кадр со словесной информацией и зрительными образами, содержащими, в зависимости от диагноза пациента, запрет на азартные игры. К сожалению, авторам статьи не известны научные материалы по применению этого метода в практике и его результативность.

Таблица 6

Стадии психотерапии при игровой зависимости (по Акопову А.Ю., 2004)

Стадия	Цель
Диагностический	Диагностика стадий игровой зависимости и выраженности психологической зависимости
Формирование и реализация индивидуального плана лечения	Создание установки на лечение и изменение образа жизни
Переход на другие ценности	Перенесение акцента активности вовне, направленность на разнообразную внешнюю активность
Семейная и профессиональная психотерапия	Создание благоприятной поддерживающей семейной и производственной среды
Переструктурирование личности с реальным, фактическим изменением образа жизни	Переход от внешней зависимости и состояния подавления окружающей средой личности игрока к полной самодостаточности
Освобождение от болезненной зависимости	Устранение проблем, связанных с игровой зависимостью, и нивелирование их последствий

В Международный институт резервных возможностей человека (МИРВЧ) (г. Санкт-Петербург) больные с патологической зависимостью от азартных игр стали поступать с 1993 г. и к 2003 г. здесь обобщен опыт лечения 93 таких больных методом духовно-ориентированной психотерапии в форме целебного зорока (ДОП ЦЗ). Средний возраст пациентов составил $(31,5 \pm 0,9)$ лет. Стаж игрового опыта имели: 23 % до 1 года, 17 % – от 1 года до 3 лет, 56 % – более 3-х лет. Подробно социально-клинические проявления у этих пациентов представлены в статье Е.А. Мильчаковой и Н.В. Советной (2006) [8].

Эффективность разработанного метода ДОП ЦЗ оценивалась по динамическим характеристикам годовой ремиссии, рассчитанным с помощью математико-статистического анализа «времени жизни». Годовому катamnестическому обследованию подвергнуто 63 пациента. Из их числа 9 человек (14 %) убыли из-под наблюдения (цензурированы) по тем или иным причинам, у 34 человека (54 %) отметились рецидивы возврата к азартным играм, а 20 человек сохранили состояние ремиссии в течение года. Таким образом, доля больных, сохранивших состояние ремиссии в течение года после проведенного лечения методом ДОП ЦЗ с учетом цензурированных пациентов составила 43 % [2].

Заключение

В настоящее время в России созданы «оптимальные» условия для возникновения зависимостей от азартных игр — это отсутствие нормативной базы игорного бизнеса, легкость получения лицензий на организации игорной деятельности, бесконтрольная установка игорных автоматов, безответственная реклама крупных выигрышей и слабая пропаганда тех негативных последствий, которые ждут зависимых игроков и т. д. К сожалению, одними запретительными мероприятиями данную проблему решить нельзя. Иначе все беды с алкоголизмом в стране следует относить к наличию торговых организаций, продающих спиртное, а травматизма на дорогах — с наличием на них транспортных средств.

Следует заметить, что профилактика зависимостей от азартных игр достаточно сложна и требует совместных усилий многих специалистов: юристов, налоговых и правоохранительных органов, социальных работников, педагогов, психологов и врачей. Наиболее оптимальным средством лечения зависимостей от азартных игр являются методы психотерапии, формирующие установку на отказ от участия в азартных играх.

Проведенный обзор показывает, что годовая ремиссия у пациентов с зависимостью от азартных игр наблюдается в 40–50 %. Учет изложенных научно-методических аспектов течения заболевания и его лечения (фаз игрового цикла, стадий формирования игровой зависимости и стадий выздоровления, составляющих лечебный процесс) позволит оптимизировать лечение и минимизировать игровые срывы пациентов.

Литература

1. *Акопов А.Ю.* Психотерапевтический метод контрадиктивной стимуляции. Лечение игровой зависимости / А.Ю. Акопов ; Акад. информатиологии. — СПб., 2004. — 54 с.
2. *Григорьев Г.И.* Азартная игра — разновидность патологической зависимости и ее лечение методом духовно ориентированной психотерапии в форме целебного зорока / Г.И. Григорьев, С.Г. Григорьев, Е.В. Волгушева, Р.В. Мизерене // Вестн. психотерапии. — 2005. — № 13(18). — С. 130–140.
3. *Зайцев В.В.* Как избавиться от пристрастия к азартным играм: психотерапевтическая программа лечения игровой зависимости / В.В. Зайцев, А.Ф. Шайдулина. — СПб. : Нева ; М. : ОЛМА-ПРЕСС Экслибрис, 2003. — 125 с.
4. *Зайцев В.В.* Патологическая склонность к азартным играм — новая проблема российской психотерапии / В.В. Зайцев // Социальная и клиническая психиатрия. — 2000. — Т. 10, № 3. — С. 52–58.
5. *Комментарий к налоговому кодексу Российской Федерации.* — М. : Юрист, 2005. — С. 1257.

6. *Короленко Ц.П.* Семь путей к катастрофе: деструктивное поведение в современном мире / Ц.П. Короленко, Т.А. Донских. – Новосибирск : Наука, 1990. – 223 с.

7. *Мельник Э.В.* О природе болезней зависимости (алкоголизм, наркомания, компьютеромания и другие) / Э.В. Мельник. – Одесса, 1998. – 399 с.

8. *Мильчакова Е.А.* Характеристика больных игроманией, обратившихся за медико-психологической помощью в МИРВЧ / Е.А. Мильчакова, Н.В. Советная // Вестн. психотерапии. – 2006. – № 17(22). – С. 111–120.

9. *Моховиков А.Н.* Телефонное консультирование / А.Н. Моховиков. – 2-е изд. перераб. и доп. – М. : Смысл, 2001. – 294 с.

10. *Пат. 2244570* Рос. Федерация, МПК⁷ А 61 М 21/00. Способ лечения психической и психологической зависимостей / Крыласов А.А. Соляников В.В. – № 2002132598/14, заявл. 05.12.2002 ; опубл. 20.01.2005.

11. *Пат. 2277899* Рос. Федерация, МПК⁸ А 61 Н 39/08, А 61 М 21/00. Способ лечения и реабилитации лиц с игровой зависимостью / А.А. Несмеянов, А.Ю. Акопов. – № 2004117045/14, заявл. 01.06.2004 ; опубл. 20.06.2006.

12. *Ребер А.С.* Новая библия игрока: как переиграть казино, ипподром, букмекера и своих приятелей : пер с англ. / А.С. Ребер. – М. : АСТ : Астрель, 2004. – 444 с.

13. *Российская социологическая энциклопедия* / под ред. Г.В. Осипова. – М. : Норма-Инфра-М, 1998. – 666 с.

14. *Шайдулина А.Ф.* Особенности клиники и лечения пациентов с патологической склонностью к азартным играм и компьютерной зависимостью : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.18 / Шайдулина А.Ф. ; [С.-Петерб. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева]. – СПб., 2004. – 20 с.

15. *Black D.* Clinical features and psychiatric comorbidity of subjects with pathological gambling behavior / D. Black, T. Moyer // Psychiatr. Services. – 1998. – Vol. 49. – P. 1434–1439.

16. *Custer R.L.* Profile of pathological gambler / R.L. Custer // J. Clin. Psychiatr. – 1984. – Vol. 45. – P. 35.

17. *Custer R.L.* Soft signs of pathological gambling / R.L. Custer, L.F. Custer // The Fifth National Conference on Gambling, Lake Tahoe. – Nevada, 1981.

ФЕНОМЕНОЛОГИЯ РЕМИССИИ И ЕЕ ОСОБЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ ПАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАВИСИМОСТЯМИ (обзор)

Государственный научно-исследовательский испытательный институт
военной медицины, Москва.

Международный институт резервных возможностей человека, Санкт-Петербург

Ремиссия (лат. — remisso — уменьшение, ослабление, от remitto — возвращать, посылать назад, опускать, уменьшать) — период течения хронической болезни, характеризующийся ослаблением или исчезновением ее признаков. Ремиссии могут возникать вследствие цикличности течения заболевания, спонтанно или в результате лечения [25].

Ремиссия — период хронического заболевания, когда проявления болезни в значительной мере, если и даже полностью исчезают, но продолжают существовать в скрытой форме, будучи готовыми вновь проявиться при соответствующих условиях [24]. После прекращения злоупотребления алкоголем или психоактивными веществами (ПАВ) при дальнейшем благоприятном течении заболевания у больных с патологическими зависимостями возникает этап становления ремиссии (термин предложен Я.Г. Гальпериным в 1971 г.). Основной особенностью этого этапа является перестройка личности и формирование установки на трезвость.

В зависимости от степени уменьшения субъективных и объективных признаков болезни различают полные и неполные ремиссии (рис. 1). Полные ремиссии могут быть стойкими, длительными (продолжаться годами) или нестойкими с быстро возникающим обострением (рецидивом) болезни. Например, обобщенные литературные данные свидетельствуют, что около 60 % лиц, страдающих алкоголизмом, возобновляет пьянство через шесть и менее месяцев после лечения.



Рис. 1. Классификация проявлений ремиссии.

Ремиссии у лиц с патологическим влечением к психоактивным веществам (ПАВ) более нестойки и имеют ситуационно-обусловленный характер. Обобщенные данные показывают, что у 70 % таких больных рецидивы наблюдались в течение первых шести месяцев после проведенного курса лечения. Как правило течение заболевания у них имеет непрерывный характер [2, 8, 13, 14, 15, 21].

При полных ремиссиях сохраняются некоторые признаки заболевания, поэтому во многих случаях рекомендуется продолжать поддерживающую терапию. Стойкие, длительные ремиссии бывает трудно отличить от практического выздоровления. В большинстве случаев ремиссии при патологическом влечении к алкоголю (ПАВ) возникают в результате терапевтических воздействий (терапевтические ремиссии), а в ряде случаев – самостоятельно (спонтанные ремиссии) [1, 26].

Существуют некоторые противоречия при исчислении длительности ремиссии. Некоторые исследователи считают срок ремиссии с первого дня прекращения употребления алкоголя (ПАВ), другие – после исчезновения признаков абстинентного синдрома, сомато-вегетативных расстройств и выраженных психических нарушений. О.Ф. Ерышев и Т.Г. Рыбакова (1996) указывают, что о ремиссии при алкоголизме можно говорить лишь в том случае, когда промежуток времени прекращения употребления алкоголя составляет не менее 1 мес., так как только за это время исчезают явления массивной алкогольной интоксикации [4].

Можно полагать, что началом отсчета длительности ремиссии является исчезновение у пациентов признаков острой алкогольной интоксикации (интоксикации от ПАВ), а абстинентные расстройства следует рассматривать в структуре формирующейся ремиссии. Как правило – это 5–7 день после последнего алкогольного эксцесса (запоя, псевдозапоя, периода непрерывного пьянства) или употребления ПАВ.

Считается, что длительность ремиссии – надежный критерий эффективности лечебного процесса. На практике же бывает достаточно сложно оценить использованные (исследуемые) методы (приемы, средства) лечения. Большой разброс в сроках длительности ремиссии у больных зависит не только от характера примененных средств и методов лечения или лечебно-реабилитационных воздействий, но и от ряда других составляющих терапевтического процесса.

Установлено, что ремиссия зависит от: клинических проявлений заболевания, длительности периода активного применения алкоголя (ПАВ), от вида употребляемого алкоголя (суррогатов алкоголя) или ПАВ, от преморбидных и приобретенных в результате заболевания особенностей личности, социального окружения и т. д. Безусловно, длительность ремиссии у пациентов, обратившихся за помощью к врачу амбулаторно с формирующейся установкой на трезвость, будет больше, чем у тех, кто поступил в стационар в состоянии выраженной интоксикации. Оценивать эф-

фективность проведенного лечения этим больным по длительности сформированной ремиссии – некорректно! Для сравнения методов необходима равнозначность многих условий оцениваемых групп.

При констатации ремиссии не исключается наличие у пациентов психопатологических проявлений. И.Н. Пятницкая (1994) указывает на возникновение у больных с патологической зависимостью от приема ПАВ в период ремиссии нового гомеостаза, отличного от преморбидного и обмена веществ в активной стадии заболевания. Данную точку зрения в настоящее время поддерживают и большинство наркологов. Указанное позволяет рассматривать ремиссию как динамическое состояние со свойственными ей динамическими закономерностями. Этапы ремиссии представлены в табл.

Таблица

Этапы формирования ремиссии

1-й – становление ремиссии (неустойчивая ремиссия)	до 6 мес.	Алкогольно-депривационные расстройства, постепенное уменьшение проявлений выраженной интоксикации, сопровождающееся нарушениями настроения и повышенной утомляемостью. Как правило клиническое улучшение опережает по времени нормализацию социально-психологического статуса пациента, у которого может длительное время сохраняться напряженность в семейной или производственной (социальной) сфере, способствующих периодическому возобновлению патологического влечения к алкоголю (ПАВ)
2-й – стабилизации ремиссии	6–12 мес.	Формирование неалкогольных ориентаций, приспособление к здоровому образу жизни, перестройка отношений в семье, трудовом коллективе, экзацербация, манифестация нервно-психических расстройств (астенические, астено-депрессивные, тревожно-депрессивные, депрессивно-ипохондрические проявления), выраженность чувства внутреннего напряжения и борьба мотивов (между желанием снять напряжение и установкой на трезвость)
3-й – сформированной ремиссии (устойчивая ремиссия)	13–36 мес.	Закрепление неалкогольных ориентаций, снижение уровня тревоги и внутреннего напряжения. Появление сверхценного компонента нервно-психических расстройств

В течение ремиссии могут возникать состояния декомпенсации, в период которых возрастает роль лечебно-восстановительных мероприятий. В научной литературе представлены десятки классификаций ремиссии, делающие акцент на определенных характеристиках ремиссии. С практической точки зрения течение ремиссии может быть разделено на

этап становления ремиссии (неустойчивой ремиссии), этап стабилизации ремиссии и этап сформировавшейся ремиссии (см. табл.) [9, 10, 22, 23].

Прогнозирование срока ремиссии – достаточно трудоемкий процесс. В ряде исследовательских работ установлены биологические предикты становления ремиссии [12, 18]. Например, по способу, зарегистрированному патентом на изобретение № 2135190 [16], в период ремиссии ежемесячно определяют содержание пролактина в плазме крови. При его увеличении не менее чем на 30 % по сравнению с нормой назначают тактивин в дозе 1,0 ежедневно подкожно в течение 5–7 дней. Способ позволяет увеличить сроки ремиссии.

Часть исследователей считает, что рецидивирование заболевания при алкоголизме (приеме ПАВ) в основном определяется внешними (социальными) и психологическими факторами. Клиническая структура ремиссий включает две основные группы расстройств, свойственных алкоголизму: синдром патологического влечения к алкоголю и аффективно-личностные нарушения. Эти группы симптомов находятся в динамических взаимоотношениях, а степень их выраженности определяется стадией заболевания и особенностями личности. Течение ремиссий у больных дополняется психогенными реакциями, легко возникающими у измененной алкоголизмом личности и существенно влияющими на динамику патологического влечения к алкоголю [5, 9, 11, 19, 27].

Аналогичные проявления ремиссии отмечают при патологической зависимости от ПАВ [8, 14, 15]. М.А. Винниковой (2004) разработана шкала оценки патологического влечения к наркотику (ПВН), стержневого расстройства заболевания. Основными компонентными признаками ПВН являются: 1) идеаторный компонент ПВН; 2) аффективные нарушения; 3) нарушения сна в динамике; 4) поведенческие (психопатоподобные) расстройства; 5) соматовегетативные нарушения; 6) сновидения; 7) установка на лечение; 8) критика к болезни. В результате структурного анализа корреляционных взаимосвязей указанных компонентов ПВН и клинических проявлений установлены факторы риска рецидива заболевания на различных этапах ремиссии.

А.А. Жиздюком (2005) выявлена статистически значимая вероятностная зависимость длительности ремиссии как от феноменологических (клинико-психопатологических, клинико-динамических) так и от нефеноменологических (особенностей приспособительного поведения больных и показателей их социальной адаптации) характеристик психического состояния. Наиболее значимым предиктом благоприятного прогноза длительности ремиссии у военнослужащих является тип приспособительного поведения личности. Информативность прогностической оценки повышается при сочетанном рассмотрении изученных параметров [6].

В.В. Постновым (2003) исследованы расстройства адаптации у больных алкоголизмом в ремиссии и выявлены варианты алкогольных

срывов. В начале ремиссии у больных алкоголизмом наблюдается период накопления иллюзий и заблуждений в отношении трезвости и своих ресурсов. Однако неизбежно наступает столкновение с реальностью и у большинства больных иллюзии разрушаются в результате чего возникают расстройства адаптации. Психопатологическим проявлением у этих больных часто является синдром эмоционального выгорания [19].

Для развития эмоционального выгорания и расстройств адаптации характерны два этапа: первый проявляется в форме эмоционального спада, второй – с клинически выраженными симптомами собственно расстройств адаптации. Выделено три варианта развития срывов: 1) постепенно приближающегося срыва; 2) стремительно наступающего срыва; 3) обвально наступающего срыва (рис. 2).



Рис. 2. Варианты развития срывов ремиссии.

О.Ф. Ерышев и соавт. (1990) использовали «Прогностическую карту ремиссий при алкоголизме», состоящую из 150 признаков, отражающих комплексные данные (биологические, личностные, социальные): анамнестические сведения о пациенте, его социально-психологическую характеристику, клиническую картину течения заболевания. Сравнение данных двух групп больных: 1-я группа с ранними рецидивами заболевания и ремиссией до 1 года (214 чел.) и 2-я группа с ремиссией более 1 года (275 чел.) показало, что процесс ремиссии зависел от очень многих факторов, определяющих его длительность. Например, на «благоприятное» течение ремиссии влияло наличие соматических заболеваний у пациентов, в частности ишемической болезни сердца, и т. д. [4].

В другом исследовании комплексная оценка статуса пациента осуществлялась в течение первых трех месяцев трезвости при помощи «прогностического веса», выявленных наиболее информативных 23 показателей из «Прогностической карты ремиссий при алкоголизме», содержащей 350 показателей: 1) тип течения заболевания; 2); личностные девиации в преморбиде; 3) конституционно-личностный тип; 4) изменение характера

опьянения; 5) продолжительность терапевтических ремиссий в прошлом; 6) спонтанные ремиссии; 7) частота проявления патологического влияния к алкоголю (ПВА); 8) характер ПВА; 9) депрессия; 10) дисфория; 11) внутреннее напряжение; 12) психопатоподобные нарушения; 13) психоорганические нарушения; 14) астения; 15) критика к болезни; 16) установка на трезвость; 17) изменения личности в ремиссии; 18) сенсibiliрующая терапия; 19) психотропные препараты; 20) выраженность эмоционального компонента синдрома ПВА; 21) выраженность вегетативного компонента синдрома ПВА; 22) выраженность идеаторного компонента синдрома ПВА; 23) выраженность поведенческого компонента синдрома ПВА. По результатам проведенной работы был сформулирован «Способ прогнозирования длительности ремиссии у больных алкогольной зависимостью в периоде становления ремиссии» и получен российский патент на изобретение № 2238034 [17]. Данный способ изложен в методических рекомендациях [20].

Известен способ определения вероятности устойчивой ремиссии у больных хроническим алкоголизмом, зарегистрированный в Федеральном институте промышленной собственности России приоритетной заявкой на изобретение № 2000110508 [7]. Способ включает разбивку основного параметра данных на ряд областей и в зависимости от того, в какой области находится основной параметр, прогнозируют длительную ремиссию. В качестве факторного пространства выбираются переменные: X_1 – срок проживания на Севере; X_2 – возраст; X_3 – установка на трезвость; X_4 – установка на лечение; X_5 – степень критичности; X_6 – срок кодирования, а вероятность определяют по полиному.

Широкомасштабные исследования ремиссии у больных с патологическими зависимостями, пролеченных методом духовно ориентированной психотерапии в форме целебного зарок (ДОП ЦЗ), проведены сотрудниками Международного института резервных возможностей человека (МИРВЧ) под руководством Г.И. Григорьева [3]. Продолжительность стойкой годовой ремиссии у больных патологическими зависимостями подсчитывались следующим образом:

1) день сеанса психотерапии, на котором больной давал зарок не употреблять алкоголь (ПАВ) в течение определенного, самостоятельно выбранного срока, служил началом отсчета ремиссии;

2) продолжительность ремиссии для различных групп больных в зависимости от их активности и степени участия в поддерживающей психотерапии в течение года после первого основного сеанса определялась:

- для больных, которые систематически еженедельно (ежемесячно) посещали психотерапевта в течение года и за этот период ни разу не употребивших алкоголь (ПАВ), – один год;

- для больных, которые в течение года находились в реабилитационном центре и в течение года не нарушили режим, – один год;

- для больных, нарушивших зарок и обратившихся за его снятием, – временем с даты нарушения зарока до даты сеанса психотерапии;

- для больных, прекративших систематические посещения врача с целью поддерживающей психотерапии, – срок стойкой ремиссии ограничивался датой последнего посещения врача при условии его полного предыдущего воздержания от алкоголя. Не исключалось, что эти больные могли сохранить и более длительную ремиссию, однако, опираясь на результаты активных опросов, допускалась очень высокая вероятность у них рецидива [13].

На рис. 3 представлена годовая ремиссия пролеченных в МИРВЧ больных патологическими влечениями методом ДОП ЦЗ за период с 1988 по 2005 г. (алкоголизм – 2058 чел., никотинизм – 392, наркомании – 259, игромания – 93 чел.).

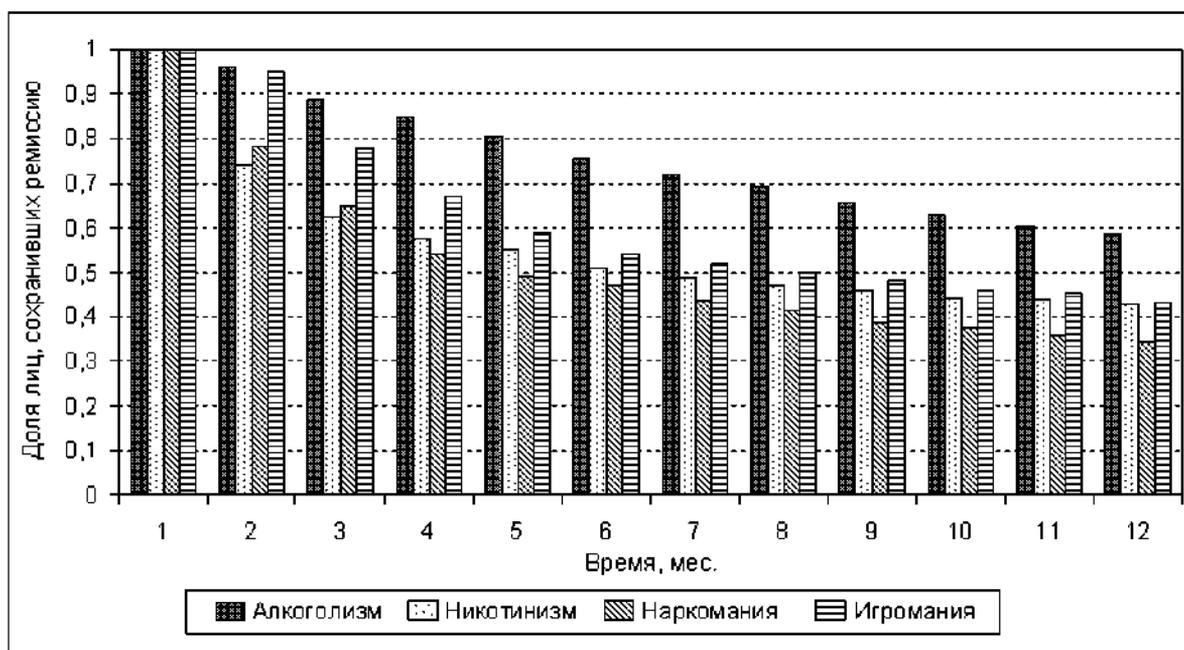


Рис. 3. Годовая ремиссия больных патологическими ремиссиями, пролеченными методом духовно ориентированной психотерапией в форме целебного зарока.

Заключение

Проведенный обзор позволяет сделать заключение, что вероятность срыва ремиссии в течение первых шести месяцев при современных методах лечения наблюдается у 60 % больных алкоголизмом и у более 70 % больных с патологическим влечением к ПАВ. Предиктами сохранения ремиссии являются внешние (социальные), личностные (клинико-психологические) и внутренние (биологические) показатели. Основным фактором формирования (срыва) ремиссии у больных выступает синдром патологического влечения к алкоголю (наркотику), а лечебного воздействия – установка на трезвость и трезвый образ жизни (отказ от ПАВ).

Литература

1. *Александрова Н.В.* «Спонтанные» и длительные терапевтические ремиссии при алкоголизме : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.18 / Александрова Н.В. ; [Моск. НИИ психиатрии]. – М., 1985. – 19 с.

2. *Винникова М.А.* Ремиссии при героиновой наркомании (клиника, этапы течения, профилактика рецидивов) : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.45, 14.00.18 / Винникова М.А. ; [Гос. науч. центр социал. и судеб. психиатрии им. В.П. Сербского]. – М., 2004. – 33 с.

3. *Григорьев Г.И.* Духовно ориентированная психотерапия в форме целебного зарока: теоретические основы, организационная структура и информационно-аналитическое обеспечение / Г.И. Григорьев, Р.В. Мизерене, Е.А. Мильчакова ; Междунар. ин-т резерв. возможн. человека. – СПб., 2004. – 149 с.

4. *Ерышев О.Ф.* Динамика ремиссий при алкоголизме и противорецидивное лечение = The remission dynamics in alcoholism and the relapse-preventive treatment / О.Ф. Ерышев, Т.Г. Рыбакова ; С.-Петербург. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева. – СПб., 1996. – 187.

5. *Ерышев О.Ф.* Этапы течения ремиссий при алкоголизме и профилактика рецидивов : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.45 / Ерышев О.Ф. ; [С.-Петербург. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева]. – СПб., 1998. – 52 с.

6. *Жиздюк А.А.* Факторы формирования ремиссии у военнослужащих с начальными проявлениями алкоголизма (клинико-психопатологическое и катamnестическое исследование) : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.18 / Жиздюк А.А. ; [Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова]. – СПб., 2005. – 15 с.

7. *Заявка 2000110508/14 Рос. Федерация*, МПК⁷ А 61 В 5/00. Способ определения вероятности устойчивой ремиссии у больных хроническим алкоголизмом / Савчикова Л.В., Спесивцев А.В., Соловьев А.Г., Сидоров П.И., Чернобровкина Т.В. ; Арханг. гос. мед. акад. – Заявл. 24.04.2000 ; опубл. 10.02.2002.

8. *Иванец Н.Н.* Героиновая зависимость (клиника и лечение постабстинентного состояния) / Н.Н. Иванец, М.А. Винникова. – М. : Медпрактика-М, 2001. – 126 с.

9. *Клиника и лечение* нервно-психических расстройств у больных алкоголизмом в период ремиссии : (метод. рекомендации для врачей и интернов) / Каз. гос. мед. ин-т ; сост. Л.К. Шайдукова. – Казань, 1986. – 20 с.

10. *Клиника ремиссий* и профилактика рецидивов у больных хроническим алкоголизмом с различными преморбидными особенностями личности : (метод. рекомендации) / сост.: Ш.А. Мурталибов, Л.А. Турсунходжаева ; Гл. упр. леч.-проф. помощи Минздрава УзССР. – Ташкент : Фан, 1987. – 20 с.

11. *Ляшенко А.А.* Клиническая динамика и терапия психотических форм алкоголизма на этапе формирования ремиссии : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.45, 14.00.18 / Ляшенко АА ; [НИИ психич. здоровья Том. науч. центра РАМН]. – Томск, 2005. – 24 с.

12. *Методические рекомендации* по ранней диагностике алкоголизма и контролю устойчивости ремиссии в условиях Якутии (клинические и биохимические) / Сиб. отд-ние АН СССР, Якут. фил., Ин-т биологии ; Тазлова Р.С. [и др.]. – Якутск, 1988. – 44 с.

13. *Мизерас С.В.* Кризисно-реабилитационная психологическая помощь при героиновой наркомании на основе метода эмоционально-эстетической психотерапии : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 05.26.02 / Мизерас С.В. ; Междунар. ин-т резерв. возможн. человека [и др.]. – СПб., 2002. – 23 с.

14. *Мильчакова В.А.* Психологический статус героиновых наркоманов в динамике годовой ремиссии при оказании кризисно-реабилитационной помощи методом стрессовой психотерапии : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 05.26.02 / Мильчакова В.А. ; Междунар. ин-т резерв. возможн. человека [и др.]. – СПб., 2004. – 24 с.

15. *Парахина, М.В.* Психофизиологические и психологические особенности опийных наркозависимых в разные периоды ремиссии : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.02 / Парахина М.В. ; [Ростов. гос. ун-т]. – Ростов/Д, 2003. – 16 с.

16. *Пат. 2135190 Рос. Федерация*, МПК⁶ А 61 К 35/26. Способ предупреждения рецидивов алкоголизма / Даренский И.Д., Гамалея Н.Б. ; Государственный научный центр наркологии. – № 96107669/14, заявл. 18.04.1996 ; опубл. 27.08.1999.

17. *Пат. 2238034 Рос. Федерация*, МПК⁷ А 61 В 5/16. Способ прогнозирования длительности ремиссии у больных алкогольной зависимостью в периоде становления ремиссии / Ерышев О.Ф., Иовлев Б.В., Рыбакова Т.Г. [и др.] ; С.-Петерб. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева. – № 2002127702/14, заявл. 15.10.2002 ; опубл. 20.10.2004.

18. *Поддержание ремиссии* при алкоголизме и их ферментативный контроль / И.Н. Пятницкая [и др.] ; Москов. НИИ психиатрии МЗ РФ [и др.]. – М., 1984. – 19 с.

19. *Постнов В.В.* Расстройства адаптации у больных алкоголизмом в ремиссии : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.18 / Постнов В.В. ; [Оренбург. гос. мед. акад.]. – Оренбург, 2003. – 28 с.

20. *Прогнозирование длительности* ремиссии при восстановительном лечении больных алкогольной зависимостью на этапе становления ремиссии : метод. рекомендации / сост.: О.Ф. Ерышев [и др.] ; С.-Петерб. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева. – СПб., 2006. – 20 с.

21. *Пятницкая И.Н.* Наркомании : (рук. для врачей) / И.Н. Пятницкая. – М. : Медицина, 1994. – 540 с.

22. *Реабилитация больных алкоголизмом на различных этапах формирования ремиссии* : метод. рекомендации / сост.: О.Ф. Ерышев, Т.Г. Рыбакова ; ред. Б.М. Гузиков ; С.-Петерб. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева. – СПб., 1993. – 15 с.

23. *Ремиссии при алкоголизме = Remissions in alcoholism* : сб. ст. / под ред. И.В. Бокото [и др.]. – Л. : Ленингр. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева. – СПб., 1987. – 158 с. – (Сб. науч. тр. ; т. 118).

24. *Ремиссия* / И.Н. Лосев, Г.В. Зеневич // Большая медицинская энциклопедия : в 28 т. – М. : Сов. энцикл., 1984. – Т. 22. – С. 151–152.

25. *Ремиссия* // Большая советская энциклопедия : в 30 т. – 3-е изд. – М. : Сов. энцикл., 1975. – Т. 22. – С. 9.

26. *Спонтанные ремиссии при алкоголизме* / О.Ф. Ерышев, А.М. Красильников, В.Д. Вид, Е.Ф. Бажин // Ремиссии при алкоголизме = *Remissions in alcoholism* : сб. ст. / под ред. И.В. Бокото [и др.]. – Л. : Ленингр. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева. – СПб., 1987. – С. 25–33 с. – (Сб. науч. тр. ; т. 118).

27. *Турсунходжаева Л.А.* Ремиссии при хроническом алкоголизме : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Турсунходжаева Л.А. ; [ВНИИ общ. и судеб. психиатрии им. В.П. Сербского]. – М., 1987. – 23 с.

Л.С. Сергеева

ВЛИЯНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ВОСПРИЯТИЯ БОЛЕЗНИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования

Введение

В настоящее время наиболее частыми причинами инвалидизации и смертности среди населения являются онкологические, сердечно-сосудистые заболевания, а также сахарный диабет. У пациентов с метаболическим синдромом (МС), представляющим собой совокупность ассоциированных заболеваний, таких как гипертоническая болезнь, сахарный диабет и ожирение, риск инвалидизации увеличивается в несколько раз, снижается трудоспособность и сокращается продолжительность жизни в среднем на 7–12 лет [3].

Анализ опубликованных литературных данных показал, что работ, посвященных изучению индивидуально-психологических характеристик пациентов с МС, их влияния на качество жизни (КЖ) в настоящее время недостаточно.

КЖ представляет собой интегральную характеристику физического, психического и социального функционирования пациента, основанную на его субъективном восприятии, и отражающую степень жизненного комфорта и уровень бытовой и трудовой активности. Медицинские аспекты КЖ включают влияние самого заболевания, лечения и наступающего в результате болезни ограничения функциональной способности в повседневной жизнедеятельности больного [2, 5].

Принципиально важным отличием КЖ является то, что оценка состояния больного базируется на его субъективном восприятии, которое не всегда совпадает с мнением врача и окружающих. Некоторые исследователи считают, что показатель КЖ предпочтительнее для оценки успешности лечения хронических заболеваний по сравнению с традиционными показателями (выживаемость, частота госпитализаций, инвалидизация больных и др.). Он в большей степени коррелирует с работоспособностью пациента и риском смерти, чем с рядом объективных параметров функционирования сердца [1, 11].

Учет клинических и психологических особенностей больных с МС является важной предпосылкой разработки адекватной программы реабилитации и может способствовать повышению эффективности лечения, снижению уровня инвалидности и социальной адаптации больного.

Целью настоящего исследования является изучение оценки КЖ, влияния на нее занятости и отношения к болезни пациентов с МС в связи с задачами психологической реабилитации этих больных.

Материал и методы исследования

Проведено исследование КЖ у 48 пациентов, из них 35 женщин и 13 мужчин, страдающих МС в возрасте от 32 до 60 лет, средний возраст ($51,5 \pm 3,4$) года, госпитализированных в психосоматическое отделение городской больницы г. Санкт-Петербурга. Для изучения влияния на КЖ занятости пациентов и специфики восприятия болезни, обследованные лица были разделены на две группы - работающие (Р) и неработающие (Н) на момент обследования. Группа Н (23 чел.) состояла из лиц, неработающих по семейным обстоятельствам, в связи с инвалидностью или уходом на пенсию.

Контрольную группу составили 42 больных гипертонической болезнью, проходивших лечение в тот же период времени в психосоматическом отделении. Данная группа имела половозрастные характеристики, а также соотношение числа работающих и неработающих пациентов, аналогичные основной группе.

Диагноз МС ставился на основании рабочего определения МС, принятого ВОЗ [3]. Согласно ему пациент должен иметь нарушение толерантности к глюкозе или сахарный диабет 2-го типа и/или инсулинорезистентность и два или более из следующих показателей: артериальная гипертония, дислипидемия, центральное ожирение, микроальбуминурия.

Все больные были обследованы в соответствии со стандартами клинической практики (клинические и биохимические анализы крови и мочи, ЭКГ, ЭхоКГ, УЗИ органов брюшной полости и почек), консультированы эндокринологом, психиатром, психотерапевтом, офтальмологом и другими специалистами в соответствии с требованиями лечебной задачи.

Ожирение 1-й ст. было выявлено у 77,1 %, ожирение 2-й ст. – у 14,3, ожирение 3-й ст. – у 8,6 % обследуемых лиц. У всех больных диагностирована гипертоническая болезнь II–III ст., сахарный диабет 2-го типа, не осложненное течение. Динамическое наблюдение за больными осуществлялось кардиологом в условиях психосоматического стационара кардиологического профиля.

Для изучения состояния здоровья, отношения к болезни и связанных с ней ограничений использовались следующие методы исследования:

- клинико-психопатологический метод;
- изучение медицинской документации (медицинские карты стационарного больного, медицинские карты амбулаторного больного, справки о группе инвалидности);
- экспериментально-психологическое обследование, включающее изучение самооценки КЖ с применением опросника SF-36 [9, 10, 12], определение типа отношения к болезни с помощью опросника для психологической диагностики типов отношения к болезни (ТОБОЛ) [8], изучение индивидуально-психологических характеристик личности с помощью опросника личностной и ситуационной тревожности Спилбергера-Ханина (СПХ), госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS), шкалы Монтомгери-Асберг (MADRS) и шкалы Гамильтона для оценки депрессии (HDRS) [7].

Опросник SF-36 включает 36 вопросов и позволяет оценить КЖ по следующим шкалам:

- 1) General Health (GH) – общее состояние здоровья – оценка больным своего состояния здоровья в настоящий момент;
- 2) Physical Functioning (PF) – физическое функционирование, отражающее степень, в которой здоровье лимитирует выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей и т. п.);
- 3) Role-Physical (RP) – ролевое физическое функционирование – ограничение выполнения повседневной и профессиональной работы в зависимости от физического недостатка;
- 4) Role-Emotional (RE) – влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование, предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности (включая увеличение затрат времени, уменьшение объема выполненной работы, снижение качества ее выполнения и т. п.);

5) Social Functioning (SF) – социальное функционирование, определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение);

6) Bodily Pain (BP) – интенсивность болевого синдрома и его влияния на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома;

7) Vitality (VT) – жизнеспособность (подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным);

8) Mental Health (MH) – самооценка психического здоровья, характеризует настроение (наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций).

Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с помощью программы Statistica for Windows 6.0 с использованием параметрических и непараметрических методов и критериев.

Результаты и их обсуждение

Анализ полученных характеристик КЖ пациентов с МС показал их существенное снижение по всем шкалам опросника SF-36 в сравнении с опубликованными данными других авторов по обследованию здоровых лиц [4, 6]. В связи с наличием инвалидизирующих ассоциированных заболеваний, таких как ожирение, гипертоническая болезнь и сахарный диабет, у больных с МС более всего понижаются самооценка общего состояния здоровья, физической и социальной активности, субъективная оценка эмоционального состояния, порога восприятия болевых ощущений и их влияния на жизнедеятельность.

Сравнение структуры самооценки КЖ больных с МС и больных гипертонической болезнью (ГБ) выявило некоторые особенности, представленные в табл. 1.

В группе больных МС по сравнению с данными больных ГБ выявлено достоверное снижение ($p < 0,05$) усредненного показателя оценки физической работоспособности (PF), показателей оценки влияния физического (RP), эмоционального (RE) состояния и интенсивности болевых ощущений на повседневную и профессиональную деятельность (BP), что свидетельствует об ухудшении самочувствия пациентов с МС, возможно, вследствие присоединения таких ассоциированных заболеваний, как сахарный диабет и ожирение. Вместе с тем, обращает на себя внимание, что оценка общего состояния здоровья (GH) и жизнеспособности (VT) у этих больных выше, чем у пациентов с ГБ.

Таблица 1

Оценка КЖ по шкалам SF-36 у больных МС и ГБ ($M \pm m$)

Шкала SF-36	Показатель, балл			
	Больные ГБ	Больные МС	Группа Р	Группа Н
GH	39,9 ± 0,9	44,4 ± 1,3	48,3 ± 2,7	39,6 ± 2,2
PF	61,4 ± 3,3	48,0 ± 2,7	55,4 ± 1,3	44,3 ± 1,8
RP	31,2 ± 2,7	18,0 ± 1,6	43,0 ± 3,4	25,0 ± 2,7
RE	36,8 ± 1,1	31,6 ± 2,0	55,1 ± 2,3	43,7 ± 3,5
SF	44,6 ± 1,4*	48,3 ± 1,6*	53,1 ± 2,5	46,8 ± 1,3
VP	45,9 ± 1,4	40,3 ± 1,9	45,5 ± 1,6	33,8 ± 2,8
VT	38,2 ± 2,1	44,1 ± 2,5	51,5 ± 1,8	40,0 ± 3,4
MN	44,6 ± 0,4*	45,7 ± 0,6*	45,6 ± 0,2*	45,7 ± 0,8*

Примечание: * - не значимые различия в группах ГБ и МС, Р и Н,
все остальные различия в группах значимые, при $P < 0,05$

С целью установления причины подобной диспропорции оценки КЖ у пациентов с МС проведены внутригрупповые сравнения (см. табл. 1). В группе Н установлено достоверное снижение усредненного показателя самооценки КЖ по всем шкалам, за исключением шкалы самооценки психического здоровья (МН), характеризующей настроение. Таким образом, лица, продолжающиеся трудиться, оценивают свое общее состояние здоровья, жизнеспособность, физическую и социальную активность зна-

Экспериментально-психологическое обследование больных с МС с помощью опросников личностной и ситуационной тревожности Спилбергера-Ханина (СПХ), HADS, MADRS, HDRS для оценки депрессии позволило установить у неработающих лиц (группа Н) повышение уровня тревоги и депрессии (табл. 2).

Наличие инвалидизирующих заболеваний, утрата трудоспособности, отсутствие возможности самореализации приводят к появлению субклинически проявляющихся тревожно-депрессивных расстройств у пациентов обеих подгрупп, более выраженных в подгруппе неработающих (группа Н). Результаты психологического тестирования дополняют данные клинического обследования и свидетельствуют о том, что усиление выраженности клинических симптомов у больных с МС приводит к снижению КЖ, нарушению психической адаптации и «уходу в болезнь». Особенно значимо снижено КЖ у неработающих пациентов.

Таблица 2

Уровень тревоги и депрессии по данным тестов у больных с МС ($M \pm m$)

Тест	Группа Р	Группа Н
Показатель тревоги, балл		
HADS-тр.	9,8 ± 0,9	10,6 ± 1,3
СПХ-Р	48,0 ± 2,3*	55,6 ± 1,9*
СПХ-Л	52,7 ± 3,3*	60,4 ± 2,6*
Показатель депрессии, балл		
HADS-депр.	7,3 ± 1,1	8,4 ± 1,3
MADRS	5,8 ± 1,4*	10,7 ± 1,7*
HDRS	8,4 ± 0,7*	12,6 ± 1,1*

Примечание: * - уровень значимости различий в группах при $P < 0,05$.

Больные с МС остро переживают ощущение изменения своего социального статуса, зависимость от окружающих, финансовую нестабильность. Отсутствие возможности реализовать накопленный опыт, знания, умения в профессиональной деятельности является для них дополнительным фактором, приводящим к стрессу. Работающие же больные сожалеют о том, что не в состоянии работать с полной отдачей. Страх, связанный с ощущением непреодолимости существующих проблем, накладывает отпечаток на их жизнедеятельность, снижая настроение, вызывая ощущение бесперспективности и бесполезности затраченных усилий, приводя к защитной реакции ограничительного поведения.

Вместе с тем больные вынуждены следовать медицинским рекомендациям, предписывающим необходимость постоянного соблюдения диеты и режима, контроля артериального давления и уровня сахара в крови, ежедневного употребления лекарственных препаратов, занятий физкультурой и т. п. Для этих больных проблема комплаенса наиболее значима, и ведущую роль в ее решении играют тип отношения пациента к заболеванию и умение принять себя в новом социальном статусе.

Исследование типов отношения к болезни на основании профилей шкальных оценок опросника ТОБОЛ у пациентов с МС позволило выявить преобладание в группе Н диффузного типа отношения к болезни (у 73 % респондентов), по сравнению с группой Р, для которой характерны наряду с диффузным типом (48 % случаев) преимущественно эргопатический тип отношения к заболеванию.

Для эргопатического типа свойственно снижение критичности к своему состоянию, «уход в работу», нарушение рекомендаций врача при отсутствии выраженных проявлений психической дезадаптации. Диффузный тип включает тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический и сенситивный типы отношения, для которых типична ин-

трапсихическая направленность личностного реагирования на болезнь, обуславливающая нарушение социальной адаптации и проявляющаяся в дезадаптивном поведении больных: реакциях по типу раздражительной слабости, тревожном, подавленном состоянии, «уходом в болезнь», отказом от борьбы с последствиями заболевания.

Такой тип отношения к болезни влияет на КЖ больных с МС, ограничивает их жизнедеятельность и диктует необходимость проведения психологической реабилитации и мер профилактики. Психологическая реабилитация должна быть направлена на формирование адекватной психологической реакции на болезнь, принятие пациентом себя в новом социальном статусе, убеждение в необходимости соблюдения медицинских рекомендаций.

Для выполнения поставленной цели необходимы разъяснение сущности заболевания, значения лечебных мероприятий и мер вторичной профилактики, формирование правильного отношения к своему здоровью и адекватного отношения к себе и своему заболеванию, перестройка внутренней картины болезни, коррекция поведенческих и аффективных расстройств, настрой пациента на выполнение всей программы реабилитации и преодоление социальных последствий заболевания.

Выводы

1. Наличие в структуре МС инвалидизирующих ассоциированных заболеваний, таких как ожирение, гипертоническая болезнь и сахарный диабет, снижает КЖ пациентов, определяемое более всего по изменению субъективного восприятия физической работоспособности и влияния физического состояния и интенсивности болевых ощущений на повседневную и профессиональную деятельность.

2. У пациентов с МС, неработающих на момент обследования, выявляется более выраженный уровень тревожно-депрессивных расстройств и снижение КЖ по сравнению с работающими. Для неработающих лиц характерен диффузный тип отношения к болезни, включающий тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический и сенситивный типы, определяющие нарушение психосоциальной адаптации больных.

3. Для улучшения КЖ больных с МС, наряду с медицинской, необходимо проведение психологической реабилитации, наиболее важным звеном которой является формирование адекватного отношения к себе и перестройка внутренней картины болезни.

4. Необходимо дифференцированно подходить к решению проблемы комплайенса, учитывая данные клинико-психологического обследования, тип отношения к болезни и профессиональную занятость больных с МС.

Литература

1. *Беленков Ю.Н.* Определение качества жизни у больных с хронической сердечной недостаточностью / Ю.Н. Беленков // Кардиология. – 1993. – Т. 33, № 2. – С. 85–88.
2. *Колпакова Е.В.* Качество жизни и артериальная гипертония: роль оценки качества жизни в клинических исследованиях и практической деятельности врача / Е.В. Колпакова // Терапевтический архив. – 2000. – Т. 72, № 4. – С. 71–74.
3. *Метаболический синдром у женщин* / В.А. Беляков [и др.]. – СПб. : СПбМАПО, 2005. – 440 с.
4. *Новик А.А.* Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова. – СПб. : Нева ; М. : ОЛМА–ПРЕСС, 2002. – 320 с.
5. *Оценка качества жизни больного в медицине* / А.А. Новик [и др.]. // Клин. медицина. – 2000. – № 2. – С. 10–13.
6. *Рябов С.И.* Качество жизни больных, находящихся на лечении гемодиализом / С.И. Рябов, Н.Н. Петрова, И.А. Васильева // Клин. медицина. – 1996. – № 8. – С. 29–31.
7. *Смулевич А.Б.* Депрессии в общей медицине : рук. для врачей – / А.Б. Смулевич. – М. : Мед. информ. агентство, 2001. – 256 с.
8. *Усовершенствованный вариант опросника для психологической диагностики типов отношения к болезни (ТОБОЛ) : метод. рек.* / Л.И. Вассерман [и др.] ; С.-Петербург. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева. – СПб., 2001. – 33 с.
9. *Jenkinson C.* Short form 36 (SF–36) health survey questionnaire: normative data for adults of working age / Jenkinson C., Coulter A., Wright L. // British Medical Journal. – 29 May 1993. – Vol. 306. – P. 1437–1440.
10. *McHorney C.A.* The MOS 36–item short–form health survey: II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs / C.A. McHorney, J.E. Ware, A.E. Raczek. // Medical Care. – 1993. – Vol. 31. – P. 247–263.
11. *Sullivan M.* Quality of life assessments make sense – do they make difference? / M. Sullivan // Quality of Life and Regulatory Issues: Quality of life news-letter, special Issue. - March 1998. – P. 5.
12. *Ware J.E.* The MOS 36-item short–form health survey (SF–36). I. Conceptual framework and item selection / J.E. Ware, C.D. Sherbourne. // Medical Care. – 1992. – Vol. 30. – P. 473–483.

ПСИХОТЕРАПИЯ И РЕАБИЛИТАЦИЯ

Е.М. Янковская

ПСИХОТЕРАПИЯ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ (СЕМЕЙНОЕ) КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ В СЕМЬЯХ ПОСТИНСУЛЬТНЫХ БОЛЬНЫХ

Санкт-Петербургский научно-исследовательский
психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева

На современном этапе развитии ангионеврологии медико-социальное значение проблемы церебрального инсульта определяется высокими показателями заболеваемости и инвалидизации среди наиболее трудоспособной и профессионально активной части населения.

Снижение качества жизни семей в связи с изменением ролевых функций, финансовые проблемы, их социальная изоляция делают необходимым привлечение членов семьи больного к активному участию в реабилитационном процессе, в создании лечебной перспективы, формировании у пациентов трудовых установок, а также смягчения негативных стрессовых реакций на болезнь и инвалидизацию [1, 3]. Это требует тщательного изучения характеристик семейных отношений и разработки комплекса мероприятий по их коррекции, что не нашло достаточного отражения в научной литературе [6], в особенности представляющей отечественную специфику.

В исследовании приняло участие 100 семей пациентов, находившихся на лечении на отделениях реабилитации неврологических больных МСЧ № 18 и НИПНИ им. В. М. Бехтерева. Один из членов этих семей перенес церебральный инсульт давность которого составила от 1 мес. до 2 лет. Возраст пациентов колебался в пределах от 25 до 65 лет.

Семьи были разделены на две группы. Больные, перенесшие инсульт в составе обеих групп получали восстановительное лечение по стандартной схеме. Первая группа (основная) включала в себя 50 семей, в составе которых постинсультные больные (15 женщин и 35 мужчин) имели следующую неврологическую симптоматику: 16 % – правосторонний гемипарез средней и легкой степени выраженности, 80 % – левосторонний гемипарез легкой и средней степени, 4 % – глубокий левосторонний гемипарез. 20 пациентов проживали совместно с супругами, в состав семей 30 человек входили дети и внуки.

Члены семей основной группы принимали участие в процессе индивидуальной психотерапии и психологического (семейного) консультирования.

Во вторую группу (контрольную) входило 50 семей постинсультных больных (20 женщин и 30 мужчин), которые не проходили этапа психотерапии и психологического (семейного) консультирования в ходе реабилитационных мероприятий.

В контрольной группе пациенты, перенесшие инсульт в 20 % случаев имели правосторонний гемипарез средней и легкой степени выраженности, в 74%-левосторонний гемипарез легкой и средней степени, а в 6 % глубокий левосторонний гемипарез. 18 человек проживали совместно с супругами, а в состав семьи 32 человек входили дети и внуки.

Применение классических схем психотерапии и семейного консультирования у данного контингента больных затруднено из-за тяжелого соматического состояния, обусловленного прежде всего нарушением мозгового кровообращения, а также наличием сопутствующих заболеваний [1, 5]. Разработанная система психотерапии и семейного консультирования, в общем, носила эклектический характер и включала техники динамической, когнитивно-поведенческой и рациональной психотерапии в семейном, супружеском и индивидуальном вариантах [2, 4].

На основании анализа литературы и эмпирических исследований были выбраны определенные техники психологического вмешательства, которые сложились в методику комплексного применения индивидуальной психотерапии и психологического (семейного) консультирования [7].

Методика индивидуальной психотерапии

До начала проведения семейного консультирования в семьях больных, перенесших инсульт и параллельно с ним, проводилась индивидуальная психотерапия как с самими пациентами, так и с их родственниками.

Индивидуальная психотерапия носила системный эклектический характер и соединяла в себе специально отобранные для решения задач психотерапии техники когнитивно-поведенческой, рациональной и гештальт-психотерапии.

I этап – «Контрактный» включал в себя 1–2 сессии по 60 мин. Задачами первого этапа являлось установление контакта и заключение психотерапевтического контракта, в котором распределяется индивидуальная ответственность сторон и формулируются определенные задачи, сроки лечения. Этот этап позволяет идентифицировать проблемы, выделить и укрупнить мишени психотерапевтического процесса, а также наиболее точно подобрать методики и приемы работы с пациентом.

II этап – «Реконструктивный». Так как одной из основных проблем пациентов и их родственников, столкнувшихся с инсультом, является ограниченная информация (или ее отсутствие) о болезни и лечебных перспективах, то в психотерапевтической работе большое место отводилось «психообразованию». Именно эта поэтапно осуществляемая система психотерапевтических воздействий, предусматривает наиболее полное информирование о причинах, последствиях и лечебных перспективах инсульта.

Также задачами второго этапа являлись: осознание пациентом своих проблем, связанных с болезнью и семейным функционированием, выявление неадаптивных способов coping, их вербализация и замена на более адаптивные способы совладания со стрессовой ситуацией.

Это наиболее емкий этап психотерапевтического процесса, он продолжался 8–12 час. при частоте встреч 2 раза в нед. и проходил в дальнейшем параллельно семейной работе. Для разрешения этой ситуации применялись следующие техники:

- разъяснение (для достижения осознания проблем и когнитивных нарушений);
- убеждение, переориентация (изменение отношения к правилам регуляции поведения, замена их новыми, более гибкими правилами, достижение качественных когниций);
- психобразование (создание лечебных перспектив, переориентация не только в лечебном, но и в социальном плане);
- экспериментальный метод (оценка последовательности внешних событий и реакций на них, выявление психотравмирующих событий), объединявший в себе различные игровые приемы и методы погружения пациента в значимые ситуации по принципу «здесь и сейчас».

Для этого как больным так и их родственникам предлагалось оценить и вербализировать свое эмоциональное состояние в настоящий момент, опираясь на ABC-теорию эмоций. Т.е. предлагалось соотнести свой актуальный опыт (инсульт) со своими убеждениями и их эмоциональными последствиями. Затем они составляли примерный план проведения реабилитационных мероприятий и поведения в зависимости от степени информированности в отношении болезни и лечебных перспектив на основе озвученного материала. После того, как план составлен, начинается его проработка по пунктам для выявления иррациональных представлений и стратегий поведения.

Параллельно с прорабатыванием очередного пункта плана, психотерапевт давал наиболее полную информацию по предъявленному вопросу, после чего на основании полученных данных, вносились корректировки. Это происходило путем дискуссии иррациональных убеждений, поиском адекватных, последовательных, логичных рациональных паттернов поведения. На этом фоне отслеживалось изменение эмоционального восприятия ситуации. Дискуссия затрагивала эмоциональный, когнитивный и поведенческий уровни.

Такой порядок работы давал возможность проработать проблемы информированности каждого и уменьшить тревожное ожидание неясных перспектив.

После корректировки плана дальнейшего поведения, с целью максимально быстрого преодоления последствий инсульта, использовались различные обучающие методики для выработки практических навыков

адекватного поведения. На занятиях корректировались лечебные перспективы по мере освоения пациентами новых паттернов мышления, ими письменно составлялись «поведенческие шаблоны», эффективность которых прорабатывалась на психотерапевтических сеансах путем погружения в значимую ситуацию. При возникновении трудностей в выполнении письменных заданий больными, перенесшими инсульт (наличие парезов), записи производит психотерапевт под диктовку.

На протяжении психотерапевтического процесса корректировалось отношение постинсультных больных и их родственников к самому факту мозговой катастрофы. Ими составлялись таблицы отношения к данному стрессовому событию и в дальнейшем происходило последовательное уменьшение значимости этого события, что приводило к смене полярности некоторых пунктов, указанных в таблице или нивелированию их значимости.

В ходе работы с постинсультными пациентами их родственниками было выявлено, что все практические действия и обсуждения имеют для них яркую эмоциональную окраску. Поэтому работа с эмоциями стала носить обязательный характер. Это происходило с помощью техник гештальт-терапии: «горячий стул», «выражение недовольства», «работа с полярностями».

Все эти техники имели свою специфику, т.к. применялись у постинсультных больных. Они вначале ограничивали вопросы задаваемые на «горячем стуле» рамками перенесенного инсульта (или отношением к нему) и только, когда пациент сможет откровенно отвечать на данные вопросы, не давая выраженной соматической реакции (резкое повышение АД, ЧСС, боли в сердце), можно переходить к более личным вопросам затрагивающим другие области межличностных отношений (с супругом, детьми, сексуальные отношения).

При проведении экспериментально-психологического тестирования, было выявлено, что в семьях постинсультных больных резко ограничено проявление гнева, недовольства. В таких семьях практически все члены в большей или меньшей степени испытывают чувство вины по поводу произошедшего, трансформировавшееся, по-видимому, из чувства недовольства.

Таким образом, психотерапия обязательно захватывала работу с этими эмоциями. Пациентам предлагалось записать все ситуации, по поводу которых они испытывают чувство вины, а затем заменить «чувство вины» на «злость», а затем озвучить написанное с проявлением соответствующих эмоций. Научиться осознавать, принимать и отреагировать свои эмоции являлось задачей этой техники.

Еще одна методика, применяемая у данного контингента, — это «работа с полярностями». Ее задачей было научить пациента разбираться в сложившейся ситуации и видеть каждый эпизод своей жизни с двух сторон. В любом отрицательном событии есть нечто положительное, необхо-

димо лишь это увидеть. Сравнивая положительное и отрицательное, используя диалог с собою с различных точек зрения, можно взглянуть на свои чувства, страхи и недовольства под разным углом зрения. Это, в свою очередь, дает варианты выбора тактики поведения в любой, даже в самой критической ситуации. Найти эти варианты – цель техники.

III этап «Поддерживающий» продолжался при необходимости (параллельно с семейными встречами с психотерапевтом) 2–3 мес. при одной 60-минутной сессии 1 раз в 2–3 нед.

Этот этап носит поддерживающий характер и ставит своей целью закрепление достижения адаптивных способов копинга пациентом, способствующих успешному психосоциальному и семейному функционированию.

В качестве домашних заданий использовалось применение на практике навыков общения и эмоционального реагирования, обсуждения друг с другом планов реабилитации, составления на основе этого дневников практических занятий и планов по расширению социальных контактов. В эти дневники и планы вносились не только мероприятия, направленные на восстановление физических возможностей постинсультного больного (ЛФК, массаж, ИРТ, расширение двигательного режима), но и совместные культурные походы в театры, музеи, на выставки, в гости.

При каждой последующей встрече обсуждались, возникающие при этом индивидуальные проблемы и подготавливались вопросы для совместных семейных встреч.

С каждым сеансом индивидуальной психотерапии сокращалось время для личных обсуждений и постепенно индивидуальная работа становилась все менее значительной по времени и заменялась семейными встречами.

Таким образом, можно сказать, что проведение индивидуальной психотерапии с членами семьи больного, перенесшего инсульт, является необходимым для осуществления наиболее адекватной семейной работы и снижения риска соматических осложнений (повышение артериального давления, сердечные приступы, повторный инсульт) у пациентов при психоэмоциональном напряжении в ходе психологического (семейного) консультирования.

Методика психологического (семейного) консультирования

Особенность этой методики в том, что психологическое (семейное) консультирование фактически является логическим продолжением индивидуальной психотерапии и практически ее повторяет этапы.

Необходимым и обязательным условием проведения консультирования является контроль за соматическим состоянием постинсультных пациентов. В большинстве случаев состояние больного достаточно лабильно и перед началом и после окончания сеанса, проводилось измерение артериального давления, частоты пульса и определение общего состояния больного.

I этап «Диспозиция». Задачей этого этапа являлось получение наиболее полной информации о составе семьи, особенностях ее многоуровневого функционирования (биологического, психологического и социального), а также заключение контракта и планирование «психотерапевтического маршрута».

Вначале происходило установление контакта психотерапевта с членами семьи. Собеседование начиналось с обсуждения семейной ситуации отдельно с каждым членом семьи во время проведения индивидуальной психотерапии, что позволяло получить более искреннее и точное представление о семье. Это в дальнейшем значительно облегчает присоединение консультанта к семье. На этом этапе собиралась и анализировалась информация о пациентах с использованием психологического и анамнестического методов исследования, а также обсуждение контрактных обязательств сторон. В этот момент происходило распределение ответственности: консультант обычно отвечал за условия безопасности консультации, за технологию доступа к разрешению проблем клиента, а клиенты отвечали за собственную активность, искреннее желание осуществить коррекцию дисгармонии своего ролевого поведения, социального и интимного функционирования, возникшие в связи с развитием инсульта у одного из членов семьи. Затем участники психотерапии обсуждали продолжительность работы и длительность одного сеанса. Было увеличено общее время этого этапа консультирования до 4–6 час. с периодичностью встреч 2–3 раза в неделю по 45–60 мин. Такое изменение продиктовано необходимостью помочь супругам на ранних этапах адаптироваться к резко изменившимся условиям семейного функционирования в результате развития инсульта у одного из них, осознать произошедшие перемены ролевой структуры семьи, выявить и более четко и осознанно сформулировать проблему контракта, а также выявить возможности к разрешению возникших в связи с этим проблем.

На этом же этапе происходило выяснение состояния семейных отношений в предболезненный период, способностей супругов к продуктивному общению и адекватному социальному функционированию, что позволяло еще более четко увидеть изменившуюся в связи с болезнью систему семейных отношений и более точно наметить мишени для психологической коррекции, а также оценить ресурсы семьи и каждого из ее членов.

Для этого участникам консультирования предлагалось составить «семейный паспорт», т.е. записать состав и функциональные обязанности и взаимоотношения членов семьи до того, как один из ее членов перенес мозговой инсульт. Затем такое же описание давалось ими на настоящий момент (в начале консультирования). На основе полученной информации проводилась вся консультативная работа на следующих этапах консультирования.

Для укрепления чувства уверенности пациентов при проведении психологического (семейного) консультирования и психотерапии, требовалось на каждой сессии подводить итог успешности разрешения обсуждаемых ранее проблем, а также с учетом прежнего опыта, знаний пациента проводился настрой на положительный итог совместной с психотерапевтом работы.

II этап «Осознание и реконструкция (компенсация)». Задачей этого этапа являлось достижение наиболее полной психосоциальной адаптации как семьи в целом, так и отдельных ее членов, построенная на осознании причин декомпенсации семейного функционирования. Частота встреч была 2-3 раза в неделю вначале и 1 раз в нед. в конце этапа (8-12 час. при 45-60 минутной сессии).

В процессе психологического (семейного) консультирования проводилась работа на основе составленного больными и их родственниками «семейного паспорта». С его помощью происходил анализ семейной ситуации, выяснялись «расстановка сил» и возможные варианты их изменений, а также сложившихся отношений. В некоторых случаях наиболее «патогенными» были доболезненные стереотипы поведения в семье, которые стали одним из важных факторов возникновения инсульта одного

Для поиска путей выхода из сложившейся ситуации и построения наиболее адекватного паттерна поведения в семье использовались техники рациональной, когнитивно-поведенческой психотерапии, психагогики. Это было связано с необходимостью выбора наиболее простых и вместе с тем реальных факторов влияния на психологически неподготовленных пациентов, нуждающихся в срочной помощи. К числу таких техник относились:

- истолкование (начинается еще на стадии индивидуальной психотерапии), включающее разъяснение сущности заболевания, причин его возникновения, возможных последствий перенесенного инсульта с точки зрения семейных (а также супружеских) взаимоотношений и формирование адекватных ожиданий пациента и его родственников. Необходимость этого продиктована практически полным отсутствием четкой информации для больных и их родственников о перенесенном инсульте. Это приводит к тому, что происходит неадекватная оценка состояния больного, сроков лечения и его результатов (от полного игнорирования серьезности заболевания до переоценки и восприятия болезни как «конец нормальной жизни»).

С помощью данной техники в представлении самого больного и его родственников формируется реальная картина болезни, индивидуальная в каждом конкретном случае. При этом семьи учились относиться к болезни как к свершившемуся факту и воспринимать ситуацию после инсульта не как обычную простуду или «конец жизни», а как другую жизнь. И для

того, чтобы жить полноценно и дальше, нужно сформировать несколько иные стереотипы поведения.

В результате такого позитивного настроения снимался целый ряд дополнительных источников тревоги, открывающий пациенту возможность более адекватно контролировать свое соматическое состояние и иметь реальные ожидания от реабилитационных мероприятий вообще и от семейного консультирования в частности.

Консультант на основе клинической картины, психологических характеристик больного дает наиболее полное описание возможных вариантов течения заболевания и на основе обратной связи вместе с членами семьи анализирует их;

• убеждение и переориентация (когнитивное реструктурирование), способствующие коррекции когнитивного, поведенческого и эмоционального компонента отношения к болезни как больного, так и его семейного окружения. В этом случае происходило обсуждение положительных и отрицательных результатов инсульта (как клинических, так и психосоциальных), стереотипов поведения, конкретных жизненных ситуаций, когнитивно-поведенческих и эмоциональных реакций на них.

Членам семьи предлагалось заполнить таблицу, в которой указывались, с одной стороны, отрицательные, а, с другой стороны, некоторые положительные моменты болезни. Затем участники консультирования обсуждали причины и последствия инсульта и связывали их между собой. Самостоятельное нахождение причинно-следственной связи в возникновении заболевания, способствовало осознанию участниками консультирования своего поведенческого (когнитивного и эмоционального) копинга. Здесь же используются данные экспериментально-психологического обследования, проведенного до этапа психотерапии. Больные и их родственники информируются о результатах тестирования и вместе с психотерапевтом обсуждают их. Выявленные изменения затрагивают, по всей вероятности, не только сам период после инсульта, но и доинсультный период, т.к. многие деструктивные варианты копинга в семье могли быть одним из факторов провоцирующих инсульт.

В дальнейшем, опираясь на вышеуказанные данные, проводился анализ «семейного паспорта». Сначала вербализовались варианты стереотипов поведения, характерных для данной семьи, затем эти варианты проигрывались по ролям. При этом четко контролировалось соматическое состояние больного и степень эмоциональных реакций на психологически значимые моменты. Эти меры предосторожности необходимы, т.к. после перенесенного инсульта, пациенты могли дать резкое повышение АД, ЧСС и др. Постепенно происходило когнитивное и поведенческое научение, а также предлагался «веер» решений проигрываемых ситуаций;

• обучающие методики, способствующие модификации убеждений и личностных установок больного и его родственников, направленные на

изменение отношения к болезни, коррекцию в системе ценностей, что позволяло пациенту вновь ощутить себя полноправным членом семьи и создавало ряд позитивных перспектив в отношении активизации больного и повышения мотивации к лечению.

С этой целью вырабатывались шаблонные паттерны поведения в эмоционально значимых ситуациях, а также члены семьи осваивали «разговорную тактику» поведения, т.е. учились обсуждать друг с другом свои точки зрения и мотивы поведения в различных случаях. В дальнейшем они учились принимать факт существования другого мнения и искать компромиссы. С этой целью устраивались ролевые игры и диалоги на заданную тему;

. поиск новых шаблонов поведения - «веера решений» для членов семьи больного. Как правило, вопросы, решаемые в этой части, касались супружеских отношений, затрагивающих область чувств, эмоций и интимных взаимоотношений супругов. Особенностью семей больных, перенесших инсульт, являлся неконструктивный подход к семейным отношениям и, в частности, к сфере интимных отношений. Особенно это ярко прослеживается в тех супружеских парах, где инсульт перенес мужчина (45 % всех обследованных пар). Члены таких семей, как правило, проходят консультирования отдельно, работа в паре становилась возможной лишь на завершающих этапах.

Помимо психотерапевтической работы в клинике пациенты и их родственники дополнительно получали домашние задания (выполнение которых было возможно при нахождении больных в условиях стационара). Например, семьям поручалось установить контакт с другими семьями и постинсультными пациентами отделения (обсудить просмотренную передачу, поговорить о дальнейших планах и др.); самостоятельно (больному) выполнить то действие, которое дается с трудом из-за двигательных нарушений (одеться, умыться, побриться и др.), при этом другой член семьи может помогать лишь давая моральную поддержку и подбадривая. Эти задания были направлены на психосоциальную адаптацию и улучшение семейного функционирования и их результаты обсуждались при последующих встречах.

III этап «Поддерживающий». Этот этап начинался с окончанием сроков госпитализации пациентов и был направлен на закрепление полученных результатов и профилактику возможных осложнений в состоянии постинсультных больных, их родственников и семьи в целом, а также на повышение качества жизни, участников психотерапевтического процесса.

Этот этап проходил на основе анализа домашних заданий, которые получали семьи. Эти задания касались выработки шаблонных паттернов поведения для постинсультных больных в новых (внебольничных) условиях и касались таких категорий, как самообслуживание, уборка, расширение режима (поход за почтой, на улицу в магазин, поликлинику и др.).

Во время встреч с консультантом происходил анализ выполненного и трудностей, возникающих при этом. Нарбатывалась практика выполнения различных дел при проигрывании ситуаций, вызвавших наибольшие затруднения.

На этом же этапе появлялась практика супружеских (сексуальных отношений). Партнеры могли анализировать происходящее в этой сфере совместно с консультантом. Однако, сначала вопросы интимным взаимоотношений обсуждались супругами отдельно, во время прохождения индивидуальной психотерапии и лишь после этого на совместных сессиях.

Третий этап был наиболее продолжительным по времени (до 5–6 мес. в отдельных случаях) и включал в себя в начале – 1 сессию в нед., затем 1 раз в 2–3 нед.).

Постепенно семьи постинсультных больных составляли новый «паспорт семьи» и идеальный «паспорт», т.е. подбирали характеристики наиболее устраивающие всех ее членов. В дальнейшем семьи учились выстраивать такие отношения, которые способствовали бы не только наиболее полному восстановлению больных, но и самореализации остальных ее членов.

Для оценки эффективности методики комплексного применения индивидуальной психотерапии и психологического (семейного) консультирования использовались [3]: опросник оценки степени самообслуживания больного – индекс Бартела; методика «Шкала семейного окружения»; Гиссенский личностный опросник; цветовой тест отношений; методика Э. Хайма для исследования копинг-поведения. Все вышеуказанные исследования проводились трижды: при поступлении в стационар, после проведения психотерапии и в катамнезе (через 1 год после выписки).

Практически по всем исследуемым показателям получены достоверные различия ($p < 0,05$) в динамике психического и физического состояния пациентов основной и контрольной групп, их родственников, а также их семейного функционирования. Эти результаты статистически значимы, как по окончании психотерапии, так и в катамнезе, что доказывает эффективность применения разработанной методики в семьях постинсультных больных.

Таким образом, комплексное применение индивидуальной психотерапии и психологического (семейного) консультирования позволяет наиболее безопасно для соматического состояния больного провести коррекцию выявленных нарушений семейного функционирования, индивидуальных деструктивных паттернов поведения как самого больного, так и членов его семьи. А также способствует не только созданию оптимального для восстановления больного после инсульта климата, но и может способствовать более эффективной профилактики повторных инсультов.

Литература

1. *Демиденко Т.Д.* Факторы, влияющие на эффективность и прогноз реабилитации постинсультных больных / Т.Д. Демиденко, О.А. Балунов // Тез. докл. VIII Всесоюзного съезда невропатологов, психиатров и наркологов. – М., 1988. – Т. II. – с. 14–16.
2. *Психотерапевтическая энциклопедия* / под общ. ред. Б.Д. Карварского – СПб. : Питер, 1999. – 752 с.
3. *Роль семейных взаимоотношений в реабилитации больных, перенесших инсульт: пособие для врачей.* / О.А. Балунов [и др.] – СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2000 – 33 с.
4. *Эйдемиллер Э.Г.* Психология и психотерапия семьи / Э.Г. Эйдемиллер, В. Юстицкис. – 2-е изд., расшир. и доп. – СПб. : Питер, 2000. – 656 с.
5. *Янковская Е.М.* Семейное консультирование в системе реабилитации больных, перенесших инсульт / Е. М. Янковская, О.А. Балунов // Сборник трудов НИПНИ им. В.М. Бехтерева. – СПб., 2001. – С. 73–82.
6. *Lofgren B.* Stroke rehabilitation-discharge predictors / B. Lofgren, L. Nyberg, P.O. Osterling, M. Mattsson, Y. Gustafson // *Cerebrovasc Dis.* – 1997. – Vol.7. – P. 168–174.
7. *Yankovskay E.* Psychotherapy sessions in families of post-stroke patients / E. Yankovskay // *European Journal of Neurology* – Sept. 2006 // Abstracts of the 10th Congress of the European Federation of Neurological Societies 2-5 Sept. 2006 Glasgow, UK – P. 267–268

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ РИСУНОК В СТРУКТУРЕ ТАНЦЕВАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Городская психиатрическая больница № 6, Санкт-Петербург;
Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования

Введение

Танцевальная терапия как понятие и целенаправленная форма психотерапии зародилась в США в 1940-х годах. В настоящее время танцевальная терапия активно распространяется по всему миру, научные разработки и исследования осуществляются не только в США, но и во многих странах Европы, таких как Швеция, Финляндия, Голландия и в России.

В 1966 г. в США была основана American Dance Therapy Association (ADTA), которая и в наши дни поддерживает и распространяет высокий профессиональный стандарт в танцевально-терапевтической деятельности. В 1979 г. Юдифь Банни (Judith Bunney), в то время являвшаяся президентом ADTA, предложила определение метода танцевальной терапии. *Танцевальная терапия — это психотерапевтическое использование танца и движения как процесса, способствующего интеграции эмоционального и физического состояния личности [2].*

Танцевальная терапия состоит из двух равноценных составляющих, танец и терапия. В принятой во всём мире танцевальной терапии роль танцевального терапевта активна. Подобно психотерапевтам других направлений, танцевальный терапевт создает с пациентом контакт, который в дальнейшем определяет рамки и границы терапии, направляет психотерапевтический процесс. В то же время в «гуманоструктурированной танцтерапии Г. Аммона» техника так называемого свободного танца используется психоаналитиком в групповой работе, которая может длиться довольно долгое время (от 1 года до 3 лет). Психоаналитик не танцует с пациентом, а ждёт, когда сам пациент начнёт танцевать, а затем вербализировать свои чувства. Разработанная Н.Ю. Оганесян краткосрочная танцевальная терапия в психиатрическом стационаре является наиболее приемлемой для нашей страны, так как сроки пребывания больных в стационаре постоянно сокращаются в виду удорожания лечения [3].

Можно полагать, что танцевальная терапия вобрала в себя множество разных подходов — от психоаналитических теорий и психодинамической терапии до поведенческой терапии, гештальттерапии и телесноориентированной терапии. Одними из главных инструментов в танцевальной терапии помимо танца, считаются музыка и ритм. Некоторые танцевальные терапевты могут не использовать в своих сессиях музыку, но ритм всегда обязательно присутствует. Танцевальная терапия стоит в

одном ряду с художественной, музыкальной, драма - терапией. Все эти направления получили общее название экспрессивных видов терапии, поскольку их объединяет то, что они апеллируют к эмоциям, выражаемым с помощью искусства [5].

Различные художественные формы, такие как танец, живопись, музыка, драма включают в себе элемент игры и тем самым способствуют развитию спонтанности человека, укреплению самооценки, способности более глубоко чувствовать и переживать проблемы и комплексы, которые не были отреагированы ранее [6, 7]. Эти экспрессивные формы часто используются совместно. Например, танец и движения могут быть задействованы в музыкальной терапии, в то же время драма-терапия и танцевальная терапия используют в качестве вспомогательного средства живопись.

За рубежом танцевальная терапия с 40-х гг. прошлого столетия успешно применяется в реабилитации психически больных, в частности, больных шизофренией, имеющих когнитивные нарушения. Применение танцевальной терапии в данном случае направлено на развитие различных функций больных шизофренией, таких как психомоторные, коммуникативные, психоэмоциональные. В процессе свободных импровизаций на невербальном уровне происходит так же отражение и осознание интрапсихической проблематики пациентов.

В танцевальной терапии велика роль личностного подхода, так как главной задачей танцевального терапевта является не только раскрытие на невербальном уровне особенностей личности и проблематики больного, но и коррекция нарушенных взаимоотношений с окружающим миром. Танцевальный терапевт работает со «здоровым ядром» личности, раскрывая посредством танца индивидуальность каждого больного, его способность открыто и эмоционально выражать свои чувства.

В медицинской среде бытует мнение, что арттерапией в медицинских психиатрических учреждениях должны заниматься только врачи или профессиональные психологи [1]. Но существует и другой подход к этой проблеме в мире. В Америке, Англии, Европейских странах (Голландия, Германия, Швеция, Финляндия) давно открыты высшие школы арт-терапии, куда принимаются в первую очередь люди, профессионально владеющие каким-либо видом искусства [2].

Хотя двери этих высших учебных заведений открыты для врачей и психологов, социальных работников, специалистов по лечебной физкультуре, которые хотели бы применять в своей работе методы арттерапии как вспомогательные, им предстоит сдать экзамен на профессиональное владение выбранным видом искусства. В книге Р.Б. Хайкина «Художественное творчество глазами врача», написанной в 1992 г., отмечается, что все эти перечисленные специалисты обязаны владеть тем видом искусства, которое они предполагают использовать в качестве терапии [4].

В то же время художники, актеры, музыканты и танцовщики-хореографы должны получить профессиональные знания в области медицины, психологии и психотерапии (по сути, получить второе высшее образование). Перед тем как получить диплом музыкального, танцевального, художественного или драма-терапевта учащимся этих учебных заведений необходимо представить творческие работы в виде профессиональных художественных вернисажей, хореографических, драматических и музыкальных постановок в профессиональных коллективах.

У нас в стране профессиональные обучающие программы в арт-терапевтических дисциплинах находятся пока в стадии разработки. Научных исследований в этой области явно недостаточно из-за сложностей в объективизации результатов арттерапевтической работы, анализ которой трудно поддается математической обработке с помощью статистических методов исследования.

Материал и методы исследования

Для прохождения танцевальной терапии врачи стационара направляют больных шизофренией с различными формами и течением заболевания, в том числе с дефицитарными расстройствами, варьирующими от неглубоких, приближающихся к астеническому дефекту, до выраженных апато-абулических проявлений с аспонтанностью, безынициативностью, эмоциональной отгороженностью, угнетением витального тонуса, дисгармоничностью моторики. Больные были обследованы методами клинико-психологического обследования.

Применялась методика танцевальной терапии, которая была разработана Н.Ю. Оганесян [3]. Курс танцевальной терапии прошли 230 пациентов психиатрического стационара (на базе городской психиатрической больницы № 6 и НИПНИ им. В.М. Бехтерева). В настоящее время продолжаются научные исследования влияния танцевальной терапии на психоэмоциональное и психомоторное состояние больных с различными формами шизофрении в городской психиатрической больнице № 6. Танцевальная терапия, применяемая в психиатрическом стационаре, включает 10 сессий продолжительностью 1,0–1,5 часа дважды в неделю.

Обобщение результатов и примеры исследования

В статье представлены возможности применения метода психотерапевтического рисунка как вспомогательного во время прохождения танцевальной терапии. Структура танцевально-терапевтических сессий, разработанная для больных шизофренией, содержит следующие этапы:

- 1) разминка (гимнастика ци-гун или корригирующая гимнастика по системе профессора Ю.А. Афанасьева), задачей которой является подготовить тело к танцу;

2) обсуждение группой темы сессии, в рамках которой посредством вербального и образного представления темы формулируются задачи последующих этапов;

3) индивидуальные и общие танцевальные импровизации (спонтанные танцевальные коммуникации в паре и группе, танец с предметами, импровизационный танец), которые используются для стимуляции коммуникативных функций, отреагирования и выражения эмоций, моторно-двигательного высвобождения энергии;

4) показ картины-мишени, отвечающей теме сессии, с последующим ее обсуждением;

5) релаксация по теме картины, функцией которой является эмоционально-образное воспроизведение темы сессии в воображении и телесное расслабление после танцевальной части;

6) психотерапевтическое рисование собственного видения темы, позволяющее вербализировать переживания во время танца и релаксации;

7) заключительная часть – общий групповой танец, направленный на закрепление танцевальных коммуникаций.

Метод психотерапевтического рисунка используется в качестве вспомогательного в процессе танцевальной терапии. Сочетание танца и рисования играет существенную роль в развитии нарушенной моторной координации, особенно, дифференцированных двигательных реакций, в первую очередь рук и зрения, которые играют важную роль в формировании сенсомоторных реакций. Движение глаз, фиксация ими предметов на рисунке, различение ярких красок, прослеживание перемещения предметов и движений в танце, способствует формированию координации ряда функциональных систем, нарушенных в процессе заболевания.

Тематический психотерапевтический рисунок упорядочивает необычность ассоциаций, настроение больных. Темы психотерапевтического рисунка подбираются в зависимости от темы танцевально-терапевтической сессии, ими могут быть – геометрические фигуры, облака, море, лес, остров, дом, маяк и т. д. В процессе рисования больные либо раскрывают тему сами соответственно своим представлениям, либо отталкиваются от предложенной картины – мишени. На первых пяти сессиях они рисуют цветными карандашами, а затем акварельными красками.

Основные сложности при анализе рисунков душевнобольных связаны с оценкой их стилистических особенностей и формально-структурных элементов – линий, цвета, ритма, композиций и т. п. Рисункам душевнобольных нередко присущи нарушения пропорции, стереотипии, манерность и вычурность, обилие предметов и их «разорванность» или шаблонность. Часто только с помощью танца или рисунка можно узнать о переживаниях больного.

На танцевально-терапевтических сессиях больные чувствуют себя свободно и защищено. Как сказала одна больная: «Только на танцеваль-

ной терапии я могу общаться с другими и не бояться, что меня не поймут». Иногда пациенты с невыраженными нарушениями когнитивных функций описывают содержание своих рисунков на оборотной стороне листа, а потом показывают рисунок участникам группы, рассказывают о нем, а группа обсуждает – какие чувства вызвал тот или иной рисунок.

Существуют различные формы работы с рисунком в процессе танцевальной терапии.

1. Применение рисунка с целью достижения графического выражения танцевально-терапевтического катарсиса с последующим вербальным отреагированием при помощи диалога и переструктурирования (перерисовки) проблемы на рисунке. Пациентка 2-го реабилитационного отделения НИПНИ им. В.М. Бехтерева.

Пример 1. Пациентка Т. – 25 лет, диагноз: шизоаффективное расстройство. Больной на предпоследней (9-й) сессии групповой танцевальной терапии, была предложена индивидуальная импровизация на музыку композитора Альбинони. Больная самостоятельно выбрала именно эту музыку, потому что она ей понравилась, когда танцевальный терапевт танцевала с другой больной. Во время танца Т. явно выражала движениями и мимикой просьбу о поддержке и помощи. Одна из больных откликнулась на этот призыв, они протанцевали гармоничную парную импровизацию, в конце которой обнялись, как бы расставаясь. На вопрос танцевального терапевта: «Что ты чувствовала, когда танцевала?», Т. ответила: «Как будто с кем-то близким расставалась». Ее партнерша добавила, что ей хотелось помочь Т., чтобы она не так страдала, у нее было ощущение во время танца, что они расстанутся навсегда. Больше девушки ничего добавить не смогли.

В структуре сессии была заложена тематическая релаксация с последующим психотерапевтическим рисунком под музыку. Танцевальный терапевт оставила музыку Альбинони для релаксации и предложила тему – «Дорога к Храму» для вербализации переживаний. Целью этого задания было пройти по дороге, войти в Храм, сесть на скамью и просто посидеть отдыхая. Ниже приводится диалог танцевального терапевта и пациентки после релаксации во время рисования.

Т. открыла глаза после релаксации, села и спросила: «Можно я нарисую что-то свое, что я видела?»

Танцевальный терапевт: «Конечно, это прекрасно, что у тебя появилась своя тема» и подошла к пациентке, когда она только начала рисовать, спросив: «Что ты рисуешь?».

Т.: «Знаете, я была на могиле у тети и даже с ней разговаривала. Представляете! Я рисую ее могилу». Крупные слезы падали на листок бумаги.

Танцевальный терапевт: «Ты очень любила свою тетю?»

Т.: «Да, очень, ближе нее у меня никого не было».

Танцевальный терапевт: «Где находится ее могила, ты можешь туда сходить?».

Т.: «Не могу, она похоронена очень далеко отсюда, в другом городе, я даже на похороны не могла поехать. Но я сейчас только что там побывала», сказала она всхлипывая.

На белом листе бумаги в центре листа была нарисована черная могила с крестом.

Танцевальный терапевт: «Ты разговаривала с тетей? Что она тебе сказала?»

Т.: «Да, мы поговорили чуть-чуть. Она была рада, что я ее навестила и пожелала мне счастья. Нам так хорошо было разговаривать, но вот картина что-то совсем грустная получается».

Танцевальный терапевт: «Давай посадим траву, деревья, цветы вокруг могилы. Нарисуем небо и солнце».

Т.: «Ой, правда, как все стало меняться, когда я рисую!»

Танцевальный терапевт: «Конечно, ты сейчас сама создала свой собственный и очень красивый мир. Твоей тете будет теперь хорошо здесь. И хорошо, что вы простились. Ты теперь можешь сама строить свою жизнь, все в твоих руках. Так же как мир менялся на картине, пока ты рисовала, так же он может изменяться и в жизни. Ты сама можешь его менять. Все в твоих руках. Надо жить в этом прекрасном мире, у тебя все еще впереди и все обязательно получится».

Т. больше не плакала, пока рисовала природу, о своей потере говорила спокойно.

Резюмируя, можно отметить, что танцевальная импровизация актуализировала не вполне осознаваемые чувства тоски и горя от потери близкого человека, которые не были большой до конца пережиты в прошлом. Сразу вербализировать свои ощущения после танца пациентка не смогла. Тема релаксации «Дорога к Храму» и повторение музыки, под которую она танцевала, дали почву для выхода на поверхность скорби по поводу потери близкого человека. С помощью психотерапевтического рисунка произошло графическое отреагирование и вербализация эмоций.

2. Рисунок, следующий за переживаемыми образами после танцевальной импровизации и релаксации с целью выявления особенностей личности и коррекции эмоционального состояния. Приведем примеры работы с двумя пациентами психиатрического стационара, прошедших 10 сессий групповой танцевальной терапии.

Пример 2. Больной Н. — 43 года, диагноз: параноидная форма шизофрении, выраженный волевой дефект, инвалид II группы.

Остановимся на рисунках больного, выполненных после индивидуальных, парных и групповых танцевальных импровизаций. Рисунок на свободную тему на первой сессии показал уплощенность воображения, проблемы пространственной организации и слабость линий в прорисовке изображения. Начиная с пятой сессии, появилась динамика двигательной активности, рука начала приобретать силу, характер линий стал изменяться, они стали более четкими, появилась композиционная прорисовка пространства.

После релаксации с темой «Геометрические фигуры» (больным было предложено визуализировать геометрические фигуры) пациентом был нарисован треугольник по середине листа, что может являться свидетельством эгоцентризма, агрессивных тенденциях в структуре личности. На следующей сессии на этапе релаксации было предложено нарисовать дерево. Была поставлена задача: на сложенном в три раза листе нарисовать дерево с корнями, стволом и кроной. В каждой части листа должен быть прорисован соответствующий фрагмент дерева. Больной идентифицировал себя с кленом, с несформированной кроной и корнями, что интерпретируется как выражение интрапсихической проблематики. Постепенно, под влиянием танцевальной терапии, больной стал более коммуникабельным, способным устанавливать контакты с другими пациентами, как в группе, так и в отделении.

Последний рисунок на заключительной сессии на свободную тему представлял собой следующую картину: было нарисовано озеро, заросшее камышами, и вокруг лес. При этом больной часто говорил, что представить что-либо в воображении ему не составляет труда, хотя на практике это оказывалось не так. Цветовой фон его картин, сделанных во время танцевальной терапии на последних сессиях не демонстрировал агрессивности. В процессе танцевальной терапии наблюдалась следующая динамика: больной начал строить образы в танце (импровизировать на заданную и свободную темы), движения стали более сильными, амплитудными, разнообразными и эмоционально насыщенными.

В течение года больной дважды прошел курс групповой танцевальной терапии с интервалом в два месяца. В процессе повторных занятий оказалось, что содержание рисунков осталось без изменений, динамика характера двигательных функций сохранилась, что свидетельствует об устойчивости полученных результатов. Но, не смотря на то, что образ дерева остался прежним, детали рисунка существенно изменились: дерево прорисовано с сильными корнями и кроной, прорисованы также листья и цвет осенней листвы. Эти данные говорят о значительных позитивных изменениях эмоционального состояния пациента, повышении самооценки, что подтверждалось результатами психологического исследования и было объективизировано медицинским персоналом отделения.

Пример 3. Больной В. — 47 лет, диагноз: параноидная форма шизофрении, инвалид II группы.

Через два месяца после поступления в лечебное учреждение пациенту, ввиду сложностей в вербальных контактах, была предложена танцевальная терапия, посещать которую он охотно согласился. На третьей сессии, после танцевальной импровизации на этапе релаксации было предложено задание на визуализацию геометрически фигур. На рисунке он изобразил два прямоугольных многоэтажных дома с окнами, стоящих углом, и хоккейную площадку во дворе. На крышах домов стояли телевизионные антенны, но дома и хоккейная площадка висели в воздухе, земля не была прорисована. Схематично больной нарисовал мальчика на площадке, сказав, что это он. На рисунке в небе летели две птицы, по направлению к дому. На вопрос танцевального терапевта: «Что это за птицы, кто бы это мог быть?», — пациент ответил: «Это я и брат. Мы летим домой. Знаете, когда я играл в хоккей, то часто смотрел на наши окна, мне было приятно, что мама видела, как я играю». «Там в детстве было так хорошо!» —

добавил он тихо, а затем удивленно сказал: «Как странно, после того как мы с вами танцевали, вместо геометрических фигур вдруг вспомнилось детство».

Необходимо отметить, что пациент часто спонтанно вербализировал свои ощущения после танца, релаксации и рисунка, помогая танцевальному терапевту следить за динамикой его ощущений и эмоций. Как правило, комментарии были точными и понятными. На предпоследней девятой сессии его танцевальные импровизации стали значительно выразительнее, он брал инициативу на себя, если танцевал с женщиной. При просмотре видеоматериала танцевально-терапевтических сессий было очевидно, что пациент стремится проявлять инициативу, активность, вызывать интерес у женщин.

Пациент начал высказывать мысли, что мужчина обязательно должен иметь семью, заботиться о женщине и быть в семье главным, очень переживал, что у него семьи нет. На одной из сессий была предложена танцевальная импровизация на тему встречи двух людей. Затем на этапе релаксации была предложена тема «Дом», целью которой являлось нарисовать дом, в котором ты был бы счастлив. Пациент стал рисовать свою комнату. Он рисовал долго и комментировал.

Танцевальный терапевт: «Что ты рисуешь?»

В.: «Это моя комната, знаете, перед тем, как попасть в больницу я устроил настоящий погром в квартире, все разбросал. В релаксации «въехал» в свою комнату и решил убраться. Я два года назад переехал в эту квартиру в центре города, здесь потолки очень высокие и это пространство меня мучает. Надо как-то соразмерить эти пустые стены. Вот я думаю, мы рисуем такие красивые картины на темы из Вашей фотокниги, может купить репродукции, сделать рамку да на стену повесить».

Он нарисовал за это время кровать и себя в ней (только голову и руку, без одеяла и подушки), рядом тумбочку и торшер, чуть дальше шкаф. На потолке люстра горит и стены очень высокие и голые.

Танцевальный терапевт: «Конечно, можно купить репродукции картин, которые тебе нравятся, да я думаю, что и Олег (он художник) что-нибудь тебе нарисует в подарок перед выпиской. Ты можешь раскрасить сейчас свою комнату и мебель, придумай цвет обоев, повесь картины. Как ты думаешь, где их лучше разместить?»

Другие больные слышали наш разговор, они уже закончили рисовать и выложили свои рисунки на пол для обсуждения. Все девять человек подошли к нам, встали рядом и стали подавать советы, где что лучше повесить. *В. сказал: «У меня еще гитара есть, куда бы ее деть?» Больная, стоящая рядом: «А ты повесь гитару на стену между тумбочкой и шкафом».* *В.* так и нарисовал. Следует отметить, что все пациенты с удовольствием обсуждали эту тему и давали советы, где развесить картины, где повесить зеркало. Таким образом, на этапе обсуждения рисунка активизировались не только коммуникативные способности пациентов, но и произошла консолидация всей группы, а для *В.* желание убраться в доме явилось одним из признаков улучшения состояния перед выпиской.

Конечно, больные шизофренией с дефицитарными проявлениями имеют сложности концентрации внимания, нарушения мыслительной

деятельности, тем не менее, у значительной части больных в структуре личности присутствуют ресурсы, которые могут служить мишенью для применения методов психотерапии, особенно таких ее форм, как танцевальная и художественная терапии. Эта работа, по нашему мнению, должна быть долгосрочной и продолжаться после выхода больного из стационара в качестве поддерживающей терапии.

В заключении можно сделать следующие выводы:

- работа с рисунком способствует проявлению творческих способностей пациентов;
- рисование улучшает координацию движений, особенно мелкую моторику и пространственную ориентацию;
- работа с цветом в процессе рисования позволяет гармонизировать психоэмоциональное состояние пациентов;
- рисунок позволяет фиксировать полученную в процессе танцевальных импровизаций информацию, делает ее доступной для дальнейшей вербализации, интерпретации и анализа.

Литература

1. Вид В.Д. Психотерапия шизофрении / В.Д. Вид. – СПб. : Питер, 2001. – 233 с.
2. Грёнлюнд Э. Танцевальная терапия. Теория, методика, практика / Э. Грёнлюнд, Н. Оганесян – СПб. : Речь, 2004. – 284 с.
3. Оганесян Н.Ю. Танцевальная терапия в реабилитации психотических расстройств : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.04 / Оганесян Н.Ю. ; [Рос. гос. пед. ун-т им. А.И. Герцена]. – СПб., 2005. – 18 с.
4. Хайкин Р.Б. Художественное творчество глазами врача / Р.Б. Хайкин. – СПб. : Наука, 1992. – 232 с.
5. Grönlund E. Konsnärliga terapier / E. Grönlund, A. Alm, I. Hammarlund. – Stockholm : Natur & Kultur, 1999. – 390 p.
6. Winnicott D.W. Lek och verklighet / D.W. Winnicott. – Stockholm : Natur & Kultur, 1971. – 240 p.
7. Winnicott D.W. Playing and reality / D.W. Winnicott. – London : Pouttedge 1991. – 169 p.

НАРКОЛОГИЯ И РЕАБИЛИТАЦИЯ

И.Г. Ванкон, А.И. Ванкон

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ НАРКОЗАВИСИМЫХ

Реабилитационный центр «Перекресток семи дорог», Ангарск;
Иркутский государственный технический университет

В последние годы высказываются мнения об объединении различных направлений науки и практики в психологии и медицине. Проблемы психотерапии, конкуренции психологической и биологической модели психического здоровья и возможности их слияния подробно обсуждались на 1-м съезде Российской Психотерапевтической Ассоциации (Тюмень, 1995) [11].

Структурный биопсихосоциальный подход к человеку и его здоровью нашел отражение в работах отечественных философов и врачей М.М. Кабанова, В.П. Петленко, Г.И. Царегородцева и др. В своих работах они отмечали основную задачу социологии медицины – анализ взаимодействия медицины с обществом, с различными социальными институтами, познание законов развития и функционирования теории здравоохранения как социального феномена.

Проблема заключается в том, что специализация медико-биологических наук мешает восприятию человека как единого целого. Традиционно медико-биологические науки не выходят за пределы самого организма, разделяя его на органы и ткани, не учитывая поведенческую деятельность человека, различные потребности (не только биологические) как социальные и духовные. По мнению А.Б. Холмогоровой: «Важным шагом на пути преодоления биологического и психологического редуционизма стала разработка системной биопсихосоциальной модели психической патологии» [12].

Концепция биопсихосоциального подхода была принята и зарубежными учеными. В этой концепции предлагается учесть мультифакторность всех заболеваний: все биомедицинские проблемы находятся под влиянием психосоциальных факторов и сами могут служить причиной вторичных поведенческих и психосоциальных проблем. Этот подход составил методологическую и методическую базу нашей деятельности [2–5].

Теория функциональных систем, предложенная П.К. Анохиным, постулирует принципиально новый подход к физиологическим явлениям. Она изменяет традиционное «органное» мышление и открывает картину целостных интегративных функций организма [1]. Системный подход как принцип изучения любого психического явления или психологической проблемы в настоящее время общепринят в научном психологическом со-

обществе. С медицинской точки зрения, алкоголизм и наркомания рассматриваются как тяжелейшие заболевания, сопровождающие человека всю жизнь без возможности полного выздоровления. С психологической точки зрения, химическая зависимость формирует расстройство личности в целом, на всех уровнях ее психической организации, в том числе, и на психосоциальных уровнях взаимодействия в ее микро- и макросоциумах [3].

Лечение и реабилитация человека требуют внимания и к психологическим аспектам страдания, и к социальному контексту его жизни. Для реализации этого подхода создается бригада специалистов, в которую входят психиатры, психотерапевты, психологи, социальные работники. Такой путь использует здравоохранение ведущих стран мира и США. В России, чтобы удовлетворить потребности населения в квалифицированной медико-психологической и социально-психологической помощи, необходимо развитие новых служб социальной психиатрии.

Указанный факт создает необходимость изменений в развитии системы общественного здравоохранения, а именно, требуется создание сети центров медико- и социально-психологических центров, реабилитационных центров, работающих с использованием биопсихосоциального, междисциплинарного, системного и целостного подхода к человеку, при этом используя модель бригады (врачи, психологи, социальные работники), оказывающих комплексную помощь клиентам различного профиля.

Исходя из реальных потребностей населения и задач практической реализации биопсихосоциального и духовного подхода в оказании наркологической помощи наркозависимым г. Иркутска и г. Ангарска был создан реабилитационный центр (РЦ) медико-психологической и социальной помощи клиентам с зависимыми формами поведения «Перекресток семи дорог». Центр практикует подход оказания помощи человеку как к целостной личности и использует современные разнообразные терапевтические, оздоровительные, реабилитационные и профилактические стратегии. Целостный подход обращен как к пациентам, так и к профессионалам, использующим более интегрированную и индивидуализированную практику, признающую уникальность каждого клиента и необходимость исследования его качества жизни в целом. Все это позволяет уделять больше внимания психотерапевтическому сотрудничеству и усилиям самого клиента, учитывающим духовное развитие как необходимое и живительное расширение биопсихосоциальной модели.

Созданию РЦ «Перекресток семи дорог» предшествовал длительный этап поиска и выбора специалистов, их обучение в русле биопсихосоциальной модели медицины, выбора и разработки методов и комплексных моделей психотерапии, профилактики и реабилитации. Специалистами центра стали психиатры-психотерапевты, психологи, социальные работники, применяющие оздоровительные подходы в русле холистической медицины и краткосрочной психотерапии. На этапе формирования команды

центра использовались современные психотехнологии менеджмента: «мозговые штурмы», неформальные встречи с «разговорами в пользу отношений» или «в пользу возможностей», обычно сочетающиеся с обучающими семинарами. В проработке стратегии развития центра принимал участие каждый член команды, которая формировалась в ходе совместной работы.

В результате анализа информации о потребностях населения в различных видах наркологической и психотерапевтической помощи были отобраны несколько первоочередных направлений работы центра.

1. *«Базовая программа»* по работе с зависимыми пациентами от алкоголя и наркотиков на первом этапе развивается по направлениям:

- психологическая и поведенческая коррекция межличностных нарушений;
- формирование позитивного подхода к себе и окружающему миру;
- преодоление анозогнозии зависимого поведения.

2. *«Постпрограмма»* сосредоточена на проблемах зависимых пациентов по предотвращению срывов и рецидивов, по формированию нового позитивного отношения к себе, окружающему миру и ближайшему окружению и развивается в следующих направлениях:

- обучение эффективным навыкам выхода из эмоциональных кризисов;
- обучение навыкам ненасильственного общения;
- предотвращение срывов и рецидивов.

3. *«Семейная программа»* концентрируется на проблемах семейных и социальных отношений с членами семей зависимых лиц, их женами, мужьями, родителями, друзьями и т. д. и развивается в трех направлениях:

- психологическая и поведенческая коррекция нарушений межличностных коммуникаций;
- семейная психотерапия психических и психосоматических заболеваний;
- психопрофилактика семейной и супружеской дисгармонии.

По мере развития РЦ «Перекресток семи дорог» формировались и другие программы, учитывая запросы клиентов и их родственников, а также общества в целом.

4. *«Социальная адаптация»* – программа концентрируется на проблемах зависимых лиц для развития и формирования эффективных трудовых навыков на основе созданного собственного производства (минитипография, автомастерские, автостоянка, подсобное хозяйство) и развивается в направлении психологической и поведенческой коррекции нарушений межличностной коммуникации зависимых лиц внутри трудового коллектива.

5. *«Помощь выпускникам»* имеет целью оказание социально-психологической и социальной помощи выпускникам центра: а) с коммуникативными проблемами; б) с аддиктивными проблемами (срыв или рецидив); в) находящимся в кризисном состоянии. Основными функциональными подразделениями программы являются: 1) телефон экстренной психологической помощи (специализированная телефонная линия поддержки зависи-

мых и созависимых); 2) клуб выпускников. В работе клуба к настоящему времени формируются:

- «Программа по профилактике насилия» – очное консультирование, психологическая поддержка и реабилитация лиц, пострадавших в результате насильственных действий (психологического, физического, сексуального, бытового, семейного и иного насилия. Поддержка и консультирование осуществляются специально подготовленными социальными работниками и волонтерами при супервизии психологов, используются приемы активного слушания, соблюдаются принципы анонимности и конфиденциальности;

- реабилитационная подпрограмма для выпускников, в виде групп само- и взаимопомощи, курируемых социальными работниками.

6. «Снижение вреда» – низкопороговые программы помощи наркозависимым.

7. «Реабилитация в местах лишения свободы» – программа концентрируется на комплексной реабилитации пациентов с зависимыми формами поведения (в развитии зависимости которых ведущую роль играют психосоциальные факторы и проблемы воспитания), а также с психическими заболеваниями пограничного регистра. Специалистами программы разрабатываются и модифицируются новые психотехнологии. В рамках программы используются новые краткосрочные модели психотерапии – когнитивно-поведенческая, рационально-эмоциональная, трансперсональная психотерапия. Взаимодействие с психологами пенитенциарной системы осуществляется в плане реабилитации и профилактической работы (тренинги и консультирование, осуществляемые специалистами программы на основе договоров с двумя исправительными колониями), а также в области научно-практической работы [4].

8. «Телефон доверия» – программа оказания экстренной психологической помощи по телефону решает задачи:

- разработка и реализация комплексной развивающей программы для пациентов с зависимыми формами поведения (развитие навыков оказания эффективной психологической помощи другим, развитие коммуникативных навыков);

- разработка и реализация (совместно со специалистами центра) комплексной технологии психопрофилактики поведенческих, нервно-психических и психосоматических расстройств у созависимых и зависимых (реализация принципа помощи «равный – равному»).

9. «Работа с подростками» – профилактическая работа с подростками (группами риска), помощь выпускникам школ, колледжей и вузов по формированию здорового образа жизни и дальнейшего личностного развития.

Первые пять программ развиваются на принципах самоокупаемости и самофинансирования, остальные четыре программы развиваются на основе грантового финансирования и частично бюджетного финансирования из средств целевых программ г. Ангарска.

С самого начала организационной работы команда РЦ использует гибкий, творческий подход в работе «программ»: формируя многофункциональные бригады специалистов, объединившихся для решения общих задач разными путями, продолжавших далее самостоятельно разрабатывать тактику развития, взаимодействуя с другими программами. Руководители центра после завершения этапа поиска и организации стали играть роль координирующего, анализирующего, информационного, стратегического и контролирующего центра, обеспечивающего и защищающего интеграцию, принимающего решения с учетом целей общего развития РЦ, актуальных потребностей всего центра и интересов каждой из программ.

Такая система организации позволяет координировать усилия всех специалистов и все направления работы, обеспечивает хорошую адаптивность (приспособленность организации к запросам общества), а также достаточную степень гибкости и пластичности организации, возможности оперативного изменения функционирования в ответ на перемены в обществе (изменение потребностей населения, объемы финансирования, необходимость взаимодействия с другими общественными и государственными структурами).

Дальнейшей интеграции коллектива вокруг концепции биопсихосоциального и духовного подхода способствует постоянная профессиональная учеба специалистов на различных семинарах, в балинтовских группах, группах личностно-профессионального тренинга и научно-практических конференциях. Широко практикуются неформальные обсуждения и разборки новых методов психотерапии, психодиагностики, психопрофилактики, психореабилитации и клиничко-психологический анализ. Все профессионалы центра – и психологи, и врачи участвуют в этой учебе и обмене информацией. РЦ «Перекресток семи дорог» с 2002 г. является учебной базой курса психологии ИрГТУ. Специалисты центра приглашаются для проведения занятий в рамках курса на циклы переподготовки врачей кафедрой психиатрии, психотерапии и наркологии Иркутского института усовершенствования врачей. В центре работает блок научно-исследовательской работы.

В решении терапевтических, реабилитационных задач основное внимание уделяется терапевтическому контакту, психосоциальной формулировке истории зависимости, анализу вклада биологических, психологических и социальных факторов в клиническую картину зависимости, осмысленному и обоснованному выбору индивидуальной для каждого клиента программы реабилитации. Специалисты центра используют преимущественно методы недирективной, семейной, краткосрочной психодинамической, трансперсональной психотерапии, психодраму, гештальттерапию и приемы из арттерапии [5, 6, 8, 9]. В последние годы все шире в РЦ стали практиковаться комплексные и многомерные подходы, объединяющие человека и окружающий мир в единую, открытую и динамическую систему

позитивной модели [10], привлекающей большое количество поведенческих и когнитивных приемов, вовлекающих в работу всю семью.

Проблема подготовки социальных работников решается на рабочем месте, они прошли этапы работы и обучение на тренингах активного слушания, телефонного консультирования и стажировку на телефоне доверия при супервизии психолога. Часть социальных работников стажировалась в Польше по линии общественных организаций (социальная работа с жертвами насилия, социальный менеджмент).

Поскольку одной из наиболее ответственных стратегических задач РЦ «Перекресток семи дорог» является психопрофилактика, этот аспект работы значительно изменил взаимоотношения психотерапевтов и психологов с обществом, подобно тому, как это происходит в «общинной психологии», активно движущейся навстречу клиентам. Эта активная позиция закономерно затрагивает всю экосистему города. Опыт показал, что наиболее адекватным субъектом профилактических мероприятий является не индивид, а та социальная группа, к которой он принадлежит. Это дает основание считать такую профилактику психосоциальной, а наиболее мощной мерой предупреждения нервно-психических, поведенческих и психосоматических расстройств – психосоциальные воздействия.

За восемь лет работы сотрудниками РЦ «Перекресток семи дорог» опубликовано более 40 статей в местной и центральной печати, освещающих проблемы наркомании и алкоголизма, посвященных профилактике насилия, аддиктивного поведения, психосоматических заболеваний, здорового образа жизни и здорового воспитания, выпущены брошюры по профилактике социально-негативных явлений в обществе, санитарно-просветительские буклеты и брошюры для целевых групп. При реализации помощи молодежи и подросткам психопрофилактическое направление получило у органов власти в городе поддержку, специалисты РЦ приглашаются к участию в семинарах и конференциях.

Опыт работы РЦ «Перекресток семи дорог» в течение восьми лет показал возможность реализации биопсихосоциальной и духовной модели при системном подходе к решению организационных задач. Практика работы в русле биопсихосоциального и духовного подхода показала целесообразность гибкого функционального принципа построения структуры подобных центров по типу целевых программ, бригадного подхода при комплексном решении проблем пациента, тесного взаимодействия всех направлений работы и широкого сотрудничества с общественными и государственными учреждениями и институтами.

Такая модель работы демонстрирует оперативность решения актуальных задач, очевидную клиническую и экономическую эффективность одновременных разноплановых и комплексных биопсихосоциальных и духовных воздействий в области профилактики, лечения и реабилитации [6, 7]. Немаловажно и то, что в области профилактики и реабилитации подоб-

ные центры заполняют огромные бреши государственного здравоохранения, продолжающего реализовывать преимущественно биомедицинские модели гигиены, профилактики и реабилитации.

Литература

1. *Анохин П.К.* Очерки по физиологии функциональных систем / П.К. Анохин. – М. : Медицина, 1975. – 477 с.
2. *Ванкон И.Г.* Социально-психологические аспекты реабилитации групп с зависимостью от наркотических веществ : автореф. дис. ... канд. психол. наук / Ванкон И.Г. – Ярославль, 2001. – 28 с.
3. *Ванкон И.Г.* Системный подход при реабилитации пациентов с проблемами наркомании и алкоголизма / И.Г. Ванкон, М.А. Медведев, М.Г. Юркова // Психологическая наука и практика: перспективы развития в Иркутской области : материалы науч.-практ. конф. – Иркутск : Изд-во Иркут. гос. пед. ун-та, 2000. – С. 106–112 с.
4. *Ванкон И.Г.* Методическое руководство по работе с осужденными с проблемами химической зависимости и насилия / И.Г. Ванкон, О.В. Зыков. – Иркутск : Облмашинформ, 2005. – 160 с.
5. *Ванкон И.Г.* Психология зависимого поведения / И.Г. Ванкон, Н.В. Крохта. – Иркутск : Изд-во ИрГТУ. – 2006. – 96 с.
6. *Зыков О.В.* Духовно-ориентированные методы лечения наркологических заболеваний : лекции по клинической наркологии / О.В. Зыков, М.Г. Цетлин. – М., 1995. – 258 с.
7. *Кабанов М.М.* Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия / М.М. Кабанов ; С-Петербур. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева – СПб., 1998. – 256 с.
8. *Короленко Ц.П.* Психосоциальная аддиктология / Ц.П. Короленко, Н.В. Дмитриева. – Новосибирск : Изд-во «Олсиб», 2001. – 262 с.
9. *Менделевич В.Д.* Проблема наркомании в России: столкновение интересов специалистов, пациентов, общества и власти / В.Д. Менделевич. – Казань : Школа, 2004. – 240 с.
10. *Пезешкиан Н.* Позитивная семейная психотерапия: семья как психотерапевт : пер. с англ. / Н. Пезешкиан. – М. : Культура, 1994. – 332 с.
11. *Психотерапия: от теории к практике: материалы 1-го съезда Российской Психотерапевтической Ассоциации.* – СПб., 1995. – 212 с.
12. *Холмогорова А.Б.* Психотерапия психических расстройств: современное состояние и основные тенденции развития / А.Б. Холмогорова // Терапия психических расстройств. – М. : Академиздат, 2006. – № 2. – С. 17–24.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Е.Е. Разбаева

ИССЛЕДОВАНИЕ ЗОН НАИБОЛЬШЕЙ СОЦИАЛЬНОЙ ФРУСТРИРОВАННОСТИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН – НЕКОРЕННЫХ ЖИТЕЛЕЙ ЗАПОЛЯРЬЯ КРАЙНЕГО СЕВЕРА РОССИИ

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования

Введение

В связи с ухудшением демографической ситуации в стране, проблемам материнства и детства уделяется особое внимание. Население Заполярья Крайнего Севера России подвержено влиянию комплекса факторов среды, среди которых социальные факторы и образ жизни занимают от 20 до 53 % [1, 3, 6, 7]. Основная часть этих факторов оказывает повреждающее воздействие на плод опосредованно через организм матери [2, 8].

Недостаточная законодательная и социальная защищенность женщин привели к росту влияния стрессовых факторов окружающей среды на репродуктивное здоровье женщин, ухудшение которого приводит к росту неблагоприятных исходов родов и репродуктивным потерям [5, 9, 10]. Эта ситуация сопровождается изменениями в социальных, возрастных и психологических показателях у женщин фертильного возраста, определяющих демографическую ситуацию [11, 12].

Материал и методы

Для изучения зон наибольшей социальной фрустрированности у беременных женщин – некоренных жителей Заполярья, была исследована социальная ситуация, в которой находятся женщины и основные сферы их социального взаимодействия, отраженные в субъективной оценке самих беременных женщин. Результаты, полученные в ходе исследования беременных женщин – некоренных жителей Заполярья (основная группа, 80 чел.), были подвергнуты сравнительному анализу с результатами исследования беременных женщин – жителей Украины (контрольная группа, 36 чел.), выходцы из которой, по данным статистики, занимают второе место по количеству мигрантов из бывших стран СНГ [4].

Возраст беременных женщин составил: в основной группе – от 18 до 44 лет, в контрольной – от 17 до 34 лет. По уровню образования и трудовой занятости исследуемые группы женщин существенных отличий не имеют. По семейному положению беременные женщины исследуемых групп находятся в одинаковых социальных условиях, при этом матерей-

одинок в основной группе меньше, по сравнению с контрольной. Преобладающее количество женщин исследуемых групп ожидают первого или второго ребенка.

Клиническая характеристика беременных женщин исследованных групп осуществлялась на основе клинических диагнозов по историям болезни и индивидуальным картам беременных. Ее анализ позволил сделать вывод о том, что патологические состояния, сопровождающие течение беременности имеют место у беременных женщин обеих групп. Однако, их максимальная выраженность наблюдается у беременных женщин – северян и распределяется по степени выраженности патологии следующим образом: угроза прерывания беременности, хроническая фето – плацентарная недостаточность, анемия беременных, гестоз. У беременных женщин – южан в 25 % случаев отсутствуют осложнения беременности, а также отсутствует диагноз: хроническая внутриутробная гипоксия плода. Выявленные осложнения беременности распределяются по степени выраженности следующим образом: соматическая патология, анемия беременных, заболевания, передающиеся половым путем.

Чтобы реализовать эту задачу, было разработано специализированное полуструктурированное клинико-психологическое интервью, отражающее основные характеристики значимых отношений и зоны наибольшей социальной неудовлетворенности, а также их влияние на соматическое и психологическое состояние в субъективном восприятии беременных женщин.

Для формализации ответов, полученных с помощью интервью, разработана система основных тем, вопросов и вариантов ответов на них, объединенных в десять основных блоков:

- блок 1. Удовлетворенность отношениями с матерью;
- блок 2. Удовлетворенность отношениями с отцом;
- блок 3. Удовлетворенность отношениями с родительской семьей;
- блок 4. Удовлетворенность отношениями с родительской семьей мужа;
- блок 5. Удовлетворенность отношениями с мужем;
- блок 6. Удовлетворенность отношениями с друзьями и сотрудниками на работе;
- блок 7. Удовлетворенность материальным обеспечением;
- блок 8. Удовлетворенность социально-бытовыми условиями;
- блок 9. Отношение к беременности и восприятие себя в состоянии беременности;
- блок 10. Отношение к среде проживания.

Данные, полученные в результате исследования, обработаны с помощью пакета статистических программ SPSS 13.0.

Результаты и их анализ

Результаты проведенного исследования показывают (табл.), что зонами наибольшей социальной фрустрированности у беременных женщин – некоренных жителей Заполярья, по сравнению с беременными женщинами – Украины, являются:

1) беременные женщины – северяне считают условия среды своего проживания неблагоприятными и экстремальными ($p < 0,001$), вызывающими ухудшение настроения ($p < 0,001$) и самочувствия ($p < 0,001$), а также влияющими на желание вынашивать беременность в других климатических условиях ($p < 0,001$);

2) беременные женщины – северяне чаще отмечают влияние погодных условий на режим жизни ($p < 0,001$): они отмечают ухудшение самочувствия ($p < 0,001$), снижение настроения ($p < 0,001$), уровня работоспособности ($p < 0,001$), в то время, как беременные женщины – Украины такой зависимости не отмечают ($p < 0,001$);

3) беременные женщины – северяне в большей степени неудовлетворены продолжительностью своего рабочего дня ($p < 0,001$), по сравнению с беременными женщинами Украины;

4) беременные женщины – северяне считают социально-бытовые условия, в которых проживают неудовлетворительными ($p < 0,01$), в то же время по обеспеченности жильем семьи беременных женщин – северян находятся в более благоприятном положении – они живут в отдельных благоустроенных квартирах. Однако, жилье беременных женщин – северян – это преимущественно (93,7 %) дома в деревянном исполнении, а значит – пожароопасные. Семьи беременных женщин Украины проживают (100 %) в домах капитального исполнения и поэтому не испытывают постоянное психоэмоциональное напряжение, связанное с угрозой для жизни своей и своей семьи;

5) беременные женщины – северяне в большей степени неудовлетворены ассортиментом, стоимостью ($p < 0,01$) и качеством ($p < 0,001$) продуктов питания и воды в регионе своего проживания;

6) удовлетворенность уровнем материального обеспечения своих семей у беременных женщин – северян ниже ($p < 0,01$), по сравнению с беременными женщинами Украины, у которых 50 % от количества опрошенных, считают, что материальная обеспеченность их семей ниже прожиточного минимума ($p < 0,01$). При этом, обращает внимание то, что удовлетворенность своим (личным) материальным положением у беременных женщин – северян выше, по сравнению с женщинами Украины ($p < 0,01$);

7) беременные женщины – северяне менее удовлетворены отношениями в трудовом коллективе и считают их конкурентными ($p < 0,05$), по сравнению с женщинами Украины, у которых в трудовом коллективе преобладают более комфортные и непринужденные отношения. Неком-

фортные и конкурентные отношения в трудовых коллективах беременных женщин – северян, в большинстве случаев, можно объяснить тем, что возможность устроиться на работу по специальности, из-за отсутствия востребованности в условиях региона, имеют не все женщины и многие из них вынуждены работать не по специальности;

Таблица
Данные клинико-психологического интервью беременных женщин, %

Сравниваемый признак	Женщины Крайнего Севера РФ	Женщины Украины	Различия, Р
Неблагоприятные и экстремальные условия среды проживания	45,0	8,3	< 0,001
Влияние погодных условий на режим жизни, в том числе:	75,0	16,7	< 0,001
- на самочувствие	45,0	8,3	< 0,001
- на работоспособность	96,3	50,0	< 0,001
- на настроение	81,2	44,0	< 0,001
Удовлетворенность социально-бытовыми условиями проживания	93,7	0	< 0,001
Удовлетворенность продуктами питания и водой	22,5	75,0	< 0,001
Недостаточное материальное положение семей	85,0	41,7	< 0,01
Удовлетворенность личным материальным положением женщин	67,5	36,1	< 0,01
Напряженные отношения в трудовом коллективе	12,4	0	< 0,05
Напряженные и конфликтные отношения с начальством на работе	22,5	0	< 0,01
Недостаточное участие матери в жизни дочери	18,8	0	< 0,01
Хорошие отношения с родительскими семьями	51,3	83,3	< 0,01
Желанная беременность	90	69,4	< 0,05

8) у беременных женщин – северян чаще имеют место конфликтные ($p < 0,05$) отношения с начальством на работе и неудовлетворенность этими отношениями выше, по сравнению с женщинами Украины ($p < 0,01$);

9) удовлетворенность отношениями с матерью и ее участием в жизни дочери у беременных женщин – северян ниже ($p < 0,01$), по сравнению с женщинами Украины;

10) удовлетворенность отношениями с родительскими семьями (своей и мужа) у беременных женщин – северян ниже, по сравнению с женщинами Украины ($p < 0,01$), при этом потребность большего участия родителей в жизни их дочерей – северян ярче выражена и обуславливает

общую неудовлетворенность отношениями с каждым из родителей. Так, удовлетворенность отношениями с матерью и отцом и их участием в жизни дочери, менее выражена у беременных женщин – северян, по сравнению с женщинами Украины ($p < 0,01$);

11) у большинства беременных женщин – северян преобладает желанная беременность ($p < 0,05$), по сравнению с женщинами Украины, в представлении которых настоящая беременность чаще является неожиданной ($p < 0,01$). Предположительно это связано с тем, что у беременных женщин – северян жизнь более планируемая, так как цели молодых семей, приехавших на Север – это улучшение своего материального положения и рождение детей.

Заключение

Таким образом, дефицит в общении с родительскими семьями, обусловленный их большой географической удаленностью, отсутствие реальной помощи, заботы и психологической поддержки со стороны близких значимых людей, необходимость в связи с этим, рассчитывать только на свои силы ($p < 0,01$), неудовлетворенность материальным уровнем и ценовой политикой, социально-бытовыми условиями, межличностными взаимодействиями в профессиональной сфере, проживание в экстремальных климатических условиях и их комплексного негативного влияния на соматическое и психологическое состояние беременных женщин – северян, в их субъективном восприятии, позволяет оценить исследованные зоны социального функционирования, как зоны повышенной социально-психологической напряженности и фрустрированности.

Результаты исследования необходимо учитывать при планировании психологического сопровождения женщин в течение беременности, а также психопрофилактической и психокоррекционной работы, направленной на подготовку беременных женщин – некоренных жителей Заполярья к родам.

Литература

1. *Александровский Ю.А.* Социально-стрессовые расстройства / Ю.А. Александровский // *Обозр. психиатрии и мед. психол. им. В.М. Бехтерева.* – 1992. – № 2. – С. 22–28.

2. *Андреева М.В.* Состояние репродуктивного здоровья женщин и их потомства в регионе с экологически напряженной обстановкой / М.В. Андреева // *Журн. акушерства и женских болезней.* – 2000. – Вып. 3. – С. 29–30.

3. *Анциферова Л.И.* Личность в трудных жизненных условиях: переосмысливание, преобразование и психологическая защита / Л.И. Анциферова // *Психол. журн.* – 1994. – Т. 15, № 1. – С. 3–19.

4. *Атлас Ямало-Ненецкого автономного округа* / под ред. С.И. Ларина ; ФГУП «Омская картографическая фабрика». – Омск, 2004. – 400 с.

5. *Безрукова О.Н.* Влияние социально-психологических факторов на социальное здоровье беременных женщин : автореф. дис. ... канд. социол. наук / Безрукова О.Н. – СПб., 1998. – 30 с.

6. *Березин Ф.Б.* Психологическая и психофизиологическая адаптация человека / Ф.Б. Березин, М.П. Мирошников, Р.В. Рожанец. – Л. : Наука, 1988. – 270 с.

7. *Дети на Севере: защита, выживание и развитие в условиях экстремальной среды* / Госкомитет РФ по вопросам развития Севера. – М., 1997. – 192 с.

8. *Кулаков В.И.* Актуальные проблемы репродуктивного здоровья женщины / В.И. Кулаков, О.Г. Фролова // Клинич. вестн. – 1997. – № 2. – С. 7–11.

9. *Ломанская Л.В.* Течение беременности у пришлых женщин в регионе Южной Якутии и состояние здоровья новорожденного ребенка : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Ломанская Л.В. – Ставрополь, 2000. – 28 с.

10. *Сумарокова Н.П.* Невынашивание беременности и особенности личности женщины в различных климато-географических регионах Восточной Сибири : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Сумарокова Н.П. – Казань, 1992. – 25 с.

11. *Lindblom M.L.* Women,s reproductive health: some recent developments in occupational epidemiology / M.L. Lindblom // Am. J. Ind. Med. – 1999. – Vol. 36, N 1. – P. 18–24.

12. *Schrenker J.G.* FIGO Comitee Report. FIGO Comitee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women,s Health / J.G. Schrenker, J.M. Cain // J. Gynaecol. Obstet. – 1999. – Vol. 64, N 3. – P. 22 –317.

ПСИХОАНАЛИЗ

С.В. Авакумов

ОБ ОДНОЙ ОСОБЕННОСТИ ПОСТРОЕНИЯ СЮЖЕТА СНОВИДЕНИЯ

Восточно-Европейский институт психоанализа, Санкт-Петербург

Введение

Сновидения в качестве материала для интерпретации или иной работы используются в психотерапевтической практике с незапамятных времен. Так, еще в египетских Серапиомах они, как воля богов, толковались жрецами для разрешения проблем «пациента», в храмах Эскулапа в Древней Греции — для поиска путей излечения страждущих. Начиная с З. Фрейда, они стали составной частью психотерапевтического процесса. Однако, несмотря на все усилия, их происхождение и назначение в нашей жизни остается непонятным. Кто-то рассматривает их как «вести из будущего», кто-то — как средство общения с потусторонним миром, кто-то видит их телепатические свойства. Непонятность происхождения и назначения сновидений во многом связана с непонятностью содержания самих сновидений. Науке известны многочисленные попытки создания работающей объяснительной модели сновидения, как со стороны психологии, так и физиологии явления.

Имеющиеся теории сновидений, независимо от их физиологической или психологической направленности, как правило, обращают внимание на ту или иную особенность самого сновидения (кажущийся хаос в содержании, символизм, дополнительность к дневному опыту, нелогичность, перевернутая причинность и прочие). Какие-либо ссылки на причинность или порядок в появлении фрагментов сновидения содержат совсем немного работ. На эту сторону феномена обращал внимание И.П. Павлов [8], говоря о хаотическом растормаживании участков коры определяющем хаотический характер сновидения; З. Фрейд [11], упоминавший о сценах наказания в сновидениях перед исполнением желания; К.Г. Юнг [12], который сравнивал сновидение с литературным произведением, с экспликацией, развитием фабулы, кульминацией и лизисом. Лишь одна теория П.А. Флоренского в качестве отправного пункта использует то обстоятельство, что направление времени в сновидениях выглядит противоположным времени вне сна [10]. То есть, только эта теория прямо обращает внимание временной на порядок появления тех или иных фрагментов в структуре сновидения.

В качестве фрагмента сновидения может выступать, например, его обособленный содержательный элемент или смысловая единица, возможны и другие варианты выделения фрагментов. В рамках данной работы такими элементами выступают так называемые «дневные остатки» в терминологии З. Фрейда [11], то есть бодрственные впечатления, полученные обычно накануне сновидения или более ранние, или другими словами воспоминания, которые стали элементами сна. Проведенные исследования показали, что именно в порядке следования таких элементов сновидения, содержится ряд особенностей, которые могут прояснить суть самого феномена сновидения.

Целью данной работы является попытка исследования особенностей (если таковые имеются) порядка следования фрагментов бодрственных впечатлений в сновидении. Под фрагментом будем понимать элемент сновидения, который формируется вокруг того или иного бодрственного впечатления (воспоминания) или «дневного остатка».

В качестве гипотезы выдвигается положение о том, что фрагменты сновидений, ассоциированные с впечатлениями бодрственной жизни, располагаются в неслучайном, а именно, ретроспективном (обратном по отношению их в бодрственной жизни) порядке.

Методы исследования и характеристика экспериментальной группы

Для проведения исследования был разработан метод анализа содержания сновидения на предмет поиска в нем фрагментов дневных впечатлений. Анкета участника исследования содержала группу вопросов анамнестического характера (пол, возраст, профессия, образование, участие в психотерапевтической программе и т. д.), текст сновидения, полученный в виде самоотчета, либо записанный экспериментатором со слов и комментарии к нему. Для выявления фрагментов сновидения, связанных с дневными впечатлениями участникам эксперимента предлагалось ответить на вопрос: «Присутствуют ли в Вашем сновидении элементы, которые имели место в бодрственной жизни?». При этом участники должны были максимально точно отмечать время появления того или иного дневного события, воспроизводимого в сновидении. Кроме этого анкета содержала вопросы теста «Минимум» (71 вопрос).

В эксперименте участвовало 87 чел. (72 женщины и 15 мужчин), от каждого из которых было получено по одному проанализированному сновидению. Средний возраст участников составил 37,9 года, самому молодому участнику — 28 лет, самому пожилому — 58 лет. Из 87 обследованных лиц 57 принимали участие в разного рода психотерапевтических программах, в основном, психоаналитически ориентированных.

По характеру труда участники распределились следующим образом: 3 участника — работники физического труда, 57 — умственного, 18 —

управленцев, 6 – домохозяйек, 3 – иной характер труда. Практически все участники – лица с высшим образованием (84 чел.), 3 чел. – лица со средним образованием). 42 участника имели гуманитарное образование, 6 – медицинское, 21 – техническое, 6 – естественнонаучное, 3 – экономическое, 3 – физико-математическое образование.

Порядок следования фрагментов, связанных с дневными событиями, вычислялся как индекс порядка (S) в виде отношения количества фрагментов в обратной последовательности к общему числу фрагментов, сформированных вокруг остатков дневных впечатлений. Индекс порядка S может изменяться от 0, соответствующего строгому прямому порядку следования фрагментов до 1, соответствующего строгому обратному порядку. Величина $S = 0,5$ соответствует максимальной неупорядоченности в следовании фрагментов. Индекс вычислялся по формуле:

где: n_i – общее количество фрагментов в сновидении, связанных с дневными впечатлениями;

n_b – количество фрагментов в последовательности, обратной дневным событиям.

Гипотеза считалась подтвержденной в случае достоверного превышения средней величиной индекса порядка среднего значения случайно распределенной величины в этом же диапазоне (от 0 до 1). Кроме этого, были введены 3 диапазона значений индекса порядка:

от 0 до 0,25 - «прямой порядок» (соответствует преимущественно прямому порядку воспроизведения фрагментов дневных впечатлений в сновидении);

от 0,25 до 0,75 - «хаос» (соответствует преимущественно хаотическому воспроизведению фрагментов дневных впечатлений, относящихся к разному времени);

от 0,75 до 1,0 - «обратный порядок» (соответствует преимущественно обратному порядку воспроизведения фрагментов дневных впечатлений в сновидении).

Каждая из шкал в тесте «Минимум» была дополнена тремя шкалами: «меньше нормы», «норма», «выше нормы» вычисляемыми в соответствии со стандартными значениями этих интервалов.

Кроме этого, в качестве дополнительного параметра, характеризующего особенности текста сновидения вычислялось значения энтропии соответствующих текстов по формуле [13]:

$$H = - \sum_{i=1}^k p_i \ln p_i \quad (2.0)$$

где: p_i - вероятность появления i -ой буквы алфавита в тексте сновидения;
 k - количество букв в алфавите.

Максимального значения этот показатель достигает при равной вероятности появления всех букв алфавита сообщения, минимальной – при одной единственной букве в сообщении. Энтропия в Шэнноновском смысле представляет собой информационную характеристику сообщения, которое рассматривается как последовательность букв алфавита. Единицей измерения выступает отношение бит/буква, то есть количество минимальных единиц информации (бит), приходящихся на одну букву алфавита (в данном случае, русского языка, состоящего из 32 букв; буквы «е» и «ё» считались за одну). Этот параметр в сильной мере зависит от авторской манеры, что позволяет его использовать, например, при установлении авторства анонимных текстов. Художественные тексты обладают более высокой энтропией по сравнению с высокоспециализированными текстами, несущими конкретную информацию [1]. В целом, для корпуса русского языка этот показатель равен 4,56 бит/букву.

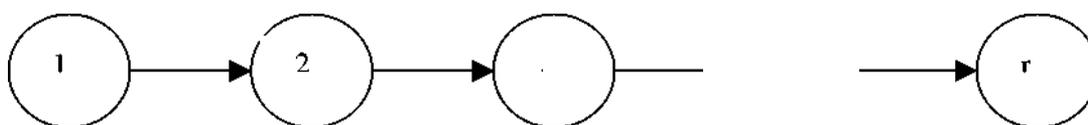
Результаты исследования

Общие характеристики порядка появления фрагментов дневных впечатлений в сновидениях. Среднее количество фрагментов сновидений, ассоциированных с дневными событиями составило 3,41 (–95 % = 3,00; +95 % = 3,83). Минимальное количество фрагментов – два (случаи с единственным воспоминанием не учитывались по понятным причинам), максимальное – 10. Среднее количество фрагментов дневных впечатлений, воспроизводящихся во сне в последовательности строго обратной дневной, составило 2,55 (–95 % = 2,25; +95 % = 2,86), что имело место в 51 случае (из 87). Минимальное количество фрагментов в таких сновидениях составило два (21 случай), максимальное – 5 (3 случая). Строгая прямая последовательность в воспроизведении дневных впечатлений наблюдалась в 12 случаях, причем, во всех случаях по два фрагмента. Время от возникновения бодрственного впечатления до появления его в сновидении составило от вечера непосредственно перед засыпанием (до 1 ч) до нескольких лет. Среднее значение индекса порядка S по всей выборке (числа фрагментов в обратной последовательности впечатлений, отнесенного к общему числу фрагментов впечатлений) составило $S = 0,758$ (–95 % = 0,683; +95 % = 0,833).

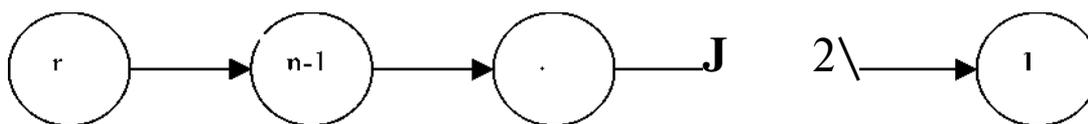
Проведенное сравнение средних значений индекса порядка и случайной величины, распределенной по нормальному закону в том же диапазоне величин (от 0 до 1), показало достоверное превышение вероятности обратного порядка фрагментов сновидений (средняя величина индекса составила 0,758) над случайным: средняя величина случайного распределения – 0,508; различия по t-критерию Стьюдента = 5,32; $p < 0,001$. Приведенные данные позволяют считать гипотезу подтвержденной.

Графически найденная закономерность выглядит следующим образом.

Днем от события 1 к событию n:



Ночью от события n к событию 1:



Таким образом, можно видеть, что дневные события дня накануне, происходившие в порядке от утреннего к вечернему, во сне отобразились в обратном порядке – от последнего перед засыпанием к первому утреннему (или еще более раннему), то есть имеет место обратный порядок припоминания бодрственных событий в состоянии сна.

Порядок фрагментов дневных впечатлений в сновидении и анамнестические особенности участников. Отдельные анамнестические особенности участников оказались связанными с величиной индекса порядка и численностью элементов бодрствования во сне. Так с возрастом имеет место нарастание как общего числа фрагментов, ассоциируемых с бодрствованием ($r = 0,234$; $p = 0,03$ – здесь и далее используются непараметрические корреляции Спирмена), так и числа фрагментов, следующих в обратном бодрствованию порядке ($r = 0,207$; $p = 0,05$), а поскольку эти значения относятся друг к другу как знаменатель и числитель, то возраст не оказывает влияния на значения индекса порядка.

Эта динамика, вероятно, может быть объяснена тем обстоятельством, что с возрастом, с совершенствованием психической структуры увеличивается способность к саморефлексии. При этом важно учесть, что в анализируемой выборке не наблюдается какой-либо связи возраста и общей длины сновидения. Каких-либо достоверных различий в порядке появления дневных остатков в сновидениях мужчин ($S = 0,653$; $-95\% = 0,443$, $+95\% = 0,863$) и женщин ($S = 0,780$; $-95\% = 0,699$, $+95\% = 0,861$) не наблюдается. Однако, если принимать внимание диапазоны изменения индекса порядка («прямой порядок», «хаос», «обратный порядок», см. выше), то можно заметить, что для женщин более характерен обратный порядок фрагментов дневных впечатлений ($r = 0,245$ при $p = 0,02$), а для мужчин более характерен диапазон «хаос» ($r = 0,218$ при $p = 0,04$). Характер труда, вид образования и его специализация не связаны с порядком следования фрагментов бодрственных впечатлений во сне.

Влияние на порядок следования фрагментов дневных впечатлений в сновидениях обращения за психотерапевтической помощью сновидец. Интересные результаты показал анализ различий в величинах индекса порядка (S) в группах обращающихся и не обращающихся за психотерапев-

тической помощью. Факт обращения за психотерапевтической помощью оказался связанным с достоверным снижением индекса S (обращающиеся – $S = 0,673$; необращающиеся $S = 0,911$) различие средних значений в группе не обращающихся ($n=30$) и обращающихся ($n = 57$) за такой помощью по t -критерию Стьюдента = $3,01$; $p < 0,001$. Причем, снижение индекса порядка происходит за счет уменьшения численности фрагментов, включенных в обратную последовательность (среднее количество фрагментов в обратной последовательности у лиц обращающихся за психотерапевтической помощью составило $n = 2,32$ против альтернативной группы, где $n = 2,89$ – различие достоверно на уровне тенденции t -Стьюдента = $-1,73$; $p < 0,09$), а не за счет уменьшения общего числа фрагментов.

Этот результат может интерпретироваться двояко: либо он означает усиление хаотичности в активизации воспоминаний, либо тенденцию к изменению порядка воспроизведения таких воспоминаний с обратного на прямой. Дополнительный корреляционный анализ показал, что наличие факта обращения за психотерапевтической помощью в анамнезе положительно коррелирует с диапазоном значений индекса порядка «прямой порядок» ($r = 0,281$; $p = 0,01$) и на уровне тенденции отрицательно с «обратным порядком» ($r = -0,194$; $p = 0,08$). Причем эта закономерность наблюдается как у женщин, так и у мужчин на уровне тенденции (что вполне объяснимо, учитывая небольшой объем мужской выборки).

Таким образом, наблюдаемая зависимость индекса порядка от факта обращения за психотерапевтической помощью может интерпретироваться как то обстоятельство, что испытываемый субъектом эмоциональный дискомфорт, толкающий на поиск психотерапевтической помощи, может оказывать влияние на формирование самого сновидения. Изменение этого процесса не связано с усилением хаоса в воспроизведении воспоминаний или с ухудшением самого припоминания событий бодрствования во сне (средняя численность фрагментов, связанных с дневными впечатлениями в группе обращающихся за психотерапевтической помощью и не обращающихся не различается). Изменение характера сновидения в этом случае связано с изменением направления в воспроизведении воспоминаний дневных событий во сне с обратного на прямое, то есть, от наиболее ранних к самым последним перед засыпанием. Этот вывод представляет собой, несомненно, новый результат, нуждающийся в дальнейшем осмыслении.

Предлагаемая интерпретация в самом общем виде вполне соответствует имеющимся данным о том, что сновидения при невротических расстройствах отличаются от сновидений здоровых людей [6], в частности, временной трансферентностью, то есть большей, чем у здоровых частотой сновидений, направленных в будущее. Известно также, что невротические расстройства влияют на структуру самого состояния сна [2, 4] делая неполноценным цикл «быстрый сон – сновидения». То есть «быстрый сон» в таких случаях не выполняет своей компенсирующей функции [9].

Возможно, выявленное изменение порядка является индикатором определенной несостоятельности функции «быстрого» сна. Состояние, в котором находится имеющий невротические проблемы сновидец (практически все участники эксперимента обращались за психотерапевтической помощью в связи с разного рода невротическими проявлениями), в каком-то смысле, сном не является, поскольку оно оперирует характерным для бодрствования, а не для нормального сна, порядком в воспроизведении дневных впечатлений. Однако, описываемая закономерность, в имеющейся в распоряжении автора литературе, не описана.

Индивидуально-психологические особенности и порядок следования фрагментов дневных впечатлений в сновидениях. Индивидуально-психологические характеристики участников оказались связанными с величиной индекса порядка следующим образом: ипохондрические ($r = 0,482$; $p < 0,001$), депрессивные ($r = 0,352$; $p = 0,002$), истерические ($r = 0,271$; $p = 0,002$), паранойяльные ($r = 0,353$; $p = 0,002$), шизоидные ($r = 0,369$; $p = 0,001$) шкалы теста «Минимульт». Причем, важной особенностью связи шизоидных черт с величиной индекса порядка стало то обстоятельство, что в отличие от всех остальных, увеличение индекса порядка с усилением шизоидных черт достигается не за счет увеличения числа фрагментов в обратной последовательности, а за счет снижения общего числа фрагментов, ассоциированных с дневными впечатлениями при сохранении численности фрагментов в обратной последовательности.

Более детальный анализ показал следующее. Диапазон значений индекса порядка «обратный порядок» оказался связанным следующими корреляционными зависимостями с различными диапазонами выраженности шкал теста «Минимульт» (табл. 1) (приведены только знаки зависимостей при достоверности не хуже $p < 0,05$).

Таблица 1

Взаимосвязь выраженности шкал теста «Минимульт» и диапазона индекса порядка «обратный порядок» для всей выборки участников ($n = 87$)

Шкалы	Hs (ипохондрия)	Pd (психопатия)	Pa (паранойяльность)
Выше нормы	+		
Норма	–	+	
Ниже нормы		–	–

Диапазон значений индекса порядка «хаос» оказался связанным следующими корреляционными зависимостями с различными диапазонами выраженности шкал теста «Минимульт» (табл. 2) (приведены только знаки зависимостей при достоверности не хуже $p < 0,05$).

Таблица 2

Взаимосвязь выраженности шкал теста «Минимум» и диапазона индекса порядка «хаос» для всей выборки участников (n = 87)

Шкалы	Hs (ипохондрия)
Выраженность	
Выше нормы	–
Норма	+
Ниже нормы	

Диапазон значений индекса порядка «прямой порядок» оказался связанным следующими корреляционными зависимостями с различными диапазонами выраженности шкал теста «Минимум» (табл. 3) (приведены только знаки зависимостей при достоверности не хуже $p < 0,05$).

Таблица 3

Взаимосвязь выраженности шкал теста «Минимум» и диапазона индекса порядка «прямой порядок» для всей выборки участников (n = 87)

Шкалы	Pd (психопатия)	Pa (паранойяльность)	Ma (маниакальность)
Выраженность			
Выше нормы			
Норма	–	–	+
Ниже нормы	+	+	–

Обобщая отметим, что прямой порядок воспроизведения фрагментов воспоминаний во сне характерен для лиц со слабо выраженными паранойяльными и психопатическими чертами, а также находящимися в границах нормы маниакальными чертами. Хаотический порядок связан с ипохондрическими чертами, находящимися в границах нормы и не характерен для выраженных ипохондрических черт. Обратный порядок воспроизведения фрагментов воспоминаний во сне связан с высокими значениями по шкале ипохондрии и нормальными по шкале психопатии.

В табл. 4 и 5 приведены аналогичные сводные данные для лиц, участвующих в психотерапевтических программах. Сравнивая приводимые данные можно видеть, что лица, обращающиеся за психотерапевтической помощью, имеют некоторые отличия в зависимости качества порядка воспроизведения фрагментов дневных впечатлений во сне и выраженности шкал теста «минимум». Так для диапазона «обратный порядок» характерно повышенное значение шкалы психастении и ряд других. Однако эти различия не носят кардинального характера.

Таким образом, можно сделать следующий обобщающий вывод. Выраженность ряда психологических черт связана с преобладанием того

или иного порядка в воспроизведении воспоминаний во сне, при этом, склонность к обращению за психотерапевтической помощью не вносит радикальных изменений в характер этой взаимосвязи.

Таблица 4
Взаимосвязь выраженности шкал теста «Минимум» и диапазона индекса порядка «обратный порядок» для лиц, обращающихся за психотерапевтической помощью (n = 51)

Шкалы	Hs (ипохондрия)	D (депрессия)	Pt (психастения)	Pa (паранойальность)
Выше нормы	+		+	
Норма	–	–	–	
Ниже нормы				–

Диапазон значений индекса порядка «хаос» оказался не связанным достоверной связью ни с одной из шкал теста «Минимум»

Таблица 5
Взаимосвязь выраженности шкал теста «Минимум» и диапазона индекса порядка «прямой порядок» для лиц, обращающихся за психотерапевтической помощью (n = 51)

Шкалы	Ma (маниакальность)
Выраженность	
Выше нормы	
Норма	+
Ниже нормы	-

Информационная характеристика текста отчета о сновидении (энтропия) и порядок следования фрагментов дневных впечатлений в нем. В качестве информационной характеристики, как было описано выше, используется одномерная энтропия текста (2.0). Сама по себе энтропия текста является достаточно формальной и абстрактной его характеристикой. В данном исследовании представляется уместным интерпретировать эту характеристику как меру художественного разнообразия языка отчета о сновидении, присущую его автору.

В целом, по всей выборке имеют место следующие взаимосвязи порядка следования фрагментов дневных впечатлений в сновидениях и их информационной характеристики. Индекс порядка связан отрицательной корреляционной связью с величиной энтропии, однако, лишь на уровне тенденции ($r = -0,189$; $p = 0,08$). При этом в мужской части выборки эта связь отсутствует, а в женской носит более выраженный харак-

тер ($r = -0,235$; $p < 0,05$), причем женщины увеличивают индекс порядка вместе с увеличением энтропии за счет упорядочивания, а не за счет уменьшения общего числа фрагментов.

Более детальный анализ, проведенный при более жестких условиях включения в выборку (удаление текстов «коротких» сновидений длиной менее 300 знаков), показал следующее. При введенных ограничениях, по всей выборке ($n = 54$) была выявлена прямая корреляционная связь между прямым порядком воспроизведения дневных впечатлений в сновидениях и энтропией их текстов ($r = 0,307$; $p = 0,02$). Эта же зависимость имеет место в женской группе ($r = 0,318$; $p = 0,03$). Уменьшение энтропии сновидений у женщин связано с усилением хаотичности в воспроизведении дневных впечатлений в сновидениях ($r = -0,309$; $p = 0,04$).

Таким образом, чем выше энтропия текста сновидения, тем скорее можно ожидать в нем появления прямой последовательности воспроизводимых воспоминаний.

Обсуждение

Два обстоятельства – роль в построении сюжета остатков дневных впечатлений и порядок появления фрагментов с ними связанных послужили толчком для исследования, результаты которого приводятся в данной работе.

Известно, что сновидения во многом строятся из материала бодрственных впечатлений, часто полученных накануне или третьего дня [6, 11]. В обсуждаемом исследовании такие остатки имели давность от вечера накануне засыпания до нескольких лет до него. «Осколки» впечатлений вкраплены в сюжет сновидения либо прямо, либо ассоциативно или метафорически. В психотерапевтической практике обычно такие дневные остатки используются как отправные точки для свободных ассоциаций, поскольку для терапии важен поиск определенных динамических (конфликтных) зон, детских вытесненных воспоминаний, характерных защитных маневров и проч. и на этом функция таких остатков исчерпывается.

В концепции З. Фрейда остатки дневных впечатлений рассматриваются как своеобразный «свободный строительный материал» для сновидения, поскольку имеют ту особенность, что они еще не связаны с какими-либо аффектами и представлениями. Такая «эмоциональная незаметность» дневных остатков неосознанно ассоциируется с незначительностью вообще, поскольку именно эмоция обеспечивает оценочную функцию и ощущение важности или неважности того или иного события.

Если дневные остатки рассматривать с точки зрения теории информации, то необходимо признать, что дневным остатком является событие информационно ценное, поскольку оно происходит редко. Удивительно, но классическая психоаналитическая теория на эту особенность вообще не обращает внимание. Чем чаще происходит событие, тем меньшим ин-

формационным потенциалом для наблюдателя оно обладает и наоборот, чем реже оно встречается, тем выше его информационная ценность для субъекта.

Известно, что сновидения, в основном, возникают в фазе так называемого «быстрого сна». С возрастом продолжительность этой фазы снижается: если у младенца она составляет 50 % времени сна, то у старика может достигать 10–15 % [5]. Что вполне соответствует тому обстоятельству, что с возрастом все меньше событий в жизни человека становятся информативными для него.

Рассмотрим следующий пример. С точки зрения внешнего, заинтересованного наблюдателя, информативность картины идущего всегда одним и тем же маршрутом на работу и с работы человека, является низкой, а сама информация, содержащаяся, например, в отчете о его поведении будет конкретной и совершенно определенной – он движется из дому или домой. При этом описание его поведения будет построено в порядке прямо соответствующем порядку появления событий (в отличие от сновидения, материалом для которого могли бы послужить те же события). Однако информационная ценность отчет должна резко возрасти, если наблюдаемый, вопреки обыкновению, однажды изменит свой маршрут, то есть совершит «редкий поступок». Сразу возникает масса вопросов: куда он пошел, почему он так сделал, как это изменит дальнейший ход событий и пр. Такие изменения привычного, то есть высоковероятного, предсказуемого поведения на маловероятное, являются аналогом того, что становится остатками бодрственных впечатлений во сне.

Эти соображения привели автора к выводу о том, что остаткам дневных впечатлений, в силу редкости или необычности для субъекта, приписывается высокая информационная ценность, при этом в сновидении они выполняют весьма важную функцию «точек роста» для ассоциаций, которые ночью воспринимаются как фрагменты сновидения. Каждое информационно ценное событие дня (события, ставшего впечатлением) дает толчок для появления ассоциаций к нему, которые в состоянии сна представляют собой последовательность событий сновидения, принадлежащих одному фрагменту.

Задача такого потока ассоциаций состоит в том, чтобы снизить уровень возбуждения, возникшего в связи с дневным событием через сопоставление его с уже имеющимся опытом (памятью). При этом сами события, вызвавшие впечатления, часто не видны, а всплывают ассоциации к ним, этим объясняется сложность в ассоциировании элементов сновидения и бодрственных впечатлений. Само сновидение представляет собой как бы снятый в течение дня кинофильм, прокручиваемый в обратную сторону. Этот процесс в какой-то мере напоминает закон регрессивной утраты памяти Рибо, который также отмечает, что при различных заболеваниях, связанных с утратой памяти, имеет место своеобразная последо-

вательность в исчезновении воспоминаний: первыми исчезают самые последние следы воспоминаний, последними самые ранние.

Поскольку сновидение сопровождает состояние сна, выполняющего прежде всего рекреативную функцию, то можно предположить, что описываемые сновидением процессы также имеют отношение к процессам восстановления, в частности, за счет восстановления психического гомеостаза через снижение возбуждения в очагах коры головного мозга, сформировавшихся в бодрствовании под воздействием событий, ставших впечатлениями для субъекта (редких, маловероятных событий).

Запоминание сновидения будет указанием на то обстоятельство, что функция сна до конца не выполнена и, в частности, психотерапевтическая работа со сновидением в бодрствовании должна завершить этот процесс. Весьма яркой иллюстрацией этого могут служить повторяющиеся сновидения травматической природы, сопровождающие безуспешные попытки разрядить стойкий очаг возбуждения в коре. В норме этот рекреативный механизм связан с последовательным, регрессивным воспроизведением дневных впечатлений (маловероятных событий бодрственной жизни) от самых последних ко все более и более ранним и следовательно все более стойким через ассоциирование их с имеющимися психическими контекстами.

Сбой в адаптации, толкающий человека на поиск психотерапевтической помощи, возможно, выражается и в том, что качественно меняется само состояние сна. Радикально изменяется механизм обращения к впечатлениям бодрствования, он начинает напоминать дневной стиль обращения к воспоминаниям — от более ранних к поздним. Здесь, в качестве спекуляции, можно высказать следующее предположение. Состояние «нормального» сна, то есть сна человека, не имеющего серьезных невротических проблем, весьма существенно отличается от состояния «невротического» сна. Это отличие сводится к тому, что в первом случае сновидческая активность является *дополнением бодрствования* или его компенсацией, во втором представляет собой *продолжение дневной активности* с характерным для бодрствования стилем мышления, хотя и разворачивающееся в пространстве сновидения. В этом контексте психотическая сновидческая активность выглядит тотальной, то есть охватывающей как состояние сна, так и бодрствования — бодрственное существование является *продолжением сна*. К сожалению, на данный момент у автора нет достаточного экспериментального материала для анализа порядка воспроизведения фрагментов дневных впечатлений у психотически организованных лиц.

Стабильный обратный (или прямой) порядок воспроизведения дневных впечатлений независимо от их психологического содержания заставляет сделать предположение о том, что он обязан своим появлением непосредственно физиологическому процессу, не имеющему прямого отношения к психологии. Возможно, и это требует отдельного исследова-

ния, что в случаях невротических нарушений естественный, физиологический механизм ассимиляции впечатлений и снижения возбуждения нарушается в пользу более сильных, психологических доминант. То есть в норме, в состоянии сна психологическая ценность впечатления заменяется временной актуальностью, потому что для спящего человека, любая дневная значимость равноценно не актуальна, а при нарушении адаптивных возможностей человека, включаются другие, а именно, психологические механизмы, искажающие естественный физиологический.

Осмысление полученных результатов предполагает включение их в более широкий контекст. Обратным порядком отражения фрагментов реальности во сне, безусловно, не исчерпывается все многообразие способов такого отражения. Так, проведенные нами исследования показали, что очень часто в сновидении наблюдается феномен так называемого «оборачивания» — такого искажения реальности, которое можно назвать инверсным или контрастным к ней. Это может быть «оборачивание» цвета, например, замена черного на белый или красного на зеленый и наоборот; величины (большой — маленький), возраста (старый — молодой); состояния здоровья (больной — здоровый); направления движения (туда — обратно); стороны (право — лево); качества (плохой — хороший) и целый ряд других. Такому оборачиванию подвергаются не только элементы воспоминаний, но и раздражители, действующие во время сна на спящего: комар над спящим — преследующий вампир, муха в комнате — самолет над головой, внутренние соматические боли — внешние обстоятельства, чувство голода — еда и т. д.

Эти особенности сновидческой жизни весьма сильно напоминают описания «иномирного» пребывания человека, известного из фольклора, в особенности демонического [7]. Жители «иномирья» обычно представляют собой негативные зеркальные отражения культурных героев, а «оборотность» является центральной характеристикой потустороннего мира (чего только стоит само слово «оборотень») — от противоположного по фазе цикла «день — ночь», до перевернутых норм земного общежития (замена добра на зло), приверженности к антипище (нечистотам), антиречи и даже анатомической обратности (например, пятки навыворот, языки вовнутрь и т. д.). Тоже касается и иномирного времени, которое, подчас идет в другую сторону или не идет вовсе (например, в сюжете о возвращении отсутствовавшего много лет героя неизменившимся и т. д.). Интересно, что практически все известные сонники построены по такому же принципу, в них сновидческое бытие противопоставляется бодрственному. «Сон рассматривается как явление, родственное смерти, но смерти не как небытия, а как иного состояния бытия. Традиционно это иное бытие трактуется как противоположное земному существованию, т. е. как перевернутое земное» [3]. В соответствии с этой концепцией, толкование

сновидческих образов, по большей части, строится на принципе антитезы, например, поп – черт, свадьба – похороны, деньги – нужда.

Если эта аналогия правомерна, то сам момент засыпания можно сравнить с мифологическим процессом оборачивания при переходе из этого мира в иной, а переживание сновидческого опыта с существованием в пространстве мифа или сказки, что само по себе дает определенные основания думать о происхождении этих культурных феноменов из сновидений.

Полученные данные позволяют провести еще одну аналогию – с иконописью. Известно, что создание иконы происходит в соответствии с очень строгими канонами церковной живописи, а сама икона выглядит весьма необычно по сравнению с реалистической живописью. Эта «необычность» во многом связана с так называемым законом обратной перспективы, в соответствии с которым, дальние планы на иконе выглядят, в отличие от реальной перспективы, не уменьшенными, а наоборот, увеличенными, а параллельные прямые не сходящимися, а расходящимися. При этом дальние планы нередко занимают фигуры наиболее важных, «удаленных во времени, ранних» святых, патриархов, а передние – более поздние. Кроме этого, левая и правая сторона на иконе находятся как бы в перевернутом виде, то есть отсчет стороны ведется не от зрителя, а от иконы. Идея о соотносительности церковного искусства и сновидения была высказана еще П.М. Флоренским в его работе «Иконостас» [10].

Человеческий организм представляет собой, безусловно, весьма сложную систему, и как таковой ей может быть приписана определенная мера упорядоченности ее элементов – энтропия. Стрессы, загрязнения среды, накопленная усталость, отклонения от оптимального ритма жизни, заболевания неизбежно связаны с увеличением энтропийных явлений. С возрастом также, количество разного рода «поломок» и отклонений от оптимального состояния накапливается, достигая своего наибольшего количества к старости. Другими словами, энтропия организма как системы с возрастом нарастает.

Психические структуры в этом смысле демонстрируют некоторую инерцию по отношению к снотворению. Процессы психического созревания достигают своего максимума к тому возрасту, когда тело уже накопило достаточное количество «поломок», однако и эти структуры к старости также увеличивают свою энтропию. Процессам, приводящим к увеличению энтропии, противостоят антиэнтропийные процессы, то есть любой организм обладает способностью к самостоятельному восстановлению уровня оптимального функционирования. Эти процессы весьма многочисленны, однако наиболее активным из них, естественным образом восстанавливающим накапливаемые за день «поломки» (однако не в полной мере) является сон. Логично предположить, что сопутствующие этому состоянию сновидения каким-либо образом должны отражать эти антиэнтропийные (негэнтропийные) тенденции, которые должны отражаться и в их отчетах.

Как одно из проявлений таких негэнтропийных тенденций может рассматриваться выявленный порядок обращения сновидца в состоянии сна к впечатлениям бодрственной жизни. В каком-то смысле, он представляет собой попытку как бы «повернуть время вспять», вернуть систему к более раннему и, следовательно, менее энтропийному, состоянию.

Выводы

1. Порядок воспроизведения фрагментов дневных впечатлений в сновидениях не является случайным. Фрагменты сновидения, ассоциированные с остатками дневных впечатлений, располагаются в сюжете сновидения в порядке, обратном их появлению в бодрственной жизни.

2. Порядок воспроизведения дневных впечатлений во сне у мужчин и женщин имеет существенные отличия: женщины склонны следовать обратному порядку в их воспроизведении, мужчины более хаотичны в своих воспоминаниях.

3. Имеется ряд психологических черт, которые связаны с преобладанием того или иного порядка в воспроизведении воспоминаний во сне. Душевное неблагополучие, приводящее к обращению за психотерапевтической помощью, связано с изменением порядка воспроизведения дневных впечатлений во сне с обратного на прямой как для женщин, так и для мужчин, что может свидетельствовать о существенном изменении механизмов снообразования.

4. Чем более неопределен текст сновидения с информационной точки зрения, тем скорее можно ожидать появления в нем прямого порядка воспоминаний.

5. Психологизация феномена сновидения нуждается в поиске дополнительных аргументов, что, однако, не исключает целесообразности психологического осмысления текстов сновидений, как информационно емких объектов.

6. Выявленные особенности воспроизведения фрагментов воспоминаний в сновидениях лиц, обращающихся за психотерапевтической помощью, могут иметь диагностическое значение успешности проводимых психотерапевтических мероприятий, а также позволяют определить психотерапевтические мишени.

Литература

1. *Авакумов С.В.* Информационная ценность сновидений в психотерапии / С.В. Авакумов // Вестн. психотерапии. – 2006. – № 17. – С. 127–134.

2. *Вейн А.М.* Сон человека. Физиология и патология / А.М. Вейн, К. Хехт. – М.: Медицина, 1989. – 272с.

3. *Веленцова М.М.* Полесская традиция о сновидениях / М.М. Веленцова // Традиция, текст, фольклор / сост. О.Б. Христофорова; отв. ред. С.Ю. Неклюдов. – М.: Рос. гос. гуманитар. ун-т, 2001. – С. 44–54.

4. *Касаткин В.Н.* Теория сновидений / В.Н. Касаткин. – 2-е изд. – Л. : Медицина, 1972. – 327 с.
5. *Ковальзон В.М.* Природа сна / В.М. Ковальзон // Журн. эволюционной биохимии и физиологии. – 1993. – Т. 29, № 5/6. – С. 627–634.
6. *Корабельникова Е.А.* Сновидения при невротических расстройствах у детей и подростков : автореф. дис... канд. мед. наук / Корабельникова Е.А. – М., 1997. – 24 с.
7. *Неклюдов С.Ю.* Образы потустороннего мира в народных верованиях и традиционной словесности / Неклюдов С.Ю. // Восточная демонология. От народных верований к литературе / отв. ред.: Н.И. Никулин, А.Р. Садокова. – М. : Наследие, 1998. – С. 6–43.
8. *Павлов И.П.* Проблемы сна / И.П. Павлов. – Киев : Госмедиздат, 1953. – 347 с.
9. *Ротенберг В.* Сновидения, гипноз и деятельность мозга / В. Ротенберг. – М. : РОН : С. Секачев, 2001. – 256 с.
10. *Флоренский П.А.* Иконостас / П.М. Флоренский. – М. : АСТ, 2005. – 208 с.
11. *Фрейд З.* Толкование сновидений / З. Фрейд. – Ереван : Камар, 1991. – 448 с.
12. *Юнг К.Г.* Аналитическая психология / К.Г. Юнг. – М. : Мартис, 1995. – 309 с.
13. *Oakes M.P.* Statistics for corpus linguistics / M.P. Oakes. – Edinb. : U.P., 1998. – 287 p.

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ИССЛЕДОВАНИЯ СНОВИДЕНИЙ КАК «ПРЕДВЕСТНИКОВ» ЗАБОЛЕВАНИЙ

Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена,
Санкт-Петербург

Введение

Из разных источников поступает все больше информации об ухудшении физического самочувствия, росте заболеваемости и, в целом, о снижении состояния здоровья населения. На передний план в решении проблемы профилактики негативных расстройств выдвигаются забота о здоровье, ранняя диагностика заболеваний и своевременное лечение. Однако выявление целого ряда заболеваний на ранней стадии их развития не всегда возможно, даже с помощью современных методов и средств диагностики. Неоценимую помощь медицине здесь может оказать использование дополнительных источников информации о состоянии здоровья, в том числе, сновидений.

Актуальность данного исследования обусловлена тем, что отношения между сновидениями и физическим самочувствием, в научном плане по-прежнему остаются весьма неопределенными [7, с. 365].

Методологические проблемы исследования

Обзор источников научной информации указал на возможность классификации исследований взаимосвязи сновидений и состояния здоровья по основным подходам и направлениям. Это оказалось удобным для формулировки гипотез и построения собственного исследования.

Первый, наиболее распространенный подход, условно обозначенный как «символический», относится к психоаналитическому направлению изучения сновидений. Символический подход предлагает доступный способ узнать о значении того или иного сновидения, через «готовое» значение отдельных образов (персонажей, предметов и т. д.), которые рассматриваются в качестве символов. Например, словарь образов, предложенный А. Менегетти (2004) и являющийся итогом его научно-практической деятельности, содержит «универсальную» символику, помогающую, по мнению автора, узнать значение того или иного сновидения и, тем самым, предсказать болезнь [6, с. 383–434].

Однако, представление о том, что значения символов можно использовать при интерпретации любого сновидения, на наш взгляд, весьма условно и применимо не во всех ситуациях. Поскольку игнорируется индивидуальность сновидца, его жизненный опыт, определяющий неповторимость сновидений: наличие в них содержательных элементов (симво-

лов), которые помимо универсального значения могут также иметь уникальный (индивидуальный) смысл [7, с. 267].

Легкость реализации символического подхода подталкивает людей обращаться к таким сомнительным источникам информации, как классические сонники о здоровье. Так, например, сонник В.С. Сокольского предполагает дать «верное толкование снов о состоянии здоровья и заболеваниях человека» [9]. «Универсальный сонник» о здоровье возник как результат объединения опыта толкования сновидений народными целителями и врачами практической медицины, с одной стороны, и знаний из классических сонников, с другой стороны. Пожалуй, самым очевидным недостатком всех классических сонников является тот факт, что интерпретация символов сновидений в разных сонниках не совпадает, а порой даже противоречит. Это затрудняет использование сонников при анализе отдельного сновидения; полезными для врачей могут оказаться лишь отображенные в них некоторые частные знания, наблюдения. Поэтому мы рассматриваем классические сонники, как пример реализации «символического» подхода на практике.

Нужно заметить, что мы не отрицаем существование отдельной категории содержательных элементов сновидений (символов), значение которых является универсальным для разных людей. В частности, с нашей стороны в рамках символического подхода была предпринята попытка установить универсальные принципы построения сюжета при тех или иных физических состояниях с помощью наблюдения, качественного анализа и интерпретации сновидений [2]. Однако, допущение об универсальности значения символов уводит исследователя в мир архетипов, в коллективное бессознательное, о которых писал К.Г. Юнг [10]. Решение проблемы взаимосвязи сновидений с физическим состоянием с этого ракурса нам представляется пока невозможным.

Следующий подход мы обозначили как «нозологический» (или «типологический»). Он относится к экспериментальному направлению изучения сновидений. Данный подход предлагает описание типичных тем (сюжетов) в сновидениях, а также особенностей сюжета при различных заболеваниях и/или при воздействии различных раздражителей на организм человека. Как результат нозологического подхода – многочисленные перечни сновидений (в том числе, их содержательных элементов), характерных при том или ином заболевании, и/или воздействии на организм разных раздражителей.

Эксперименты с воздействием на организм раздражителей разной природы проводились еще задолго до И.Е. Вольперта (1966) и продолжают по сегодняшний день. Очень обширное экспериментальное исследование в рамках нозологического подхода было проведено В.Н. Касаткиным (1983), которым за многие годы работы было проанализировано более восьми тысяч сновидений [3]. Преимущественно это были сновиде-

ния пациентов с различными физическими заболеваниями на разных стадиях. Это позволило расширить и углубить представления о связи сновидений с физическим состоянием, в частности, проследить, как изменяется характер сюжета сновидений при том или ином заболевании, а также в зависимости от стадии заболевания.

Автором приводится перечень заболеваний с различным инкубационным периодом и сроками, в течение которых проявляются первые признаки в сновидениях. Было установлено, что некоторые заболевания вызывают изменения в содержании сновидений задолго до возможности регистрации факта болезни специалистом (от недели, месяца и, даже, до года) [3, с. 109–110]. Среди таких заболеваний: опухоль головного мозга (можно предвидеть за год), хронический алкоголизм, туберкулез легких и гипертоническая болезнь (за два месяца до появления симптоматики), брюшной и степной тиф (за неделю до появления явных признаков).

Изменения в содержании сновидений, детерминированные болезнью, В.Н. Касаткин дифференцировал на два вида: общие и частные. Общие изменения наблюдаются, как правило, у всех респондентов (пациентов), а частные зависят от индивидуальных особенностей конкретного человека и специфики самого заболевания [3, стр. 109]. Среди общих изменений, наблюдаемых во всех случаях, автор упоминает следующие: увеличение частоты появления сновидений в течение одной ночи; появление неприятных мыслей и слов; неприятный и даже кошмарный характер, принимаемый сновидениями задолго до симптомов заболевания и т.д. Частные изменения, как было уже показано, зависят от многих факторов, поэтому на них не будем останавливаться. Отметим лишь, что и общие и частные изменения в содержании и структуре сновидений затрагивают различные сферы психики человека (эмоциональную, когнитивную, ценностно-смысловую и др.). Таким образом, экспериментальное исследование В.Н. Касаткина позволяет ответить на следующие важные вопросы:

а) за какое время до появления явных симптомов заболевания наблюдаются структурные и содержательные изменения в сновидениях;

б) какие именно специфические изменения можно качественно наблюдать при различных заболеваниях.

Однако, несмотря на огромную эвристическую ценность работы В.Н. Касаткина, нужно обратить внимание на следующее. Во-первых, как указывает сам автор, главным недостатком используемого им метода (наблюдение) является субъективность и неточность в записях и воспоминаниях респондентов [3, с. 20]. Во-вторых, мы считаем, что нельзя дать исчерпывающую типологию сновидений при различных заболеваниях, поскольку сновидения каждого человека имеют неповторимые черты.

В завершение краткого обзора двух подходов (символического и нозологического) в рамках психоаналитического и экспериментального направлений поведем итог. Выяснение всевозможных значений тех или

иных символов в сновидении, а также описание типичных сюжетов при различных заболеваниях не решает до конца задачи по установлению связи сновидений и физического состояния.

Обзор литературы и коллегиальное обсуждение проблемы изучения сновидений привели к следующему: экспериментальное изучение взаимосвязи сновидений и физического состояния сопряжено с проблемой объективации содержания сновидений. Используя в качестве эмпирического материала рассказы респондентов о сновидении, мы фактически имеем дело с воспоминанием о сновидении, нежели с самим сновидением. Исследования различных аспектов сновидений с использованием записанных рассказов о сновидениях проводились такими учеными как: Г. Геерманом (1838), К. Холлом и Р. Ван де Кастрлом (1966), М.И. Вендровой (1988), Е.А. Корабельниковой (1997), В.И. Подлесской и А.А. Кибриком (2001) и др. [1, с. 39–43] и являются подтверждением обозначенной «конвенции». С другой стороны, сновидения, протекают на границе сознания и бессознательного, что, в свою очередь, не исключает участие в сновидениях самосознания личности [7, с. 108].

Дальнейшее решение проблемы сновидений и физического/физиологического состояния в рамках психологического (психолингвистического) подхода, на наш взгляд, сопряжено с необходимостью сделать еще одно «допущение». Поскольку мы исследуем физиологические процессы не прямо, а косвенно (в форме субъективных отчетов), то имеет смысл говорить не о физиологических процессах, а о самочувствии. В отечественной и зарубежной психологии самочувствие часто рассматривается параллельно со «схемой тела» (иначе «Я-телесное»), поскольку это две связанные между собой подструктуры самосознания (в других теориях – «Я-концепции») [4]. Вкратце представим обе составляющие подструктуры самосознания.

Самочувствие определяется как комплекс субъективных ощущений, отражающих степень физиологической и психологической комфортности наличного состояния человека [8]. Самочувствие может быть представлено как обобщающей характеристикой (категорией): хорошее, плохое, болезненное, бодрое, так и переживаниями, отражающими состояние отдельных систем и процессов: ощущениями дискомфорта в различных частях тела, изменениями в протекании когнитивных функций. «Схема тела» представлена в структуре самосознания как итог всех физиологических процессов, отражающих состояние внутренних органов, мышц и, в целом, всего организма.

Обозначенные категории («схема тела» и самочувствие) целиком отражают латентный предмет нашего исследования (физиологическое состояние) и даже расширяют его до рефлексии психических состояний.

Таким образом, физиологическое состояние и содержание сновидений оказываются сопряженными в сознании как воспоминание о сне и са-

мочувствие. А регистрация сновидений как фактов сознания в виде текстов (самоотчетов), отражающих воспоминание о сновидении в виде рассказа, позволяет проводить исследования различными методами, имея дело с объективно-контролируемыми переменными (референтами).

Одним из распространенных методов при исследовании сновидений является контент-анализ, который на сегодняшний день имеет множество модификаций [1, с. 39]. Наше внимание привлекла работа Е.А. Коробельниковой и соавт. (1999). Речь идет о психолингвистическом исследовании сновидений детей и подростков с невротическими расстройствами [5]. Исследователи предложили специальную схему категоризации слов, которой мы воспользовались при составлении программы исследования.

Методика исследования

Цель нашего исследования – выявить общие взаимосвязи между содержанием сновидений и самочувствием человека. Объектом исследования является осознание респондентами своего самочувствия сновидений. Предмет исследования – это самоотчеты о сновидениях и самочувствии.

В исследовании предполагается установить своеобразие самоотчетов, при «плохом» физическом самочувствии в сравнении с «хорошим», и дать им качественное и количественное описание

Эмпирический материал получен в результате бесед с респондентами и регистрации ими своих сновидений в соответствии с поставленными вопросами. Респондентам предлагалось также описать значимые события дня, предшествующего сновидению, и подробно зафиксировать свое физиологическое и психологическое состояние до сна и при пробуждении. Из всех самоотчетов о сновидениях и самочувствии (порядка 500) нами было отобрано 62 самоотчета, которые относились к двум группам по характеристике самочувствия (хорошее/плохое). В исследовании принимали участие в качестве респондентов два человека: юноша (24 года) и девушка (27 лет), которые фиксировали сновидения на протяжении более чем двух лет (2004–2006 гг.).

Предложенный набор категорий включал в себя три блока категорий: 1) формального анализа; 2) содержательного анализа; 3) структурного анализа. На данном этапе исследования проведен контент-анализ эмпирического материала по заданным категориям.

Результаты находятся на стадии интерпретации статистических данных и их описания. Предполагается дать систематизированное качественно-количественное описание того, как представлены типичные категории сновидений при плохом и хорошем самочувствии, и уже на этой основе судить о характере связи между содержанием сновидений и самочувствием.

Выводы

1. Взаимосвязь содержания сновидений и физического состояния относится к числу междисциплинарных, пограничных проблем. Ее научное решение затруднено отсутствием методологической базы.

2. В рамках символического подхода судят о здоровье по классическим сонникам, которые опираются на представление об универсальности символики сновидений. Считаем такое представление не совсем корректным, поскольку значения образов зачастую оказываются уникальными.

3. Для решения вопроса об универсальности или уникальности символов конкретного сновидения следует проводить индивидуальную работу со сновидениями в рамках практической психологии и психотерапии, которая учитывала бы индивидуальные особенности сновидца.

4. Исследование В.Н. Касаткина раскрывает нозологическое своеобразие содержания сновидений. По сути, это первый шаг в научном исследовании взаимосвязи сновидений и заболеваний; мы считаем, что он может послужить отправной точкой для построения новых исследований. В частности, предстоит дать количественное описание изменений сновидений при различных заболеваниях. Это позволило бы стандартизировать процедуру анализа сновидений и, тем самым, сделать ее доступной для врачей и психологов.

5. Изучая сновидения, исследователи имеют дело с фиксированным (например, по форме текста) воспоминанием о сновидении. Регистрация сновидений как фактов сознания позволяет «заземлить» объект исследования (сновидения) на классическую методологическую схему исследования.

6. Изучая физиологические процессы организма, полагаясь на субъективные отчеты, исследователь имеет дело с самочувствием, как фактом сознания. Таким образом, изучение сновидений и физиологических процессов возможно благодаря тому, что они оказываются сопряжены в сознании как самочувствие и воспоминание (рассказ) о сновидении.

Литература

1. *Вейн А.М.* Сновидения: медицинские, психологические, культурологические аспекты / А.М. Вейн. – М. : Эйдос Медиа, 2003. – 224 с.

2. *Зорин М.Г.* Содержание сновидений и самочувствие человека // Психология XXI века : науч.-практ. конф. молодых ученых при СПбГУ / М.Г. Зорин. – СПб. : Изд-во С.-Петербург. ун-та, 2006. – С. 111–113.

3. *Касаткин В.Н.* Теория сновидений / В.Н. Касаткин. – Л. : Медицина, 1983. – 247 с.

4. *Кон И.С.* Открытие «Я» / И.С. Кон – М., 1978. – 273 с.

5. *Психолингвистическое исследование сновидений детей и подростков с невротическими расстройствами* / Е.А. Корабельникова, А.М. Вейн, В.Л. Голубев, М.Г. Крейнс // Журн. неврологии и психиатрии. – 1999. – № 1. – С. 18–21.

6. *Менегети А.* Образ и бессознательное : учеб. пособие по интерпретации образов и сновидений / А. Менегети. – М. : Онтопсихология, 2004. – 464 с.

7. *Налчаджян А.А.* Ночная жизнь: личность в своих сновидениях / А.А. Налчаджян. – СПб. : Питер, 2004. – 442 с.

8. *Психологический словарь* / под ред. В.П. Зинченко, Б.Г. Мещерякова – М., 1996. – 480 с.

9. *Сокольский В.С.* Сонник XXI века: верное толкование снов о здоровье / В.С. Сокольский. – М. : Эксмо, 2004. – 640 с

10. *Юнг К.Г.* Архетип и символ / К.Г. Юнг. – М. : Ренессанс, 1991. – 340 с.

ПАМЯТИ АНАТОЛИЯ АЛЕКСАНДРОВИЧА ПОРТНОВА

5 декабря 2006 года не стало профессора Анатолия Александровича Портнова — замечательного клинициста, энциклопедически образованного ученого, выдающегося психопатолога и психиатра. Анатолий Александрович не дожил до своего девяносто второго дня рождения две недели.

А.А. Портнов родился в 1914 г. в городке Красный Холм Тверской губернии. Уже в детские годы начал проявлять интерес к знаниям и высокие способности в учебе. Интересы и круг познаний А.А. Портнова всегда были разносторонними: медицина, биология, философия, литература, искусство. В 14 лет школьник Толя Портнов был корреспондентом местной газеты «Красный пахарь». Много позже, будучи аспирантом института им. В.М. Бехтерева, вел колонку театральной критики в ленинградском журнале «Смена». Анатолий Александрович был знаком и дружен со многими советскими писателями и деятелями искусства. Блестяще окончив среднюю школу, А.А. Портнов поступил во 2-й Ленинградский медицинский институт, где с первых лет учебы проявил глубокий интерес к психиатрии.

Своим первым и главным учителем в психиатрии Анатолий Александрович считал профессора Р.Я. Голант, под руководством которой он закончил аспирантуру по психиатрии в Ленинградском психоневрологическом институте, впоследствии получившем имя В.М. Бехтерева. Раису Яковлевну Голант Анатолий Александрович вспоминал с преклонением, любовью и теплотой до последних дней, гордясь столь лестным для себя ученичеством, а годы, проведенные в аспирантуре под ее началом, считал самым ярким периодом своего развития как психиатра-клинициста. Своими учителями в психиатрии А.А. Портнов считал также С.С. Вайля и В.А. Гиляровского.

Несмотря на необычайную одаренность и тонкое знание психиатрии, Анатолий Александрович позже многих своих сверстников защитил кандидатскую и докторскую диссертации. Это объясняется и пренебрежением карьерными успехами, и щепетильностью истинного ученого и настоящего интеллигента.

Щепетильность Анатолия Александровича как нельзя лучше характеризуется следующим фактом его биографии. Его первая диссертационная работа была посвящена так называемым диэнцефалезам. Она получила первую премию на конкурсе молодых ленинградских ученых и лестные отзывы коллег. Катamnестическое исследование показало, однако, что со временем диэнцефалез «преобразился» в не вызывающую сомнений шизофрению. И, хотя один из многих расположенных к талантливому молодому психиатру профессоров уговаривал его защитить эту работу, внося определенные изменения, Портнов решительно отказался от защи-

ты диссертации и уехал в Горький, где принял должности ассистента кафедры психиатрии медицинского института и главного врача областной психиатрической больницы. В Горьком Анатолий Александрович занялся углубленным изучением психопатологии химических отравлений. Защита кандидатской («Материалы к проблеме специфичности экзогенных психозов»), а впоследствии и докторской («Особенности развития и течения алкоголизма») диссертаций состоялась уже после войны.

В 1942 г. А.А. Портнов, отказавшись от имевшейся у него брони, потребовал призыва в действующую армию. При непосредственном участии А.А. Портнова впервые была создана система военно-психиатрической помощи в условиях войны. Он организовал и возглавил психиатрические отделения армейского и фронтового госпиталей, способствовал созданию отдельных психиатрических госпиталей, был главным психиатром 5-й Армии. Невзирая на то, что этого не требовали его служебные обязанности, Анатолий Александрович часто бывал на передовой. За героизм, проявленный на фронтах Великой Отечественной войны, А.А. Портнов был награжден двумя орденами Красной Звезды и боевыми медалями. Получив боевую контузию, Анатолий Александрович (очень характерная для Портнова история!) не озаботился оформлением связанных с этим документов и впоследствии никогда не думал о получении каких бы то ни было льгот.

Опыт работы фронтовым врачом оказал колоссальное влияние на А.А. Портнова. Клиническое наблюдение сотен раненых и больных и его научная оценка позволили А.А. Портнову внести существенный вклад в развитие военной психиатрии. Усилиями Анатолия Александровича, его коллег и учеников разрабатывались такие новые или недостаточно изученные вопросы военной психиатрии, как особенности психических расстройств при закрытых травмах черепа, дифференциальная диагностика постконтузионных состояний, психопатология внечерепных боевых ранений, оценка роли соматических факторов в развитии острого параноида военной обстановки.

После демобилизации в 1946 г. А.А. Портнов вернулся в Горький, но в 1950 г. был вызван в Москву, чтобы занять должность Главного психиатра Минздрава СССР. Несмотря на колоссальную загруженность в связи с восстановлением дезорганизованной в годы войны системы оказания психиатрической помощи населению, Анатолий Александрович продолжал научную и преподавательскую деятельность, а также любимую им публицистическую работу, занимая должность ассистента кафедры психиатрии 1-го Московского медицинского института и заведующим отделом науки в «Медицинской газете».

Сфера клинических и научных интересов А.А. Портнова в 1950-е гг. включала изучение олигофрении и девиантного поведения детей и подростков. Анатолий Александрович организовывал Всесоюзные конферен-

ции по этим, очень волновавшим его проблемам, принимал участие в создании специальных школ и разработке системы медико-психологической помощи детям и подросткам с нарушениями поведения.

С 1953 по 1963 г. А.А. Портнов последовательно занимал должности научного сотрудника, ученого секретаря и заместителя директора Московского научно-исследовательского института психиатрии Минздрава РСФСР. Здесь, как и везде, в полной мере проявилась его способность большого ученого по-новому взглянуть на давно, казалось бы, устоявшиеся представления. Занявшись проблемой шизофрении, он вводит в психиатрию понятие синдрома таксиса – закономерного развития болезни со сменой психопатологических синдромов при эндогенных процессах. А.А. Портновым предложено понятие осевых синдромов, сохраняющихся на всем протяжении болезни.

С 1963 по 1969 г. А.А. Портнов возглавляет кафедру психиатрии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова в Ленинграде. Анатолию Александровичу удалось открыть принципиально новые направления научных исследований кафедры. Он уделял большое внимание детальной разработке учения Карла Бонгеффера об экзогенных психозах, что нашло отражение в целом ряде выполненных под его руководством научных работ.

Коллективом кафедры стали разрабатываться многие важные вопросы теоретической и клинической психиатрии: психопатология страха, паники и эмоционального напряжения; психопатологическая и философская оценка состояний помрачения сознания; индивидуальное и массовое действие галлюциногенов; психиатрия катастроф; психические расстройства вследствие химического и радиационного воздействия; психопатологические аспекты адаптации в разных географических широтах; психопатология автономного плавания на военном флоте. Память о А.А. Портнове как одном из самых ярких и талантливых заведующих на кафедре психиатрии Военно-медицинской академии хранят до сих пор. В 2005 г. там была проведена конференция, посвященная девяностолетнему юбилею Анатолия Александровича.

В 1969 г. Анатолий Александрович возвращается в Московский научно-исследовательский институт психиатрии, приняв пост его директора. В 1980 г. А.А. Портнов основал кафедру психиатрии и наркологии факультета повышения квалификации врачей Московского медицинского стоматологического института, которую возглавлял в течение многих лет, оставив плеяду талантливых учеников.

Интерес к наркологии, появившийся в послевоенные годы, Анатолий Александрович сохранил на всю свою жизнь и многое сделал в этой области. Огромные научные заслуги А.А. Портнова позволяют ему по праву считаться основоположником современной российской наркологии.

Исходя из опыта изучения психопатологии химических отравлений, Портнов заставил своих современников оценить феномен хронической алкогольной интоксикации с принципиально новых позиций.

А.А. Портнов показал роль изменения толерантности в течение алкоголизма, во многом опередив зарубежные научные разработки в этом направлении, ввел в наркологию понятия синдрома измененной реактивности. Впервые в отечественной психиатрии и наркологии он представил клинико-психопатологический анализ «тяги» к алкоголю, выделил обсессивный вариант влечения к спиртному и определил его роль в развитии болезненного пристрастия к выпивке, описал феномен «борьбы мотивов» у больных алкоголизмом. Концентрация внимания врача на болезненном влечении к алкоголю позволяла, в соответствии с динамической концепцией болезни по Портнову, ставить диагноз алкоголизма на первой стадии патологического процесса, когда абстинентный синдром еще не сформирован.

Анатолием Александровичем предложена простая и наглядная классификация алкоголизма, в основу которой положен критерий течения болезни с выделением трех стадий. Классификацией Портнова в диагностике алкоголизма психиатры и наркологи в России и многих сопредельных странах пользуются до сих пор. Анатолий Александрович впервые ввел в клиническую практику понятие полинаркомании и обратил внимание врачей на эту клиническую категорию.

Именно А.А. Портнову принадлежит блестящее и остроумное высказывание, что наркология – это огромное поле экспериментальной психиатрии. Анатолий Александрович имел в виду, что благодаря огромному числу наркологических больных, «добровольно участвующих в затыжном, а нередко пожизненном эксперименте», врачи и ученые могут изучать особенности воздействию алкоголя и наркотиков на мозг и организм в целом на бесконечном клиническом материале.

До самых последних лет Анатолий Александрович Портнов хотя бы раз в году читал лекции врачам-психиатрам, неизменно собирая большие аудитории.

Будучи блестящим ученым, клиницистом и педагогом, Анатолий Александрович не придавал, к сожалению, особого значения учебным и научным публикациям, отмахивался от заказов издателей и от настойчивых просьб коллег и близких об издании книг и поэтому оставил очень скромное письменное наследие. Уникальное знание истории психиатрии, особенно русской психиатрии XX века, стройные и оригинальные психопатологические концепции Анатолий Александрович навсегда унес с собой.

Совсем немногочисленный (для ученого и клинициста такого масштаба) список книг А.А. Портнова включает монографии «Острый тетраэтиловый психоз» (1956), «Алкоголизм» (1962), дважды изданную в соавторстве с И.Н. Пятницкой монографию «Клиника алкоголизма»

(1971, 1974), учебник психиатрии, выдержавший пять переизданий с 1960 г., а также руководство для врачей «Общая психопатология» (2004).

А.А. Портнову посчастливилось стать одним из последних восприимчивых еще дореволюционных великих традиций русской психиатрической школы, в соответствии с которыми психиатры, наряду с основным предметом своей клинической деятельности, были осведомлены в области неврологии, хирургии, внутренних болезней. Анатолий Александрович любил секционную работу и блестяще знал патологическую анатомию душевных болезней, чем в наши дни могут похвалиться лишь очень немногие психиатры-клиницисты. Подобная увлеченность врачебным знанием объясняется и стремлением к энциклопедическому охвату профессиональных сведений, и пронесенной через всю жизнь влюбленностью в свое ремесло, и наставничеством таких выдающихся психиатров, как профессор Раиса Яковлевна Голант.

Анатолий Александрович был легким, светлым, открытым, по-детски любознательным, и бескорыстным человеком. Высокие научные и нравственные идеалы интересовали его куда больше, чем житейские заботы.

Портнов всегда любил людей и интересовался ими. Анатолия Александровича никогда не видели злым, ни разу в жизни он ни на кого не повысил голос. Врожденная деликатность его натуры проявлялась, в частности, в том, что он нередко сбивался на обращение «Вы» даже в разговоре с близкими людьми.

Память об Анатолии Александровиче Портнове навсегда останется в сердцах близких, коллег, всех знавших и любивших его людей.

Ученики и сотрудники

РЕФЕРАТЫ

Шингаев С.М. Психологические исследования стрессоустойчивости менеджеров // Вестник психотерапии. – 2007 – №20(25). – С. 9–18.

Анализируются результаты психологических исследований стрессоустойчивости менеджеров российских компаний. Выделяются наиболее типичные стрессовые факторы в профессиональной деятельности менеджеров и способы снятия стресса. В качестве одного из методических подходов, применяемых при разработке программ психологического обеспечения профессионального здоровья менеджеров, повышения их стрессоустойчивости, рассматривается рационально-эмоциональная поведенческая терапия. Описываются основные модули такой программы.

Ключевые слова: психологический стресс, стрессоустойчивость, здоровье менеджеров, стрессорные факторы, рационально-эмоциональная поведенческая терапия.

Воробьев А.В. Совершенствование психодиагностики посредством математической методики многомерной классификации на основе эмпирических средних // Вестник психотерапии. – 2007 – №20(25). – С.19–28.

На основе анализа особенностей различных математических методов, используемых в психодиагностике, и проведенных в Вооруженных Силах России исследований, делается вывод о возможности повышения точности и достоверности оценки степени выраженности различных психологических свойств личности за счет совершенствования математической процедуры обработки данных. Описывается методика многомерной классификации на основе эмпирических средних, которая при условии наличия обучающей выборки является достаточно эффективной (значения коэффициентов корреляции находятся в пределах от 0,76 до 0,94).

Ключевые слова: психодиагностика, профессиональный психологический отбор, прогноз профессиональной успешности, многомерная классификация.

Зайцева В.Б. Психологические типы безработных и меры повышения их адаптационного потенциала при трудоустройстве // Вестник психотерапии. – 2007 – №20(25). – С. 28–41.

Рассматриваются результаты исследования особенностей личностной и ценностно-мотивационной сфер безработных, лежащих в основе нарушения адаптации и создающих трудности при трудоустройстве. Выявлены типологические различия безработных, а также социально-

экономический и психологический пути решения проблемы адаптации безработных с учетом их типологических особенностей, позволяющие осуществлять социально-психологическую помощь безработным в направлении повышения адаптационных возможностей в профессиональной области.

Ключевые слова: безработные, личностные характеристики, ценностные ориентации, психологические типы, вид деятельности, психокоррекционные мероприятия, типы адаптации.

Советная Н.В., Мильчакова Е.А., Цветкова Т.Н. Цветовой тест М. Люшера в оценке психического состояния пациентов с игровой зависимостью. // Вестник психотерапии. – 2007 – №20(25). – С. 41–47.

Данные 8-цветного теста М. Люшера 36 больных игроманией сравнены с нормативной группой. Определен паттерн актуальных признаков психического состояния пациентов с игровой зависимостью и дана их вербальная психологическая характеристика. Результаты позволяют рекомендовать использование цветового теста М. Люшера для динамического контроля психического состояния пациентов с игровой зависимостью в период их лечения и реабилитации.

Ключевые слова: игромания, проективная психодиагностика, 8-цветовой тест М. Люшера.

Мизерене Р., Мильчакова Е.А., Советная Н.В. Личностные особенности больных с игровой зависимостью, выявленные по методике «Hand-тест» // Вестник психотерапии. – 2007 – №18(23). – С. 47–56.

Методикой «Hand-тест» обследовано 25 пациентов с игровой зависимостью. Подсчитано общее количество ответов и проведена их формализация через отнесение каждого ответа к одной из 14 оценочных категорий, а также рассчитан производный показатель I (склонность к открытой агрессии). Пациентам с игровой зависимостью свойственно более агрессивное поведение и нежелание приспособливаться к социальному окружению. У них более выражена потребность в помощи и поддержке со стороны окружающих. Однородность характеристики зависимости, по всей видимости, демонстрирует общность больных с патологическими зависимостями от игр и героина. Игроманам характерны повышенная социальная восприимчивость, чувствительность в межличностных отношениях, тревожность, что в целом определяется как повышенный уровень невротизма.

Ключевые слова: игроманы, проективная психодиагностика, Hand-тест.

Евдокимов В.И., Зайцев В.В. Научно-методические аспекты формирования и терапии патологической зависимости от азартных игр // Вестник психотерапии. – 2007 – №20(25). – С. 57–71.

Анализ научных работ показывает, что зависимыми от азартных лиц являются до 0,5–1,5 % населения развитых стран. Представлена обобщенная характеристика диагностических критериев зависимости, стадий заболевания, реконвалесценции и структура игрового цикла. Проведен обзор психотерапевтических методов лечения зависимости от азартных игр. Установлено, что годовая ремиссия отмечается у 40–50 % от числа лиц, обратившихся за психолого-медицинской помощью.

Ключевые слова: зависимость от азартных игр, стадия заболевания, игровой цикл, психотерапия, ремиссия.

Евдокимов В.И., Цветкова Т.Н. Феноменология ремиссии и ее особенности у больных патологическими зависимостями (обзор) // Вестник психотерапии. – 2007 – №20(25). – С. 72–81.

Анализ литературы показал, что вероятность срыва ремиссии в течение первых шести месяцев при современных методах лечения наблюдается у 60 % больных алкоголизмом и у более 70 % больных с патологическим влечением к ПАВ. Предииктами сохранения ремиссии являются внешние (социальные), личностные (клинико-психологические) и внутренние (биологические) показатели. Основным фактором формирования (срыва) ремиссии у больных выступает синдром патологического влечения к алкоголю (наркотику), а лечебного воздействия – установка на трезвость и трезвый образ жизни (отказ от ПАВ).

Ключевые слова: ремиссия, патологическое влечение, алкоголизм, наркомания, игромания.

Сергеева Л.С. Влияние особенностей восприятия болезни на качество жизни пациентов с метаболическим синдромом // Вестник психотерапии. – 2007 – №20(25). – С. 81–88.

Рассматривается самооценка качества жизни как важный фактор оценки динамики физического состояния и работоспособности и воздействия на повседневную и профессиональную деятельность у пациентов с метаболическим синдромом. Анализируются влияние отношений к болезни, индивидуально-психологических характеристик и профессиональной самореализации на качество жизни пациентов.

Ключевые слова: отношение к болезни, качество жизни, метаболический синдром.

Янковская Е.М. Психотерапия и психологическое (семейное) консультирование в семьях постинсультных больных // Вестник психотерапии. – 2007 – №20(25). – С. 89–99.

Представлены особенности психотерапевтической работы в семьях постинсультных больных, направленной на наиболее полное восстановление утраченных в результате болезней возможностей психосоциального функционирования, как самих пациентов и их родственников, так и семей в целом. Разработана методика комплексного применения индивидуальной психотерапии и психологического (семейного) консультирования, которая включала в себя техники динамической, когнитивно-поведенческой и рациональной психотерапии в семейном, супружеском и индивидуальном вариантах.

Ключевые слова: постинсультные больные, психосоциальное функционирование, когнитивная-поведенческая психотерапия, семейная психотерапия, психологическое консультирование, «семейный паспорт».

Оганесян Н.Ю., Соколовская Т.В. Психотерапевтический рисунок в структуре танцевальной терапии // Вестник психотерапии. – 2007 – №20(25). – С. 100–108.

Рассматривается лечебный эффект танцевальной терапии – невербальной психотерапии, применяемой в психиатрическом стационаре в системе реабилитации больных шизофренией. Цель танцевальной терапии для больных шизофренией – развитие коммуникативных способностей, улучшение межличностных взаимоотношений, развитие социальной перцепции, коррекция самооценки. Тематический психотерапевтический рисунок, является одним из этапов танцевальной терапии. Сочетание методов невербальной психотерапии является эффективным в социализации больных шизофренией.

Ключевые слова: танцевальная терапия, психотерапия, шизофрения.

Ванкон И.Г., Ванкон А.И. Современные подходы в реабилитации наркозависимых // Вестник психотерапии. – 2007 – №20(25). – С. 109–115.

Освещаются актуальные противоречия и тенденции развития психотерапии зависимых форм поведения, представлены современные взгляды на реабилитацию при химической зависимости. Для реабилитации зависимых от химических веществ использован системный биопсихосоциальный подход. Показана целесообразность гибкого функционального принципа построения структуры реабилитационных центров по типу целевых программ, бригадного подхода при комплексном решении проблем пациента, тесного взаимодействия всех направлений работы и широкого сотрудниче-

ства с общественными и государственными учреждениями. Обобщен опыт работы реабилитационного центра «Перекресток семи дорог» (г. Ангарск).

Ключевые слова: аддиктивное поведение, реабилитационный центр, целевые программы.

Разбаева Е.Е. Исследование зон наибольшей социальной фрустрированности у беременных женщин – некоренных жителей Заполярья Крайнего Севера России // Вестник психотерапии. – 2007 – №20(25). – С. 116–121.

Проведено комплексное исследование зон наибольшей социальной фрустрированности и их влияния на соматическое и психологическое состояние, оцениваемое в субъективном восприятии беременных женщин – некоренных жителей Заполярья Крайнего Севера (основная группа, 80 чел.) и женщин – жителей Украины (контрольная группа, 36 чел.). Задачи исследования были реализованы с помощью специализированного полуструктурированного клинико-психологического интервью.

Ключевые слова: демография, факторы среды, фрустрированность, значимые отношения, беременные женщины.

Авакумов С.В. Об одной особенности построения сюжета сновидения // Вестник психотерапии. – 2007 – №20(25). – С. 122–137.

Исследован порядок появления фрагментов впечатлений бодрственной жизни в сновидениях. Выявлено, что этот порядок не является случайным: впечатления бодрственной жизни воспроизводятся во сне преимущественно в порядке обратном их появлению. Представлены существенные отличия в порядке представления их у лиц, обращающихся за психотерапевтической помощью и результаты исследования связи индивидуально-психологических особенностей субъекта, информационных характеристик его сновидений и порядка воспроизведения дневных впечатлений во сне.

Ключевые слова: сновидение, ассоциации, бодрственные впечатления, порядок появления фрагментов, энтропия.

Зорин М.Г. Методологические проблемы исследования сновидений как «предвестников» заболеваний // Вестник психотерапии. – 2007 – №20(25). – С. 138–144.

Предлагается теоретико-методологическое обоснование для психологического исследования сновидений и самочувствия в их взаимосвязи на основе анализа литературных данных.

Ключевые слова: психоанализ, сновидения, предвестники заболеваний.

Shingaev S.M. Psychological research of manager stress resistance // “Vestnik psikhoterapii” (Rus.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2007, No 20(25), pp. 9–18.

The results of psychological research of stress resistance in managers of Russian companies are analyzed in the article. The most typical stress-factors in professional activities of managers along with the means for stress mitigation are identified. The rational emotive behavior therapy is viewed as an eligible methodical approach for development of programs for psychological support of professional health and increase of stress resistance in managers. The basic modules of such a program are described.

Key words: psychological stress, stress resistance, manager health, stress-factors, rational emotive behavior therapy.

Vorobjev A.V. Improvement of psychodiagnostics via mathematical method of multidimensional classification based on empirical mean values// “Vestnik psikhoterapii” (Rus.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2007, No 20(25), pp. 19–28.

Based on analysis of different mathematical methods used for psychological assessment and studies within the Russian Armed Forces it is concluded that accuracy and validity of assessments of different personality characteristics can be improved due to updated mathematical data processing. Described is the method of multidimensional classification on a basis of empirical mean values, possessing due efficiency provided a teaching sample (correlation coefficients within the range 0,76 to 0,94).

Key words: psychological assessment, professional psychological selection, prediction of professional success, multidimensional classification.

Zaitseva V.B. Psychological types of unemployed people and ways to improve their adaptation potential when seeking employment. // “Vestnik psikhoterapii” (Rus.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2007, No 20(25), pp. 28–41.

Special characteristics of personality and value-motivational area of unemployed people underlying adaptation problems in their professional field are

considered. Revealed typological differences in unemployed people are described, as applicable for seeking employment. The author developed 2 ways (socio-economic and psychological) and specific recommendations for solving adaptation problems of unemployed people to adapt them to supposed job based on their typological special features. These measures enable rendering socio-psychological assistance to unemployed people in order to raise their adaptation capabilities in professional area.

Key words: unemployed people, personality characteristics, kind of activity, essential values, psychological types, psychocorrection, types of adaptation.

Sovetnaya N.V., Milchakova E.A., Tsvetkova T.N. M. Luscher Color Test for assessment of mental state in patients with addiction to gambling. // "Vestnik psikhoterapii" (Rus.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2007, No 20(25), pp. 41–47.

Data on M. Luscher 8-color Test for 36 gambling addicts were compared to that of a control group. Pattern of main features of mental state of gambling addicts is determined along with psychological narrative. According to the study results, M. Lusher Color Test is applicable for dynamic control of mental state in gambling addicts during treatment and rehabilitation period.

Key words: compulsive gambling, projective psychodiagnostics, M. Luscher 8-color Test.

Mizerene R., Milchakova E.A., Sovetnaya N.V. Personality features of gambling addicts revealed by Hand Test // "Vestnik psikhoterapii" (Rus.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2007, No 20(25), pp. 47–56.

25 patients with gambling addiction were assessed using the Hand Test. Overall response number was calculated with further formalization via assignment of every response to one of 14 categories. Then derivative parameter I (tendency to overt aggression) was calculated. Gambling addicts demonstrated more aggressive behavior and non-willingness to adapt to social environment. They are more prone to need assistance and support from social environment. Homogeneity of dependence pattern seems to demonstrate similarity of gambling and heroin addicts. Gambling addicts are characterized by increased social perceptibility, interpersonal sensitivity, anxiety, that in general corresponds to an increased neurotism level.

Key words: gambling addicts, projective psychodiagnostics, Hand Test.

Evdokimov V.I., Zaitsev V.V. Research methodical aspects of formation and treatment of pathological dependence from gambling // “Vestnik psikhoterapii” (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2007, No 20(25), pp. 57–71.

Research study analysis shows, that 0.5–1.5% of population of developed countries suffer from gambling dependence. Summarized characteristics of diagnostic criteria of dependence, illness stages, convalescence and gambling cycle structure are provided. Psychotherapy approaches to the treatment of gambling dependence are reviewed. One-year remission was noted in 40–50% applicants for psychological medical assistance.

Key words: gambling dependence, illness stage, gambling cycle, psychotherapy, remission.

Evdokimov V.I., Tsvetkova T.N. Phenomenology and Characteristics of Remission in Addicts (review) // “Vestnik psikhoterapii” (Rus.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2007, No 20(25), pp. 72–81.

Literature analysis showed that modern treatment results in remission upset during first six months in 60% alcoholics and more than 70% patients with pathological substance abuse. There are external (social), personality (clinical psychological) and internal (biological) predictors of sustained remission. The main factor of remission onset (upset) in patients is a syndrome of pathological addiction to alcohol (drugs), and the most important predictor of healing effect is focusing on soberness and sober life-style (substance abandonment).

Key words: remission, addiction, alcoholism, narcomania, gambling.

Sergeeva L.S. Effect of illness perception on quality of life in patients with metabolic syndrome // “Vestnik psikhoterapii” (Rus.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2007, No 20(25), pp. 81–88.

Self-assessment of life quality is considered as an important factor within assessment of physical condition and working capacity trends, as well as effects on daily and professional activities in patients with metabolic syndrome. Influence of illness perception, individual psychological characteristics and professional self-actualization on patient quality of life is analyzed.

Key words: illness perception, quality of life, metabolic syndrome.

Yankovskaya E.M. Psychotherapy and (family) counseling in families of post-stroke patients // “Vestnik psikhoterapii” (Rus.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2007, No 20(25), pp. 89–99.

The article provides certain features of therapeutic work in families of post-stroke patients aimed at the most comprehensive recovery of psychosocial functions of patients themselves, their relatives and the whole family suffered from severe illness. An outcome of this work was development of a method for multidimensional individual psychotherapy and (family) counseling including techniques of dynamic, cognitive behavioral and rational psychotherapy with family, couple and individual options.

Key words: post-stroke patients, psychosocial functioning, cognitive behavioral therapy, family therapy, psychological counseling, «family passport».

Oganesyan N.Yu., Sokolovskaya T.V. Psychotherapy drawing in dancing therapy // “Vestnik psikhoterapii” (Rus.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2007, No 20(25), pp. 100–108.

Dancing therapy is a fairly new method of non-verbal psychotherapy used in a psychiatric clinic in the system of schizophrenic patient rehabilitation. The aim of dancing therapy for schizophrenic patients is development of their communicative abilities, improvement of interpersonal relations, development of social perception, correction of self-esteem. Thematic psychotherapy drawing is one of the dancing therapy stages. Combination of these methods of non-verbal therapy is efficient in schizophrenic patients' socializing.

Key words: dancing therapy, psychotherapy, schizophrenia.

Vankon I.G., Vankon A.I. Modern approaches in rehabilitation of drug addicts // “Vestnik psikhoterapii” (Rus.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2007, No 20(25), pp. 109–115.

Actual contradictions and trends in development of psychotherapy of dependent behavior are provided; current considerations on rehabilitation of substance addicts are summarized. System biopsychosocial approach to rehabilitation of substance addicts is used. Justified is utility of flexible functional organization of rehabilitation centers involving target programs, team approach and comprehensive problem solving, close relationship of various work directions and cooperation with community and state institutions. Work experience of rehabilitation center «Perecrestok semi dorog» («Crossing of seven roads») (Angarsk city) is summarized.

Key words: addict behavior, rehabilitation center, target programs.

Razbayeva E.E. A study of the most severe social frustration areas in pregnant women who are not aborigines of Arctic regions of the Russia Far North // “Vestnik psikhoterapii” (Rus.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2007, No 20(25), pp. 116–121.

A comprehensive study assessed areas of the most severe social frustration and their effect on somatic and psychological condition as self-perceived by pregnant women who are not aborigines of Arctic regions of the Russia Far North (study group, n=80) and women – residents of Ukraine (control group, n=36). The study objectives were achieved via special semi-structured clinical psychological interview.

Key words: demography, environment factors, frustration, significant relationship, pregnant women.

Avakumov S.V. Some feature of a dream script // “Vestnik psikhoterapii” (Rus.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2007, No 20(25), pp. 122–137.

Some data on ordering of fragments of wakeful state impressions in dreams are presented in the article. Particularly, this order was found to be non-random: ordering of wakeful state impressions in dream state is mostly reverse. Substantial differences in this ordering were found for persons who came to see a psychotherapist. Relationship between individual-psychology features, dream content and ordering of wakeful state impressions is also discussed in the article.

Key words: dreams, association, wakeful state impressions, ordering of fragments, entropy.

Zorin M.G. Methodological problems in assessment of dreams as illness predictors // “Vestnik psikhoterapii” (Rus.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2007, No 20(25), pp. 138–144.

The theoretical and methodological rationale for psychological research of dreams and health in relationship is provided on the basis of the literary data analysis.

Key words: psychoanalysis, dreams, illness predictors.

О ПЕРЕЧНЕ ВЕДУЩИХ РЕЦЕНЗИРУЕМЫХ НАУЧНЫХ ЖУРНАЛОВ И ИЗДАНИЙ, В КОТОРЫХ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ОПУБЛИКОВАНЫ ОСНОВНЫЕ НАУЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ДИССЕРТАЦИЙ НА СОИСКАНИЕ УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ ДОКТОРА И КАНДИДАТА НАУК

В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 20 апреля 2006 г. № 227 в Положение о порядке присуждения учёных степеней внесены изменения, существенно повышающие уровень требований к материалам, выносимым на защиту докторской и кандидатской диссертации. Высшей аттестационной комиссией Министерства образования и науки Российской Федерации сформирован новый Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученых степеней кандидата и доктора наук (далее – Перечень).

Перечень помимо изданий, выпускаемых в Российской Федерации, содержит раздел зарубежных изданий.

Для каждого российского издания указан его индекс в одном из общероссийских каталогов (ОАО «Роспечать», Объединенный каталог «Пресса России» или Общероссийский каталог «Почта России»), а также по рекомендации соответствующего экспертного совета приведено уточнение тематической направленности конкретного издания, в рамках которой будут учитываться публикации кандидатских и докторских исследований.

Отечественные издания, рекомендованные для опубликования основных результатов диссертаций на соискание ученой степени доктора наук отмечены в Перечне звездочками (*). Публикации результатов научных исследований соискателей ученой степени кандидатов наук размещаются в любом издании указанного Перечня.

Все реквизиты зарубежных изданий, включенных в Перечень можно узнать на соответствующих сайтах в Интернете.

Новый Перечень вводится в действие с 01 января 2007 года. Однако работы соискателей, опубликованные или принятые к печати до 31 декабря 2006 года изданиями, входившими в предыдущий Перечень, но не вошедшими в новый Перечень, после выхода публикаций в свет учитываются при приеме и защите диссертаций.

Высшая аттестационная комиссия Министерства образования и науки Российской Федерации обращает внимание редакционных советов и лично редакторов отечественных журналов и изданий, включенных в Перечень на необходимость оказания оперативной и бескорыстной поддержки аспирантам и соискателям в опубликовании научных материалов.

Президиум Высшей аттестационной комиссии
Министерства образования и науки Российской Федерации



ЖУРНАЛ «ВЕСТНИК ПСИХОТЕРАПИИ»
Редакционная коллегия

194352 Россия, Санкт-Петербург,
Придорожная аллея, д. 11, ОУ «МИРВЧ»
Тел/факс (812) 513-67-97, 592-35-79

Уважаемые коллеги!

На базе Международного института резервных возможностей человека (МИРВЧ, Санкт-Петербург) работает редакция журнала «Вестник психотерапии», целью которого является распространение научных знаний путем публикации статей, научных сообщений и результатов исследований **по медицинским, психологическим, социологическим, биологическим, фармацевтическим и другим наукам** в области психотерапии, коррекционной психологии, психоанализа и смежным проблемам.

Журнал «Вестник психотерапии» является научным рецензируемым журналом и имеет **свидетельство о регистрации средства массовой информации** ПИ №77-28041 от 28.04.2007 г., выданное Министерством Российской Федерации по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций.

С 2002 года журнал включен в каталог **Роспечати РФ (индекс—15399)** и на всей территории РФ и СНГ проводится его подписка через почтовые отделения. Журнал выпускается 2 раза в год.

Желающие опубликовать свои научные материалы (статьи, обзоры, краткие информационные сообщения) **должны** представить их в редакцию журнала в 2-х экземплярах в отпечатанном виде с приложением дискеты на 3,5 дюйма в текстовом редакторе WORD, шрифт Times New Roman, шрифт 14, межстрочный интервал полусторонний. Список литературы оформляется по ГОСТ 7.1-2003.

Должны быть указаны фамилия, имя, отчество (полностью), ученая степень, ученое звание, должность и место работы автора (авторов), адрес (почтовый и e-mail) и телефон (телефоны). Статья должна быть подписана автором (авторами).

Рекомендуемый объем статьи 10–20 страниц (28–30 строк на странице, до 70 знаков в строке). По согласованию могут быть опубликованы материалы другого объема. К статье должно быть приложено краткое резюме (реферат), отражающее основное содержание работы, размером не более половины страницы машинописи на русском и, при возможности, английском языке, с ключевыми словами.

Рукописи рецензируются членами редакционного совета или редакционной коллегии. При положительной рецензии поступившие материалы будут опубликованы. Представленные материалы должны быть актуальными, соответствовать профилю журнала, отличаться новизной и научно-практической или теоретической значимостью. Фактический материал должен отражать новейшие данные, быть тщательно проверен и подтвержден статистическими данными или ссылками на источники, которые приводятся в конце статьи. При несоответствии статьи указанным требованиям тексты рукописей не возвращаются.

Телефон/факс (812) — 513-67-97, 592-35-79, 592-14-19 — заместитель директора МИРВЧ, заместитель редактора журнала — кандидат психологических наук Мильчакова Валентина Александровна.

e-mail: vestnik-pst@yandex.ru

Сайт МИРВЧ: www.mirvch.ru

Главный редактор журнала — доктор медицинских наук, доктор психологических наук профессор Рыбников Виктор Юрьевич (e-mail: rvikirina@rambler.ru)

Научный редактор журнала — доктор медицинских наук Евдокимов Владимир Иванович (e-mail: evdok@omnisp.ru)

ВНИМАНИЮ ПОДПИСЧИКОВ!

В сентябре 2007 года выйдет дополнительный номер журнала «Вестник психотерапии», подписка на который не была произведена через каталог «Роспечать». Желающие получить данный номер журнала могут присылать заявки на адрес редакции либо на e-mail: vestnik-pst@yandex.ru. Журнал будет рассылаться после проведения оплаты. Просьба при оплате четко указывать Ф.И.О. и адрес для получения журнала (желательно эти данные продублировать на e-mail).

Стоимость журнала 220 рублей для подписчиков РФ, 300 рублей для подписчиков стран СНГ.

Почтовый адрес института: 194352, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д. 11 Международный институт резервных возможностей человека.

* * *

В августе 2007 г. выйдет второе переработанное и дополненное издание учебного пособия «Организация и содержание духовно ориентированной психотерапии патологических зависимостей» под ред. профессора Г. И. Григорьева – 281 с.

В учебном пособии прослеживаются истоки и излагаются концептуальные основы метода духовно ориентированной психотерапии в форме целебного зарока (ДОП ЦЗ) на православной основе, разработанного в Международном институте резервных возможностей человека и Свято-Александро-Невском братстве трезвости. Данный метод применяется сегодня для медико-психологической помощи больным патологическими зависимостями в России, Белоруссии и Литве. Описаны концептуальные основы практической работы Школы трезвения в Свято-Троицкой Александро-Невской лавре. Пособие предназначено для врачей-психотерапевтов, психиатров, психиатров-наркологов и медицинских психологов.

Заявки присылать по адресу: 194352, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д. 11 Международный институт резервных возможностей человека, либо на e-mail: vestnik-pst@yandex.ru. Просьба четко указывать Ф.И.О. и адрес для получения учебного пособия.

Стоимость учебного пособия 180 рублей (включая почтовые расходы).

* * *

В данный номер журнала «Вестник психотерапии» №20(25) вошли статьи, принятые к печати в 2006 году.

Редколлегия журнала

ДЛЯ ЗАМЕТОК

Журнал «Вестник психотерапии» зарегистрирован Министерством Российской Федерации по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций.

Свидетельство о регистрации – ПИ №77-28041 от 28 апреля 2007 года

Учредители:

Оздоровительное учреждение «Международный институт резервных возможностей человека» (ОУ «МИРВЧ»);

Федеральное государственное учреждение здравоохранения «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины» Министерства Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий (ВЦЭРМ МЧС России).

Главный редактор – Рыбников Виктор Юрьевич.

Индекс в каталоге Роспечать РФ «Газеты. Журналы» – 15399.

Адрес редакции: 194352, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д. 11.

Адрес издательства и типографии: ООО «Политехника-сервис».

191023, Санкт-Петербург, ул. Инженерная, д. 6.

тираж 1000 экз.

цена – свободная