

**НАУЧНОЕ ИЗДАНИЕ
БАЛТИЙСКОЙ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ АКАДЕМИИ**

ОТДЕЛЕНИЕ ВАЛЕОЛОГИИ И ПСИХОФИЗИОЛОГИИ

**ВЕСТНИК БАЛТИЙСКОЙ
ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ АКАДЕМИИ**

Вып. 61. – 2005 г.

**Теоретико-эмпирические
исследования в
медицинской психологии**

САНКТ-ПЕТЕРБУРГ

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ ВЫПУСКА:

А.Н. Алёхин, В.А. Ананьев, Д.Н. Давиденко
Ответственные за выпуск — **А.Н. Алёхин, Е.В. Горская**

РЕДАКЦИЯ ВЕСТНИКА:

Главный редактор — **И.П. Волков**
Зам. главного редактора — **Д.Н. Давиденко**

Адрес редакции:

190121, Санкт-Петербург, ул. Декабристов, 35.
Кафедра психологии
Санкт-Петербургской государственной академии
физической культуры им. П.Ф. Лесгафта (СПбГАФК)
(**проф. И.П. Волков**)
тел. (812) 114–6627

Печатается на средства авторов и взносы членов БПА
по отделению валеологии и психофизиологии
(Заведующий отделением – академик БПА, проф. Д.Н. Давиденко)

B36

© Д.Н. Давиденко (E-mail: root@DD1814.spb.edu)

В 43162014 – 75 Без объявления
С 96 (03) – 01

ISBN 5–85029–077–X

ВЕСТНИК БАЛТИЙСКОЙ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ АКАДЕМИИ

Вып. 61. – 2005 г.

Научное издание БПА
Гослицензия № Б 471385 мэрии СПб

Основано в июле 1995 г.
в Санкт–Петербурге

Лицензия ЛР № 040815 от 22.05.97.
Подписано к печати 26.02.2005 г. Формат бумаги 60х90 1/8. Бумага офсетная.
Печать ризографическая. Усл.-печ. л. 8. Тираж 100 экз. Заказ 20.

НИИ химии СПбГУ
Отпечатано в отделе оперативной полиграфии НИИ химии СПбГУ
198004, Санкт-Петербург, Старый Петергоф, Университетский пр., 2

СОДЕРЖАНИЕ

	Стр.
Предисловие	5
Ананьев В.А., Васильев М.А., Горская Е.А., Малиновская Н.Д. Психология здоровья: эмпирические исследования психосоматического и психического здоровья школьников	10
Сладкова В.В. Внутренняя картина здоровья	24
Ишинова В.А., Ананьев В.А., Кузнецов В.А. Опыт применения проективных методов в оценке эффективности психотерапевтических воздействий на примере клинического случая	28
Горская Е.А. Особенности эмоционального реагирования детей и подростков, страдающих бронхиальной астмой	33
Алехин А.Н., Коробова Е.Л. Когнитивные стили как фактор успешности адаптации больных шизофренией	41
Жуков Д.Е. «Симбиотичный» контакт матери и ребенка как условие позитивной динамики состояния больных с синдромом раннего детского аутизма	44
Вотякова С.А. Аффекты мстительности у наркозависимых на примере обиды	47
Луполишина Т.В. Краткий обзор методов телесно-ориентированной психотерапии	52
Малиновская Н.Д. Результаты многоуровневого полисистемного изучения психосоматического здоровья российских школьников	60
Королева Н.Н., Луговая А.П. Личностные факторы формирования навыков пространственной ориентировки поздноослепших	64
Дементьева Н.О. Психологическая характеристика женщин с диагнозом «бесплодие неясной этиологии»	66
Абрамов Т.В. Применение проективных методов в многоосевой диагностике при консультировании детей	70
Аверьянов В.В. Клинико-психологические подходы к исследованию учебной дезадаптации студентов	73
Грошева Е.В., Алехин А.Н. Особенности течения шизофрении у подростков в зависимости от сопутствующих социально-психологических факторов	75
Реброва Н.П. Психофизиологическое исследование адаптационных возможностей студентов	79
Фау Е.А. Психологические и психосоматические характеристики людей, переживших «потрясения»	86
Нестеренко О.Б. Семейные факторы риска формирования патологической психосоматической системы	94

	Стр.
Пятакова Г.В. Отношение подростков, страдающих ювенильным хроническим артритом, к своему заболеванию	101
Алехин А.Н., Шагов С.Г. Клинико-психологический анализ синдрома дорсопатий с точки зрения патогенеза соматоформных расстройств	107
Никитина О.А. Депрессия, война и семья	109
Алехин А.Н. Психология: в поисках метода	114
Давиденко Д.Н. Проблема резервов адаптации организма к экстремальной деятельности: состояние и перспективы развития	117

ПРЕДИСЛОВИЕ

В 2005 г. исполняется пять лет кафедре клинической психологии Российского государственного университета им. А.И. Герцена. Дата знаменательная еще и потому, что впервые в 2005 г. состоится выпуск по-настоящему подготовленных специалистов по клинической психологии.

Приказом министра образования за №686 от 2 марта 2000 г. была введена новая специальность 022700 – «Клиническая психология», с присвоением квалификации: «Психолог. Клинический психолог. Преподаватель психологии». Первые группы специалистов различных университетов Российской Федерации выйдут в профессиональный мир, подготовленные по единому учебному стандарту. Данный стандарт имеет много недостатков, однако и много достоинств, прямо скажем, новаторских для нашей страны дисциплин, таких как «супервизия», остается ввести в учебный план дисциплину «личная терапия», и мы уже будем соответствовать международным требованиям подготовки клинических психологов, психотерапевтических консультантов.

Сегодня дискутируется вопрос о названии данной специальности. Мы отстаиваем точку зрения В.Н. Мясищева, который первым в Ленинграде заявил о создании отдельного направления в рамках науки психологии – «Медицинская психология», Она стала существовать как отдельная область знаний, наряду с социальной, инженерной, юридической психологией. В то же время – это и область, которой удалось интегрировать медицинские и психологические знания. Дальновидность В.Н. Мясищева, его учеников Б.Д. Карвасарского, Л.И. Вассермана и последователей очевидна в том, что термин «клиническая психология» ограничивает область применения психологических знаний только в клинике, остается за «бортом» работа клинического психолога со здоровыми людьми. «Медицинская психология», на наш взгляд, более масштабное понятие, которое включает в себя «клиническую психологию» как один из основных разделов.

Кафедра клинической психологии РГПУ им. А.И. Герцена успешно развивает интегративный подход в психологии вообще и, в частности, в медицинской, синтезируя патогенетический подход, к которому и относится по названию «клиническая психология» и саногенетический, – к которому относится новая отрасль знаний в рамках «медицинской психологии» – «психология здоровья». Таким образом, медицинская психология изучает психику здорового и больного человека с целью повышения эффективности лечения от болезни или ее профилактики. На сегодняшний день складывается аналогичная ситуация с шестидесятью-семидесятью годами, когда московская школа под руководством Б.В. Зейгарника предпочитали более узкое понятие «патопсихология» понятию «медицинская психология», принятому в Ленинграде.

Обоснование специальности «Клиническая психология», думаю, не вызывает сомнения. По профессиональной ориентации, системе подготовки кадров и фундаментальным основам образования клиническая психология – психологическая специальность широкого профиля, имеющая межотраслевой характер и участвующая в решении комплекса задач в системе здравоохранения, народного образования и социальной помощи населению.

Практическая и научно-исследовательская деятельность специалиста направлена на повышение психических ресурсов и адаптационных возможностей человека, на гармонизацию психического развития, охрану здоровья, профилактику и преодоление недугов, психологическую реабилитацию.

Объект клинической психологии – человек с трудностями адаптации и самореализации, связанными с его физическим, социальным и духовным состоянием.

Предметом профессиональной деятельности специалиста являются психические процессы и состояния, индивидуальные и межличностные особенности, социально-психологические феномены, проявляющиеся в различных областях человеческой деятельности.

Таким образом, мы еще раз убеждаемся в широте поставленных задач перед клиническим психологом, что подтверждает верность выбранного направления кафедры в плане интеграции саногенетического и патогенетического подходов.

Учебная деятельность. Кафедра осуществляет подготовку студентов по специальности 022700 "Клиническая психология" и аспирантов по специальности 19.00.04. "Медицинская психология".

Квалификация выпускника – "Психолог. Клинический психолог. Преподаватель психологии". Нормативный срок освоения основной образовательной программы подготовки психолога по данной специальности 022700 "Клиническая психология" при очной форме обучения 5 лет.

В соответствии со своей фундаментальной и специальной подготовкой клинический психолог может выполнять следующие виды профессиональной деятельности в учреждениях здравоохранения, образования, социальной помощи населению, в сфере управления, производства и бизнеса:

1. Психодиагностика эмоциональных и поведенческих расстройств.
2. Судебно-психологическая, нейропсихологическая и военная экспертиза.
3. Профилактика и реабилитация зависимого поведения.
4. Психотерапевтическое консультирование.

Изучение всех специальных предметов и преподавание спецкурсов, таких как общая и частная психиатрия, психодиагностика, патохарактерология, аддиктивное поведение, психотерапия и супервизия приближены непосредственно к пациентам, что позволяет студентам уже к 4-му курсу приобрести не только знания, но и определенные профессиональные навыки.

Конкретное содержание профессиональной подготовки специалиста на кафедре клинической психологии определяется образовательной программой и включает теоретическую подготовку, лабораторные и клинические практикумы, тренинги, супервизии и практики. Для этих целей заключены и реализуются договоры с, клиническими базами: медицинскими и психолого-педагогическими центрами, осуществляющими обслуживание контингента детского и подросткового возраста: Психоневрологическим научно-исследовательским институтом им. В.М. Бехтерева, Военно-медицинской академией, Медицинской академией последипломного образования, Российским научно-исследовательским институтом детской ортопедии им. Г.И. Турнера, Городским центром психолого-педагогической реабилитации и коррекции, Городским наркологическим диспансером, Психолого-педагогическими, медико-социальными центрами ряда районов города (Красносельского, Приморского, Московского, Адмиралтейского), Реабилитационным детско-подростковым центром Красногвардейского района, детским многопрофильным санаторием "Солнечное", Городской психиатрической больницей №3, городской больницей №40 г. Сестрорецка, ПНД Кировского района и рядом других учреждений. На многих этих базах сотрудники кафедры проводят клинические разборы. Студенты 1-го курса проходят ознакомительную практику, которая позволяет им уже с первых дней обучения включиться в освоение своей специальности

В дальнейшем на старших курсах изучение всех специальных предметов и преподавание спецкурсов, таких как общая и частная психиатрия, психодиагностика, патохарактерология, аддиктивное поведение, психотерапия, практикум по психосоматике, супервизия и др. приближены непосредственно к пациентам, что позволит студентам уже к 4-му курсу приобрести не только знания, но и определенные профессиональные навыки.

Улучшению качества подготовки студентов на кафедре клинической психологии способствуют следующие мотивационные факторы:

— Знакомство с программой обучения и ознакомительная практика, позволяющая студентам увидеть высокий профессиональный стандарт в работе и стремиться к нему в процессе обучения.

— Кураторство. Закрепление группы студентов за опытным преподавателем. Цель кураторства заключается не в контроле над учебной деятельностью, а в психологическом сопро-

вождении начинающего клинического психолога, совместный поиск образовательного маршрута, специализации, поиск ресурсов и трудоустройство.

— Персональное кураторство. Закрепление нескольких студентов за одним преподавателем с целью личностно-профессионального роста первого.

— Проведение психотерапевтических и тренинговых групп, начиная с первого курса для решения личностных проблем студентов.

— Постоянная работа на клинических базах, позволяющая закреплять теоретические знания программы.

— Участие в СНО и конференциях, клинических разборах, балинтовских группах, супервизиях, мастерских.

Научная деятельность кафедры. Коллектив кафедры разрабатывает два научных направления: “Онтогенетический подход в профилактике и реабилитации психических и психосоматических расстройств” и “Семейная системная психотерапия в реабилитации эмоциональных и поведенческих расстройств у детей и подростков”. Большая доля научно-методических работ посвящена психопрофилактике и реабилитации различных видов зависимостей. В подготовке молодых специалистов по клинической психологии кафедра постоянно соблюдает принципы научной школы и следует традициям отечественной психологической школы (В.М. Бехтерев, Б.Г. Ананьев, С.Я. Рубинштейн, Л.С. Выготский, Р.А. Лурия, Б.В. Зейгарник, П.К. Анохин, В.Н. Мясищев, Б.Д. Карвасарский, А.Е. Личко, М.М. Кабанов и др.), изучает достижения зарубежных психологов.

Свидетельством формирования научной школы являются созданные в последние годы теоретико-методологические конструкты, выступающие направляющими «рельсами» в движении по разработке отдельных разделов медицинской психологии и психотерапии.

Интегративные положения медицинской психологии и психотерапии изложены в монографии: Психософия (методология, развитие личности и психотерапия) – авторы А.В. Курпатов, А.Н. Алехин.

Основываясь на многолетних исследованиях, на работах своих учителей первых отечественных психосоматиков профессоров Ю.М. Губачева, В.И. Симаненкова на кафедре сформулирована научная концепция в области психосоматики – «онтогенетическая концепция психосоматической дезадаптации» или «онтогенетическая концепция структурного аттрактора болезни» – автор проф. В.А. Ананьев, для обеспечения учебного процесса выпущено учебное пособие «Основы психосоматики» – автор С.А. Кулаков.

По заказу Министерства образования РФ реализован проект: «Разработка научно-методических основ и технологии реализации мониторинга психического и психосоматического здоровья детей». Для этих целей разработан специальный «Мультимодальный интегративный опросник» с созданием компьютерной программы диагностики психического и психосоматического здоровья школьников.

По психосоматической медицине защищено пять кандидатских диссертаций (Л.А. Фоменко, Е.А. Нагога, В.Ю. Ледина, О.Б. Нестеренко, Е.А. Горская).

Разработана и внедрена в учебные, профилактические и реабилитационные центры страны «Концепция системной профилактики» на основе комплексной программы развития личности «Цветок потенциалов», выпущены две монографии: «Социально-психологический мониторинг школьной среды как элемент первичной профилактики аддиктивного поведения». – СПб., 2002. – 177 с. и «Концептуальные основы системной профилактики девиантного поведения». – СПб.: РГПУ им. А.И. Герцена, 2003. – 172 с. (авторы В.А. Ананьев, Я.В. Малыгина, М.А. Васильев). В этом направлении кафедра не только разрабатывает научно-обоснованные концепции, но создает практические программы реализации концептуальных идей. Так, в стране широко используется программа профилактики «общего девиантного синдрома адаптации» – «Перешеек». Выпущено учебное пособие: «Легальные и нелегальные наркотики». – Ч.1 и Ч. 2. – СПб.: Иматон, 2000. – автор Ананьев В.А. Защищены три диссертации: 1) С.А. Проценко «Скрытая мотивация в реабилитации наркозависимых» (2003); 2) С.Б. Вайсов «Психобразовательный подход в реабилитации родителей подростков с герои-

новой наркоманией» (2003); 3) Я.В. Малыхина «Социально-психологические аспекты системной профилактики «общего девиантного синдрома» (2004).

Разработаны новаторские авторские программы реабилитации больных наркоманией, программы реабилитации созависимых – С.А. Кулаков, С.А. Проценко, С.Б. Ваисов, Л.Н. Ильина.

Сотрудники кафедры последовательно развивают новую молодую отрасль знаний в медицинской психологии – «Психология здоровья». Выпущено 2 монографии: 1) «Введение в психологию здоровья» – СПб.: БПА, 1998. – 176 с. – автор В.А. Ананьев; 2) «Психология здоровья» – СПб.: СПбГУ, 2000. – 500 с. – авторы В.А. Ананьев, Г.С. Никифоров, И.Н. Гурвич И.Н. и др. Написаны отдельные главы в учебнике «Психология здоровья» / Под ред. Г.С. Никифорова, – СПб.: Питер, 2003.

В области психотерапевтического консультирования разрабатывается на основе кризисной теории развития личности, синергетики И. Пригожина, трансперсональной психотерапии интегративная методика «Потрясающая психотерапия» – автор В.А. Ананьев (см. описание: «Психотерапевтическая энциклопедия» – 2-е изд. / Под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб, 2000. По кризисной теории развития личности защищено две кандидатские диссертации (Ю.С. Прошутинский и Е.А. Фау).

Активно разрабатываются психотерапевтические направления в работе с семьей: интегративная семейная психотерапия – С.А. Кулаков, Е.Ю. Уголева, игровая психотерапия – С.В. Кудрявцева, супружеская и сексуальная психотерапия – В.А. Ананьев, В.П. Петров.

Психодинамическое направление представлено разработками в области группанализа, индивидуального психоанализа, психодинамической психотерапии – О.А. Никитина, С.А. Кулаков.

В рамках экзистенциально-гуманистического направления ведутся научные разработки Е.И. Лебедевой и В.А. Ананьевым.

Разработаны специальные программы поведенческой психотерапии для работы с одаренными детьми – Е.И. Лебедева, с аутичными детьми – Д.Е. Жуков, с больными бронхиальной астмой – Е.А. Горская, со здоровыми детьми в рамках интегративной науки о здоровье – валеологии – Р.С. Минвалиев, работа по подготовке к беременности и родам – В.Ю. Ледина, Н.Ю. Дементьева. Проводится изучение качества жизни слабовидящих больных-инвалидов и инвалидов с нарушениями опорно-двигательной системы (ДЦП) – авторы Г.В. Пятакова, В.А. Ананьев.

Особое психотерапевтическое направление – работа с горем и подготовка человека к смерти – Д.В. Желателев, работа с лицами, совершившими суицид – Ф.Р. Малюкова.

Совместно с коллегами дружественных учреждений разрабатываются и адаптируются различные психодиагностические методы исследования – Е.Е. Ромицина, В.А. Ананьев, Я.В. Малыхина, М.А. Васильев, Л.Н. Лассан, Н.Д. Малиновская, С.В. Мурина.

Совместно с кафедрой подростковой медицины и валеологии МАПО реализуются программы профилактики болезней адаптации подростков – А.М. Куликов, В.П. Медведев.

Кафедра последовательно реализует принципы научно обоснованной профессиональной подготовки и внедряет адаптированные для нашей страны основы супервизии. Создана оригинальная программа для обучения студентов и выпущены два учебных пособия на эту тему: 1) «Супервизия в психотерапии». – СПб.: «Вита», 2004. – 126 с. и 2) «Практикум по супервизии в консультировании и психотерапии». – СПб.: «Речь», 2002. – 236 с. (автор С.А. Кулаков).

Ведутся научные разработки в области психофизиологических исследований: «Изучение психофизиологических коррелятов измененных состояний сознания» (Л.П. Реброва, М.П. Чернышева, Н.А. Кавшбая).

Наконец, сотрудники кафедры оказывают помощь коллегам из других учебных заведений в подготовке и изданию учебных пособий. Вот некоторые из них: 1) Давиденко Д.Н., Ананьев В.А., Петленко В.П. Физическая культура. Теоретический курс: Учебное пособие / Под ред. проф. Д.Н. Давиденко. – СПб.: НИИХимии СПбГУ, 1999. – 250 с.; 2) Ананьев В.А., Да-

виденко Д.Н., Петленко В.П., Хомутов Г.А. Общая валеология: конспект лекций / Научный ред В.П. Петленко. – СПб.: БПА, 2000. – 163 с.; 3) Ананьев В.А., Давиденко Д.Н., Петленко В.П., Хомутов Г.А. Научные основы физической культуры и здорового образа жизни: Учебное пособие / Под ред. проф. Д.Н. Давиденко. – СПб.: НИИХ СПбГУ, 2001. – 348 с.; 4) Ананьев В.А., Евсеев С.П., Давиденко Д.Н., Петленко В.П. Здоровье, образ жизни и наркотики: Учебное пособие / Под ред. проф. С.П. Евсеева. – СПб.: «Галея Принт», 2003. – 120 с.

Мы признательны декану психолого-педагогического факультета Виктору Васильевичу Семикину за постоянную заботу о сотрудниках кафедры и понимание специфики обучения клинических психологов.

Хочется выразить благодарность за неоценимую помощь в повышении качества научных исследований нашим официальным и неофициальным рецензентам и оппонентам профессорам В.Н. Панферову, И.А. Горьковой, В.А. Аверину, Е.Ю. Коржовой, Л.П. Макаровой, С.Т. Посоховой, В.Х. Манерову, доцентам З.Ф. Семеновой, И.М. Богдановской, Н.Н. Королевой.

Особую благодарность сотрудники кафедры выражают учителю, наставнику, идейному вдохновителю, заслуженному деятелю науки РФ, главному психотерапевту МЗ РФ, доктору медицинских наук, профессору Борису Дмитриевичу Карвасарскому.

В данном Вестнике представлены научно-практические материалы сотрудников и аспирантов по основным научным направлениям кафедры в течение 5 лет.

Надеюсь, что наш коллективный труд будет полезен не только сотрудникам кафедр психологических факультетов других вузов, но и студентам, а также всем тем, кто интересуется этой новой развивающейся специальностью

*Зав. КАФЕДРОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ
РГПУ им. А.И. ГЕРЦЕНА,
ПОЧЕТНЫЙ АКАДЕМИК БПА,
Д-Р ПСИХОЛ. НАУК, ПРОФ. В.А. АНАНЬЕВ*

ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ: ЭМПИРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО И ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ

В.А. АНАНЬЕВ, М.А. ВАСИЛЬЕВ, Е.А. ГОРСКАЯ, Н.Д. МАЛИНОВСКАЯ

На основе Указа Президента Российской Федерации от 10 января 2000 г. № 24 "О Концепции национальной безопасности Российской Федерации" разработана Концепция демографического развития Российской Федерации на период до 2015 года, которая представляет собой систему взглядов, принципов и приоритетов в сфере регулирования демографических процессов.

Задачами демографического развития Российской Федерации в области укрепления здоровья и увеличения ожидаемой продолжительности жизни являются: увеличение ожидаемой продолжительности жизни населения; увеличение продолжительности здоровой (активной) жизни; улучшение репродуктивного здоровья населения; улучшение качества жизни хронически больных и инвалидов;

Общие тенденции формирования общественного здоровья в России характеризуются ростом заболеваемости всех возрастных групп населения и накоплением целого ряда тяжелых недугов. У взрослого населения наибольшее беспокойство вызывает постоянный рост сердечно-сосудистой патологии и увеличение числа патологических состояний у беременных женщин (анемия, токсикоз, болезни мочеполовой системы и др.).

У подростков растет число инфекционных заболеваний, в том числе заболеваемость туберкулезом. На высоком уровне держится заболеваемость сифилисом. Резко выросло число онкологических заболеваний среди детей и подростков. Наблюдается рост заболеваемости болезнями эндокринной системы, расстройствами питания, нарушениями обмена веществ и иммунитета. Увеличилось число заболеваний крови и кроветворных органов, в том числе анемий. Больше стало обращений по поводу заболеваний сердечно-сосудистой системы. Чаще стали регистрироваться болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением.

Среди детей наблюдается рост числа первично заболевших с болезнями эндокринной системы, расстройствами питания, нарушениями обмена веществ и иммунитета. Увеличивается заболеваемость бронхиальной астмой, болезнями крови и кроветворных органов, особенно анемиями.

Состояние здоровья молодого поколения в Санкт-Петербурге имеет те же печальные тенденции, что и во всех крупных городах мира. Наибольшее распространение получили заболевания опорно-двигательного аппарата (до 42% детей), на втором месте стоят болезни психоневрологического профиля (34,5%), то есть болезни, в развитии которых основную роль играют социально-психологические факторы. Заметен рост алкоголизации: 48% студентов указывают на то, что они регулярно употребляют спиртное. Число наркоманов в городе существенно превысило 300 тыс. человек.

Имеющиеся официальные материалы медицинской статистики вынуждают сделать неутешительный вывод об ухудшающемся состоянии здоровья детей, регистрируется возрастающее количество заболеваний, в этиопатогенезе которых существенную роль играют психологические факторы, все это укладывается в общую картину снижения качества здоровья населения России.

В последние годы, как в нашей стране, так и за рубежом, формируется новое научное направление – ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ. Эта отрасль знаний представляет собой синтез психологии и валеологии и является новым разделом медицинской психологии. Валеология является наукой об индивидуальном здоровье человека и состоит из двух основных частей: валеософии (*валео* – здоровье, *софия* – мудрость) – теории здоровья и валеометрии – науки об измерении здоровья (В.П. Петленко, 1996). Психология здоровья выступает в качестве опоры, фундамента валеологии, придерживаясь основного своего принципа: "Человек, познай и сотвори себя!".

Психология здоровья – это наука о психологических причинах здоровья, о методах и средствах его сохранения, укрепления и развития.

Таким образом, в отличие от медицинской парадигмы: движение от патологии к здоровью, валеологическая – формирует другой курс: от здоровья – к здоровью, скорее, от "нормы здоровья" к "норме болезни". ("Нормальные болезни" – это естественные возрастные болезни, например, климакс, болезни старости. (В.М. Дильман, 1987). Медицина опирается на тактические задачи – это ретроспективная наука, которая ищет причины уже существующей болезни. Валеология, наоборот, – проспективная наука, опирающаяся на стратегические задачи: сохранение, укрепление и развитие здоровья (В.П. Казначеев, 1996).

Цель психологии здоровья выходит за рамки только сохранения здоровья. Т.е. само здоровье необходимо рассматривать в качестве оптимальной предпосылки (условий) для выполнения человеком намеченных жизненных целей и задач, его предназначения, в конечном счете, его самоосуществления на Земле. Главный принцип развития здоровья не в том, чтобы только иметь крепкое здоровье, а в том, чтобы реализовать с помощью этого здоровья свою миссию. Таким образом, в понятие "здоровье" сегодня следует включать и конкретные формы поведения, которые позволяют улучшать качество нашей жизни, делают ее более благополучной, позволяют достигать высокой степени самореализации.

Здоровье человека оценивается по следующим критериям:

1. Медицинская оценка здоровья, находящая свое выражение в клиническом диагнозе – психиатрическом для нервно-психического или поведенческого расстройства, и соматическом – для физического заболевания.

2. Субъективная личностная репрезентация своего физического и/или психического состояния, интегрально выраженная в самооценке здоровья.

3. Восприятие личностью адекватности своего функционирования в главных социальных ролях, оцениваемое по уровню удовлетворенности и целостно проявляющееся в общей удовлетворенности жизнью (субъективном благополучии, счастье, позитивном аффекте).

4. Адаптация индивида к социальному окружению, которая может включать в себя самооценочные показатели, но обычно определяется по объективизируемым оценкам со стороны других людей, входящих в ближайшее социальное окружение индивида. Также используется оценки уровня адаптации, изучение жизненных случаев.

Самооценка здоровья используется для получения данных о физическом (соматическом) здоровье индивида. Ее адекватность как измерительного инструмента характеризуется по совпадению с клиническими суждениями врача. Совпадение самооценки с врачебными суждениями обычно низкое, причем самооценка "сдвинута" в сторону большего оптимизма. В самооценке здоровья находит свое выражение скорее успешность социального функционирования и чувство субъективного благополучия, чем собственно физическое состояние. Этим объясняется значительная неустойчивость самооценки здоровья и ее высокая подверженность различным плохо контролируемым воздействиям.

Современные подходы к обоснованию профилактических концепций в основном опираются на патогенетические основания. Условия усвоения индивидом факторов устойчивости к воздействию внешних и внутренних неблагоприятных условий, причин поддержания и развития здоровья изучены мало, недостаточно экспериментальных данных для доказательств строго научного обоснования саногенетического подхода в формировании профилактических программ. Саногенетический контекст превенции признается перспективным, так как является более универсальным, чем патогенетические теории (В.А. Ананьев, 1996, 1998). Однако модели теоретического рассмотрения и практической реализации превенции, в русле синтеза патогенеза и саногенеза еще не разработаны.

Нами была сформулирована комплексная программа развития личности – ЦВЕТОК ПОТЕНЦИАЛОВ, которая включает в себя основные задачи психологии здоровья и представляет собой интеграцию патогенетического и саногенетического подходов. Данная концептуальная модель легла в основу мониторинга психического и психосоматического здоровья школьников разных городов России.

Программа символически представлена в виде цветка, 7 лепестков которого формируют узор взаимоувязанных потенциалов, отражающих различные аспекты душевного, телесного и социального здоровья человека. Каждый потенциал важен сам по себе и влияет на все остальные и отражает степень компетентности человека в той или иной части структуры личности.

«Компетентность» мы понимаем как совокупность способностей, знаний, умений и навыков.

1. **Потенциал разума** (интеллектуальный аспект здоровья) – способность человека развивать собственный интеллект и уметь им пользоваться.

2. **Потенциал воли** (личностно-мотивационный аспект здоровья) – способность человека к самореализации; умение ставить цели и достигать их, выбирая адекватные средства.

3. **Потенциал чувств** (эмоциональный аспект здоровья) – способность человека конгруэнтно выражать свои чувства, понимать и соглашаться с чувствами других.

4. **Потенциал тела** (физический аспект здоровья) – способность развивать физическую составляющую здоровья, “осознавать” собственную телесность как свойство своей личности.

5. **Общественный потенциал** (социальный аспект здоровья) – способность человека оптимально адаптироваться к социальным условиям; стремление постоянно повышать уровень коммуникативной компетентности; чувство принадлежности ко всему человечеству.

6. **Креативный потенциал** (творческий аспект здоровья) – способность человека к созидательной активности, умение творчески самовыражаться в жизнедеятельности.

7. **Духовный потенциал** (духовный аспект здоровья) – способность развивать духовную природу человека (т.е. выражать высшие ценности).

Психосоматическая модель предполагает необходимость комплексного подхода при диагностике психосоматических расстройств: учет роли наследственной отягощенности при одновременном изучении микросоциальной обстановки позволяет проследить влияние конкретных средовых факторов на симптомообразование, дает возможность сопоставить полученные данные с известными психовегетативными синдромами больных зрелого возраста. При анализе этиологических и патогенетических факторов учитываются не только психологические, психогенные в узком смысле слова, факторы, но и конституционально – биологические особенности “почвы”, состояние нервной системы в преморбиде, а также возрастной период, в котором развиваются соматические расстройства.

Принципы построения мониторинга. Выбор методов исследования

В разработке мониторинга мы руководствовались принципами мультимодального подхода к проблемам психического и психосоматического здоровья. Идея состояла в выявлении *«общего девиантного синдрома адаптации»* (патогенетический подход) и в то же время *«личного (индивидуального) превентивного ресурса»* (саногенетический подход) у школьников.

Общий девиантный синдром адаптации – это базовый когнитивно-эмоционально-поведенческий симптомокомплекс, находящийся в критической степени готовности, интенсификация (актуализация) которого приводит к формированию различных нозологических единиц, как-то: неврозов, психосоматических расстройств, девиантных форм поведения, суицидов и др.

Личный (индивидуальный) превентивный ресурс – мы определяем как комплекс компетенций индивида, реализация которых позволяет сохранять баланс адаптационно-компенсаторных механизмов, отлаженная работа которых обеспечивает психическое, соматическое и социальное благополучие человека и, в соответствии с направленностью личности, создает условия для открытия им своей уникальной идентичности и последующей самореализации.

Мультимодальный подход, в первую очередь, связан с именем Лазаруса, который предложил особую схему, которая широко известна под названием схемы BASIC I.D

Данная модель служит для оценки различных аспектов жизни и личности клиента в рамках семи выделенных Лазарусом категорий.

B (Behavior) Поведение: действия, реакции, привычки.

A (Affect) Аффект: чувства, эмоциональные реакции.

S (Sensation) Ощущения: влияние визуальных, аудиальных, тактильных и т.п. стимулов; проприоцепция, сексуальность.

I (Imagery) Воображение: визуализации, внутренние образы, фантазии, символы.

C (Cognition) Когнитивная сфера: мысли, убеждения, мнения, ценности, цели.

I (Interpersonal) Межличностные отношения: взаимодействие с другими.

D (Drugs/biology) Физиология/ препараты: диета, физические нагрузки, режим, прием лекарств, использование психоактивных веществ (в том числе в терапевтических целях)

Также существенно для эффективности исследования рассматривать факторы, не входящие в BASIC I.D., такие как социокультурные, политические события. Согласно Лазарусу, все, что может происходить в человеческой жизни, описывается в рамках категорий BASIC I.D.

Процедура оценки может осуществляться по-разному – посредством структурированного интервью или с применением опросников. На основе вышеуказанных представлений и комплексной программы развития личности «Цветок потенциалов» был разработан многоуровневый подход исследования «общего девиантного синдрома адаптации» и «личного (индивидуального) превентивного ресурса, включающий в себя (см. рис. 1).

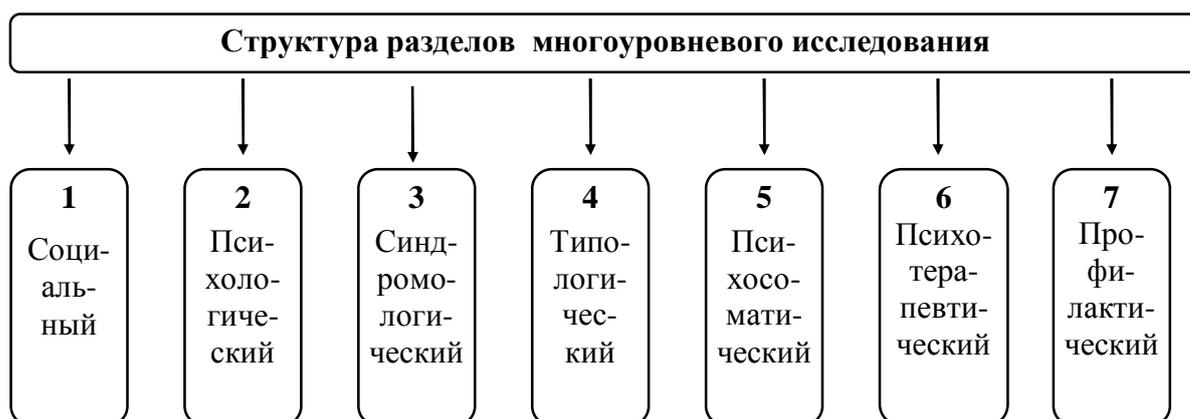


Рис. 1. Структура многоуровневого динамического исследования здоровья школьников.

1. *Психологический уровень* – изучение преморбидных особенностей личности, структуры личности здоровых и больных, способов психологической защиты, копинг-поведения, поведения в ситуациях фрустрации, отношения к болезни и др.

2. *Социальный уровень* – изучение социального, интерперсональных взаимодействий, семейных отношений и др.

3. *Психосоматический (психо-биологический) уровень* – изучение наследственной отягощенности, соматического и нейрогормонального статуса во взаимосвязи с социально-психологическими параметрами.

4. *Типологический уровень* – выделение и изучение психосоматических типов.

5. *Синдромологический уровень* – выделение и изучение ведущих синдромов социально-психологической дезадаптации.

6. *Психотерапевтический уровень* – прогнозирование психотерапевтических методов в комплексном лечении психосоматических больных.

7. *Профилактический уровень* – разработка программ для первичной, вторичной профилактики и реабилитации больных.

В рамках мультимодального подхода были проанализированы более 60 методик, предназначенные для исследования личностных особенностей, определения психических состояний

и эмоционально-личностной дезадаптации, уровня психического, психосоматического и соматического здоровья детей и подростков. В результате анализа методов психологического и психофизиологического исследования детей школьного возраста был разработан психодиагностический и психофизиологический инструментарий, в соответствии с поставленной целью. В ходе подготовки мониторинга был разработан Мультимодальный Интегративный Опросник (МИО-1) для оценки уровня холистического (психосоматического) здоровья человека, который в настоящий момент проходит стандартизацию, валидизацию, проверку на надежность.

Характеристика исследуемых групп. Методы исследования

Объектом исследования явились школьники 2-х, 5-х и 11-х классов из различных регионов России (гг. Санкт-Петербург, Москва, Псков, Калуга, Хабаровск, Чебоксары, Рига).

В научной работе, в соответствии с задачами были апробированы следующие методы исследования психических и психосоматических компонентов здоровья:

— Для школьников 5-х и 11-х классов: опросник «стресс-интервью» для школьников 11-17 лет, социально-психологическая анкета, шкала самооценки Спилбергера-Ханина, торонтский перечень алекситимических черт, аутоаналитический опросник здоровой личности В.А. Ананьева, шкала SCL-90 R, опросник агрессии Спилбергера (STAXI), опросник для выявления ведущей репрезентативной системы КАВД, вопросник коммуникативные и организационные склонности, проективная методика «семейная социограмма» Э.Г. Эйдемиллера, метод оценки соматического здоровья Г.Л. Апанасенко, методы психофизиологического исследования на реабилитационном комплексе «Реакор».

— Для детей младшего школьного возраста: опросник «стресс-интервью» для детей 7-10 лет, опросник детской тревожности (УДТ) Е.Е. Ромициной, опросник Басса-Дарки, проективный тест «семейная социограмма» Э.Г. Эйдемиллера и проективный рисунок «Где живут чувства?».

— Для родителей обследуемых детей: опросник Т.М. Achenbach (лист детского поведения CBCL(4-18) и биографическая карта ребенка.

В исследовании участвовали 656 школьников из них 210 ученики 2-х классов (из них – 107 здоровых, 50 – часто болеющих, 53 – детей с хроническими заболеваниями), 206 учеников 5-х классов (из них 98 – здоровых, 52 – часто болеющих, 56 – детей с хроническими заболеваниями), 240 учеников 11-х классов (из них 140 – здоровых, 46 – часто болеющих, 54 – детей с хроническими заболеваниями), а также 220 родителей.

Полученные данные были обработаны с помощью статистического анализа, который включал: однофакторный дисперсионный, корреляционный, факторный анализ с использованием программы Statistica-6.0.

В соответствии с целями и задачами исследования все испытуемые были разделены на три группы: 1-я группа – условно здоровые дети; 2-я группа – часто болеющие дети (школьники, болеющие ОРВИ и простудными заболеваниями 4 и более раз в год); и 3-я группа – дети, страдающие хроническими заболеваниями. Статистическая обработка данных позволила получить следующую картину распределения по заболеваемости. Количество здоровых детей в выборке составило 54%. В группе детей, страдающих хроническими заболеваниями наиболее частой патологией явились гастриты и гастродуодениты, которые составили 14% из общей выборки. Среди других наиболее часто встречающихся заболеваний были выделены следующие нозологические формы: аллергический ринит – 4%; ревматоидный артрит – 4% и кардиологические заболевания – 5%. В группу «другие заболевания» были включены те заболевания, встречаемость которых не превышала 1%. Это такие заболевания, как сахарный диабет, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, хронический бронхит и бронхиальная астма, пиелонефрит и другие. Приведенные данные были получены в результате исследования медицинской документации и информации, предоставленной родителями и детьми.

Промежуточные выводы:

1. Одним из выявленных факторов, ведущих к развитию психосоматической патологии у детей является высокий уровень конфликтности в семье.

2. У больных детей с патологией желудочно-кишечного тракта достоверно чаще регистрируется высокий уровень тревожности (в качестве фактора риска) по сравнению с больными иными нозологиями и здоровыми.

3. Больные дети отличаются наличием более выраженных нарушений эмоциональной сферы, проявляющихся в частых колебаниях настроения, эмоциональной лабильности, агрессивных реакциях, повышенной сензитивности в межличностных отношениях, часто возникающей немотивированной тревоги. Больные дети более склонны к возникновению навязчивостей (обсессивно-компульсивная симптоматика), а также к возникновению психотической симптоматики. Особо надо отметить, что максимальные значения выраженности обсессивно-компульсивной и психотической симптоматики, а также повышенное значение параметров соматизации наблюдается у часто болеющих детей по сравнению с остальными испытуемыми, что может свидетельствовать о неустойчивости психосоматического статуса, о преобладании конверсионных механизмов реагирования (соматизация) у данной группы детей по сравнению со здоровыми детьми или с детьми, имеющими определенный клинический диагноз.

4. Часто болеющие дети, находясь в состоянии предболезни (“третьего состояния”), попадают в зону риска формирования структурного аттрактора болезни.

5. Уровень интернальных проблем, включающий в себя такие проявления как самоизоляция, психосоматические нарушения, тревогу и депрессию, в группах часто болеющих и хронически больных детей не различаются.

6. Больные дети, в отличие от часто болеющих и здоровых, отличаются повышенной агрессивностью, направленной на себя. То есть эти школьники не могут выразить свои негативные чувства, злость не находит выхода, надолго остается раздражение, что может явиться дополнительным фактором соматизации.

7. Дети, страдающие заболеваниями желудочно-кишечного тракта, имеют рельефно выступающие нарушения эмоциональной сферы, что выражается в повышенной агрессивности, в том числе аутоагрессии, более выраженной депрессивной симптоматике, повышенной личностной тревожности. Такие школьники характеризуются пессимистичным отношением к будущему, неудовлетворенностью жизнью, некоторой замкнутостью. Также отмечаются нарушения в семейных взаимоотношениях, проявляющиеся в повышенной конфликтности. Вследствие чего, можно говорить о низких адаптивных способностях этих детей, приводящей к соматизации.

8. Подростки, страдающие аллергическими заболеваниями характеризуются выраженными нарушениями в эмоциональной сфере, а именно повышенной личностной тревожностью, агрессивностью, наличием депрессивной симптоматики. Такие дети имеют проблемы социализации, более чувствительны к социальным нормам, у них чаще, чем в группе здоровых детей, отмечаются явления школьной дезадаптации в связи с нарушениями внимания.

9. Дети, больные ревматоидным артритом склонны к аутоагрессии, т.е. склонны копить обиды, отдаляются от людей, не выражают свои злость и раздражение вовне, следовательно накапливаемое эмоциональное возбуждение, не находит разрядки, что может служить дополнительным фактором соматизации. У этих детей наблюдается нарушение взаимоотношения со сверстниками.

10. Дети, страдающие кардиологическими заболеваниями, характеризуются повышенной личностной тревожностью, самоизоляцией, повышенным уровнем депрессии.

11. Психофизиологическое обследование школьников свидетельствует о низком уровне физического развития школьников. Это, по-видимому, обусловлено образом жизни большинства современных школьников, который характеризуется снижением двигательной активности (гипокинезии) и двигательных нагрузок (гиподинамии).

12. В обследованной группе преобладали нормотоники – 53%, у 24% наблюдалась умеренно выраженная парасимпатотония, и у 27% зарегистрирована симпатотония.

13. Исследования подтвердили имеющиеся в литературе данные о высокой информативности метода вариационной пульсометрии, и целесообразности использования его при оценке функционального состояния учащихся, определения индивидуальных адаптационных резервов организма, возможности переносить информационные нагрузки.

14. Для детей, проживающих в больших городах характерны следующие характеристики «общего девиантного синдрома адаптации»: 1) повышенный уровень семейной конфликтности и экспрессивности; 2) повышенный уровень агрессивности, как компонента в структуре темперамента; 3) более выражена обсессивно-компульсивная и психотическая симптоматика; 4) более высокий уровень выраженности депрессивной симптоматики; 5) более высокие значения по шкалам “расстройства поведения” и “агрессивное поведение”.

15. Школьники из малых городов и сельской местности обнаруживают более высокий уровень алекситимии по сравнению с жителями мегаполисов, отмечаются различия в частоте актуальных эмоциональных переживаний в сравниваемых группах. Жители крупных городов реже испытывают скуку, обиду, чувство вины, чаще чувство удовлетворения, оптимизм, чувство возбуждения, конфликтность, пессимизм.

16. Наблюдаются различия в системе отношений у детей – жителей малых городов и детей – жителей мегаполисов. Так школьники, проживающие в малых городах более позитивно относятся к пожилым людям, интересуются их проблемами, готовы к сотрудничеству с ними; также у этих детей отмечаются более высокие показатели по параметру “удовлетворенность жизнью в целом”. Школьники из Москвы и Санкт-Петербурга проявляют больший интерес к живой природе, больше озабочены экологией.

Основные положения онтогенетической концепции развития «общего девиантного синдрома адаптации» и психосоматической дезадаптации

Исходя из положений системного анализа, универсального закона кватерности, можно выделить как минимум три базисных модели здоровья и одну мета-модель.

1. *Генетическая модель здоровья.* Определяющим в этой модели является связь наследственности человека и его здоровья, формирование «стержня» здоровья, его конституции.

2. *Экологическая модель здоровья* раскрывает связь здоровья с окружающей средой.

3. *Психологическая модель здоровья,* где рассматривается примат психологии в развитии и сохранении здоровья.

4. *Онтогенетическая психосоматическая модель здоровья* определяется связью онтогенетического формирования и развития здоровья человека.

Последняя модель является интегративной.

В основу принятой нами концепции легло понимание единства противоположных по действию механизмов адаптации и компенсации (А.И. Воложин, Ю.К. Субботин, 1987). Адаптация составляет лишь одну сторону приспособления, связанную с изменением структуры и функции психосоматической системы под влиянием среды. В то же время ее противоположность «компенсация» связана с сохранением структур и функций этой системы при воздействии той же среды. Это положение имеет особую значимость для проблем психосоматики и психотерапии.

Динамика формирования структурного аттрактора болезни

В.П. Казначеевым с соавторами предложена «светофорная модель» распределения обследуемых по степени состояния их здоровья, критерием нарушения которого могут явиться эмоциональные расстройства. По аналогии со знаками светофора группа лиц, не требующих проведения каких-либо специальных или лечебных мероприятий, – «З» (зеленый). Предупреждения о возможно неблагоприятных последствиях, проведение оздоровительных и профилактических мер – «Ж» (желтый). Группу «Ж» авторы делят на две ступени: «Ж-1» – характерны разные степени напряжения адаптивных механизмов, но еще без явлений истощения; «Ж-2» – признаки перенапряжения и истощения адаптивных механизмов. «К» (красный)

– нуждающиеся в дополнительном и тщательном врачебном обследовании и проведении специализированного лечения. Таким образом, фронт психологии здоровья в указанной модели распространяется как на зеленый, так и на желтый цвета.

Отступление человека к болезни и затем к смерти (см. табл. 1): переходы от первичного состояния «базовых умений», сформированных как наследственными факторами, так и приобретенными, к состоянию предболезни, болезни и, наконец, к смерти, и далее, снова к базовым умениям, но на другом уровне реализации их, обусловлены не противоречием внутренних и внешних (средовых) факторов, а являются результатом внутренних противоречий. Построение таким образом эмоционально-когнитивно-поведенческой стратегии в соответствии с конституциональным стержнем (структурным аттрактором) создает условия здорового существования человека.

«Норма адаптации» – это пределы изменения структуры системы (или элемента) под влиянием действующих на систему условий среды, при которых не нарушаются структурно-функциональные связи со средой, что обеспечивает существование системы» (А.И. Воложин, Ю.К. Субботин, 1987). Норма биологической адаптации сформировалась в адаптиогенезе и закрепились наследственно, однако норма психической адаптации формируется благодаря научению, т.е. является приобретенным фактором. Норма психической адаптации, хотя и опирается на индивидуальные характеристики человека, во многом зависит от сформированных окружающей средой границ адаптационно-компенсаторных реакций. Точно также существует норма социальной адаптации, границы которой определяются обществом. Норма биологической адаптации имеет более жесткие границы по сравнению с социально-психологической нормой адаптации.

Таким образом, на каждом уровне структурно-функционального устройства человека существует своя норма адаптации. Многофункциональность и разнонаправленность жизненного пути обуславливают взаимосвязь и взаимозависимость адаптационно-компенсаторных процессов соматического, психологического и социального функционирования. Если происходит нарушение границ нормы адаптации на одном уровне, то последствия обнаруживаются во всех слоях, хотя более отчетливо начинает звучать «биологический голос ощущений». Это вступает в силу система раннего оповещения человека, формируются и проявляются вполне осязаемые сигналы неблагополучия (переход к крайним формам психосоматической активности). Длительное и особенно резкое напряжение функциональной активности адаптационно-компенсаторных систем приводит, как правило, к их перенапряжению. Это проявляется и в так называемых преневрологических, донозологических психосоматических состояниях, выражающихся лишь в отдельных и незначительных, на первый взгляд, нарушениях (повышенная чувствительность к обычным раздражителям, «мягкая» тревожная напряженность, немотивированное или мотивированное беспокойство, элементы заторможенности или суетливости в поведении и др. (см. табл. 1).

Анализируя предложенную динамику формирования психосоматических расстройств [БУ-(З) — ПБ — Б-(НН) — С-(Н) — БУ-(Р) — Б-(Н) — С(Е)], можно предположить, что на стадии «базовых умений» наибольшая активность обнаруживается на поведенческом уровне функционирования индивидуума. Это этап прямого соответствия поведенческих реакций предъявляемому стимулу из внешней среды. Нарушение «нормы адаптации» на поведенческом уровне в стадии БУ-(З) в дальнейшем компенсируется активизацией эмоционального компонента функционирования организма и психики. Однако эта компенсация ведет уже к переходу к новой стадии адаптации человека – предболезненному состоянию. «Застревание» на эмоциональном уровне является условием развития классических неврозов или соматоформных вегетативных дисфункций. В дальнейшем нарушение «нормы адаптации» на эмоциональном уровне требует компенсации на более высоком логическом уровне – когнитивном, но уже происходит переход человека в новую стадию – болезнь. Фиксация на когнитивном уровне ведет к развитию психосоматических расстройств. Включение компенсаторных механизмов на этой стадии может быть продолжено переходом на еще более высокий уровень существования человека – духовный.

ЗДЕСЬ ТАБЛ. 1

Описанная динамика соответствует концепции, предложенной Von Bertalanffy (1973), в дальнейшем она получила развитие во всех системных теориях, в том числе в синергетике (Г. Хакен, 1980; И. Пригожин, 1986) Синергетическое мировидение является теоретической основой нашей работы.

Принятие такого положения требует разработки новых методических подходов исследования и лечения человека в клинике нервно-психических и психосоматических расстройств.

Эта динамика отчетливо выявляется в нашем исследовании при рассмотрении этапов перехода от здоровья к болезни, например, от гастродуоденитов (предязвенных состояний) к язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, от пограничной артериальной гипертензии к гипертонической болезни.

Наиболее общим механизмом адаптации является «идентификация Эго». Это не только приспособление к постоянно меняющейся среде, но и приспособление к внутренним индивидуальным стремлениям и инстинктивным стимулам. Гармония внешней и внутренней адаптации представляется идеальной формой приспособления личности (периоды БУ-(З) или БУ-(Р). Основная закономерность, по нашему мнению, может быть сформулирована так: интраадаптация формирует механизм экстраадаптации. Это условие формирования внутреннего адаптационного конфликта, который может быть представлен двумя вариантами:

1) когда Эго отличается ригидностью, а окружающая среда гибкостью (скоростной изменчивостью);

2) когда Эго отличается гибкостью, а среда ригидностью (состояние стагнации).

Правомерно ли ставить вопрос о психогенезе соматических заболеваний? Как известно, соматическое заболевание не есть результат мгновенного воздействия психического стрессора. Хроническая патология различных систем человеческого организма развивается на протяжении длительного времени (Ю.М. Губачев, 1981) Существует точка зрения, согласно которой на протяжении жизни человека наблюдается накопление факторов риска. При достижении критической, «пороговой», суммы факторов развивается болезнь. Экспериментальный материал, полученный нами с использованием многомерной статистики, свидетельствует о формировании целых систем риска, участвующих в развитии соматической патологии. Системы риска представляют собой не отдельные, последовательно накопленные, (аккумулятивные) факторы риска, а психосоматические паттерны. Эти системы могут включать и включают в себя психологические характеристики, особенности высшей нервной деятельности, центральной вегетативной регуляции, показатели телосложения, секреции, реакции отдельных систем на эмоциональные стимулы.

На основе мониторингового исследования как в клинике психосоматических расстройств, так и в общеобразовательных учреждениях нам, совместно с В.И. Симаненковым, удалось сформулировать онтогенетическую психосоматическую концепцию развития основных хронических неинфекционных заболеваний. Динамическое исследование преморбидных социально-психологических характеристик, изучение психологических и нейрогормональных параметров пациентов с различной патологией показало, что на этапе еще условного здоровья у человека начинает формироваться психосоматическая патологическая функциональная система «структурный аттрактор болезни» – (САБ), которая включает в себя специфическую перестройку гипоталамической реактивности и нейрогормональной «периферической» активности. Характер перестройки гипоталамической реактивности обусловлен как конституционально-генетическими факторами, так и формируемыми фенотипическими стереотипами психосоматического реагирования на стресс. Проще говоря, у человека формируются в ходе онтогенеза функциональные психосоматические системы, включающие в себя генетические, конституциональные, характерологические, личностные факторы и др., которые реагируют на воздействия внешней или внутренней среды одним специфическим паттерном. Этот паттерн представляет собой ту или иную «систему-мишень», индуцирование, актуализация которой при переживании стресса, приводит к развитию конкретного заболевания. В рамках онтогенетической модели здоровье рассматривается нами как процесс балансирования между адаптационными и компенсаторными возможностями человека, или здоровье - это про-

цесс устойчивости неустойчивого взаимодействия адаптационных и компенсаторных механизмов.

Особенности патогенеза болезней адаптации

Результаты нашего исследования свидетельствуют о том, что этиопатогенез психосоматических расстройств включает в себя следующие особенности.

1. Заболевание развивается на базе генетических предпосылок, которые выполняют «предрасполагающую», «определяющую» функцию.

2. Социально-психологические факторы создают условия «хаоса» и выполняют а) как «триггерную» (запускающую процесс) функцию в виде толчка, б) так и «модулирующую», направляющую течение из точки бифуркации в благоприятное русло адаптивно-компенсаторного реагирования (здоровье), либо в неблагоприятное, т.е. в развитие болезни. [При наличии болезни – либо в благоприятное течение заболевания (устойчивую ремиссию), либо неблагоприятное – обострение заболевания].

3. Развиваясь на базе генетических предпосылок, психосоматические варианты висцеральной патологии являются следствием формирования и перманентной актуализации «структурных аттракторов болезни» (функциональных патологических психосоматических систем), включающих в себя как биологические, так и фенотипические факторы.

4. «Структурные аттракторы болезни» формируются в процессе онтогенетического развития индивидуума, что позволяет говорить о заболеваниях внутренних органов как об онтогенетических адаптационно-компенсаторных психосоматических процессах, а здоровье рассматривать как процесс устойчивости неустойчивого взаимодействия (динамического равновесия) адаптационных и компенсаторных механизмов.

5. Динамика развития болезни и выхода в ремиссию имеет свои стадии взаимодействия адаптационных и компенсаторных механизмов: на стадии «базовых умений здоровья» наибольшая активность обнаруживается на поведенческом уровне. Нарушение «нормы адаптации» на этом уровне компенсируется активизацией эмоционального компонента функционирования организма и психики и характеризуется переходом в стадию предболезни. Нарушение «нормы адаптации» на эмоциональном уровне компенсируется включением когнитивной сферы человека. Фиксация на этом уровне компенсации ведет к развитию психосоматических расстройств.

6. Обострение заболеваний внутренних органов выступает в качестве многоуровневой дезадаптации. Переход от обострения болезни к фазе стойкой ремиссии (стадия: «базовые умения ремиссии») осуществляется за счет механизмов компенсации более высокого уровня, чем предыдущий.

7. Динамика развития болезни имеет стадию латентной, скрытой болезни (предболезнь), оценка этого состояния осуществляется по избыточной эмоциональной напряженности донозологического уровня, имеющая выраженный вегето-соматический эквивалент.

8. Варианты развития заболевания зависят от первичной репрезентативной системы больного. Исходя из этого критерия, выделены: поведенческий, эмоциональный и когнитивный варианты развития болезни.

Обобщенные выводы по научному обоснованию мониторинга психического и психосоматического здоровья школьников

Ключевыми признаками для развития болезней адаптации являются:

1) нарушение сбалансированного функционирования адаптационно-компенсаторных механизмов;

2) формирование «структурного аттрактора болезни» (функциональной патологической психосоматической системы);

3) дискретный переход через точки бифуркации адаптационно-компенсаторных возможностей с поведенческого на эмоциональный и с эмоционального на когнитивный варианты функционирования индивидуума.

При планировании исследований психического и психосоматического здоровья школьников в связи с задачами профилактики и терапии необходимо опираться на следующие методологические основы:

1. Стержнем теоретической концепции онтогенетической психосоматической медицины может быть следующая формула: САБ = f (a,b) (c,d), где:

САБ – «структурный аттрактор болезни»;

a – конституционально-генетический фактор;

b – перенесенные заболевания детства, усиливающие ранимость органов или систем;

c – условия воспитания, перенесенный психотравматический опыт;

d – личностные особенности формирующегося дискретного типа, эмоциональные характеристики сцепленные с выраженными вегетативными реакциями.

2. Для реализации динамического исследования (мониторинга) психического и психосоматического здоровья школьников необходимо использовать многоуровневый (полисистемный) подход.

3. Наиболее продуктивным методом изучения психической и психосоматической патологии у школьников является метод «секторного исследования», а именно:

а) выделение и изучение генеральных черт личности и их гормонального «обеспечения» должно быть основано на зависимости от наибольшей вегетативной реактивности их.

б) изучать симптомокомплекс: не только отдельные черты, но и их взаимосвязи (в структуре личности психосоматических больных отсутствует монобазис);

в) изучать сформированный из симптомокомплексов тип личности (исследование необходимо строить, познавая не только взаимоотношения между чертами, но и между чертами и целым человеком (человека с его миром).

4. Наиболее продуктивными исследованиями являются динамические, проспективные.

5. Использование в научных исследованиях психосоматических соотношений методы моделирования.

6. Психотерапия психосоматических расстройств может быть направлена как на усиление адаптационных механизмов, так и компенсаторных. Первая задача связывается с решением стратегических задач лечения, вторая – больше с тактическими, насущными задачами. Психотерапия может выполнять «протекторную» функцию в условиях болезни, смягчая реактивность, или «модулирующую», дающую направление активности психосоматического контура в здоровое русло.

Исходя из полученных данных можно выделить для всех лиц с общим девиантным синдромом зоны компенсаторного психотерапевтического вмешательства:

1) *Социальная сфера* – повышение социальной значимости в субъективной оценке больных, гармонизация семейных отношений, ограничение социальных контактов, закрытость, замкнутость – все это негативные тенденции усугубляющие адекватную адаптацию / компенсацию в этой сфере.

2) *Коммуникативная сфера* – стесненность, агрессивность, напряженность в межличностных контактах, особенно в групповых ситуациях.

3) *Эмоциональная сфера* – тревожность, беспокойство, злость, сниженное настроение, эмоциональная неустойчивость, возбудимость, нетерпение, неустойчивость к фрустрационным воздействиям, скрытая гневливость, обидчивость, чувствительность к критике, пессимистическая оценка перспектив.

4) *Психосоматическая сфера* – психофизическое утомление, астенизация, вегетативные проявления по адреналиновому типу.

Психологический портрет больных каждой нозологии имеет те или иные особенности, которые могут выступать в качестве психотерапевтических мишеней в комплексном лечении рассмотренных групп больных.

Психопрофилактическую работу со школьниками, имеющими общий девиантный синдром адаптации, а также с психосоматическими больными необходимо строить в комплексе следующих целей и задач:

- 1) Повышение коммуникативной компетентности (тренинг партнерского общения, тренинг по выработке ассертивных свойств).
- 2) Саморегуляция для снижения уровня тревожности и депрессивной напряженности (аутогенная тренировка, медитация, управляемое воображение).
- 3) Создание условий для отреагирования заблокированных эмоций (телесно-ориентированная психотерапия, со-консультирование, креативный тренинг).
- 4) Повышение фрустрационной толерантности (поведенческая психотерапия, тренинг управления дыханием).
- 5) Усиление экстрапунитивной направленности, оптимистичности (когнитивная психотерапия, медитации на внешнем мире).

Заключение

В результате проведенного масштабного межрегионального экспериментального исследования создана концептуальная и методическая модель мониторинга психосоматического и психического здоровья школьников Российской Федерации.

Результаты мониторинга дают основание не только констатировать благополучие или неблагополучие школьников, но и проводить целенаправленные практические мероприятия по первичной и вторичной профилактике различных психических и психосоматических отклонений.

В дальнейшем необходима реализация программы мониторинга психического и психосоматического здоровья детей на территории Российской Федерации, а также создание унифицированной модели интегративного психотерапевтического консультирования детей.

Литература:

1. *Ананьев В.А.* Человек как психосоматическая система. // Валеология Человека. / Ред. В.П. Петленко. – Т. 1. – СПб.: «Petros», 1996. – С. 108-111, 131-157.
2. *Ананьев В.А.* Введение в психологию здоровья. – СПб.: БПА, 1998. – 148 с.
3. *Ананьев В.А.* Психологическая адаптация и компенсация при заболеваниях внутренних органов: Автореф. докт. диссер. – СПб.: МАПО, 1999. – 46 с.
4. *Ананьев В.А.* Легальные и нелегальные наркотики: Учебное пособие. – СПб., 2000. – Ч.1 и 2. – 206 с.
5. *Ананьев В.А., Никифоров Г.С., Гурвич И.Н. и др.* Психология здоровья. – СПб.: СПбГУ, 2000. – 500 с.
6. *Ананьев В.А.* Психология здоровья – основа первичной профилактики нервно-психических, психосоматических расстройств и девиантных форм поведения в школе // Материалы российского совещания специалистов по практической психологии. – М., 2002. – С. 32-42
7. *Ананьев В.А., Малыхина Я.В., Васильев М.А.* Социально-психологический мониторинг школьной среды как элемент первичной профилактики аддиктивного поведения: Монография. – СПб., 2002. – 177 с.
8. *Ананьев В.А., Малыхина Я.В., Васильев М.А.* Концептуальные основы системной профилактики девиантного поведения: Монография. – СПб.: РГПУ им. А.И. Герцена, 2003. – 172 с.
9. *Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С.* Психосоматические расстройства у детей и подростков. – М.: Изд-во Института Психотерапии, Изд-во НГМА, 2000.- 320 с., издание второе, исправленное.
10. *Воложин А.И., Субботин Ю.К.* Адаптация и компенсация – универсальный биологический механизм приспособления. – М.: «Медицина», 1987.
11. *Губачев Ю.М., Стабровский Е.М.* Клинико-физиологические основы психосоматических соотношений. – Л., 1981.
12. *Дильман В.М.* Четыре модели медицины. – М.: «Медицина», 1987.
13. *Казначеев В.П.* Здоровье нации. Просвещение. Образование. – М., 1996
14. *Карвасарский Б.Д.* Медицинская психология. – Л., 1982.

15. *Исаев Д.Н.* Психологический стресс и психосоматические расстройства в детском возрасте. – СПб.: Мед.пед.академия,1994.
16. *Мягер В.К.* Актуальные вопросы теории и практики психогигиены и психопрофилактики // Современные формы и методы организации психогигиенической и психопрофилактической работы. – Л., 1985.
17. *Петленко В.П.* Валеология человека. – Т. 1-5. – СПб.: «Petros», 1996.
18. *Пригожин И., Стенгерс И.* Порядок из хаоса. Новый диалог человека с природой. – М.: Наука, 1986.
19. *Симаненков В.И., Ананьев В.А.* Концептуальные основы онтогенетической психосоматики // Теория и практика медицинской психологии и психотерапии. – СПб., 1994.
20. Собрание законодательства Российской Федерации. – М., 2000, № 2, ст. 170
21. *Хакен Г.* Синергетика. – М.: Наука, 1980.

* * *

В.В. СЛАДКОВА

Кризисы и конфликты, происходящие в обществе, наполняют нашу жизнь новыми, но не всегда приятными событиями, которые мы не можем просто не замечать; они оказывают влияние на наше самочувствие и состояние здоровья. По данным ВОЗ (Всемирная Организация Здравоохранения) на сто человек населения средний показатель распространенности нервно-психических заболеваний за последнее столетие вырос более чем в четыре раза. Увеличивается количество больных в обществе и темпы роста этих расстройств. «Статистика свидетельствует, что лиц, не страдающих какими-либо психическими нарушениями, то есть «абсолютно здоровых», в настоящее время насчитывается в среднем лишь 35%» (1). В связи с этим, проблема заботы о своем здоровье, здоровье близких людей становится все более значимой.

Внутренний облик личности по В.М. Бехтереву, определяется в большей степени обществом, его интересами и обычаями. «Поведение личности подчинено законам общества. Самобытное развитие личности лучше всего обеспечивается полной свободой в ее взглядах и стремлениях, не нарушающих вместе с тем и интересы других, и особенно интересы общества как целого» (10). Гармоничное развитие личности, ее социальное здоровье есть основа благополучия всего государства. Личность и общество взаимосвязаны между собой. Негативные условия общественной жизни подтачивают душевное здоровье личности.

Как отмечает Г.С. Никифоров, интерес к проблеме психического здоровья личности проявился со стороны российских ученых; огромная заслуга принадлежит академику Бехтереву В.М. «Все творчество В.М. Бехтерева пронизано идеей «цельного» познания человека или, как принято говорить сегодня, целостного (холистического) подхода к его изучению» (10). Что же представляет собой личность по Бехтереву: это – человек со своим индивидуальным психическим укладом в единстве умственных и душевных качеств, активным отношением к окружающим его внешним условиям, способный к управлению своим поведением и собственной деятельностью.

За последние годы, как в России, так и за рубежом оформляется новое научное направление – «Психология здоровья». За этот небольшой период времени психология здоровья превратилась в обширную область исследований. Эта отрасль знаний, как отмечает В.А. Ананьев, представляет собой синтез психологии и валеологии. Психология здоровья – это наука о психических причинах здоровья, о методах и средствах его сохранения, укрепления и развития. Психология здоровья включает практику поддержания здоровья человека от зачатия до смерти (10). Ее объектом является «здоровая», а не «больная» личность.

Что такое здоровье? Возможно, у каждого есть свое определение здоровья. Более обобщенное определение предложено экспертами ВОЗ. Здоровье – это отсутствие психических, физических дефектов, а также полное физическое, душевное и социальное благополучие. Как пишет В.А. Ананьев, в понятие здоровье следует сегодня включать и конкретные формы поведения, которые позволяют улучшать качество жизни, делают ее более благополучной, позволяют достигать высокой степени самореализации. Он выделяет три основных признака здоровья: 1) структурная и функциональная сохранность систем и органов человека; 2) индивидуальная приспособляемость к физической и общественной среде; 3) сохранность привычного самочувствия.

Таким образом, здоровье можно рассматривать, как процесс жизнедеятельности, который обеспечивает необходимое, оптимальное качество жизни и достаточную ее продолжительность, и как гармоничное, не конфликтное сосуществование человека в обществе, с обществом и самим собой.

В общей проблематике психологии здоровья уделяется особое внимание изучению *внутренней картины здоровья* (ВКЗ). Это понятие было предложено В.М. Смирновым и Т.Н. Резниковой по аналогии с понятием *внутренняя картина болезни* (ВКБ). Термин ВКБ, представляющий собой систему переживаний и понимания болезни был приведен А.Р. Лурией.

Он отмечал, что структура ВКБ зависит от особенностей личности больного, его культурного уровня, образования, социальной среды и воспитания. В.М. Смирнов и Т.Н. Резникова полагают, что индивидуальные особенности и структура ВКБ зависят от выраженности органических и функциональных нарушений, от особенностей личности, социального статуса больного, семейных отношений, ценностных ориентаций.

В.Е. Каган определяет *ВКБ как ВКЗ в условиях болезни*. Он приводит следующий пример, человек считает себя больным лишь тогда, когда его переживания своего состояния не «вписываются» в картину его ВКЗ и, напротив, пишет он, представления о здоровье могут быть настолько широкими, что включают в себя широкий круг патологических состояний. Все это оказывает влияние на формирование определенного образа жизни, своевременности обращения за помощью и т.д. Таким образом, отмечает он, ВКБ предстает как частный случай ВКЗ, так как болезнь «практически никогда не воспринимается и не переживается сама по себе, но всегда в контексте жизненного пути личности, т. е. в соотношении со здоровьем» (6). В.Е. Каган также затрагивает проблему индивидуальных ВКЗ и культуры здоровья в целом.

В.А. Ананьев рассматривает ВКЗ как самоосознание и самопознание человеком себя в условиях здоровья. ВКЗ – это особое отношение личности к своему здоровью, которое выражается в осознании его ценности и активно-позитивном стремлении к его совершенствованию. «Внутренняя картина здоровья есть определенное психофизическое пространство, где человек способен оценить свои биологические, социально-психологические и духовные возможности. Это не только знание о своих возможностях, но и умение пользоваться истинными резервами и нераскрытыми потенциями в себе самом» (1).

Он пишет, что у каждого человека есть «*структурный аттрактор здоровья*», представляющий собой определенную программу здорового развития организма. «Выражением его является сильная тяга человека к здоровью, росту, и биологическому, и психологическому, и социальному, в целом, к улучшению самого себя» (1). ВКЗ представляет собой совокупность описаний, мыслеобразов, которые относятся к сущностным характеристикам человека; сформировать и осознать которую можно через познание себя самого, своей самости. Для этого необходимо осознать свои телесные (биологические) и психологические особенности, возможности и ресурсы.

На формирование ВКЗ детей и подростков обращает внимание И.И. Мамайчук. Он отмечает, что сложная структура внутренней картины здоровья требует тщательного теоретико-методологического подхода к ее изучению. При исследовании внутренней картины здоровья необходим системный подход, который предполагает изучение ВКЗ как сложной системы, звенья которой тесно взаимосвязаны и взаимозависимы друг от друга. «Принцип системного подхода к ВКЗ позволяет выделить не только ее различные уровни и подсистемы, но и основные системообразующие факторы, лежащие в основе формирования ВКЗ у ребенка» (10). Не менее важным при исследовании ВКЗ является личностный подход. Необходимо рассматривать личность в системе отношений, формирующихся в онтогенезе в определенных социально-исторических, экономических и бытовых условиях. Отношения, которые выстраивает человек с обществом и посредством общества, отражают его внутренний мир, взгляды и жизненные позиции.

Кроме системы отношений, особое значение при изучении ВКЗ, как пишет И.И. Мамайчук, имеет исследование личности с позиции теории деятельности и социальной ситуации развития. Социальная ситуация развития, как важнейшая характеристика возраста, оказывающая существенное влияние на формирование жизненных ценностей, в том числе и здоровья, как ценности. Также при изучении ВКЗ необходимо учитывать возрастной подход. «Внешние и внутренние условия развития определяют особенности возраста ребенка как временной характеристики индивидуального развития» (10). Свообразие каждого возрастного периода определяется на основе социальной ситуации развития ребенка и ведущего вида деятельности в определенный возрастной период.

На формирование ВКЗ детей и подростков оказывает влияние система отношений родителей к здоровью ребенка. И.И. Мамайчук выделяет следующие направления по оценке сис-

темы отношений родителей к здоровью: удовлетворение потребностей ребенка, способы удовлетворения потребностей, стили семейного воспитания.

Основным компонентом ВКЗ как у взрослых и детей является отношение к здоровью, которое включает три уровня отражения здоровья: когнитивный, эмоциональный и поведенческий.

Когнитивный уровень представляет собой рациональную сторону ВКЗ и представляет собой совокупность представлений, умозаключений, мнений о причинах, содержании, дальнейших прогнозах, способах сохранения, укрепления, поддержания и развития здоровья (то есть система верований человека);

Эмоциональный уровень – чувственная сторона ВКЗ, включающая в себя переживание здорового самочувствия, на основе комплекса ощущений, формирующих эмоциональный фон; также различные виды эмоционального реагирования на здоровье;

Поведенческий уровень – моторно-волевая сторона ВКЗ, которая представляет собой конкретные действия здорового человека, его усилия, направленные на сохранение и поддержание своего здоровья.

Эти уровни взаимосвязаны между собой и нарушение хотя бы одного приводит к изменению, искажению ВКЗ и может привести к болезни человека.

В.А. Ананьев отмечает, что формирование ВКЗ для здорового человека является более сложной задачей по сравнению с больным. Больной человек способен дать субъективную оценку происходящих с ним изменений, тем самым, создавая ВКБ.

В состоянии здоровья или когда человек здоров, трудно заметить какие либо изменения в своем состоянии, кажется, что вроде бы никаких изменений и нет.

На самом деле, когда мы здоровы, то мы просто не обращаем внимания на свое самочувствие, свое состояние. И только болезнь «заставляет» нас обратить внимание на себя самого и предпринимать какие-то действия по улучшению своего состояния. Немецкий автор Курт Теппервайн пишет, что наше тело – это превосходный сигнал жизни, постоянно шлет нам послания, не только сообщая о том, что в данный момент мы ведем себя не правильно, но и подсказывает, как поступить, дабы вновь обрести гармонию. «Если мы оставляем без внимания послания тела, оно несет нам боль. Тем самым тело вынуждает нас заниматься собой. Следовательно, всякий раз, когда мы испытываем боль, мы получаем сигнал, а тот, кто постоянно не слышит слышимого и не видит видимого, пусть не удивляется новым проблемам» (12).

Важнейшей задачей психологии здоровья является формирование у человека комплекса представлений о том, как «расшифровывать» свое психосоматическое состояние и управлять им в рамках допустимого и полезного, как оценить уровень своих физических и психических возможностей и как быть хозяином своей судьбы. Здоровый организм предоставляет нам информацию о том, что он считает для себя наиболее важным, необходимым на определенный момент времени и какой выбор важно сделать для более полного благополучия.

Как мы можем замечать эту информацию? «Зашумленность насущными проблемами сознания современного человека ... препятствует адекватному восприятию сигналов, исходящих из «системы раннего оповещения» (1). Система раннего оповещения представляет собой совокупность «знаков» или символов, которые предоставляются человеку в ситуации, когда он сходит с гармоничного пути жизни. Возможно, это голос интуиции или «шестое чувство». Интуиция, как проявление сверхсознания, метаспособность. С помощью интуиции можно восстановить контакт с собственным телом, понять его особенности и «стремления».

Итак, формирование внутренней картины здоровья предполагает, во-первых, осознание и идентификацию своего внутреннего состояния покоя, и отождествление себя с «образом здорового» и, во-вторых, осознание проявляющихся признаков нарушения состояния внутреннего покоя, а также предвестников, индикаторов, сигнализирующих нам об отклонении от состояния здоровья и благополучия. Особой проблемой является формирование масштаба здоровья человека, развитие системы «раннего оповещения», которая дает сигналы на ран-

них донозологических этапах. Все это необходимо для предупреждения развития тех или иных расстройств.

Психология здоровья ставит перед собой следующие задачи: во-первых, разработка необходимого инструментария для диагностики и оценки данного феномена (ВКЗ) и, во-вторых, обучение элементам распознавания состояния своего здоровья и его гармонизации. В настоящий момент проводится изучение этого феномена на группах детей и подростков. Мы обращаем внимание на три следующие группы: 1-я группа – младшие школьники (6-10 лет); 2-я группа – средние школьники (11-14 лет); 3-я группа – старшие школьники (15-17 лет). Исследований по данной проблеме не так много, а актуальность достаточно высока, что требует дальнейшего и подробного ее изучения.

Литература:

1. *Ананьев В.А.* Введение в психологию здоровья. – СПб., 1998.
2. *Ананьев В.А.* Психология здоровья: пути становления новой отрасли человекознания // Психология здоровья / Под ред. *Г.С. Никифорова*. – СПб.: Изд-во СПбГУ, 2000.
3. *Ананьев В.А.* Психология здоровья – новая отрасль человекознания // Психология: итоги и перспективы. СПб., 1996.
4. *Бехтерев В.М.* Избранные труды по психологии личности.– В 2 т. – Т. 2. Личность и условия ее развития и здоровья / Под ред. *Г.С. Никифорова, Л.А. Коростылевой*. – СПб., 1999.
5. *Васильева О.С., Филатов Ф.Р.* Психология здоровья человека. – М.: «Академия», 2001.
6. *Каган В.Е.* Внутренняя картина здоровья – термин или концепция? // Вопросы психологии. – № 1. – 1993.
7. *Лурия А.Р.* Внутренняя картина болезней и ятрогенные заболевания. – М., 1977.
8. *Мамайчук И.И.* Психологические аспекты здоровья ребенка // Психологические и этнические проблемы детства. – СПб., 1993.
9. *Никифоров Г.С.* Психология здоровья. Учебное пособие. – СПб.: Речь, 2002.
10. Психология здоровья: Учебник для вузов / Под ред. *Г.С. Никифорова*. – СПб.: Питер, 2003.
11. *Смирнов В.М., Резникова Т.Н.* Основные принципы и методы психологического исследования внутренней картины болезни // Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. – Л., 1983.
12. *Теппервайн К.* Как противостоять превратностям судьбы / Пер. с нем. – М.: ООО «Изд-во АСТ», ООО «Изд-во Астрель», 2004.

* * *

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОЕКТИВНЫХ МЕТОДОВ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ВОЗДЕЙСТВИЙ НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

В.А. ИШИНОВА, В.А. АНАНЬЕВ, В.А. КУЗНЕЦОВ

Выбор оптимальных методов воздействия на психику невозможен без создания системы надежного тестирования состояния больного. В рамках настоящей работы рассматриваются основные результаты по использованию различных тестов при работе с детьми с «социально-педагогической запущенностью» (в старой терминологии задержка психического развития (ЗПР) с целью исследования динамики симптомокомплексов отклонения в ходе применения методов, связанных с трансформацией образов.

Для контроля состояния исследуемого в ходе психотерапевтического консультирования использовались рисуночный тест «Дом – Дерево – Человек», разработанный Баком и Хэммером (А.Л. Венгер, 2000); опросник Спилбергера-Ханина «Шкала самооценки», по определению уровня личностной тревожности и реактивной тревоги, а также тест «Ретроспективная цвето-возрастная диаграмма», разработанный и проходящий апробацию на кафедре клинической психологии РГПУ им. А.И. Герцена. Использование последней проективной методики позволяет дополнительно проследить динамику в восприятии клиентами вспоминаемых периодов жизни в процессе психотерапевтического консультирования, отследить изменения в системе отношений клиента до начала психотерапевтической интервенции и по окончании курса. В основе теста лежит попытка получить суммарную оценку «эмоционального отношения» пациентом отдельных этапов своей жизни.

Стимульным материалом теста «РЦВ диаграмма» является координатная плоскость, по оси абсцисс которой отчается возраст исследуемого, а по оси ординат субъективное восприятие различных периодов жизни по 5-бальной шкале.

Обследование происходит в два этапа. На первом этапе испытуемому предлагается заполнить координатную плоскость диаграммой, которую он строит, учитывая вспоминаемые этапы (события) жизни, и оценивая их по 5-бальной шкале. При этом, исследуемый на каждый выделенный фрагмент диаграммы выбирает определенный цветовой эталон по Люшеру, («окрашивает» период тем или иным цветом), соотносясь с тем, насколько данный цвет предпочтительней другого для оценки данного периода жизни. При этом, исследуемый может давать собственную интерпретацию данному цвету, поясняя, почему он выбрал именно этот цвет для характеристики данного периода жизни.

При обсчете теста использовалась 8-цветовая шкала Люшера, где каждому цветовому эталону с соответствующим порядковым номером присваивается значение индекса ($K_{\text{люш}}$): 1. Темно-синий – 2.0; 2. Зеленый – 1.75; 3. Красный – 1.50; 4. Желтый – 1.25; 5. Фиолетовый – 1.0; 6. Коричневый – 0.75; 7. Черный – 0.50; 8. Серый – 0.25. После заполнения диаграммы определяли коэффициент ретроспективного восприятия ($K_{\text{рв}}$) по формуле: $K_{\text{рв}} = \sum N \cdot H \cdot K_{\text{люш}} / V$, где: $K_{\text{рв}}$ – коэффициент ретроспективного восприятия периодов своей жизни; N – количество лет в оцениваемом периоде; H – оценочный коэффициент данного периода жизни (по 5-бальной шкале); $K_{\text{люш}}$ – коэффициент цвето-эмоционального восприятия этапа жизни с использованием цветных эталонов Люшера; V – возраст пациента.

На втором этапе исследования, испытуемому предлагается нарисовать контурную линию диаграммы. Затем внимательно посмотреть на нее и дорисовать эту линию теми образами, с которыми она у исследуемого ассоциируется. Отсутствие конкретности, определенности, а также возникающие ассоциации при созерцании контурной линии характеризуют эту методику как проективную.

Исследование второго этапа теста «РЦВ диаграмма» позволяет понять причину внутриличностного конфликта, скрывающегося за образом, тенденции к беспокойству, тревожности.

Полученный в результате обработки данных первого этапа коэффициент ретроспективного восприятия ($K_{\text{рв}}$) и исследование образов второго этапа позволяют оценить степень удов-

летворенности или неудовлетворенности субъекта своей жизнью, и отследить динамику изменения восприятия субъектом вспоминаемых этапов жизни в процессе психотерапевтического консультирования.

Разработанная проективная методика может быть использована не только для оценки восприятия клиентом различных этапов жизни, но и для исследования межличностных отношений как с группой людей, так и с отдельно взятым человеком, ощущений, эмоций в течение длительного или короткого промежутков времени. Процедура адаптации методики требует большого количества исследований и особой математической обработки, однако отдельные иллюстрации результатов применения данного метода обнадеживают.

В предлагаемом клиническом случае тестирование производилось многоэтапно – в начале курса психотерапевтического консультирования, затем ежемесячно в течение полугодового периода.

В рамках данной статьи рассматривается случай 16-летнего подростка, с «социально-педагогической запущенностью». Основной причиной нарушения послужила эмоциональная и родительская депривация (пребывание в Доме малютки, а в дальнейшем в детском доме до 5-летнего возраста).

Подросток обратился за помощью в октябре 2003 г. с жалобами на плохую память, рассеянное внимание, трудности в усвоении учебного материала, неспособность строить отношения со сверстниками, повышенную тревожность. В анамнезе: сын приемных родителей, до 5 лет находился в доме ребенка, состоял на учете у детского психоневролога с диагнозом ЗПР.

Обследование клиента показало, что существует не только задержка интеллектуального развития, в частности, внимания, способности к обучению, рассеянности, которая усиливалась по мере выполнения заданий, что еще, возможно, свидетельствует о повышенной психической истощаемости, но и задержки физического развития. У подростка так же отмечается «физический инфантилизм» в виде мелких черт лица, не по возрасту «детское» выражение лица, а также небольшой рост.

В работе с такими детьми успешно используются различные варианты эмпатотехники. (В.А. Ишинова). Данная технология опирается на работы К.Г. Юнга и относится к глубинной психотерапии. Направлена технология на трансформацию ассоциативных образов, спонтанно всплывающих во время сеанса, т.е. это работа с «содержанием», заменой образов, а не с формой – изменением субмодальных характеристик образа. В данном случае, на первых этапах консультирования применялась техника бессознательной трансформации образов с негативным эмоционально-информационным содержанием. При этом подросток обучался самостоятельной работе с внутренними образами в процессе «погружения».

В начале психотерапевтической сессии уровень личностной тревожности подростка соответствовал 64 баллам. Высокий уровень тревожности подтверждался наличием негативных образов, выявленных во время «погружения» в измененное состояние сознания.

Так, в одном из «погружений», на начальном этапе терапии были обнаружены следующие образы: *«Перед глазами очень темно. Потом появилось светлое пятно, которое стало расти. В нем вижу огромное пространство, а в пространстве шарик, который стал увеличиваться в размере и превратился в планету. Эта планета совсем безжизненна. Там только камни, песок, горы и ничего нет. На душе очень неприятно и одиноко. Вы мне предложили просто наблюдать за этой планетой и ни о чем не думать. Вдруг, на ней стали появляться деревья – пальмы, животные, люди. Но все же этот мир не мой, он для меня чужой. Чувствую себя дискомфортно»*

Результаты тестирования с помощью рисуночного теста (Дом – Дерево – Человек) свидетельствуют о выраженной интровертности подростка. Так, «Человек» изображен в следующей позе – «редуцированные» руки без кистей прижаты к телу, ноги сведены вместе, в целом поза неустойчива.

Дерево изображено с большой, но слабо проработанной эскизной кроной, что характерно для детей, склонных больше к мечтам и абстрактным планам, чем к реальной деятельности.

Важнейшим показателем эмоциональной насыщенности общения является изображение рук на рисунке человека. Редуцированные кисти рук обычно свидетельствуют о недостаточной практике общения, которая может быть вызвана разными причинами, одной из которых может быть сильная замкнутость, а другой просто отсутствие навыков общения.

Тест «Ретроспективная цвето-возрастная диаграмма» показал уровень психо-эмоционального восприятия подростком различных этапов своей жизни, который соответствовал 3,22 балла.

Пациент в диаграмме выделил восемь этапов, каждому из которых соответствовал определенный $K_{\text{люш}}$. Поскольку пациент выбрал коричневый цвет для 1,2,3,5 и 7 этапов диаграммы, то $K_{\text{люш}} = 0,75$. Для этапа №4 был выбран синий цвет ($K_{\text{люш}}=2,0$), а для восьмого – черный цветовой эталон ($K_{\text{люш}}=0,50$).

Используя предложенную формулу для получения коэффициента ретроспективного восприятия, мы получаем следующие результаты: $K_{\text{р.в.}} = (1 \times 1 \times 0,75 + 2 \times 1 \times 0,75 + 3 \times 2 \times 0,75 + 3 \times 2 \times 2,0 + 2 \times 1 \times 0,75 + 5 \times 2 \times 2,0 + 3 \times 2 \times 0,75 + 5 \times 4 \times 0,50) : 17 = 3,22$.

Испытуемый вспоминал различные периоды жизни и дал им оценку по 5-бальной шкале, а также подобрал определенный цвет для каждого выделенного периода, ориентируясь на цветовые эталоны Люшера. Кроме того, исследуемый дал краткую характеристику выбранному цвету и пояснил, какие ассоциации этот цвет вызывает у него.

Период жизни от 2 до 5 лет подросток оценил от 1 до 3 и прокомментировал этот период жизни следующим образом: *«Я жил там, где меня сильно пугали. Там было замкнутое пространство и мне было очень страшно и одиноко. В Новый год все было очень ограничено. Чувствовал себя очень одиноко и никому не был нужен. Мне вспоминается это место почему-то как приют или лечебница»*.

С 5 до 8 лет – *«У меня появились мама и папа. Но, почему-то, все равно было плохо, но и хорошо одновременно. Наверное, я боялся, что они исчезнут, мне снова было страшно»*.

8-9 лет – *«Мне не хотелось расставаться с садиком, потому что там было лучше, чем в школе. С 13 до 16 мне хорошо, хотя и ушел отец, и умерла сестра. Теперь я у мамы один»*.

Задачей второго этапа работы с используемым тестом является дополнить контурную линию возрастной диаграммы.

Подросток объединил все периоды жизни в единый монолит, выкрасив в коричневый цвет, и объявил, что это стена. Далее рисунок получился схематичный. За стеной есть «не-что» (зеленый цвет), – это то, что пациент оценивает как «предел мечтаний».

Но есть и то, что «мешает осуществиться этой мечте». Это тоже внутри (оранжевый цвет). А голубой – это «крыша, которая закрывает все снаружи и ничего не видно».

Этот рисунок также может свидетельствовать о наличии интровертированных черт подростка и повышенной тревожности, что является подтверждением предыдущих исследований.

Подросток использовал цвета в следующем порядке: коричневый, зеленый, красный, голубой. Согласно Люшеру, коричневый цвет на первых позициях означает чувство утраты корней, физический дискомфорт или ипохондричность, болезнь.

«Красный» был охарактеризован пациентом как «не-что такое, что мешает». Красный цвет означает стремление к лидерству, творчеству, активной деятельности. Подросток, возможно, мечтает о такой активной жизни, но в силу своих внутренних барьеров не может реализовать себя в этой роли, что и нарушает душевное равновесие, приводя при этом к нервному истощению и потребности в усилении защит от возбуждающих факторов и большей закрытости, что подтверждается рисунком. Зеленый цвет подросток охарактеризовал «пределом мечтаний». По Люшеру, это цвет «упругой напряженности», желание обладания, упорности в достижении цели. Но обладание рассматривается как вариант самоутверждения. В данном случае, зеленый цвет, как «предел мечтаний» желание самоутвердиться.

В феврале 2004 года наблюдались определенные изменения в материале бессознательной сферы – большее количество положительных образов, вызывающих у подростка интерес: *«Вижу белый фон в черной рамке. Впереди пространство, ручей, камни большие и справа от ручья извилистая дорога, ведущая вверх. Мне хочется лететь над ручьем против течения»*

вверх. Вижу водопад. Поднимаюсь и вижу перед собой зеленый лес, который хотя и не кажется мне мрачным, но выглядит одиноким – в нем нет жизни. Я остановился и стал наблюдать за происходящим. Вдруг, стали появляться цветы, но почему-то садовые, папоротники, преобразуются деревья. Лес стал просторней и не таким одиноким. Появились птицы, но маленькие, похожие на воробьев. Оленя вижу, а рядом медведь. Мне хочется походить по лесу и еще посмотреть. Теперь вижу перед собой четыре двери. Вхожу в крайнюю справа – там полярная ночь и никого нет. Очень холодно. Затем я стал наблюдать что будет. Появилось солнце. Ледяные фигурки. Один лед сплошной. Потом стало теплей, но мне очень неприятно».

После четырех месяцев психотерапевтического консультирования материал представленного «погружения» отличается от начального этапа обилием комплексов образов с позитивным содержанием, что подтверждается некоторым уменьшением уровня личностной тревожности до 53 баллов. Но еще остаются образы, свидетельствующие о наличии внутриличностного конфликта – «полярная ночь», «лед», «ледяные фигурки».

Положительные результаты, достигнутые в ходе консультирования, подтверждаются рисуночным тестом «Дом – дерево – человек». Подросток изображает дом с окнами, хотя и без дверей. Подчеркнутые линии стен указывают на потребность подростка в защите, неуверенности в себе. Человек изображен в «интровертной» позе, но обращен лицом к дому. Множество мелких штрихов при изображении дерева и отсутствие ограничительной линии также подтверждает имеющийся высокий уровень личностной тревожности. При этом, коэффициент ретроспективного восприятия $K_{р.в.} = 4,1$, что свидетельствует об эффективности проводимой терапии.

На представленной диаграмме $K_{люш}$ выделенных периодов под номерами 1, 2, 3, и 4 соответствовал 0,75 (коричневый цвет), пятому периоду – $K_{люш} = 1,75$ (зеленый цвет), шестому – $K_{люш} = 0,25$ (серый), седьмому – $K_{люш} = 0,50$ (черный), восьмому и девятому периодам $K_{люш}$ соответствовал 1,50 (красный цвет).

$K_{р.в.} = (1 \times 1 \times 0,75 + 3 \times 2 \times 0,75 + 3 \times 1 \times 0,75 + 4 \times 3 \times 0,75 + 5 \times 3 \times 1,75 + 2 \times 1 \times 0,25 + 4 \times 2 \times 0,50 + 5 \times 1 \times 1,50 + 5 \times 2 \times 1,50) : 17 = 4,10$

Подросток уже описывает первый год жизни следующим образом: *«Я маленький, не знаю где, кто вокруг и не могу ходить. Мне одиноко и мое одиночество против всего мира, потому что никого нет рядом. Потом (2-4 года) стало лучше, меня выводили гулять и мне было радостно от этих прогулок, и от того, что обо мне заботятся. С 4-5 лет не помню».*

5-8 лет – пациент оценивает этот период жизни на «четыре балла». С 8 до 11 лет оценка «пять». С 11 до 12 и плохо (умерла сестра) и хорошо. Остальные периоды жизни объединены общей оценкой «отлично».

На втором этапе исследования подросток дополнил контурную линию диаграммы рисунком, который получил название: *«Замок закрывает все».* Используемые цвета в рисунке исследуемый интерпретировал следующим образом: синий и зеленый – нечто «пройденное», желтый цвет – «выбор», а красный – «ожидание».

В июле 2004 года образы бессознательного, выявленные при использовании эмпатотехники в основном отражают реальные события. В процессе «погружения» изменения эмоционального фона исследуемого не отмечалось, что свидетельствует об отсутствии внутриличностного конфликта.

Уровень личностной тревожности этого периода соответствовал 41 баллу (умеренная тревожность), что подтверждалось результатами исследования с использованием теста «РЦВ диаграмма», коэффициент ретроспективного восприятия которой соответствовал «4,5», что свидетельствует об изменении психо-эмоционального состояния подростка.

Пациент уже иначе описывает первые годы жизни: *«Да, я был там один, но ведь не совсем, потому что там были другие дети. Их было много. И взрослые тоже были, за нами ухаживали. Было даже интересно, хотя я не понимаю, что я там делал...»*

Вторая часть теста «Дополнение контурной линии диаграммы» отличается от предыдущих тем, что подросток уже изобразил конкретный образ – «паровоз» и охарактеризовал его

как символ развития, стремления вперед. Хотя рисуночный тест «Дом – Дерево – Человек» остается почти прежним и свидетельствует об оставшейся тревожности, стремлению к защите и некоторой неуверенности в себе.

Таким образом, в процессе терапии использование эмпатотехники позволило выявить бессознательные образы, отражающие наличие внутриспсихического конфликта. В процессе работы с этими образами уменьшился уровень психического напряжения, что было подтверждено результатами тестирования. Так, уровень личностной тревожности снизился до умеренного, повысился коэффициент ретроспективного восприятия, изменился рисунок подростка при использовании теста «Дом – Дерево – Человек», что свидетельствует об улучшении психо-эмоционального состояния исследуемого.

В процессе консультирования удалось добиться снижения уровня тревоги, у подростка повысилась интеллектуальная активность, улучшилась память, стал более успешным в учебе.

Приведенные в статье результаты свидетельствуют о перспективности применения проективных изобразительных тестов, как методов оценки динамики психического состояния клиента, его коррекции отношений к определенным периодам жизни в процессе психотерапевтического консультирования.

Литература:

1. *Собчик Л.Н.* МЦВ – метод цветных выборов. Модифицированный восьмицветовой тест Люшера. Практическое руководство. – СПб.: «Речь», 2001. – 112 с.
3. *Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М.* Словарь-справочник по психодиагностике. – СПб.: Питер Ком, 1999. – 528 с.: (Серия «Мастера психологии»).
4. *Венгер А.Л.* На что жалуетесь? Выявление и коррекция неблагоприятных вариантов развития личности детей и подростков. – М. – Рига, 2000. – 184 с.
5. *Ишинова В.А., Кузнецов В.А.* О путях использования психики человека для лечебно-диагностических целей и получения новой информации о Вселенной // Международная Академия. Вестник №9 (август 2004). – СПб.: МАИСУ, 2004. – С. 102-09.

* * *

ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО РЕАГИРОВАНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Е.А. ГОРСКАЯ

Бронхиальной астмой по данным Всероссийского научного общества пульмонологов страдают от 4 до 8% населения, у детей этот процент повышается до 5-10%, у взрослых — колеблется в пределах 5%. Бронхиальная астма может стать причиной не только значительного снижения качества жизни человека, но и привести к инвалидности и даже к летальному исходу. [1, 2, 3, 4, 10] Несмотря на множество работ, по исследованию бронхиальной астмы, все же уделяется мало внимания изучению способов реагирования детей и подростков больных бронхиальной астмой на стрессовые ситуации, неосознанные и осознанные защитные стратегии (механизмы психологической защиты, копинг-стратегии), субъективного восприятия ими качества собственной жизни, способов отреагирования негативных эмоций. В исследованиях детей младшего школьного возраста недостаточно учитываются личностные особенности в формировании патологической психосоматической функциональной системы. В доступных нам источниках нет указаний на связь между возрастом больного ребенка и его внутренней картиной болезни защитой от неблагоприятной психологической обстановки, способом восприятия болезни и других особенностей. Также мало изучены психологические особенности детей и подростков мужского пола, несмотря на преобладание их (1:3) среди больных бронхиальной астмой [5, 6, 7, 8, 9].

Было обследовано всего 252 подростка и детей, с различным уровнем состояния здоровья из которых 94 человека составили 2 экспериментальные группы – 62 подростка и юноши и 32 мальчика младшего школьного возраста, страдающих бронхиальной астмой.

Исследование проходило в 3 этапа. На первом этапе было проведено пилотажное исследование клинико-психологических характеристик у школьников и студентов. В обследовании приняли участие 133 подростка, из которых 54 девочки и 79 мальчиков. Среди них 15 человек с различными психосоматическими заболеваниями, среди которых 8 – больны бронхиальной астмой, причем 7 из них – мужского пола. Что подтверждает литературные данные о заболеваемости психосоматическими болезнями преимущественно у подростков мужского пола. 59 подростков мужского пола – условно здоровых, составили контрольную группу

Чтобы подробнее рассмотреть клинико-психологические характеристики у подростков с психосоматическими заболеваниями, было решено исследовать наиболее распространенное заболевание – бронхиальную астму. А в связи с тем, что бронхиальная астма в детском и подростковом возрасте чаще встречается у лиц мужского пола, то была выбрана именно эта группа больных.

На втором этапе были обследованы еще 55 подростков и юношей, страдающих бронхиальной астмой.

Для проверки гипотезы об устойчивости характеристик эмоционального реагирования в разных возрастных группах, на третьем этапе было проведено исследование клинико-психологических характеристик младших школьников мужского пола больных бронхиальной астмой и здоровых.

Обследование отобранных испытуемых начиналось с собеседования и изучения медицинских документов. Дополнительно испытуемые инструктировались для работы с стандартизированными методиками психологической диагностики, выбор которых диктовался рабочей гипотезой и задачами исследования.

Методики исследования предусматривали: исследование устойчивых характеристик личности (с помощью опросника минимульт), исследование уровня тревожности (Спилбергер-Ханин), исследование особенностей проявления агрессии (шкала агрессии Спилбергера (STAXI)), оценку уровня алекситимии (TAS), исследование психологических аспектов межличностных отношений (опросник ЛИРИ), исследование механизмов психологической защиты («Индекс жизненного стиля»), определение копинг-стратегий (методика Хайм), исследование субъективной оценки качества жизни (SF-36), диагностику функциональных нару-

шений со стороны нервной системы, или психовегетативного синдрома (вегетативный опросник).

Для исследования динамику психологических особенностей реагирования в разных возрастных группах, в младшей возрастной группе были проведены: исследование систем психологических отношений детей («Дом – Дерево – Человек» в модификации Г.Т. Хоментаскас), оценка выраженности тревожности (СМАС), Изучение эмоциональных проявлений (методика «Где живут чувства?»), исследование направленности реакции ребёнка в фрустрирующей ситуации (тест рисуночной фрустрации С. Розенцвейга), исследование отношения ребёнка к болезни и здоровью («Цветовой тест отношений»), определение доминирующих копинг-стратегии (опросник копинг-стратегий для детей младшего школьного возраста).

Статистическая обработка данных производилась с помощью пакета прикладных программ STATISTICA. В связи тем, что распределение признаков по различным методикам и шкалам отличалось от нормального для выявления различий между рядами количественных признаков использовались непараметрические методы статистики (критерий Манна-Уитни, угловое преобразование Фишера). Мера зависимости переменных определялась с использованием корреляции Пирсона, для уточнения структуры связей психологических характеристик мы использовали алгоритмы факторного анализа корреляционной матрицы психодиагностических показателей.

Для выявления симптомокомплексов у подростков разного уровня здоровья, а также для составления диагностического опросника использовалась система процедура поиска логических закономерностей в массивах данных, реализованная в системе WizWhy. Данная система является современным представителем подхода, реализующего ограниченный перебор.

Результаты исследования эмоциональной сферы подростков и детей младшего школьного возраста показывают, что больные и здоровые практически не различаются по показателям тревожности и агрессии (хотя показано количественное преобладание подростков с пониженными значениями аутоагрессии и гетероагрессии среди больных БА). Но, выявленное с помощью проективной методики («Дом – Дерево – Человек»), повышенное значение бессознательной тревожности у младших школьников с БА позволяет предположить возможность наличия неосознаваемой тревоги и у больных подростков. Установлено также, что это не зависит непосредственно от способности вербализовать свои чувства (по результатам торонтской алекситимической шкалы (TAS) больные и здоровые подростки не отличаются), но, при этом не следует исключать возможность слабой рефлексии возникающих отрицательных эмоций (неосознаваемая тревога). Анализ результатов проективной методики «Где живут чувства?» показал, что больные дети реже выбирают отрицательные эмоции и чувства и чаще положительные эмоции, что может интерпретироваться в пользу того, что больные бронхиальной астмой дети отрицают проявление негативных эмоций, и более склонны к выражению социально приемлемых позитивных эмоций («дети должны быть веселыми и счастливыми»).

При исследовании клинико-психологические характеристики личности больных подростков с помощью методики Мини-мульти выявлены достоверные различия в исследуемых группах по 3-м шкалам: 4-я шкала – импульсивности, 6-я шкала – ригидности, 8-я шкала – индивидуалистичности. По всем этим шкалам больные астмой имеют более низкие значения.

Более низкие значения по 4-й шкале, рассматриваются как признак менее активной жизненной позиции больных подростков в отличие от здоровых. Их характеризует сдержанность, неспонтанность в поведении, осторожность, скованность, зажатость в проявлении чувств. У них по сравнению с контрольной группой больше выражена зависимость от чужого мнения, неуверенность в собственном мнении. У таких подростков, в состоянии эмоциональной захваченности, интеллект играет ведущую роль в контроле над эмоциями. В стрессе больные бронхиальной астмой подростки проявляют, более пассивный, астенический тип поведения, чем их здоровые сверстники, нерешительность и приверженность социальным нормам.

При пониженных значениях 4-й шкалы эмоции, возникающие при получении неприятной информации, занижающей самооценку не сопровождаются отреагированием на поведенческом уровне, они тормозятся и контролируются, это ведёт к формированию психоэмоционального напряжения и повышает риск психосоматического варианта дезадаптации.

Более низкие значения по 6-й шкале (ригидности) у подростков с бронхиальной астмой, по сравнению с группой здоровых, говорит об астеничности установок, более пассивной позиции, меньшей настойчивости в отстаивании своего мнения. Экспериментальную группу характеризует меньшая устойчивость к стрессу и большая подверженность средовым влияниям по сравнению с контрольной группой. Для подростков с бронхиальной астмой менее характерно отреагирование по экстрапунитивному типу, чем для здоровых.

О склонности к стереотипиям в мышлении и менее выраженной индивидуальности и конформности, меньшей агрессивности в поведении у больных подростков в отличие от контрольной группы, говорят более низкие значения по 8-й шкале – шкале индивидуалистичности.

Полученные результаты свидетельствуют в пользу рабочей гипотезы исследования, а именно: подростки с бронхиальной астмой склонны контролировать поведенческие проявления эмоциональных реакций, причём этот контроль связан с большей нормативностью поведения, конформностью, зависимостью от мнения окружающих.

В результате исследования адаптационных механизмов у подростков, страдающих бронхиальной астмой выявлено, что контроль поведенческих компонентов эмоциональных реакций у больных подростков не обуславливается спецификой механизмов психологической защиты (не выявлено достоверных различий данных, полученных при использовании методики «Индекс жизненного стиля» Каллермана-Плутчика), а существующая структура защитных механизмов, не позволяет смягчить психоэмоциональное напряжение.

На уровне сознательных стратегий совладания со стрессом мы наблюдаем у больных бронхиальной астмой подростков те же механизмы контроля за собственными эмоциями, нежелание показаться окружающим в негативном свете, неуверенность в себе, астеничность установок (избегание). Достоверно чаще подростки больные астмой используют стратегию активное избегание – «Стараюсь не думать, всячески избегаю сосредотачиваться на неприятностях». Но больные астмой достоверно чаще используют стратегию «сохранение самообладания» – «Я не теряю самообладания и контроля над собой в тяжелые минуты и стараюсь не показывать своего состояния», и достоверно реже, чем здоровые, – копинг-стратегию «придача смысла» – «Я придаю своим трудностям особый смысл, преодолевая их, я совершенствуюсь сам».

В результате статистической обработки данных по тесту копинг-стратегий для младших школьников показано, что уже у детей младшего школьного возраста больных бронхиальной астмой можно наблюдать формирование нормативности, приверженности социальным установкам, несмотря на, стремление активным образом, разрешить проблемные ситуации. Среди способов поведения наиболее часто используемых в трудных ситуациях мальчики больные бронхиальной астмой достоверно чаще, чем их здоровые сверстники, выбирают «борюсь или дерусь с кем-нибудь». Среди способов поведения, помогающих справиться с напряжением, когда случаются неприятные события, больные дети чаще здоровых ($p < 0,05$) называют стратегию «прошу прощения или говорю правду», и реже – «мечтаю, представляю себе что-нибудь».

Изучение фрустрационных реакций у младших школьников с помощью методики Розенцвейга показало, что наиболее частая реакция на фрустрирующее события в обеих исследуемых группах – внешненаправленная (экстрапунитивная). Но у детей в экспериментальной группе значительно реже отмечаются экстрапунитивные реакции с фиксацией на самозащите, то есть реакции по внешнеобвиняющему типу, и импунитивные реакции с фиксацией на самозащите (по типу «никто не виноват»). Мальчики больные бронхиальной астмой чаще, чем здоровые, реагируют на фрустрацию по типу реакции «фиксация на препятствии», и реже, чем у здоровых, – по типу «фиксация на самозащите». Следовательно, можно отметить

устойчивость характеристик «склонность к стрессам» и «нереагирование по внешнеобвиняющему типу» у больных бронхиальной астмой, которая прослеживается как у детей младшего школьного возраста, так и у подростков и юношей.

По данным опросника ЛИРИ подростки, страдающие бронхиальной астмой чаще оценивают себя как зависимо-послушный (реальный) и ответственно-великодушный (реальный), и в то же время отрицают такие черты, как ответственно-великодушный, характеризуя свой идеальный образ. То есть ответственность и нормативность переживается как необходимость излишнего напряжения для подростков и юношей с астмой.

Оценки самочувствия и качества жизни подростков, полученные с помощью опросника SF 36, отражают субъективное восприятие своего здоровья и качества жизни больными и здоровыми достоверно различаются по следующим шкалам опросника: физическое функционирование, ролевые ограничения, связанные с физическим функционированием, физическая боль, общее здоровье, социальное функционирование.

По сравнению со здоровыми сверстниками они испытывают больше ограничений в выполнении определенных физических нагрузок (бег, поднятие тяжестей и т.п.), выполняют меньше повседневной работы, чем им хотелось бы, при том, что это требует у них дополнительных усилий. Больные подростки более чувствительны к боли (не связанной с основным заболеванием), несмотря на длительную ремиссию, большинство из них оценивают свое здоровье как «посредственное» и «плохое». Из-за своего эмоционального и физического состояния подростки и юноши с астмой менее социально активны, реже общаются с друзьями.

Для определения отношения к болезни и здоровью младших школьников использовался цветовой тест отношений. Результаты его анализа показали, что для большего числа детей из контрольной группы, чем из экспериментальной, здоровье связано с положительными эмоциями и добрым отношением по отношению к ним со стороны окружающих, с лечением. Болезнь же меньше связана у них с собственными положительными эмоциями, чем у здоровых сверстников, но больше связана с отрицательными эмоциями. Таким образом, показано, что, несмотря на то, что болезнь у детей с бронхиальной астмой не связана с получением каких-то особых благ и положительных эмоций, но она напрямую зависит от эмоционального состояния ребенка.

Оценка вегетативного тонуса свидетельствует о том, что подростки и юноши больные бронхиальной астмой указывают чаще на вестибулярный аппарат (головокружения), на нарушения функционирования дыхательной системы (ощущение одышки с затруднением выдоха, приступы удушья) – этот пункт напрямую связан с симптомами основного заболевания, – нарушения сна (бессонница; беспокойный, короткий сон; много сновидений). В экспериментальной группе пониженный уровень работоспособности, по сравнению с контрольной группой, а также более высокая сосредоточенность и контроль за вниманием. Выявлена склонность к большему доминированию парасимпатического отдела вегетативной нервной системы у подростков и юношей больных бронхиальной астмой, чем у их здоровых сверстников. То есть на вегетативном уровне можно говорить о преобладании у них процессов торможения.

Корреляционный анализ клинико-психологических показателей позволили нам провести углублённый анализ взаимосвязей признаков психо-эмоционального реагирования у здоровых и больных детей и подростков. Нарушения функционирования дыхательной системы у подростков и юношей больных бронхиальной астмой имеют устойчивые корреляционные связи с такими психологическими признаками, как агрессия (реакция на текущие события), ригидность (инертность психологического реагирования), интеллектуализация (склонность к рационализации психо-эмоционального напряжения) и личностная тревожность (все корреляционные связи установлены при уровне достоверности $< 0,05$). То есть, чем менее выражены поведенческие компоненты агрессивной реакции, тем больше проявляются нарушения функций внешнего дыхания. Интеллектуализация, как способ психологической защиты положительно коррелирует с проявлениями дыхательных нарушений, что подтверждает гипотезу о рациональном контроле проявления эмоциональных реакций, как факторе риска прояв-

ления нарушения вегетативного тонуса со стороны дыхательной системы. Об этом же свидетельствует положительная связь проявлений нарушений дыхательной системы со снижением активности, настойчивости при отстаивании своего мнения.

Напротив, вопреки традиционным утверждениям, такой показатель, как личностная тревожность отрицательно коррелирует с нарушениями дыхания. Частое реагирование по тревожному типу возможно выступает в качестве вегетативной защиты для актуализации сформировавшегося «структурного аттрактора болезни» (САБ) для БА. Тревожные реакции скорее диффузны, что способствует рассеиванию энергии на стресс по разным системам. Неврозоподобные состояния выступают в качестве механизмов психо-вегетативной защиты, сбивающая реактивность САБ.

По нашему мнению это может быть обусловлено еще и тем, что, как свидетельствуют и другие результаты, больные подростки склонны к рационализации эмоциональных переживаний и плохо рефлексируют свои реальные переживания.

У здоровых подростков показатели изменения функции внешнего дыхания положительно связаны лишь с показателями, отражающими различные аспекты агрессивного поведения:

Заслуживает внимания тот факт, что характеристика «личностной тревожности у подростков и юношей, страдающих бронхиальной астмой, положительно коррелирует с такими признаками психо-эмоционального реагирования, как агрессивность, эмоциональная лабильность, регрессия и отрицательно связана с субъективной оценкой психического здоровья. При том что у их здоровых сверстников показатель личностной тревожности связан более с чем с 25 психологическими признаками и вегетативными проявлениями, среди которых: агрессия соматизированная тревога, витальность, нарушения сна и др.

Этот факт можно рассматривать как свидетельство исходной гипотезы об ограничении репертуара эмоционального реагирования у больных подростков. В отличие от здоровых сверстников, тревожность может быть реализована многообразием поведенческих реакций, больные подростки и юноши не фиксируют проявления тревоги и не способны адекватно отреагировать эмоциональное напряжение. Как было показано в теоретической части исследования, именно такой механизм нередко лежит в основе соматизации психо-эмоционального напряжения.

Корреляционный анализ показателей, характеризующих особенности эмоционального реагирования младших школьников, свидетельствует об аналогичных зависимостях. В то время, как явная тревожность (Стас) у младших школьников больных бронхиальной астмой коррелирует с параметром «недовольство собой» (ДДЧ), у их здоровых сверстников – она связана с параметром «агрессивность». Тем не менее, выявлена связь неосознаваемой тревожности (параметр «тревожность» ДДЧ) с коэффициентом экстрапунитивных реакций с фиксацией на самозащите (реакция по внешнеобвиняющему типу) в группе больных детей.

Таким образом, если у здоровых детей переживание тревоги связано с агрессивным (активным) поведением, у больных – тревога большей частью не осознаётся и проявляется в самообвинительных тенденциях.

Результаты факторного анализа показателей подтверждают сделанные нами ранее выводы о разнородности клинико-психологических проявлений, связанных с заболеванием. Слабые корреляции различных психодиагностических показателей между собой могут рассматриваться в пользу отсутствия чёткой и оформленной психологической картины личности и поведения. В результате факторизации корреляционной матрицы методом максимального правдоподобия с последующим вращением методом веримакс было выделено шесть факторов, суммарно охватывающих 50% дисперсии психодиагностических показателей.

Но совокупность психодиагностических признаков, позволяющих формализовано описать клинико-психологические характеристики здоровых и больных подростков в достаточной мере полно отражается в пространстве трёх факторов, которые, исходя из содержания детерминируемых ими признаков, можно определить как «поведенческие» («признаки психопатоподобного реагирования»), «признаки соматизации психологического реагирования», «проявления агрессии» и «нарушения физического самочувствия». Полученные по уже этим

интегральным показателям различия свидетельствуют о правомочности исследуемой нами гипотезы об особенностях психологического реагирования как одном из факторов психосоматической патологии. Достоверные различия получены по трём из этих четырёх факторов: «признаки психопатического реагирования» – выше у здоровых, «признаки соматизации психологических переживаний» – выше у больных, «нарушения физического самочувствия» – выше у больных.

Таким образом, проясняется картина психологических особенностей больных подростков. Экспериментальные данные подтверждают представления о многообразии психологических детерминант эмоционального реагирования. Это естественно, поскольку не может быть единого для всех механизма психологической регуляции поведения. Но всё это многообразие индивидуальных проявлений приводит к одному результату, а именно к блокированию эффекторных звеньев эмоционального реагирования. И хотя это эмоциональное нарушение достигается разными способами, потому и проявляется у всех по-разному, но по сути своей представляет неразвитую поведенческую компоненту отреагирования отрицательных эмоций и за счет этого формирования механизма психологической адаптации по типу психосоматизации.

На наш взгляд, представляет определённый практический интерес выявление типовых психологических проявлений при заболевании бронхиальной астмой. Для этого адекватным методом является поиск логических закономерностей в массивах данных.

В результате обработки данных исследования с помощью системы WizWhy были обнаружены логические правила, которые легли в основу указанных симптомокомплексов (факторов) отличающих подростков и юношей больных бронхиальной астмой от здоровых.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что поведенческие проявления эмоциональных переживаний здоровых подростков отличаются большим репертуаром и гибкостью. Они более энергичны в своих проявлениях (витальность), непосредственны (инфантильность, нонконформизм). При этом у здоровых подростков более эффективны механизмы психологической защиты в фрустрирующих ситуациях (психологическая защита). Следует отметить, что эффективная адаптация достигается здоровыми подростками в разных поведенческих стратегиях, выявленные симптомокомплексы характеризуют большую неоднородность выборки – контрольной группы, нежели группы больных подростков. В случаях заболевания диапазон поведенческих проявлений гораздо уже и описывается меньшей совокупностью логических правил – симптомокомплексов, хотя нельзя и утверждать о специфическом психологическом профиле подростка больного бронхиальной астмой. Среди таковых также выявлены различные типы поведенческих стратегий, характеризующихся, однако, повышенным контролем поведенческих проявлений и незрелостью механизмов психологической защиты. Выявленные симптомокомплексы у больных мы назвали: «пассивность», «нормативность», «контроль»

При пилотажном исследовании старших школьников и студентов (юношей и девушек), кроме больных и здоровых выделилась еще одна группа, которую мы назвали «пограничные», в эту группу вошли все те, кто, не имея хронического заболевания, предъявляет жалобы на здоровье, преимущественно психогенного характера.

С помощью критерия Манна-Уитни выявлены следующие достоверные различия между группой «пограничной» и здоровыми подростками без соматических жалоб:

1. У «пограничных» подростков более высокая личностная тревожность, чем у здоровых ($p < 0,01$)
2. Также у них обнаружена тенденция к более высоким показателям по шкале «пессимистичность» (минимум) ($p = 0,053$)
3. Подростки с жалобами на здоровье имеют более высокие баллы по шкалам «покорно-застенчивый» и «зависимый-послушный» (ЛИРИ) ($p < 0,05$)
4. У них более выражен механизм психологической защиты по типу «интеллектуализация» ($p < 0,05$)

5. Снижение качества жизни в связи с состоянием здоровья прослеживается у «пограничных» подростков по результатам опросника SF 36. Об этом говорят более низкие баллы по следующим шкалам: «физическое функционирование» ($p < 0,05$), «ролевые ограничения связанные с физическим состоянием» ($p < 0,01$), «физическая боль» ($p < 0,01$), «общее здоровье» ($p < 0,01$), «витальность» ($p < 0,05$)

6. У таких подростков более выражены вегетативные проявления в области сердечно-сосудистой системы, вестибулярного аппарата, мочевыводительной системы ($p < 0,05$).

Таким образом, можно сказать, что, когда подростки находятся в «третьем состоянии», т.е. в состоянии предболезни, субъективная оценка качества жизни у них также связана с нарушением эмоционального реагирования. Прослеживается та же тенденция, что и в случае психосоматического заболевания, к нормативности, конформности, социальности установок и интеллектуальном контроле за выражением эмоций, при астенизации, связанной с активностью вегетативных проявлений. Сходный перечень психических нарушений как больных БА, так и лиц, находящихся в «пограничном» состоянии, (эмоциональных отклонений, механизмов психологической защиты, стратегий преодоления – копингов), возможно, и формируют отдельные компоненты структурного аттрактора болезни.

Более высокая тревожность и «пессимистичность» у «пограничных» подростков, чем у их здоровых сверстников (в отличие от больных бронхиальной астмой, не рефлексирующих свои тревожные состояния), может говорить о том, что «пограничные» подростки более адекватно оценивают свое психическое состояние и, поэтому их эмоциональные реакции более адаптивны, чем у их сверстников, страдающих психосоматическими заболеваниями.

Эти наблюдения позволяют нам сделать вывод о возможности выявления группы риска по развитию психосоматических заболеваний при помощи психодиагностических методов, направленных на выявление нарушений эмоциональных реакций.

Нами была предпринята попытка сконструировать такой опросник на основании полученных данных об особенностях эмоционального реагирования подростков, имеющих проблемы со здоровьем и результатов статистического анализа признаков, использованных в данном исследовании.

И показано, что данный опросник может использоваться, как инструмент для первичного скринингового исследования лиц подросткового и юношеского возраста, для выявления риска развития психосоматических нарушений здоровья.

Для внедрения в массовые психопрофилактические исследования методика нуждается в стандартизации: проведения процедуры валидизации и оценки ее надежности, что не входило в задачи данной работы.

Экспериментальные данные подтверждают представления о многообразии психологических детерминант эмоционального реагирования, – не выявлено универсального механизма психологической регуляции поведения. Но всё это многообразие индивидуальных проявлений так или иначе сопряжено с блокированием эффекторных звеньев эмоционального реагирования. И хотя это эмоциональное нарушение достигается разными способами, потому и проявляется у всех по разному, но по сути своей представляет специфическую поведенческую компоненту отреагирования отрицательных эмоций и в связи с этим формирования механизма психологической адаптации по типу психосоматизации.

Таким образом, несмотря на многообразие индивидуально-психологических проявлений и невозможность унификации этих проявлений, как у больных так и у здоровых подростков из-за несформированности личностных структур, четко прослеживается нарушения эмоционального реагирования у больных подростков.

Показано, что психологически обусловленные особенности эмоционального реагирования у детей и подростков создают условия, предрасполагающие к нарушениям соматического здоровья. В связи с этим, важно, уже с раннего возраста выявлять детей предрасположенных к таким нарушениям и проводить психокоррекционную работу с группами таких детей и подростков в детских дошкольных учреждениях и школах.

Главной задачей массового психопрофилактического обследования является надёжное выявление группы риска для последующего углублённого обследования.

Выявленные психологические механизмы, повышающие риск развития психосоматического заболевания, а также предложенный алгоритм для выявления группы риска, открывают перспективы для разработки коррекционных программ с целью первичной психопрофилактики психосоматических заболеваний в условиях образовательных учреждений.

Данные программы должны включать: выявление группы риска по развитию психосоматических заболеваний, коррекционную работу на осознание и принятие возможности выражения отрицательных эмоций, а также обучение навыкам саморегуляции, как наиболее адекватному методу снятия эмоционального напряжения.

Литература:

1. Балаболкин И.И. Бронхиальная астма у детей. – М.: Медицина, 2003. – 320 с.
2. Бронхиальная астма у детей / Под ред. С.Ю. Каганова. – М.: Медицина, 2001.
3. Генпе Н.А., Каганов С.Ю. Национальная программа "Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика и ее реализация". – М., 2002.
4. Генпе Н.А. Основные направления терапии при бронхиальной астме у детей // Журнал Лечащий врач. – № 04. – 2000.
5. Исаев Д.Н. Психосоматические расстройства у детей. Руководство для врачей. – СПб., 2000. – 512 с.
6. Исаев Д.Н. Психосоматический подход и модель психосоматических расстройств у детей и подростков // Вестник клинической психологии. – Т. 1. – №2. – 2003.
7. Кулаков С.А. Основы психосоматики. – СПб., 2003.
8. Лапня К. Бронхиальная астма и аллергия с точки зрения психосоматической медицины // Журнал «Психология для нас», ноябрь, 2003.
9. Менделевич В.Д., Соловьева С.Л. Неврология и психосоматическая медицина. – М., 2002.
10. Почивалов А.В., Черток Е.Д., Мошурова Л.В., Жихарева М.Н. Психосоциальная адаптация детей с бронхиальной астмой // XI национальный конгресс по болезням органов дыхания. Москва, 9-13 ноября 2001 г. – С. 81.

* * *

Смена парадигмы в психиатрии с нозологической на биопсихосоциальную (Нуллер, 2000) сориентировала интерес исследователей к сущности компенсаторно-адаптационных процессов в течении психических заболеваний, возможностям их оценки и воздействия на них. Активно подчеркивается необходимость учета психологических особенностей больного, акцентируется представление о системном характере процесса адаптации и приспособления (Р. Лурия, М. Кабанов, В. Воловик, В. Вид, Ю. Александровский и др.). Возрождается интерес к концепции взаимодействия патогенетических и саногенетических факторов в динамике патологического процесса (В.К. Смирнов, 1982). В отечественной психиатрии разрабатывается личностно-ориентированная концепция реабилитации психически больного человека (М. Кабанов, 1978).

Для учёта связей биологических нарушений, психологических и социальных характеристик была предложена концепция «функционального диагноза» (В. Воловик, 1975). Однако по мере увеличения числа характеристик функционального диагноза возникла необходимость в систематизации разнообразных биографических, психологических и социальных сведений о больном. А. Коцюбинским и В. Зайцевым (2004) была предложена системная модель функционального диагноза, включающая в себя четыре блока:

1. Преморбидный адаптационный потенциал (сенситивность и социальный статус).
2. Психологический блок психической адаптации (копинг, психологическая защита, внутренняя картина болезни и личностные ресурсы).
3. Социальный блок психической адаптации (тип приспособительного поведения, уровень социальных достижений и качество жизни).
4. Блок социальной поддержки (семейные и внесемейные характеристики).

Интеграция этих факторов в структуре личности больного человека способствует формированию определенного стиля защитно-совладающего поведения. Авторы указывают на необходимость изучения «неслучайной связи характеристик» внутри и между блоками. Сложность представленной картины определяется тем, что компенсаторно-адаптационный процесс не является простым приспособлением к ситуации, это – сложный динамический процесс взаимодействия внешних и внутренних условий (Березин, 1988).

Существенный вопрос состоит в том, что же оказывает определяющее влияние на поведение заболевшего человека, на степень его личной активности в ходе адаптации к болезни. Понимание того, что больной способен предпринять по отношению к психологической ситуации заболевания, в которой он оказался, важнейшее условие в практике реабилитации.

Когнитивная обработка ситуативных стимулов имеет непосредственное значение для формирования субъективной картины происходящего. И каждый человек по-своему воспринимает, кодирует и обрабатывает информацию, т.е. строит ментальную репрезентацию создавшейся ситуации. В соответствии с ней он дает оценки и принимает решения (Дж. Келли, 1970; Д. Роттер, 1982; А. Бандура, 1977, 1994). Вероятно, именно эта репрезентация выступает в качестве одного из регуляторов человеческого поведения (М.А. Холодная, 2000).

Немаловажно и то, как человек воспринимает самого себя в конкретной ситуации: его непосредственный и косвенный опыт, мнения и отношение значимых других, его субъективные цели и ценности, ожидания и убеждения взаимодействуют с ситуативными переменными, обуславливая разнообразные модели поведения (У. Мишел, 1973, 1990).

Интегральными индикаторами этого своеобразия являются когнитивные стили, в трактовке которых представлены два аспекта интеллектуальной деятельности: 1) как организуется ментальный образ ситуации; 2) как осуществляется контроль за влиянием аффективных состояний на процесс познавательного отражения (т.е. каким образом осуществляется когнитивный контроль аффекта).

Выделяет человек фигуру из фона или предпочитает воспринимать ее нечетко, заостряет или сглаживает различия между объектами, дифференцирует их точно или приблизительно –

эти и другие аспекты переработки информации, получившие название когнитивных стилей, оказывают постоянное влияние на восприятие и трактовку происходящего. Когнитивные стили являются особым образованием, пронизывающим различные уровни организации личности – от перцептивных процессов до межличностных отношений (И. Шкуратова, 1994; Clauss, 1978). Имеются указания на существование многочисленных связей параметров когнитивных стилей с личностными свойствами (М.А. Холодная, 2000).

Основным расстройством когнитивной функции при шизофрении ряд исследователей считают нарушение переработки информации, ее селекции и целенаправленного использования не столько в количественном, сколько в качественном отношении (Н. Huber, 1982). Нарушается распознавание значения эмоциональных состояний, что, в свою очередь, ухудшает социальную адаптацию (В. Вид, 2000)

Отмечается, что у значительной части больных шизофренией устойчивость образа «Я» остаётся достаточной не только для эмоционального переживания факта психической болезни, но и осознания отношения к себе, к своему состоянию, окружающим, к своему настоящему и будущему. Представления пациента «я болен», «со мной что-то не так», «я не такой, каким был раньше» являются мощным первичным стрессообразующим фактором и способствуют развитию кризисной ситуации психологического стресса, усложненной болезненными нарушениями психических процессов.

Клинические наблюдения показывают, что при хроническом течении психического заболевания поведение людей заметно различается. Достаточно малая часть пациентов самостоятельно адаптируется к новым условиям жизни, принимает себя «с болезнью», вырабатывает новые паттерны поведения, адекватные для создавшейся ситуации. Большая часть больных «застревает» на этапе отрицания, что серьезно препятствует процессу лечения, осложняет течение болезни. Другие, испытывая злость и гнев, вымещают их в общении с родственниками, врачами, медсестрами. Ряд пациентов пребывает в растерянности и отчаянии, ища поддержку, утешение и обеспечение безопасности в стенах больниц и дневных стационаров.

С помощью современных фармакологических препаратов можно повысить общую (неспецифическую) активность больных, однако «лекарственная терапия не изменяет преморбидные и формирующиеся в ходе болезни личностные установки и побуждения, продолжающие опосредовать поведение» (В. Вид, 1993). В литературе обоснована правомерность привлечения для решения этой задачи психокоррекционных и психотерапевтических методов.

В связи с изложенным, представляется практически важным исследование роли когнитивного стиля в патопсихологической динамике заболевания. В контексте такого исследования необходимо выяснить: в чём особенности когнитивных стилей у больных шизофренией, связаны ли параметры конкретных когнитивных стилей с особенностями аффективной сферы этой категории больных, определяют ли когнитивные стили уровень социального функционирования и степень активности пациентов?

Такое исследование позволит уточнить представления о взаимодействии психологического и патологического в динамике заболевания, расширить возможности прогноза его течения и, что особенно важно, использовать полученные знания в организации психокоррекционной работы, направленной на повышение качества социальной адаптации больных шизофренией.

Литература:

1. Вид В.Д. Психотерапия шизофрении. – СПб.: Питер, 2001.
2. Воловик В.М. Функциональный диагноз в психиатрии и некоторые спорные вопросы психиатрической диагностики. Теоретико-методологические проблемы клинической психоневрологии. – Л., 1975 г.
3. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных. – Л., 1985.
4. Карвасарский Б.Д. Медицинская психология. – Л.: Медицина, 1982.

5. *Квасенко А.В., Зубарев Ю.Г.* Психология больного. – Л.: Медицина, 1980.
6. Когнитивные стили: Тезисы научно-практического семинара. – Таллинн, 1986.
7. *Конечный Р., Боухал М.* Психология в медицине. – Прага: Авиценум, 1983.
8. *Коцюбинский А.П., Зайцев В.В.* Функциональный диагноз: теоретическая конструкция или реальный феномен? // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – №1. – 2004.
9. *Курек Н.С.* Дефицит психической активности: пассивность и болезнь. – М.: Ин-т психологии РАН, 1996.
10. *Лазарус Р.* Теория стресса и психофизические исследования // Эмоциональный стресс: Труды международного симпозиума в Швеции. – Л.: Медицина, 1970.
11. *Лурия Л.А.* Внутренняя картина болезни и йатрагенные заболевания. – М., 1977.
12. *Николаева В.В.* Влияние хронической болезни на психику. – М.: Изд. МГУ, 1987.
13. *Таишыков В.А.* Психология лечебного процесса. – Л., 1984.
14. *Тхостов А.Ш., Арина Т.А.* Теоретические проблемы исследования внутренней картины болезни // Вестник МГУ. – Сер. 14. Психология. – №2. – 1994.
15. *Холодная М.А.* Когнитивные стили. О природе индивидуального ума. – М.: ПЕР СЭ, 2002
16. *Фрейдджер Р., Фейдимен Дж.* Личность: теории, упражнения, эксперименты. – СПб, 2002.
17. *Lasarus R.S.* Psychological stress and the coping process // Me-Graw-Hill, №4. – 1996.

* * *

«СИМБИОТИЧНЫЙ» КОНТАКТ МАТЕРИ И РЕБЕНКА КАК УСЛОВИЕ ПОЗИТИВНОЙ ДИНАМИКИ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ РАННЕГО ДЕТСКОГО АУТИЗМА

Д.Е. Жуков

Ранний детский аутизм (РДА) — синдром, к критериям которого обычно относят, во-первых, экстремальное одиночество ребенка, нарушение его эмоциональной связи даже с самыми близкими людьми, во-вторых, крайнюю стереотипность в поведении, проявляющуюся как консерватизм в отношениях с миром, страх изменений в нем, как обилие однотипных аффективных действий, влечений и интересов, в-третьих, особое речевое и интеллектуальное недоразвитие, не связанное, как правило, с первичной недостаточностью этих функций [5].

В последнее десятилетие количество детей с диагнозом РДА стремительно растет. Между тем, во всем мире специалисты, работающие с детьми-аутистами, до сих пор не пришли к единому мнению о том, какие терапевтические методы являются наиболее эффективными для реабилитации детей с аутизмом и о том, существуют ли они вообще. Между тем, согласно данным В.М.Башиной [2], при отсутствии лечебно-коррекционной работы более, чем в 70% случаев РДА, наблюдается глубокая инвалидность. Одной из причин такого положения дел является, очевидно, то, что отсутствует стопроцентная ясность по отношению к механизмам течения раннего детского аутизма, знание закономерностей функционирования которых является фундаментом для построения эффективного лечения детей с этим диагнозом. В связи с этим представляется актуальным выявление причинно-следственных связей, оказывающих влияние на динамику состояния детей с РДА.

По В.Е. Кагану [3], пределы улучшения у каждого ребенка свои. Но эти различия связаны не только с исходной тяжестью состояния, — не менее важна их связь со степенью и качеством помощи — лекарственной, психологической, социальной. Предполагается, что для успешной коррекции РДА имеют значение био-, психо-, и социальные факторы. Поскольку объем данной статьи не позволяет рассмотреть все три группы факторов, представляется целесообразным сосредоточиться на одном из них, а именно на социальном. В силу того, что контакты аутичного ребенка с внешним миром до крайней степени ограничены, ведущим социальным фактором для такого ребенка является так называемый «родительский фактор», в свою очередь детерминирующий прочие, относящиеся к разряду социальных, факторы, поэтому именно он будет рассмотрен в первую очередь.

В качестве одного из компонентов в комплекс реабилитационных мероприятий, проводящихся с аутичными детьми, согласно В.М. Башиной [2], входит «коррекция и укрепление семьи, привлечение родителей к воспитательной работе с ребенком, обучение приемам работы с ним». М.М. Либлинг [6] отмечает, что семьи, имеющие аутичного ребенка, сталкиваясь с экстраординарными проблемами, испытывают хронический стресс, тяжесть которого зависит от тяжести состояния и возраста ребенка. При этом стресс в большей степени проявляется у матерей, которые, помимо прочего, демонстрируют пониженную самооценку. Воздействие хронического стресса вызывает депрессию, раздражительность, эмоциональную напряженность у матерей.

С самого начала исследований по проблеме детского аутизма стала довольно распространенной так называемая «теория эмоциональной холодности». В частности, ее придерживаются многие представители психоаналитического направления. Согласно этой теории, в формировании синдрома раннего детского аутизма значительная роль отводится хронической психотравмирующей ситуации, вызванной нарушением аффективной связи ребенка с матерью, холодностью последней, ее деспотическим давлением, парализующим эмоциональную сферу и активность ребенка. Существует и несколько другая точка зрения на проблему эмоционального контакта детей-аутистов и их родителей. Согласно ей, слабая эмоциональная взаимоподдержка зачастую вызвана тем, что ребенок-аутист, будучи закрытым, замкнутым, с рождения не проявляет инстинктивной привязанности к матери, не «запускает»

у нее специфической материнской программы. Таким образом, описанные черты матери ребенка-аутиста являются лишь вторично возникшими [7]. Несмотря на то, что два вышеприведенных взгляда на один и тот же вопрос совершенно по-разному трактуют имеющиеся факты, у них, тем не менее, есть общий компонент – это признание того, что проблемы с эмоциональным контактом в паре «аутичный ребенок – мать» присутствуют как с той, так и с другой стороны. Все это послужило основанием для того, чтобы в данной работе уделить несколько большее внимание особенностям эмоционального контакта с ребенком и преобладающему типу межличностных отношений у матерей детей с РДА. При этом не ставилась задача установить связь характеристик эмоционального контакта и типа отношения к окружающим матерей с собственно возникновением детского аутизма. Л.С. Печникова [8, 9] утверждает, что проведение коррекционных мероприятий с ребенком-аутистом в свою очередь улучшает показатели принятия ребенка матерью, так как оно снимает у нее состояние растерянности, повышает оценку ребенка и, как следствие, самооценку. Ею же приводятся любопытные данные, также касающиеся личных особенностей матерей детей с РДА. Отмечается высокий уровень тревоги с уходом от фрустрации, эмоциональная неустойчивость, повышенная чувствительность к социальным критериям и внешним оценкам. Но эти особенности не выходят за уровень нормы, стало быть, не могут рассматриваться определяющим патогенетическим фактором. Кроме того, в семьях, где ребенок с РДА – единственный, чаще наблюдается его эмоциональное принятие (эмоционально принимают его качества 78% матерей), а вот в тех случаях, когда детей в семье двое, то процент матерей, которые эмоционально принимают качества ребенка-аутиста, падает до 50.

Е.Р. Баенская [1] пишет о том, что существуют сходные, достаточно типичные по своим проявлениям варианты аутистического развития. Точно так же имеются сходные установки родителей на понимание особенностей ребенка и подходы к его воспитанию. Выделяется 3 типа: «директивный», «пассивно-осторожный», «активно-осторожный». Из этих типов только последний является продуктивным для адаптации ребенка-аутиста.

Целью нашего исследования является не выявление причин детского аутизма, а изучение особенностей его течения. В качестве инструментов исследования были выбраны следующие методики: методика исследования родительских отношений PARI и методика диагностики межличностных отношений Т.Лири.

Авторы PARI (parental attitude research instrument) – Е. Шефер и Р. Белл, в нашей стране методика адаптирована Т. Нещерет. Данная методика предназначена для изучения отношений родителей (прежде всего, матерей) к разным сторонам семейной жизни. В ней выделено 23 аспекта-признака, разбитых на 4 субшкалы: 1) отношение к семейной роли; 2) оптимальный эмоциональный контакт; 3) излишняя эмоциональная дистанция с ребенком; 4) излишняя концентрация на ребенке. Разумеется, в рамках поставленной задачи наибольший интерес представляют субшкалы 2 и 3. Для обследования было отобрано 50 матерей детей с РДА. Все дети в течение последних лет посещали психокоррекционные занятия в Центре социально-психологической помощи общественного фонда помощи детям с особенностями развития «Отцы и дети» (Санкт-Петербург). У 25-ти из них наблюдается устойчивая положительная динамика, у других 25-ти существенной положительной динамики не наблюдается. Необходимость такой структуры выборки продиктована задачей установления связи между особенностями эмоционального контакта матери и ребенка с наличием либо отсутствием положительной динамики в состоянии ребенка-аутиста. Анализ полученных данных показал, что результаты группы «с динамикой» в той части, которая касается субшкалы 2 («оптимальный эмоциональный контакт») существенно отличаются от результатов группы «без динамики». В группе «без динамики» по большей части признаков, составляющих субшкалу 2, испытуемыми были получены средние оценки — их количество составило 88%. Остальные оценки (12%) пришлось на долю высоких; низких оценок зафиксировано не было. Из этого следует, что в целом матери детей-аутистов без существенной положительной динамики по степени оптимального эмоционального контакта с ребенком находятся в рамках нормы. В группе «с динамикой» соотношение средних и высоких оценок оказалось принципиально иным – 71%

и 29% соответственно. Таким образом количество высоких оценок в группе «с динамикой» в 2,4 раза превышает количество высоких оценок в группе «без динамики». Следовательно, можно с уверенностью утверждать, что наличие глубокого эмоционального контакта у матери аутиста со своим ребенком является одним из существенных факторов, определяющих успешность психотерапевтических и психокоррекционных воздействий на ребенка, выражающуюся в положительной динамике его состояния. Более того, для успешной адаптации ребенка с РДА его матери недостаточно иметь с ним эмоциональный контакт в пределах среднестатистической нормы – он (контакт), очевидно, должен быть значительно более глубоким. Что же касается субшкал 1, 3 и 4, сколь либо существенных различий по ним между группами не выявлено.

Обследование по методике Т. Лири, предназначенной для выявления преобладающего типа отношений к людям, было одновременно выполнено на той же выборке. Анализ его результатов показал отсутствие связи между типом отношения матери к окружающим и наличием/отсутствием положительной динамики у ее ребенка-аутиста – соотношение типов внутри каждой из групп оказалось примерно одинаковым.

Резюмируя вышеприведенные результаты обследований матерей детей с РДА по методикам PARI и Т. Лири, можно утверждать, что вне зависимости от преобладающего типа межличностных отношений у матери ребенка с РДА, условием наличия у ребенка положительной динамики является повышенная степень и глубина эмоционального контакта с таким ребенком у его матери. Учитывая симбиотичность пары «мать – аутичный ребенок», можно предположить, что ребенку с РДА измениться вслед за матерью проще, чем сделать это самостоятельно.

Все это свидетельствует о том, что в терапевтических мероприятиях нуждаются не только собственно дети с РДА, но и члены их семей, в первую очередь – матери. Об этом, например, говорится А.С. Спиваковской [10]. Речь, в частности, идет о том, что всякая эффективная психотерапевтическая работа с аномальными детьми требует включения в процесс родителей ребенка, при этом преимущество отдается игровым методам. Среди прочих факторов, связанных с родителями аутичного ребенка и оказывающих влияние на его динамику некоторыми авторами называется возможность координации действий родителей, врача, психолога и педагога — с этим тесно связан успех социальной адаптации аутичного ребенка [4].

Литература:

1. *Баенская Е.Р.* Помощь в воспитании детей с особым эмоциональным развитием. – М., 2000.
2. *Башина В.М.* Ранний детский аутизм. // Альманах «Исцеление». – М., 1993.
3. *Каган В.Е.* Преодоление: неконтактный ребенок в семье. – СПб., 2000.
4. *Лебединская К.С., Никольская О.С., Баенская Е.Р.* Дети с нарушениями общения: ранний детский аутизм. – М., 1989.
5. *Лебединский В.В., Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М.* Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция. – М., 1990.
6. *Либлинг М.М.* Холдинг-терапия как форма психологической помощи семье, имеющей аутичного ребенка. // Дефектология. – №3. – 1996.
7. *Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М.* Аутичный ребенок: пути помощи. – М., 1997.
8. *Печникова Л.С.* Материнское отношение к ребенку-аутисту в зависимости от наличия в семье здорового sibca. // Социальное и душевное здоровье ребенка и семьи: Материалы Рос. науч.-практ. конф. – М., 1998.
9. *Печникова Л.С.* Особенности материнского отношения к детям с ранним детским аутизмом: Автореф. дисс. – М., 1997.
10. *Спиваковская А.С.* Психотерапия: игра, детство, семья. – М., 2001.

* * *

С.А. ВОТЯКОВА

*«Если кто воображает, что тот, кого он любит,
питает к нему ненависть, тот будет в одно
и то же время и ненавидеть, и любить его.
Ибо, воображая, что он составляет для него
предмет ненависти, он, в свою очередь,
определяется к ненависти к нему.
Но он, тем не менее, любит его.
Следовательно, он в одно и то же время
будет и ненавидеть, и любить его».*

Б. Спиноза

Человек – уникальное существо, обладающее способностью отражать тот сложный мир, в котором он живет. Это отражение проходит сквозь призму человеческих потребностей, возможность их удовлетворения, всегда насыщено отношениями с окружающими его объектами, его отношением к этим объектам, а также простыми и сложными аффектами и эмоциями.

В настоящее время выделяют следующие виды аффектов: аффекты регуляции отношений, рефлексии, переработки информации и аффекты мстительности. К ним относятся обида, озлобленность, гнев, злоба, вражда. Мотивационная составляющая этих аффектов направлена, как правило, на реванш и месть. Хотелось бы сделать акцент на длительном, направленном на возмездие враждебном состоянии (годы, десятилетия). Эта группа аффектов настраивает на активные действия против «плохого объекта» и имеет тенденцию к накоплению.

В данной статье речь пойдет о такой феномене как обида, о возможных механизмах ее формирования, причинах возникновения, проявлениях обиды у наркозависимых, а также о различных подходах в понимании обиды.

По-нашему мнению, специфичность данного аффекта как раз состоит в том, что обида теснейшим образом связана с объектом. Тут присутствует как эмоция, так и отношения со «значимым другим» (чаще – матерью), поэтому рассуждения относительно обиды должны вестись в двух направлениях: в контексте теорий эмоций и в контексте теорий объектных отношений.

Если рассматривать обиду в контексте теорий эмоций, то имеет смысл обратиться к различному пониманию эмоций.

В каждом из подходов эмоции вообще и обида в частности будут пониматься по-разному. В «активационных» теориях эмоций Линдслея и Арнольда обида будет рассматриваться как средство для обеспечения оптимального уровня возбуждения путем мобилизации органов действия. Согласно биологической теории Анохина, обида выступит как система сигналов, посредством которой объект узнает о потребностной значимости происходящего, о полезности - вредности воздействия на организм, назначении и филогенетическом прошлом. «Дезорганизационная» теория эмоций описывала обиду с точки зрения «мешающей» полноценному функционированию всех систем организма, Клапаред говорил об эмоциях как о «регрессии поведения», рассматривая обиду как «ослабляющую здравый смысл». «Мотивационная» теория Липера описала бы обиду в терминах мотивов, приводящих к освоению новых действий. Симонов писал об эмоциях как об осознании потребности и оценки возможности ее удовлетворения на основе генетического и ранее приобретенного индивидуального опыта. Феноменологическая теория Сартра говорит о том, что эмоция это способ существования сознания, с помощью которого оно понимает свое «бытие-в-мире».

Проанализировав ряд теорий эмоций, нам кажется целесообразным дать следующее определение обиды:

Обида – это сложная ситуативная эмоция неудовольствия, характеризующаяся переживаемой тенденцией к удалению от значимого объекта, который оценивается как разочаровавший субъекта.

Описание обиды на значимые объекты в терминах теорий эмоций, по-нашему мнению, ограничено. Трудно описать обиду с позиции простых эмоций. В связи со специфичностью данной эмоции, ее направленностью на объект, полагаю более конструктивно описывать обиду терминами теории объектных отношений.

Теория объектных отношений развивалась последователями Фрейда: Кляйн, Фейрберн, Винникот, Кернберг.

Их теории родились при изучении воздействия индивидуальных отношений человека с внешним миром на его внутренний психический мир. Психика и личность представляются как результат связей людей с внешним миром, которые запоминаются (интернализуются) разумом в виде «объектных отношений». Детство рассматривается, как период наиболее активного становления личности, хотя внутренние объектные отношения могут быть изменены и в зрелом возрасте (психотерапией или более глубокими переживаниями).

Фрейд и Кляйн описывали объектные отношения, прежде всего, в терминах биологических потребностей, Фейрберн четко порывает с биологическим подходом, основываясь, прежде всего, на отношениях, а не на драйвах: "объект моей привязанности может превратить цвет моего лица из белого в розово-красный (как поется в песне) скорее, чем направление инстинкта, как определяется в биологической метапсихологии". Другими словами, ребенок не столько сфокусирован на получении материнского молока, сколько на восприятии заботы о самом себе и чувстве теплоты и привязанности как части этого восприятия.

Фейрберн подверг критике положение Фрейда о том, что фундаментальной мотивацией жизни является удовольствие, и пришел к заключению, что либидо направлено не на поиск удовольствия, а на поиск объекта. Основой мотивации не являются гратификация и редукция напряжения с использованием других людей в качестве средства достижения этой цели. Конечная цель состоит в установлении связи с другими людьми.

Для Фейрберна именно объект и отношения с ним являются первичной мотивацией человека. Удовольствие, по нему, возникает как форма связи с другими людьми. Контактывая с родителями, ребенок получает удовольствие от связи и взаимодействия с ними. Он ищет, прежде всего, установления и повторения такой связи, которая обуславливает получение удовольствия. Что происходит в том случае, если родители не устанавливают с ребенком доставляющих ему удовольствие отношений, если контакт с родителями болезненен для ребенка? Неудовольствие будет возникать как реакция на отсутствие связей, контактов и взаимодействия с родителями.

Мать – самый значимый объект для большинства из нас, с ней мы раньше всех знакомимся, дольше всех проводим первые месяцы и годы жизни. Думаю, вполне уверенно можно говорить о доминирующей значимости отношений с матерью для большинства из нас.

Возникновение обиды возможно лишь на фоне любви или привязанности к объекту. Значимость объекта – одно из главнейших условий возникновения данной эмоции.

Еще одним условием возникновения обиды является разочарование или несоответствие действий или поведения объекта ожиданиям субъекта. В данном случае обида возникает как эмоциональная реакция на отдаление объекта.

В качестве иллюстрации приведем клиническое наблюдение.

Марина, 24 года. Страдает опийной наркоманией, вдова. Родилась в полной семье, единственный ребенок. Мать получила физико-математическое образование, в настоящее время работает в театре. Отец-музыкант, скрипач. Отношения между родителями Марина характеризует как конфликтные: «они с самого начала хотели развестись. Могу сказать, что горе их сближает (имеется ввиду наркомания дочери - прим. авт.)». У отца это был уже второй брак, дочь от первого брака умерла.

Беременность нежелательная, проходила тяжело, была осложнена нефропатией у матери. На седьмом месяце беременности мать защитила диплом в институте: «Наверное,

поэтому я такая нервная», – говорит Марина. Роды проходили без осложнений. Ребенок родился в Казахстане, у родителей матери, через месяц мать перевезла девочку в Санкт-Петербург, к мужу. С детства родители отмечают хороший аппетит ребенка. С 3-х лет большую часть времени проводила у бабушки. Себя помнит с 5-ти лет. Уже с этого возраста занималась музыкой (рояль, скрипка). Главную роль в обучении музыке ребенка играл дед по отцовской линии, который также был музыкантом, скрипачом. Со стороны деда Марина отмечает диктат, свое нежелание заниматься музыкой связывает с его манерой преподавания: «он звонил родителям, если я не занималась и просил, чтобы меня забрали. Я все из-под палки делала». В начальной школе Марина отмечает у себя «проблемы с поведением», жалобы учителей. Говорит о том, что ей приходилось «закрашивать» плохие оценки, скрывая их таким образом от родителей. До 8 класса родители не отпускали девочку на улицу, осуществляя строгий контроль за ее действиями, в 8 же классе родительский контроль был ослаблен и «понеслось». Тогда же девочка впервые употребила психоактивные вещества (ПАВ), стала курить, выпивать. Употребление ПАВ объясняет желанием «быть ближе к группе» (мотивация гиперактивации поведения). Начались серьезные проблемы со школой: «меня выгоняли за разбитое стекло, за то, что брызнула из газового баллончика в директора и завуча». В десятом классе перешла в другую школу, стала жить с дедом и бабкой (около полугода), упоминает об отсутствии контроля с их стороны. В это же время пробует опиаты, начинает тесно общаться с людьми, страдающими наркотической зависимостью. Тогда же у Марины появился молодой человек, который ее в первый раз «уколот». С этого времени Марина регулярно употребляла ПАВ. Позже она поступила в училище (специальность – артистка), и на первом же курсе начинает употреблять героин. Об этом узнают ее родители, она проходит несколько курсов лечения. В 2000 году ей сделали «химзащиту», после чего год не употребляла наркотики. Поступила в Институт культуры, познакомилась с молодым человеком, вновь возник рецидив наркомании. Через некоторое время познакомилась со своим будущим мужем – Олегом, также страдающим наркотической зависимостью. Марина бросила институт, работу, сожительствовала совместно с Олегом, совместно употребляла героин в течение 1 года. Олег умер от передозировки. После смерти Олега Марина систематически злоупотребляла наркотиками. Возобновила лечение, но познакомившись с молодым человеком прервала терапию. За две недели до поступления в стационар совершила суицидальную попытку. Вот дословно ее воспоминание: «Я наглоталась таблеток, каких не помню, всех подряд, потом разбудила бабушку, попросила у нее еще таблеток, очнулась в НИИ скорой помощи».

Анализируя свою прошлую жизнь, Марина говорит о ее двойственности: С одной стороны, родители, работавшие в театре требовали от нее выглядеть и вести себя таким образом, чтобы не вызывать осуждения коллег по работе («Я-манерная»), с другой, – тот круг общения, который выбирала себе Марина явно противоречил представлениям ее родителей («Я-хулиган»). Марина отмечает у себя возрастающее беспокойство и тревогу, причина которых лежит в этой «двойной жизни». О своем отношении к родителям Марина говорит следующее: «к отцу я чувствую вину, мы с ним были очень близки, в основном он занимался моим воспитанием, для меня он – идеал мужчины, у нас с ним замечательные отношения, «мы всегда друг друга «выгораживали» перед мамой» и нам было хорошо, пока рядом не появлялась мать. По отношению к матери я чувствую обиду, некое соперничество, она очень самостоятельная и гордая, никогда не была ласковой ко мне, в отношении воспитания она придерживается директивных позиций». Марина помнит мать с 6-ти лет. Самое раннее ее воспоминание о матери связано с тем, как мать орала на Марину за «бардак в шкафу» и сильно ударила ее по лицу. «Помню, – говорит Марина, – как я катала собаку в коляске, а мать орала на меня». Марина рассказывает, как мать настаивала на том, чтобы отец Марины «занялся ее воспитанием»: побил или отшлепал дочь. Сама мать часто била девочку солдатским ремнем по ногам: «никогда не забуду эту пряжку». Марина вспоминает лишь один эпизод, когда мать приласкала ее: «Я сидела у себя в комнате и плакала, когда вошла мама, я ее спросила: «За что вы меня так не любите?», тогда мать обняла девочку. Типичными обращениями, которые мать

Марины употребляла по отношению к ней, были – «поганка ты моя», «уродец». В третьем классе, когда Марину взяли в пионеры, она весь день ждала родителей у парадной, чтобы похвастаться галстуком. Когда они приехали, мать сказала Маше «снять с себя эту гадость». Марина говорит, что мама часто ездила в командировки, но подарки привозила всем, кроме нее. В подростковом возрасте Марина хотела поделиться с мамой своими проблемами, зашла к ней в комнату, застала маму за игрой на приставке, на просьбу поговорить мать отреагировала следующим образом: «не мешай мне отдыхать, мне, что больше делать нечего, только твои проблемы слушать». Марина сообщает, что этот эпизод очень отдалил ее от матери. Отмечает постоянные конфликты между ней и матерью, которые заметно ослабели после переезда Марины в отдельную квартиру. Главной причиной обиды на мать Марина видит в эмоциональной холодности и неконтактности матери.

В настоящее время Марина проходит курс реабилитации от наркотической зависимости. Психодинамический диагноз: психопатологических расстройств не выявлено. Уровень организации личности – пограничный. Тип характера – истерический. Выявлена дисфункция семейной системы, проявляющаяся в спутанности ролей, длительных семейных конфликтах, в которые была вовлечена девочка. Отмечается вторичная выгода симптома. Аффективная сфера характеризуется следующими доминирующими аффектами: обида на мать, чувство вины по отношению к отцу, чувство одиночества, амбивалентное отношение к родителям, конфликт между зависимостью и независимостью, смена аффектов любви и ненависти. В объектных отношениях выявляется нестабильность отношений. Пограничный уровень расстройства личности отражает «расщепление Эго».

У пациентки обида на мать характеризуется рядом особенностей: направленностью обиды – обращенностью данной эмоции на объект; стадийностью и динамичностью – прохождением в своем развитии определенных стадий: от возникновения озлобленности и эмоции гнева до ощущения потери, горя, эмоции печали; устойчивостью во времени; ранним формированием; невозможностью самостоятельно оценить и переработать этот аффект вследствие употребления ПАВ; усилением обиды на фоне прекращения употребления ПАВ; доминантной природой обиды, как способом ослабления вины.

Вспоминая греческую мифологию, считаем уместным провести некоторые параллели между мифом о Гефесте и проблемой обиды на мать у наркозависимых. Гефест, греческий бог огня и кузнечного дела, от него зависят огнедышащие вулканы (в Риме с Гефестом отождествлялся Вулкан). Сын Зевса и Геры, Гефест родился слабым кривоногим ребенком; увидев его новорожденного, Гера с возмущением сбросила его с Олимпа, он упал в море, его подхватили Эвринома и Фетида, принесли в грот и стали воспитывать вместе в глубине Океана. Вырос Гефест могучим, с сильными руками; в гроте он устроил кузницу и поражал всех своими изделиями, однако затаил сильнейшую обиду на мать. Он выковал прекрасное золотое кресло и послал его на Олимп в подарок матери. Гера пришла в восторг и сразу же села в кресло, но вдруг почувствовала себя прикованной к нему невидимыми путами. Боги кинулись к ней на помощь, но тщетно: они поняли, что только Гефест, выковавший кресло, сможет спасти Геру. Послали они Гермеса, своего вестника, на край земли к Океану. Гермес прямо направился в грот Гефеста и стал просить его отправиться с ним на Олимп. Но ни просьбы, ни мольбы не помогали. Тут появился веселый, хмельной бог Дионис, он предложил Гефесту чашу с вином, потом другую, третью, пока, наконец, Гефест не стал таким, что его можно было вести куда угодно. Дионис и Гермес посадили его на осла и отправились на Олимп. Гефест освободил мать, остался на Олимпе и забыл обиду.

Этот миф очень точно отражает гипотезу о связи наркозависимости и обиды: лишь вино помогло Гефесту освободить мать и забыть обиду на нее, возможно у наркозависимых действует подобный этому же механизм – уход от болезненной обиды путем бегства в наркотики. Разница лишь в том, что Гефесту помогло вино забыть обиду на мать, чего нельзя сказать о наркозависимых.

Наблюдения в психотерапевтической группе свидетельствуют, что тема обиды у наркозависимых часто выступает одним из сильнейших и наиболее значимых аффектов. Психотера-

певтическая работа с обидой осложнена не только длительностью ее проявления, но также и недостаточностью теоретических разработок по отношению к аффектам мстительности. В своей работе мы используем следующие методики: проективный рисунок «Моя отрицательная эмоция», гештальт-эксперимент «На двух стульях», психодраматическое проигрывание аффектов со сменой ролей, когнитивное реструктурирование. Путь к прощению «объекта» весьма нелегок. Пациенты застревают на обидах, несмотря на аффективную разрядку во время сессий. Психологи и психотерапевты, вне сомнений, нуждаются в глубоком изучении механизмов возникновения данного аффекта, а также разработке технологий по работе с ним.

Литература:

1. Кулаков С.А. Практикум по клинической психологии и психотерапии подростков. – СПб., 2004.
2. Блюм Г. Психоаналитические теории личности. – М., 1996.
3. Кернберг О. Тяжелые личностные расстройства. – М., 2000.
4. Спиноза Б. Избранные произведения. В 2-х томах. – М., 1957.
5. Джемс У. Психология. – М., 1991.
6. Кузнецов В.Н. Жан-Поль Сартр и экзистенциализм. – М., 1969.
7. Изард К.Е. Психология эмоций. – СПб., 1999.
8. Леонтьев А.Н. Избранные психологические произведения. В 2-х томах. – М., 1983.
9. Анохин П.К. Избранные труды. Системные механизмы высшей нервной деятельности. – М., 1979.
10. Симонов П.В. Что такое эмоция? – М., 1966.
11. Вилюнас В. Психология эмоций. – СПб., 2004.
12. Фрейд З. О клиническом психоанализе. – М., 1991.
13. Юнг К.Г. Аналитическая психология. – СПб, 1994.
14. Мясищев В.Н. Психология отношений. – М., 1995.
15. Мак-Вильямс Нэнси. Психоаналитическая диагностика: понимание структуры личности в клиническом процессе. – М., 1998.

* * *

Т.В. Луполишина

В последние годы психология возвращает себе «тело». Впервые «тело», как плотная субстанция и вещество, стало употребляться в трудах Аристотеля. Древний смысл «тела» его сущностное понимание в настоящее время перевернуто прямо наоборот. Из понятия, содержащего лингвистический, психологический и, наконец, духовный смысл «тело» превратилось в понятие физическое, геологическое, биологическое, химическое, т.е. сугубо естественнонаучное.

Слово «тело» происходит от латинского «tela» – идея, затея, идеал, замысел, то есть проявление форм духовной и символической реальности, именуемой ныне областью тонких материй. «Телом» называли также идола – фигуру божества из камня, дерева или металла. От слова «идол» произошли «идея», «эйдос», «образ». Для древних важным было не вещество, из которого была изготовлена статуя, а ее психическая мощь, идея, форма, красота, смысл.

Сходное по звучанию древнегреческое слово «tele» означало «смотреть вдаль», «далеко». Как видим и в первом и во втором случае современное слово «тело», произошедшее от аналогичных по звучанию латинского и греческого «тела» и «теле», никакого отношения к веществу тела первоначально не имело. Наоборот, они означали формы или психические феномены человеческого восприятия и понимания мира. Тем не менее, ныне произошла своего рода подмена или инверсия смыслов. В слове «тело» значимой стала вещественно-материальная структура. Произошло переименование психического феномена в физический феномен, известный сейчас как «тело».

В древнегреческом языке смысловым эквивалентом современного понимания «тела» является слово «soma» – вещественное тело организма. «Соматический» – значит телесный [3].

Для развития гармоничной личности в комплексной программе В.А. Ананьева неслучайно выделяется отдельно *потенциал тела* (физический аспект здоровья) – это мета-способность человека развивать физическую составляющую здоровья, осознавать собственную телесность как свойство своей личности. Сюда же относятся «алиментарная и сексуальная» компетентности.

Данный потенциал характеризует личность человека одновременно на более «грубом» поведенческом уровне, и в то же время на более «тонком» уровне interoцептивных ощущений. «Телесный интеллект» – это прежде всего тонкая рефлексия, дифференциация различных модальностей в собственном теле (визуальных, слуховых, тактильных, обонятельных, вкусовых ощущений) и использование этой способности в повышении уровня культуры питания, уровня удовольствия в сексуальных отношениях, занятиях спортом и т.п.

«Телесную компетентность» мы рассматриваем, как способность осознавать, дифференцировать, понимать собственные ощущения, телесные потребности, умение саморегулировать телесные процессы. Здоровая телесность – это спонтанное, естественное телесное поведение, устойчивость тела, уравновешенность, целостность восприятия тела, способность к получению сексуального удовольствия, принятие собственного тела.

Для человека с низким уровнем «телесной компетентности» характерны скованность, алекситимия (неспособность выделять, дифференцировать и выражать телесные ощущения на вербальном уровне), наличие психосоматических заболеваний, неадекватное (фрагментарное) восприятие собственного тела, неспособность (нечувствительность) к получению удовольствия, проблемы саморегуляции телесных процессов (трудности в адаптации) и др.

Поэтому можно выделить следующие цели по повышению «телесной компетентности»: познание своего тела, изучение языка тела – «системы раннего оповещения», собственной «телесной географии» эмоциональных проявлений; умение устранять и контролировать мышечные зажимы, быть устойчивым, гибким, спонтанным; обучение методам психосоматической саморегуляции как конструктивной форме снятия последствий стресса; получения удовольствия от взаимодействия с телом через спорт, танцы, секс, как способ познания себя в условиях интимного взаимодействия открытого тела и души.

Отдельные авторы выделяют «социальное» («культурное», «вторичное») тело и «биологическое» («природное», «первичное») тело (В.А. Ананьев, А.Ш. Тхостов, А. Лоуэн).

«Биологическое» тело можно понимать как организм, систему органов и тканей данное нам природой.

«Социальное» тело создает социум с помощью норм, законов, запретов и правил поведения. Это наши жесты, манера двигаться, говорить, мимика. В нем отражается опыт, полученный человеком в процессе жизни.

«Социальное» тело во многом ограничивает проявления «биологического», зажимая и «втискивая» его в «рамки приличия», созданные культурой. Именно в «социальном» теле возникают мышечные зажимы, которые, в последствие разрушают здоровье природного тела.

Понятие «человеческая телесность» тесно связана с личным опытом человека, с системой его ценностей. Тело, «организм» являются реализаторами как сознательных, так и бессознательных душевно-психологических волнений человека. Вы никогда не обращали внимание на смысл выражений «чувствовать себя хорошо» или «чувствовать себя плохо»? Первое означает хорошо себя понимать, видеть причины и следствия своих действий и состояний, второе – нечто прямо противоположное. Телесные ощущения часто нуждаются в интерпретации, для достижения, большего самопонимания. Поэтому основной целью телесно-ориентированной психотерапии является оказание помощи человеку в установлении максимально полного и доверительного контакта с его телом [2].

Терапевтические направления, связанные с движением, танцем массажем и воздействием на человеческую душу с помощью воздействия на тело существуют с древних времен. Источники терапевтической работы с телом можно найти в практике дальневосточных йогов, особенно приверженцев хатха-йоги. Современная же телесно-ориентированная психотерапия своей методологией базируется на позднем психоанализе.

В понимании основных подходов телесной терапии человек – единое функционирующее целое, сплав тела и психики, в котором изменения в одной области сопровождаются изменениями в другой. Чтобы человек смог вернуть себе ощущения гармонии, необходимо научить его не только интеллектуальному пониманию, интерпретации или осознанию вытесненной информации, но и переживанию в настоящий момент целостности всего организма.

Телесной терапией принято называть взаимодействие между пациентом и терапевтом с использованием телесных техник. Обнаружить скрытые аспекты души – вот цель этого взаимодействия. Терапевт, помимо традиционного внимания к психическим процессам, обращается к телесным техникам, чтобы ускорить диалог между сознанием и бессознательным [9].

Телесная терапия использует два основных метода, чтобы освободить тело и расширить движения и осознание. Первый метод – двигательные упражнения, раскрывающие блоки, растягивающие мускулы и увеличивающие гибкость. Второй – прикосновения, освобождающие спонтанные движения, которые являются выражением глубоких чувств. И тот, и другой подход можно использовать, чтобы вызвать психическую осознанность внутренних конфликтов. Каким бы образом ни изменялось состояние тела (благодаря упражнениям, возложению рук, биоэнергетике...), одновременно происходят и психологические изменения, хотя они могут быть бессознательными [9].

Исторически, по мнению Мак-Нили, основателями телесной терапии и глубинной психологии являются З. Фрейд, С. Ференци, А. Адлера, Г. Гроддек, В. Райх и К. Юнг. В основном только их интересовало распределение энергии в теле. Фрейд считал, что сущность лечения состоит в том, чтобы довести до осознания содержание бессознательного. Адлер интересовался способностью тела компенсировать органические повреждения, считал, что компенсация происходит и в биологической, и в психологической сфере. Он внимательно относился к физическим дефектам, к телесному выражению характера и внес огромный вклад в эволюцию телесной терапии. «Позы и движения тела всегда указывают, каким образом человек подходит к своей цели. Если человек идет прямо – это признак смелости, в то

время как нерешительный человек избегает прямых действий, и это проявляется во всех его движениях» [9].

Райх отошел от техники Фрейда. Как и Адлер, он считал телесные напряжения выражением привычных эмоциональных состояний, и в этом он продвинулся дальше. Райх искал основную психологическую энергию, проявляющуюся в соматических, ментальных, эмоциональных состояниях. Он считал, что результатом блокирования этой энергии является импотенция, а «свободное течение» этой энергии – полная отдача оргазму. Райх искал места блокировки либидо, сначала в «панцире характера», а затем в «мышечном панцире». И считал, что нужно непосредственно воздействовать на «панцирь характера», которым он называл хронические физиологические ригидности (зажатости), сдерживающие возбуждение. Именно они, по его мнению, блокируют три основных эмоциональных состояния: тревожность, гнев и сексуальное возбуждение. Защитный панцирь не дает человеку переживать сильные эмоции, ограничивая и искажая выражение чувств.

«Вегетотерапия мышечных склонностей» или «анализ характера в области биофизического функционирования» – так Райх называл непосредственное воздействие на защитную мускулатуру. В своей теории, он выделял семь колец «мышечного панциря», охватывающего тело: 1) область глаз; 2) рот и челюсть; 3) шея; 4) грудь; 5) диафрагма; 6) живот; и 7) таз.

С помощью различных упражнений и массажа он систематически воздействовал на каждое кольцо. Снижая хроническое напряжение определенных групп мышц, он вызывал высвобождение эмоций, которые этим напряжением сдерживались. Выбор названия «вегетативная терапия» объясняется тем, что глубинные слои личности пациента связаны с вегетативными функциями, например, с дыханием и пищеварением, он отделял эти функции от сенсорно–моторного поведения, которое легче изменить. Райх был первым из психоаналитиков, кто снял запрет на прикосновения к клиенту [4,9].

Юнг очень мало писал о телесной экспрессии. Однако созданная им психология позволяла его последователям развивать ее в самых разных направлениях, в том числе в телесной и танцевальной терапии. В двадцатых годах юнгианцы практиковали дыхательную терапию; техника «активного воображения» заложила основу для двигательной терапии, давая возможность выражать бессознательное. «Эго» Юнг описывает как комплекс, состоящий главным образом из общего осознания тела. И если сфокусировать внимание на телесном опыте, то появляется возможность выразить бессознательное через движение.

Ученики Вильгельма Райха, Александр Лоуэн и Джон Пирракос, взяв основные понятия об энергетической основе, развили свою концепцию психотерапии и основали в 50-х годах Институт Биоэнергетического Анализа в Нью-Йорке. Биоэнергетика рассматривает функционирование психики человека в категориях тела и энергии.

По мнению Лоуэна, все в человеке связано с его телом. Например, источником неврозов является подавление чувств, которое проявляется в виде хронических мышечных напряжений, блокирующих свободное течение энергии. Он также создал характерологию на основе телесного «Я», считая, что физический облик человека символически отражает его психику. Образ тела формируется путем синтеза ощущений, возникающих при контактах с родителями в детстве. Положительные ощущения благоприятствуют формированию ясного и интегрированного образа тела, отрицательные ведут к искажению. Он описывал конфликт телесного и социального опыта в человеке, который приводит к нарушениям личности, и уделял большое внимание умению сознавать свои телесные ощущения и чувства.

Целью терапии, по Лоуэну, является интеграцию эго и тела, при помощи познания структуры характера и «оживления» заблокированных в теле эмоций. Именно эта работа приводит к освобождению больших запасов энергии. Особое значение Лоуэн уделял восстановлению свободного дыхания, нарушение которого тесно связано со страхом. Телесным же выражением эмоционального здоровья, по его мнению, является грация движений, хороший мышечный тонус, контакт с почвой под ногами (заземленность) и окружающими людьми [7, 8, 9].

Отличие позиции Лоуэна от позиции Райха заключается в том, что Лоуэн не атакует мышечный панцирь кольцо за кольцом; его подход варьируется в зависимости от диагностической информации, которую дают тело и психическое функционирование пациента. Он меньше применял непосредственно телесные техники, больше использовал упражнения, стрессовые положения и методы вербальной эмоциональной разрядки. Лоуэн стремился к тому, чтобы пациенты могли выдерживать больше стрессовых положений и упражнений, так как считал, что если исчезнет панцирь, и энергия будет течь более свободно, то усилится способность к зарядке и разрядке энергии, появится возможность выдержать большее возбуждение и радость в жизни [8,9].

Основными методами биоэнергетики являются прикосновение и давление на мышцы, глубокое дыхание и специальные позы, упражнения, расширяющие осознание тела, развивающие спонтанную экспрессию и психофизическую интеграцию.

Биоэнергетиков неоднократно критиковали за то, что они склонны приравнивать жизненную энергию к физической активности, игнорируя глубинную жизненную энергию, незаметную для наблюдателя. [8, 9]

В середине 1970-х годов Пирракос пришел к ощущению, что биоэнергетике не хватает базисной философии, в которой бы учитывалась духовная природа человеческих существ. Через некоторое время, он отделился от Лоуэна и создал свою энергетическую теорию.

Энергетика ядра – энергетическая и глубинно-ориентированная телесная психотерапия. Согласно Джону Пирракосу (Pierrakos, 1987), она представляет собой интегративный подход к росту и эволюции целостной личности. Особое внимание уделяется потоку жизненной энергии, который исходит из ядра и в здоровом состоянии изливается свободно, но блокируется при патологии, тем самым, порождая болезнь или дисфункцию. В энергетике ядра терапевтический процесс, подобный проживанию самой жизни, рассматривается как духовное странствие [4].

Энергетика ядра похожа на разнообразные виды традиционной фрейдистской и юнгианской психотерапии тем, что она стремится разрешить эмоциональные и психологические проблемы путем фокусирования на индивидуальных механизмах психологической защиты. Она исходит из трех фундаментальных принципов, согласно Джону Пирракосу, они таковы: личность является психосоматическим единством; все сущее образует единство, которое движется в сторону творческой эволюции как целого, так и его бесчисленных компонентов; источник выздоровления скрывается внутри, а не во внешнем агенте, будь то врач, терапевт, бог или космическая сила. Главной причиной страдания является раздробленность потока энергии жизненной силы, когда она перемещается между нашей внутренней реальностью и окружающей нас внешней обстановкой [4].

Артур Янов свою собственную форму терапии – первичную терапию извлек из теории родовой травмы Отто Ранка. Задача ее состоит в том, чтобы возродить первичные переживания (primals), причиняющие боль, в которых Янов видит причину неврозов. Янов идет прямо к бессознательному. Он отвергал аналитическую концепцию здоровой защиты, полагая, что здоровый человек не нуждается в защитной системе. «Первичная терапия направлена на устранение причин напряженности, системы защит от самого невроза. Любое усиление системы психологической защиты равноценно усилению невроза» – утверждал он [10].

Помимо психоаналитического, в последнее время активно развиваются и такие направления в телесной психотерапии как биосинтез и танцевально-двигательная психотерапия.

Танце-двигательная психотерапия возникла в конце 40-х годов XIX века, как психиатрическое направление, и развивалось постепенно от практики к теории. М. Чейз, Т. Шоуп, М. Уайтхаус и др. впервые танец использовали для лечения психиатрических больных с так называемым «военным неврозом». Значительно позже танцевальная психотерапия стала использоваться в работе с нормальными людьми. Профессиональная танцовщица М.Чейз разработала основные понятия танце-двигательной терапии, такие как, «кинестетическая эмпатия» и «ритмическая групповая активность», которые позже легли в основу двух основных

методов танцевальной психотерапии. Поощрение клиента двигать свое тело – это по ее мнению, является целью терапии [12].

Мери Уайтхаус, так же профессиональная танцовщица, под влиянием работ Юнга, считала, что танец – это путь к бессознательным переживаниям личности; выраженные в танце они становятся доступными для катарсического высвобождения и анализа. И, поэтому, цель терапии – помочь клиенту найти «подлинное движение» [12].

Движение выражает эмоции, способствует возникновению чувства благополучия и самооздоровления. Танец всегда обращается к здоровой стороне человеческой природы, позволяя человеку вспомнить о времени, когда тело в «первородном» состоянии переживало свои радости.

Танцевальная терапия возникла из объединения танца с существующими теориями личности, группы и психотерапии. И единой теории танцевальной терапии не существует. Общим для всех является понимание танца, как «спонтанной трансформации внутреннего мира в движение, в процессе которой будет пробужден творческий потенциал и потенциал к изменению старого образа жизни» [12].

Основными методическими приемами танцевальной терапии являются: «Кинестетическая эмпатия» – принятие партнера путем отзеркаливания его движений. «Ритмическая групповая активность» – совместное движение группы под единый ритм. Использование спонтанного, неструктурированного танца, для самовыражения. Использование кругового группового танца – для снижения тревожности и сопротивления, возникновения чувства общности, развития внутригруппового единства. Целенаправленный выбор музыки, используется для создания настроения. Экспериментирование с движением и прикосновением. Техники работы с «мышечным панцирем» и пр.

«В теле должна обитать свободная душа. Человек будет танцевать, и тело воскреснет после ста лет забвения цивилизаций, но не одно тело и не в войне с душой и духом, а в блестящей гармонии» – эти слова Айсидоры Дункан, во многом предопределяли возникновение танце-двигательной психотерапии.

Значительный вклад в телесно-ориентированную, танце-двигательную психотерапию внес Фредерик Маттиас Александер – австралийский актер, который долго изучал себя с помощью зеркал и обнаружил, что положение головы и шеи отражается на его голосе и движениях. Он разработал методы коррекции поз и многие годы обучал им в Англии и Америке. Основное внимание он уделял опорно-двигательному аппарату. Александер заметил, что когда детей слишком рано учат сидеть или стоять, у них вырабатываются неправильные позы. Он корректировал эти ошибки, переучивая людей, направляя их к большей осознанности, живости и чувствительности.

Первый шаг коррекции, по Александеру, – наблюдение и осознание: множество упражнений посвящено механизмам нашего движения, тому, как мы сидим, ходим, стоим. Следующий шаг – обучение оптимальным движениям – правильный наклон, ходьба и т. д. При овладении этой методикой, необходимо научиться расслаблять область шеи, чтобы восстанавливался «первичный контроль», так как голова должна сохранять свободу движений независимо от положения тела [10].

«Чтобы добиться необходимых изменений, выработать более совершенный способ передвижения, необходимо сделать как раз то, что мы считаем неправильным» – говорил он. – «В человеческой природе заложено желание двигаться, сидеть и стоять так, как это удобнее всего. Мы и не подумаем передвигаться способом, который кажется нам странным, – между тем нам требуется именно это». Александер натолкнулся на это открытие именно благодаря зеркалу. Он был удивлен, обнаружив, что делает прямо противоположное тому, что он хотел сделать, считая, что он вытягивает голову вперед и вверх, он на самом деле откидывал ее назад и опускал. Именно поэтому Александер советовал ученикам «стараться чувствовать и действовать неправильно» [10].

Сущностью метода Моше Фельденкрайца, является пробуждение способности находить собственные способы двигаться, и расширение своего набора движений с помощью экспе-

риментального перебора разных вариантов. Таким образом, можно заметно улучшить телесную чувствительность, существенно уточнить и расширить схему тела. Нервная система и опорно-двигательный аппарат тесно связаны друг с другом. Это позволяет, с одной стороны, по мышечным напряжениям распознавать внутреннее состояние нервной системы, а с другой, через мышцы и суставы – влиять на нее. Мышечные напряжения есть внешняя, видимая картина состояния н.с., и каждая мысль и каждое чувство находят свое выражение в движении. Изменения внешние ведут к изменениям внутренним [10].

Фельденкрайц считал движение наиболее эффективным средством достижения кардинальных изменений в человеческой жизни вообще. Он уделял внимание осознанию тела, дыхания, освобождению дыхания и мышечного напряжения в различных частях тела, лечил болезни опорно-двигательного аппарата.

Биосинтез – это направление телесно-ориентированной психотерапии, которое с начала 70-х годов развивают Д. Боаделла и его последователи. Подход опирается на опыт эмбриологии, райхианской терапии, и теории объектных отношений.

Термин «биосинтез» означает – «интеграция жизни». Здесь речь идет об интеграции трех жизненных энергетических потоков, которые связаны с тремя зародышевыми листками: энтодермой (энергетический поток эмоций), мезодермой (двигательный энергетический поток), и эктодермой (поток восприятия мыслей и образов). Первоначально эти три потока энергии интегрированы, но в результате внутриутробного, родового стресса, травмы младенческого или более позднего периода, эта интеграция нарушается.

Биосинтез использует и развивает идею Райха, о защитном «мышечном панцире», но в контексте эмбриологии, описывая при этом три панциря: мышечный (мезодерма), висцеральный (энтодерма) и церебральный (эктодерма). Мышечный панцирь включает в себя тканевую. Нарушения этого уровня могут проявляться в виде гипер- или гипотонуса мышц, нарушения работы сосудов и тканевой жидкости. Висцеральный панцирь приводит к нарушению перистальтики и дыхания. Церебральный панцирь приводит к нарушениям биоэлектрической активности мозга. Так в каждом из «панцирей» проявляются нарушения здоровья на всех уровнях: соматическом, психическом и духовном.

Так же от Райха биосинтез унаследовал мысль о том, что личность может быть понята на трех уровнях: поверхностном или маске, панцире характерных отношений; на более глубоком уровне болезненных чувств; и на основном ядерном уровне, или ядре личности, где сосредоточены чувства доверия, благополучия, радости и любви. В биосинтезе терапевт, в процессе работы, старается направлять клиента к первичному ядерному уровню ощущений, так как только положительные чувства дают человеку энергию для реальных изменений, для физического, психического и духовного исцеления. Эффект терапии зависит от умения раскрыть внутренние ресурсы здоровья клиента [2].

Тремя основными процессами реинтеграции в биосинтезе являются заземление (grounding), центрирование (centring) и видение (facing). Заземление это работа с мезодермальным панцирем, центрирование – с энтодермальным, видение и звучание – это работа с контактом глаз, взглядом и голосом. Важнейшим инструментом здесь является тело терапевта [1].

Представим следующий метод телесно-ориентированной психотерапии – «чувственное сознание» (ЧС). У истоков этого метода стоят Э. Гиндлер в Германии и Ш. Сельвер, распространившая эти идеи в США. «Чувственное сознание» – это процесс непосредственного соприкосновения с нашими ощущениями, обучение дифференцированному восприятию ощущений тела, процесса мышления, фантазий, образов, эмоций и установление взаимосвязи между ними. Этот метод помогает понять, что в функционировании организма естественно связано с реальной действительностью, а что обусловлено иными факторами. Одно из главных положений метода заключается в том, что ориентировка на ощущения, получаемые в опыте, делает наше мышление более реальным, а поведение в большей степени соответствующим нашим намерениям. В современном мире человек с детства научен, преуменьшать значение собственного опыта, и принимать за свой опыт – поступки, желания, которые при-

писывают ему взрослые (учителя и родители). В конце концов, он перестает фиксировать информацию от собственного тела, не осознает его [9].

Существенным аспектом метода является изучение процесса коммуникации и значение прикосновений во взаимодействии между участниками группы. Степень близости и дистанцированности, желание взаимопомощи и ответственности – вот те стороны процесса, которые осознаются участниками группы на телесном уровне гораздо легче и быстрее.

Еще одно направление телесно-ориентированной психотерапии это розен-метод. Внешне он очень похож на массаж. Клиент тоже лежит на столе, но он всегда частично одет, в той мере, в которой ему комфортно, и никогда не используется массажное масло. Роль массажиста играет терапевт, он медленно перемещает свои руки по телу клиента, отмечает напряженные места, как бы слушая человека. Иногда терапевт мягко смещает какие-либо участки, напоминая о потенциальном объеме движений. Терапевт обращает внимание на форму тела, на позу, что это может говорить о клиенте, о его жизни и отношении к окружающим. Иногда может озвучивать те изменения, которые происходят у него под руками, тем самым, повышая уровень осознания. В процессе такой работы клиенты больше узнают о себе, присутствие терапевта, физический контакт вызывают состояние глубокого расслабления. Снижая напряжение, у человека появляется возможность истинно и полно ощутить свои эмоции, почувствовать облегчение и равновесие [2].

Танатотерапия В. Баскакова – это одно из последних направлений телесно-ориентированной психотерапии. В ее основе – целительные биологические реакции, организующие и корректирующие энергетический баланс в теле человека. Танатотерапия (от греческого *thanatos* – смерть) – область установления человеком максимально полного контакта с процессами умирания и смерти. Утрата культуры правильного, естественного умирания сформировало образ смерти-монстра. В обычной же жизни человек постоянно сталкивается с различными аналогами процесса умирания и смерти: расслабления как смерть, сон как смерть, любое окончание, завершение как смерть, оргазм как смерть. Танатотерапия в отличие от имитационных практик, моделирует процесс правильного, естественного умирания. Каждый телесный прием охватывает целую область работы с телом человека и оформляется через своеобразный принцип. Этот метод оказывает существенное релаксационное воздействие, затрагивая и корректируя практически все психологические проблемы человека [2].

В заключение отметим, что методы работы с телом могут занимать существенное место в комплексном лечении и профилактике различных психологических и психосоматических проблем. Важной чертой телесно-ориентированной психотерапии является то, что человек воспринимается целостно. Тело – важный источник информации, и обращение к телесным техникам существенно ускоряет диалог между сознательным и бессознательным. Это более экономичный, доступный и менее энергозатратный путь возвращения душевного равновесия. Телесно-ориентированная психотерапия, направленная на релаксацию эффективна при снятии последствий стресса, таких явлений как страх и тревога. Следует рекомендовать ее всем в связи с «дискретизацией существования человека», неспособностью к вербальной коммуникации, неумением выражать эмоции, компьютеризацией, скованностью, неадекватным восприятием тела, проблемами саморегуляции телесных процессов и пр. Все это ведет к росту психических и психосоматических заболеваний. Открывая телесный и эмоциональный опыт, усиливается способность к вербализации чувств, и прокладывается широкий путь к собственно вербальным методам психотерапии.

Литература:

1. *Ананьев В.А.* Введение в психологию здоровья. – СПб., 2000.
2. *Баскаков В.Ю.* Свободное тело. – М.: Институт общегуманитарных исследований, 2001. – 244 с.
3. *Волков И.П.* Тело и психика человека в их единстве и противоположности. Новый научный синтез. – СПб., 2000.

4. Инновационная психотерапия / Под редакцией Д. Джоунса. – СПб.: Питер, 2001. – 384 с.
5. Лоуэн А. Любовь и оргазм. – Ростов-на-Дону: Изд-во «Феникс», 1998. – 488 с.
6. Лоуэн А. Секс, любовь и сердце: психотерапия инфаркта / Пер. с англ. С. Коледа – М.: Институт общегуманитарных исследований, 2000. – 224 с.
7. Лоуэн А. Терапия которая использует язык тела (биоэнергетика). – СПб.: Русь 2000г. – 272 с.
8. Лоуэн А. Психология тела. – М.: 2000. – 208 с.
9. Д. Мак-Нили. Прикосновение: глубинный анализ и телесная терапия. – М., 1999. – 144с.
10. Руководство по телесно-ориентированной психотерапии. – СПб.: Русь, 2000. – 256 с.
11. Тхостов А.Ш. Психология телесности. – М., 2002.
12. Шкурко Т.А. Танцевально-экспрессивный тренинг. – СПб.: Изд-во «Речь», 2003. – 192 с.

* * *

РЕЗУЛЬТАТЫ МНОГОУРОВНЕВОГО ПОЛИСИСТЕМНОГО ИЗУЧЕНИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ РОССИЙСКИХ ШКОЛЬНИКОВ

Н.Д. МАЛИНОВСКАЯ

Общие тенденции формирования общественного здоровья в России характеризуются ростом заболеваемости всех возрастных групп населения и накоплением целого ряда тяжелых недугов. Имеющиеся официальные материалы медицинской статистики вынуждают сделать неутешительный вывод об ухудшающемся состоянии здоровья детей, что укладывается в общую картину снижения качества здоровья населения России.

Согласно отечественным публикациям, учтенная заболеваемость неврозами составляет 38,5 случаев на тысячу детей и 21,8 случаев на тысячу у взрослых. По данным Института социально-политических исследований РАН, число абсолютно здоровых в психическом отношении школьников снижается с 30% в 1-3 классах до 16% в 9-11 классах. Среди основных причин увеличения заболеваемости школьников можно выделить такие, как: ухудшение общего состояния окружающей среды; развитие медицинских технологий, провоцирующее выведение человечества из-под действия закона естественного отбора, что в свою очередь ведет к искусственному изменению генофонда и распространению наследуемых заболеваний; социальное расслоение общества при отсутствии программ социально-психологической и экономической поддержки кризисных семей, а также социальной программы улучшения здоровья населения.

Вместе с тем, несмотря на значительное снижение количества условно здоровых детей в образовательных учреждениях, программы обучения с каждым годом становятся все сложнее, а требования при поступлении ребенка в школу растут пропорционально росту психосоматических заболеваний. В такой ситуации наиболее актуальной становится не только разработка теоретических концепций возникновения тех или иных заболеваний, но и практическая деятельность специалистов по профилактике и ранней диагностике нервно-психических и психосоматических заболеваний у детей школьного возраста, а также по предотвращению хронизации уже имеющихся заболеваний.

Многочисленные исследования показывают, что своевременным психопрофилактическим вмешательством удастся предотвратить формирование эмоциональных и поведенческих расстройств, развитие психосоматических заболеваний и способствовать адаптации личности (И.М. Никольская, А.И. Захаров, А.С. Спиваковская). Таким образом, изучение факторов риска возникновения психических и психосоматических заболеваний у школьников, разработка методов ранней диагностики, адекватных ключевым характеристикам психосоматического здоровья и определение ведущих социальных, психологических и соматических тенденций в состоянии здоровья детей представляется нам актуальным и необходимым.

Целью нашей работы явилось создание научно-методических основ мониторинга психосоматического и психического здоровья школьников в деятельности службы практической психологии в системе образования РФ.

В связи с этим были поставлены следующие задачи:

1. Анализ методических технологий и результатов мониторингов, направленных на оценку динамики здоровья школьников.
2. Создание концептуальной базы мультимодального мониторинга здоровья школьников.
3. Научное обоснование психологического и психофизиологического диагностического инструментария, адекватного ключевым (индикаторным) характеристикам состояния и детерминантам психического и соматического здоровья школьников.
4. Проведение мониторинга психосоматического и психического здоровья школьников в различных регионах Российской Федерации.
5. Создание динамической модели многоуровневого полисистемного исследования особенностей этиопатогенеза психических и психосоматических отклонений у школьников.

6. Разработка практических рекомендаций по обоснованию и использованию динамической модели многоуровневого полисистемного исследования здоровья школьников.

На сегодняшний день задача проведения мониторинга может считаться выполненной. Объектом исследования были школьники 2-х, 5-х и 11-х классов из различных регионов России (гг. Санкт-Петербург, Москва, Псков, Саратов, Чебоксары, сельские школы Чебоксарской области, а также образовательные учреждения Латвии (г. Рига). Всего в исследовании приняло участие 637 школьников (из них 227 детей младшего школьного возраста) и более 300 родителей обследуемых школьников.

Был применен метод секторного исследования, включающий следующие разделы: *психологический* (около 15 методик, в том числе, опросник семейного окружения FES, методика самооценки тревожности Спилбергера-Ханина, опросник Спилбергера STAXI, клинический патопсихологический опросник жалоб SCL – 90R, социограмма, анкеты, разработанные специалистами кафедры), *социальный* (изучение социального статуса, материального положения, интерперсональных взаимодействий, семейных отношений и др.), *психосоматический* (психо-биологический) – изучение наследственной отягощенности, соматического и нейрогормонального статуса во взаимосвязи с социально-психологическими параметрами.

В ходе анализа психического и психосоматического здоровья обследованных детей были сформированы три группы, условно названные “здоровые” (далее – ЗД) – дети, болеющие ОРВИ 1 раз в год и реже, не имеющие клинического диагноза, “часто болеющие” (далее ЧБ) – дети, болеющие ОРВИ и др. простудными, инфекционными заболеваниями 3-4 раза в год и чаще, но не имеющие конкретного клинического диагноза и “дети с хроническим диагнозом” (далее ХР) – хронически болеющие дети, имеющие клинический диагноз.

Группу ХР составили дети с диагнозами: гастрит и (или) гастродуоденит – 19%, кардиологические нарушения – 10%, аллергические заболевания – 6%, ревматоидный артрит – 6%, другие заболевания (такие заболевания как офтальмологические нарушения, пиелонефрит, хронический бронхит, встречаемость которых в исследуемой выборке не превышала 1 %) – 59%.

В ходе математической обработки данных, путем вычисления средних величин и критериев достоверности различий, были получены следующие данные:

1. Результаты, полученные с помощью опросника семейного окружения FES, свидетельствуют, что в группе ХР высокий уровень параметра “конфликтность” регистрировался в 60% случаев, тогда как в группе ЧБ и ЗД – в 40% и 32% соответственно. Были выявлены достоверные различия (на 5% уровне значимости) в группах ЗД и ХР по параметру “конфликтность”.

2. Получены достоверные различия в группах младших и старших подростков по параметру личностной тревожности (методика Спилбергера-Ханина) – на 5% уровне значимости, по параметру агрессивности как черты личности – на 1% уровне значимости и по параметру агрессивности в структуре темперамента – на 0,1 % уровне значимости (методика STAXI). Показатели по всем перечисленным параметрам выше у старших подростков по сравнению с младшими.

3. В группе младших подростков получены различия между часто болеющими и здоровыми детьми по параметрам личностной тревожности (методика Спилбергера-Ханина), с повышением этого параметра в группе ЧБ – на 1% уровне значимости.

4. Результаты по методике STAXI позволяют говорить о тенденции к повышению параметра “контроль агрессии” в группе младших подростков среди здоровых детей по сравнению с частоболеющими при $p = 0,067$.

5. Полученные данные по методикам “Торонтовская шкала оценки алекситимии”, методика самооценки тревожности Спилбергера-Ханина, опросник Спилбергера STAXI, свидетельствуют о более высоких уровнях личностной тревожности, аутоагрессии и алекситимии в группах ЧБ и ХБ детей младшего подросткового возраста.

6. Полученные данные с помощью клинических патопсихологических опросников жалоб (для детей – SCL и для родителей – опросник Т.М. Ахенбаха) позволили выделить спе-

цифические психологические характеристики, свойственные детям с различными диагнозами.

На основе полученных результатов многоуровневого полисистемного исследования были сделаны следующие выводы:

1. Одним из выявленных факторов, ведущих к развитию психосоматической патологии у детей является высокий уровень конфликтности в семье.

2. У больных детей с патологией желудочно-кишечного тракта достоверно чаще регистрируется высокий уровень тревожности (в качестве фактора риска) по сравнению с больными иных нозологий и здоровыми.

3. Часто болеющие дети отличаются от здоровых наличием более выраженных нарушений эмоциональной сферы, проявляющихся в частых колебаниях настроения, эмоциональной лабильности, агрессивных реакциях, повышенной сензитивности в межличностных отношениях, легкостью возникновения тревоги.

4. Дети, имеющие хронический диагноз, также как и часто болеющие дети, более склонны к возникновению навязчивостей (обсессивно-компульсивная симптоматика), а также к возникновению психотической симптоматики по сравнению со здоровыми детьми. Особо надо отметить, что максимальные значения выраженности обсессивно-компульсивной и психотической симптоматики, а также повышенное значение параметров соматизации наблюдается у часто болеющих детей по сравнению с остальными испытуемыми.

5. Часто болеющие дети, находясь в состоянии предболезни (“третьего состояния”), попадают в зону риска формирования структурного аттрактора болезни.

6. Уровень интернальных проблем, включающий в себя такие проявления как самоизоляция, психосоматические нарушения, тревогу и депрессию, в группах часто болеющих и хронически больных детей не различаются.

7. Часто болеющие дети, в отличие от их здоровых сверстников, обнаруживают трудности в распознавании и вербализации собственных чувств достоверно чаще, что проявляется в повышенном уровне алекситимии, аутоагрессии и тревоги, что может являться дополнительным фактором психосоматизации.

8. Дети, страдающие заболеваниями желудочно-кишечного тракта, имеют рельефно выступающие нарушения эмоциональной сферы, что выражается в повышенной агрессивности, в том числе аутоагрессии, более выраженной депрессивной симптоматике, повышенной личностной тревожности. Такие школьники характеризуются пессимистичным отношением к будущему, неудовлетворенностью жизнью, некоторой замкнутостью. Также отмечаются нарушения в семейных взаимоотношениях, проявляющиеся в повышенной конфликтности.

9. Для детей, проживающих в больших городах (в сравнении с детьми, проживающими в малых городах и сельской местности), характерны следующие психосоматические характеристики: 1) повышенный уровень семейной конфликтности и экспрессивности; 2) повышенный уровень агрессивности, как компонента в структуре темперамента; 3) более выражена обсессивно-компульсивная и психотическая симптоматика; 4) более высокий уровень выраженности депрессивной симптоматики; 5) более высокие значения по шкалам “расстройства поведения” и “агрессивное поведение”.

10. Школьники из малых городов и сельской местности обнаруживают более высокий уровень алекситимии по сравнению с жителями мегаполисов, обнаруживаются различия в частоте актуальных эмоциональных переживаний в сравниваемых группах. Жители крупных городов реже испытывают скуку, обиду, чувство вины, чаще чувство удовлетворения, оптимизм, чувство возбуждения, конфликтность, пессимизм.

11. Наблюдаются различия в системе отношений у детей – жителей малых городов и детей – жителей мегаполисов. Так, школьники, проживающие в малых городах более позитивно относятся к пожилым людям, интересуются их проблемами, готовы к сотрудничеству с ними; также у этих детей отмечаются более высокие показатели по параметру “удовлетворенность жизнью в целом”. Школьники из Москвы и Санкт-Петербурга проявляют больший интерес к живой природе, больше озабочены экологией.

Динамическая модель многоуровневого полисистемного исследования позволяет практическим психологам, работающим в сфере образования, разрабатывать программы мониторинга здоровья школьников в отдельных региональных образовательных учреждениях. Результаты мониторинга дают основание не только констатировать благополучие или неблагополучие школьников, но и проводить целенаправленные практические мероприятия по первичной и вторичной профилактике различных психических и психосоматических отклонений.

* * *

ЛИЧНОСТНЫЕ ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ НАВЫКОВ ПРОСТРАНСТВЕННОЙ ОРИЕНТИРОВКИ ПОЗДНООСЛЕПШИХ.

Н.Н. КОРОЛЕВА, А.П. ЛУГОВАЯ

Потеря зрения в зрелом возрасте представляет собой сложную биопсихосоциальную проблему. Зрительная депривация оказывает значительное влияние на все уровни психической организации человека, вызывая изменения психофизиологических реакций, эмоционального состояния, системы ценностных ориентаций и жизненных установок, отношений, деятельности и поведения. Слепота или резкое значительное снижение функций зрительного анализатора является тяжелым травмирующим событием для личности, переживается как глубинный личностный кризис (А.Г. Литвак, Р.П. Бандзавичене, Ю.Г. Демьянов, В.М. Сорокин, В.З. Кантор и др.).

Специфика переживания кризиса и стратегии его преодоления обусловлены множеством факторов, имеющих различную природу (степень тяжести и характер зрительного дефекта, половозрастные характеристики, личностные особенности, взаимоотношения с социальным окружением и т.д.). Особенности реагирования человека на слепоту также связаны с длительным, часто затяжным характером травмирующего воздействия, с необратимостью произошедших изменений. В то же время, переживание личностью кризисного события, или «потрясение» (В.А. Ананьев, 1998), наряду с возникновением острых негативных эмоций, отчаяния, депрессии, содержит внутренний потенциал личностного роста, который заключается в мобилизации жизненной активности личности, глубинном понимании себя, переосмыслении собственной жизни, формировании новых связей и отношений, включению резервных возможностей психики.

По мнению А.И. Вовка, сенсорные или моторные нарушения, приводящие к инвалидности, не должны рассматриваться только с позиции ограничения; необходимо учитывать тот факт, что ограничения в какой-либо отдельной сфере могут выступать основанием для комплексного развития и адаптации. Важнейшее значение в формировании негативного, деструктивного либо адаптивного, личностно-развивающего последствия переживания критического события имеют характеристики самосознания личности. Именно способность человека к осознанию и личностной интеграции нового состояния и нового опыта, к выработке позитивного отношения к себе и собственной жизни в условиях отсутствия или значительного снижения зрения, к принятию ответственности за собственную жизнь и конструктивной активности, направленной на преодоление социально-психологических последствий слепоты, выработку принципиально иных, но не менее эффективных по сравнению с прошлым опытом стратегий и приемов поведения, общения, деятельности, является ведущим психологическим фактором социальной реабилитации и интеграции инвалидов по зрению.

Одной из значимых составляющих социальной реабилитации людей, утративших зрение в зрелом возрасте, является обучение их умениям и навыкам пространственной ориентировки. Развитие навыков самостоятельного передвижения слепых в пространстве способствует повышению уверенности в себе, расширению социальных контактов, является одним из главных условий восстановления самостоятельности в поведении и деятельности, реализации жизненной активности. В связи с этим проблема исследования личностных факторов формирования ориентировки и мобильности поздноослепших является актуальной и практически значимой, но в то же время малоизученной в современной специальной психологии и коррекционной педагогике.

В проведенном нами эмпирическом исследовании приняли участие 20 инвалидов по зрению 1-й и 2-й группы (из них 10 мужчин и 10 женщин), проходивших курс реабилитации в Санкт-Петербургском центре медико-социальной реабилитации для инвалидов по зрению г. Санкт-Петербурга. Средний возраст участников обследования – 51 год. Для выявления особенностей личности поздноослепших нами был разработан психодиагностический комплекс, который включал в себя следующие методики: личностный опросник института им. А.И. Бехтерева (ЛОБИ), методика исследования смысложизненных ориентаций Д.А. Леонтьева,

опросник «Чувства, реакции, убеждения» К. Роджерса в адаптации С.Л. Братченко. Критериями сформированности навыков пространственной ориентировки и мотивации к обучению выступали итоговые оценки педагогов центра реабилитации.

В результате корреляционного анализа были выявлены множественные тесные взаимосвязи смысложизненных ориентаций, особенностей самосознания личности, типов отношения к дефекту и уровня сформированности навыков ориентации в пространстве у позднослепших. Характеристики самосознания личности и основные показатели уровня овладения навыками пространственной ориентировки людей, ослепших в зрелом возрасте, образуют единую интегрированную структуру. Интерпретация данных корреляционного анализа показывает, что инвалиды по зрению, оценивающие собственную жизнь в актуальный момент времени как эмоционально насыщенную, наполненную смыслом, склонны осознавать себя как психологически зрелую личность, характеризуются открытостью и стремлением к новому опыту, считают осмысленной свою жизнь в целом, не испытывают чувства дискомфорта в отношениях с людьми, но, в то же время, проявляют безразличие к собственной судьбе, результатам лечения и реабилитации, переживают утрату интереса к тому, что волновало их раньше. Они не проявляют повышенного беспокойства по отношению к собственному здоровью, и не считают слепоту несправедливостью или результатом чьего-либо злого умысла. Переживание утраты зрения, связанное с потерей многих возможностей, интересов, отношений, имевших значение в прошлом, компенсируется посредством стремления к осмысленной и активной жизни в настоящий момент, позитивной оценкой собственных личностных ресурсов, разотождествлением себя с образом «больного человека», непринятием проблем, связанных с лечением и реабилитацией, а также с необходимостью планировать свою жизнь в будущем. Данный блок показателей отражает стремление к удовлетворенности жизнью в настоящем и безразличие к собственному дефекту как компенсация переживаний в связи с утратой зрения.

Высокий уровень осмысленности жизни, а также ясность осознания собственных мыслей и чувств, сознательная концентрация внимания связана с овладением навыком самостоятельного передвижения в пространстве – основой мобильности и восстановления социальной активности незрячего человека. Интрональный локус контроля опосредует формирование гармоничного отношения к зрительному дефекту, связанного с принятием своего состояния без излишней драматизации, поиском новых способов жизни и форм личностной активности с учетом зрительных ограничений, со стремлением к самостоятельности и позитивным контактам с другими людьми. В то же время, обращает на себя внимание отсутствие взаимосвязи между осмысленностью своего будущего и удовлетворенностью прожитой частью и актуальным периодом жизни. Это факт указывает на разрыв субъективной временной линии, характерный для глубинного кризиса личности, вызванного потерей зрения. По данным качественного анализа беседы с испытуемыми, многие поздноослепшие инвалиды переживают утрату целостности своей жизни, разделение ее на два изолированных периода – до и после утраты зрения, «жизнь зрячего» и «жизнь слепого», зачастую идеализируя свое прошлое и испытывая страх и неуверенность по поводу будущего. В то же время, активность и осмысленность жизни выступает как личностный ресурс преодоления кризиса после утраты зрения.

Инвалиды по зрению, в отношении и эмоциональном состоянии которых преобладает астено-депрессивный и тревожно-фобический компонент, излишне центрированные на себе и своих негативных эмоциях, часто испытывают неловкость, напряженность, дискомфорт в общении с людьми, как правило, не осознавая причин подобного рода состояний. Они стремятся избегать ситуаций, связанных с возможной неудачей и угрожающих самооценке. Именно такие люди характеризуются более выраженной мотивацией к обучению пространственной ориентировке до начала реабилитационного курса, которая, по существу, имеет компенсаторный характер; тревожно-депрессивное отношение к дефекту и переживание собственной неполноценности компенсируется высокой мотивацией к обучению.

Основным компонентом пространственной ориентации и мобильности незрячих является умение самостоятельно передвигаться в пространстве, опосредованное положительной мотивацией к реабилитации и обучению. Высокая мотивация к обучению после курса реабилитации предполагает отсутствие чрезмерной озабоченности мнением окружающих, страха отвержения со стороны других людей в связи с потерей зрения. Самостоятельность передвижения как базовая составляющая реабилитации незрячих способствует развитию умения ездить по городу в метро, спускаться и подниматься по лестнице, что связано с умением формировать внутренний образ-представление маршрута, использовать карту и словесное описание пространства. Самостоятельная ориентация предполагает преодоление страха пространства, что является очень существенным в период первичной реабилитации инвалидов по зрению, но, в то же время, связана у данных испытуемых с умением передвигаться только в светлое время суток. Передвижение в темное время не связано с другими умениями и вызывает большие затруднения у поздноослепших. Интересно, что в большей степени стремятся к овладению навыками ориентировки те инвалиды по зрению, которые не обладают уверенностью в своей способности принимать решения, интуитивным доверием к собственным внутренним побуждениям и оценкам, и ориентируются в пространстве в основном посредством рационального вербализованного осознания маршрута передвижения.

В процессе реабилитации изменяется личностная опосредованность мотивации к обучению: до начала реабилитации желание овладеть навыками пространственной ориентировки связано с компенсацией переживания собственной неполноценности, зависимости от нормально видящих людей, стремлением быть самостоятельным, чтобы избежать травмирующих контактов с другими. По завершении реабилитации более высокой мотивацией обладают те инвалиды по зрению, которые склонны основываться на мнениях и суждениях других людей в принятии решений, но в то же время не способны открыто выражать свои чувства в общении. Они ориентируются на представления и оценки зрячих людей как более «правильные», «объективные», и овладевают навыками ориентации в пространстве прежде всего посредством когнитивных, рациональных механизмов. Люди, обладающие безусловным доверием к себе и стремлением к самостоятельности, не считают, что им необходимо специальное обучение, и ориентируются в пространстве посредством интуиции и внутренних ощущений.

Обработка результатов исследования с помощью факторного анализа позволила выделить три основных личностных фактора, опосредующих формирование навыков пространственной ориентировки поздноослепших: «Волевой самоконтроль и ориентация на других людей как основа формирования навыков ориентировки»; «Осмысленность и удовлетворенность жизнью как компенсация утраты зрения»; «Чрезмерная концентрация на себе и своей болезни, препятствующая восстановлению самостоятельности в поведении». Полученные результаты могут служить основой для разработки личностно-ориентированных программ психологической коррекции и реабилитации людей, ослепших в зрелом возрасте.

* * *

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕНЩИН С ДИАГНОЗОМ «БЕСПЛОДИЕ НЕЯСНОЙ ЭТИОЛОГИИ»

Н.О. ДЕМЕНТЬЕВА

В настоящее время тема «бесплодия неясной этиологии» мало изучена, не имеет конкретных теоретических обоснований, отсюда отсутствуют данные по оказанию психотерапевтической помощи данным пациенткам. Тем не менее, за последнее десятилетие увеличилось количество женщин репродуктивного возраста, которым, основываясь на личной истории болезни ставится диагноз «бесплодие неясной этиологии». Дефицит исследований по данной теме, трудность работы с «условно бесплодными» женщинами, не изученность скрытых мотиваций, психологических особенностей во взаимосвязи с бесплодием, вакуум в исследовании психотерапевтических мишеней, коррекционных программ для женщин с диагнозом «бесплодия неясной этиологии» встали в главу нашей научной работы.

В исследовании на данный момент времени принимали участие 26 женщин в составе экспериментальной группы, имеющие диагноз «бесплодие неясной этиологии», и 20 женщин в составе контрольной группы, в анамнезе которых не было проблем с зачатием и вынашиванием ребенка. Все исследуемые экспериментальной группы, а также их партнеры – потенциальные отцы прошли диагностическое медицинское обследование на предмет обнаружения патологии репродуктивной системы, гормональных нарушений, репродуктивной совместимости партнеров. Основываясь на анамнезе пациентов, можно предположить, что все обследованные женщины и их партнеры способны к зачатию.

Психодиагностическое обследование пациенток включало в себя следующую батарею тестов: «Я-структурный тест Аммона», ЦТО, «Тест-опросник удовлетворенности браком» (В.В. Столин, Т.Л. Романова), «Оценка нервно-психического напряжения, астении, сниженного настроения» (Т.А. Немчин), «Модифицированная форма опросника FPI», «Личностный дифференциал». Кроме того, применялась клиническая беседа и «Мультимодальный опросник жизненной истории».

Каждая женщина, прошедшая психологическое обследование имеет свою уникальную историю жизни, представляет собой уникальную личность, тем не менее, имеются специфически сходные черты в общем портрете женщины с диагнозом «бесплодия неясной этиологии».

После обработки полученного психодиагностического материала и клинической беседы, была установлена следующая закономерность: в 100% случаев в экспериментальной группе отчетливо видна линия аномальных взаимоотношений пациентки со своей матерью. Как правило, это эмоциональное отвержение или, наоборот, симбиотические отношения с чрезмерной эмоциональной интеграцией матери и дочери. Дочь не воспринималась матерью как будущая женщина, что проявлялось в игнорировании ее половых особенностей, возможности будущей привлекательности для мужчин. Обычно, мать не чувствовала и не стремилась удовлетворять преобразующие потребности в растущей и развивающейся девочке, препятствовала тому, чтобы дочь демонстрировала зрелые паттерны поведения, имела и реализовывала желание, отличные от детских. В большинстве случаев непосредственным воспитанием исследуемых занимался какой-нибудь другой член семьи, например, бабушка. Тем не менее, мать на протяжении всей жизни является непоколебимым авторитетом. Из клинической беседы ясно, что практически у всех пациенток был очень «осторожный», «натянутый» телесный контакт с родителями и, вообще, в семье было не принято выражать свои эмоции. Со слов исследованных женщин, в существующих на данный момент межличностных отношениях партнеры обращают внимание на их «телесную отгороженность», «неласковость тела». Исходя из личных историй пациенток, вырисовывается еще одна интересная деталь взаимоотношений с матерью. Как правило, мать и дочь представляют собой совершенно разных женщин, кардинально отличных во взглядах на взаимоотношения полов, в мироощущении, в карьерных достижениях, в манере одеваться и т.д. В контрольной группе некоторые перечисленные особенности наблюдались только в 12% случаев.

В ходе изучения личной истории пациенток была выяснена интересная деталь. Можно предположить, что стереотип взаимоотношений пациентки с матерью, в настоящее время находит свое отражение в других межличностных отношениях, которые связаны с ситуацией взаимодействия с партнером, имеющим более высокий социальный статус. Женщины с диагнозом бесплодия неясной этиологии не могут эффективно и безболезненно для себя поддерживать отношения с людьми, занимающими явно высокое положение в обществе. Например, невозможно для них находиться в подчинении у начальника на работе, часто этот факт провоцировал увольнение по собственному желанию. Невозможно для этих пациенток проходить лечение, обследование у врача, находящегося в солидном возрасте и имеющего большой профессиональный опыт, такая ситуация провоцировала отказ от лечения. При этом подчеркивается большое уважение к этим людям и отсутствие каких-либо претензий. Возможно, имеют место быть определенные бессознательные параллельные процессы. Любая трудность в жизненной ситуации, изменение в привычной картине мира, как правило, тормозят активность таких пациенток, при этом присутствует явная выраженность вегетативных телесных компонентов, эмоциональная нестабильность, неадекватные страхи, повышенная тревожность, что крайне дезорганизует, дестабилизирует пациентку. В отношениях же с матерью четко можно проследить запрет на собственную автономию, либо абсолютно попустительский стиль воспитания в сочетании с возложением на маленькую девочку ответственности и предъявлением требований, которые абсолютно не соответствовали ее возрасту. Например, пятилетняя девочка должна была самостоятельно вызвать сантехника и проследить за его работой.

В поведении, установках, жизненных целях женщин с «бесплодием неясной этиологии» можно проследить определенную противоречивость. Есть несколько особенно ярких противоречивых линий. Обычно, пациентки позиционируют себя, воспринимают себя как коммуникабельных, коммуникативно-компетентных, имеющих постоянную потребность в установлении новых межличностных отношений и поддержании старых. При анализе же их личной истории, из клинической беседы вырисовывается картина, описывающая женщину, которая всеми силами стремится установить барьер в новых взаимоотношениях и парадоксальными способами разрушить старые, уже сложившиеся отношения. Диагностируется стремление отгородиться от внешнего мира, замкнутость, можно говорить о сужении круга интересов. Реальная жизнь, реальные контакты, реальные достижения замещаются бесплодным фантазированием. Ставя перед собой множество целей, рассуждая о своих стремлениях, далеко идущих планах, одновременно высказываются идеи бесперспективности своей жизни, ненужности происходящего, ощущение жизни описывают как «бестолковое битье головой о стену». Также можно говорить о снижении общей предметной активности, отсутствии реальных шагов для достижения своих целей, о пассивной жизненной позиции. Все это формирует депрессивный фон настроения.

С одной стороны, у значительного числа женщин экспериментальной группы (21 из 26) диагностируются значительные трудности в браке, часто звучат высказывания о том, что брачные отношения исчерпали себя. Однако можно предположить наличие психологической зависимости от своего партнера, мужа. Ощущение себя вне брачных отношений, без мужа описывают как «тлеющие угли», пока муж не придет и «не подкинет дров». Вся жизнь настоящая и будущая обделена смыслом при отсутствии супружеских отношений.

И, наконец, самая значимая, важная область нашего исследования – материнство. Все исследованные женщины с диагнозом бесплодия неясной этиологии подвергали себя и своего партнера – потенциального отца медицинскому обследованию, проходили необходимое лечение, словом, демонстрировали и словами и поступками большое желание родить ребенка, испытывая тяжелые страдания в связи с невозможностью зачатия. Тем не менее, используя диагностический материал, удалось выяснить, что примерно 40 % женщин экспериментальной группы не готовы к материнской роли, т.е., другими словами, их позиция выражается: «хочу, чтобы ребенок был, но не хочу быть матерью». Около 90% пациенток выражают желание иметь ребенка, чтобы удовлетворить потребности других людей (мужа, свекрови),

чтобы больше никто не интересовался ею только как потенциальной матерью, чтобы не слышать вопросов от окружающих о предполагаемой беременности. Исследованные женщины экспериментальной группы в 100% случаев говорят о себе как о потенциальной матери в третьем лице. Кроме того, значительная часть пациенток нарушает различные рекомендации врачей, например, не принимают вовремя гормональные препараты, не ходят к психотерапевту, не соблюдают лечебную диету.

Скорее всего, вышеописанное может свидетельствовать о наличии внутренней неосознанной конфликтности, которая в свою очередь вызывает нервно-психическое напряжение, влияющее на репродуктивные особенности женщины. Речь идет о так называемой «психологической контрацепции».

Полученные в ходе нашего исследования данные могут внести некоторую ясность во взглядах на психологические особенности женщин, имеющих диагноз «бесплодие неясной этиологии». На основе этих данных можно строить дальнейшее исследование и разрабатывать коррекционные программы оказания помощи таким пациенткам.

* * *

ПРИМЕНЕНИЕ ПРОЕКТИВНЫХ МЕТОДОВ В МНОГООСЕВОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПРИ КОНСУЛЬТИРОВАНИИ ДЕТЕЙ

Т.В. АБРАМОВ

В школе индивидуального обучения обучаются дети, которые по состоянию здоровья не могут заниматься в обычной общеобразовательной школе. Это дети с соматическими и неврологическими заболеваниями, нервно-психической патологией. Принцип работы школы индивидуального обучения предполагает не только применение форм и методов индивидуального обучения, обеспечивающих адекватное уровню развития ребенка и его патологии усвоение учебных программ, но и помощь различных специалистов в разрешении его педагогических, медицинских и психологических проблем. Одним из основных звеньев данной работы является работа с подростками. Подростку в своем развитии необходимо осуществить множество задач: от выбора образовательного маршрута до выбора специальности, наиболее важной из них является расширение временной перспективы. Но при этом ведущей деятельностью в подростковом возрасте была и остается учебная. Нарушения ее могут повлечь за собой необратимые изменения в дальнейшем становлении личности подростка.

В силу особенностей школы, основополагающим фактором, который необходимо учитывать при выработке плана действий в работе с учениками, будет являться физическое и психическое состояние подростка, его эмоциональное состояние, характер заболеваний (а зачастую и мультиморбидность заболеваний), сопутствующая социальная ситуация и др.

Для того чтобы определить, какие из перечисленного конгломерата факторов, и в какой степени влияют на успешность учебной деятельности необходимо их четкое дифференцирование. Вполне резонно здесь использовать многоосевой подход.

Для каждой из осей многоосевой классификации мы подобрали соответствующие методики.

1-я ось – клинические психопатологические синдромы. Соответствующая ось адаптированной для школы методики SCL-90 (Symptom Check List 90 – Revised) позволяет выявить наличие сопутствующих клинических психопатологических симптомов (плюс, как дополнительный параметр, мы использовали выписку из заключения психиатра)

2-я ось – специфические расстройства психического развития. С целью выявления нарушений развития мы использовали данные собранные клинко-биографическим методом (определение по типам дизонтогенеза, асинхронии).

3-я ось – уровень интеллекта. Для измерения умственных способностей мы работали со Школьным Тестом Умственного Развития (ШТУР).

4-я ось – соматические состояния. Сведения об имеющемся соматическом состоянии, о наличии физических заболеваний были взяты из медицинской карты учащегося.

5-я ось – сопутствующие аномальные психосоциальные ситуации. При выяснении сопутствующих аномальных психосоциальных ситуаций мы в большей мере ориентировались на аномальные семейные условия, при этом анализировались данные методики Рару (Методика Родительских Отношений).

6-я ось – общая оценка нарушений психосоциальной продуктивности.

Определяя, степень тяжести имеющегося состояния мы основывались на ранжирование, представленное в Многоосевой классификации.

В этой работе мы, в основном, будем рассматривать ось соматического состояния (*4-я ось*). В силу специфики школы, это единственная ось, о нарушениях которой мы можем говорить априорно.

Мы изучали систему символов, представленных в индивидуальном сознании и связанных с такими психосемантическими полями внутренней картины здоровья у подростков как понятия здоровье и болезнь.

Отношение к здоровью отражает систему индивидуальных, избирательных связей личности с различными явлениями окружающей действительности, которые способствуют или уг-

рожают здоровью людей. Также это и определенная оценка индивидом своего физического и психического состояния.

Для того, что бы определить степень сформированности представлений о здоровье и болезни и характер эмоционального отношения к проблемам здоровья, нами был проведен рисуночный тест «Здоровье и болезнь» учащихся 10-х и 11-х классов, на выборке 40 человек.

Основные параметры анализа:

1. Степень детализации изображения (какая часть рисунка детализирована и прорисована более тщательно). Указывает на уровень дифференцированности и сложности представлений о здоровье и болезни, а также на степень их общей эмоциональной значимости для подростка.

2. Сюжетность и динамика рисунка (статичные изображения или развернутые изображения каких-либо действий). Выявляет активную или пассивную позицию по отношению к здоровью и болезни.

3. Оригинальность (специфичность) изображения, использование особой символики. Позволяет выявить степень влияния устойчивых представлений о здоровье на восприятие подростка, которая может выражаться как в стереотипизации изображения, так и в оригинальном символическом творчестве.

В каждом рисунке оценка этих трех показателей производилась по пятибалльной шкале: «1» – показатель не выражен; «2» – показатель выражен слабо; «3» – показатель выражен средне; «4» – показатель выражен хорошо; «5» – показатель выражен ярко.

Далее рассчитывалось среднее арифметическое каждого показателя по всей экспериментальной группе. Наименьшее количество баллов набрал показатель сюжетности и динамики рисунка, а наибольший – показатель детализации рисунка, причем показатель оригинальности набрал практически одинаковое количество баллов. В каждом рисунке отмечалась большая прорисованность понятия болезни, чем здоровья.

Предполагалось смещение акцента исследуемого в сторону одного из понятий, что говорит о большей дифференцированности и сформированности соответствующего понятия. Результаты представлены в таблице.

В каждом рисунке также отмечалось, что более сюжетно изображение болезни или здоровья. Напомним, что под сюжетностью понималось статичность или развернутость изображения каких-либо действий. Это говорит об активной или пассивной позиции по отношению к здоровью или болезни. Результаты эти представлены также в таблице.

Таблица. Средние значения результатов оценки рисуночного теста в контрольной группе

Показатель	Средние значения
Детализация	2,78
Сюжетность	1,20
Оригинальность	2,56
Прорисованность здоровья	20,0
Прорисованность болезни	36,0
Одинаковая прорисованность	56,0
Сюжетность здоровья	5,1
Сюжетность болезни	7,7
Статичность понятий «здоровье» и «болезнь»	79

Можно предположить, что превалирование параметров понятия болезнь над здоровьем связано с тем, что 87,5% выборки страдает хроническими формами заболеваний, причем 75% с раннего детства (сведения взяты из медицинских карт учащихся), т.о. состояние болезни является привычным и знакомым, тогда как представления о здоровье носят скорее умозрительный характер.

Налицо также корреляция заболевания и общего сюжета рисунка «болезнь»: в 37% испытуемые изображали пораженные органы, или детали так или иначе связанные с их заболеванием (подросток с диагнозом дисплазия шейного отдела позвоночника рисует треснутый позвонок и т.д.), а в 18% случаях изображались символы, связанные с общим негативным фоном, как то грозные тучи, молнии, грустные лица и т.д., при этом цвета выбирались соответственно темных тонов.

В изображениях понятия «здоровья» в 23% случаев изображения совпадали с хобби и увлечениями испытуемых, а в 15% – символы, связанные с общим позитивным состоянием, как-то чистое небо, цветы, веселые лица, сердечки и т.д. Интересен тот факт, что 21% испытуемых связывает понятия «здоровье» и «болезнь» (7% и 15% соответственно) с врачами и атрибутами их деятельности, как-то: красный крест, таблетки и т.д.

Просмотрев рисунки, мы отметили достаточно частую повторяемость (17%) в изображениях болезни психоактивных веществ (ПАВ), а именно: сигареты, алкоголь, наркотики. Частый выбор аддиктивных символов может отнести часть подростков выборки к группе риска по зависимостям.

Стоит отметить, что респонденты с сопутствующим диагнозом невротоподобное состояние больше изображали абстрактные понятия, тогда как испытуемые без подобного диагноза были более конкретны в своих рисунках.

Подводя итоги, можно сказать, что для выборки в целом характерна большая дифференцированность и сформированность понятия «болезнь», связанная с характером их заболевания, у подростков обнаружена пассивная позиция по отношению к здоровью, 17% испытуемых связывают болезнь с ПАВ, что может представлять группу риска по зависимостям.

* * *

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ИССЛЕДОВАНИЮ УЧЕБНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ СТУДЕНТОВ

В.В. АВЕРЬЯНОВ

Учебная деятельность является ведущей не только у подростков, но и у людей юношеского возраста. Процесс обучения в высшей школе во многом обусловлен и уровнем его организации со стороны руководства вуза (факультета), и уровнем готовности студента к обучению.

Изучение личностных черт студентов с академической задолженностью стало одним из элементов исследования, направленного на создание психологического профиля вышеуказанной категории учащихся. Целью проведенного скринингового исследования явилось подтверждение или опровержение гипотезы о том, что у «неуспевающих» студентов имеют место специфические расстройства личности.

Нами были обследовано 30 студентов 3-5 курсов психолого-педагогического факультета Российского государственного университета им. А.И. Герцена, имеющих академическую задолженность по нескольким учебным дисциплинам. В контрольную группу вошли студенты без задолженностей (23 человека). Мы использовали компьютерную версию методики «Мини-Мульт» (сокращенный вариант миннесотского многомерного личностного перечня).

При анализе результатов, полученных по методике, выявилось, что 33% «неуспевающих» студентов давали недостоверные ответы, стремились ухудшить или улучшить результаты. По базисным шкалам: ипохондрии, депрессии, истерии, психопатии, паранояльности, психастении, шизоидности, гипомании, результаты экспериментальной группы находятся в пределах нормы и существенно не отличались от показателей контрольной группы. Важно отметить тот факт, что большинство «должников» составляют молодые люди (18 человек). Возможно, это может свидетельствовать о том, что у юношей уровень самоорганизации («зрелости Эго») ниже, чем у девушек. Как уже было указано выше, средние значения «неуспевающих» по исследуемым параметрам находятся в норме, однако у 30% студентов выявлены такие характерные черты, как: эгоцентризм, контролируемая склонность к конфликтам и анти-социальным поступкам, повышенная ригидность, инициативность, сопряженная с лживостью и недружелюбием.

Для получения клиничко-психологических данных нами было создано интервью, с помощью которого можно получить следующие сведения об испытуемом: внутренняя картина неуспеваемости; анамнестические данные о расстройстве научения; когнитивная, эмоциональная, коммуникативная, мотивационная сфера; семейная система. По результатам интервью могут быть сформированы «цели-мишени» вторичной профилактики.

В ходе беседы нам удалось выяснить субъективные причины неуспеваемости студентов, которые, по их мнению, связаны: с неумением рационально использовать свое время (75%), завышенными требованиями преподавателей (90%). Большинство отклонений наблюдалось в эмоционально-волевой сфере.

По-видимому, такие личностные девиации, не соответствующие культурально ожидаемому диапазону, являются триггером учебной дезадаптации. Подобные отклонения проявляются и в когнитивной сфере (неумение справиться с учебной нагрузкой), и эмоциональной (неадекватность эмоциональных реакций, связанных с неуспеваемостью), и коммуникативной (нарушение интерперсональных отношений со сверстниками, внутрисемейные конфликты). Группа молодых людей большую часть учебного времени посвящала участию в КВН и приобретала «игровую зависимость». Накопление долгов заставляло в период сессии работать в условиях цейтнота, зачеты сдавались с опозданием, возникали конфликты с преподавателями. Сфера потребностей ограничивалась гедонистической направленностью. Кроме того, имели место и соматические расстройства. Например: у одного «должника» была диагностирована соматоформная вегетативная дисфункция, у другого в ходе беседы выявилось наличие язвы 12-перстной кишки.

Таким образом, по результатам проведенного пилотажного исследования мы выяснили, что дальнейшее применение методики «Мини-мульт» для формирования клиничко-психоло-

гического профиля современного «неуспевающего» студента является малоинформативным и неэффективным. Причины формирования и особенности развития различных отклонений у данной категории студентов остаются не изученными.

Для глубинного изучения структуры личности «неуспевающих» студентов в перспективе нашего исследования мы в большей степени будем опираться на клинико-биографический метод (интервью). Данное интервью апробируется и вскоре будет опубликовано.

Планируется расширить плеяду экспериментально-психологических методов: тест репертуарных решеток Келли, морфологический тест жизненных ценностей, методика цветowych метафор Соломина, методика изучения волевых качеств личности.

* * *

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ШИЗОФРЕНИИ У ПОДРОСТКОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОПУТСТВУЮЩИХ СОЦИАЛЬНО- ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ

Е.В. ГРОШЕВА, А.Н. АЛЁХИН

Ведущую роль в происхождении, характере течения и исходе шизофрении большинство исследователей приписывает биологическим факторам. Хотя практически во всех теоретических моделях заболевания признается определенная роль социальных и социально-психологических факторов как в происхождении и, так и в некоторой степени, формировании патопсихологических особенностей течения шизофрении, особенно таких ее фаз, как ремиссия и дефект. Анализ взглядов на проблему связи социально-психологических факторов и патопсихологических особенностей клинического течения шизофрении свидетельствует о том, что ни в психиатрии ни в психотерапии нет отчётливого представления по этому вопросу.

Изучение этой проблемы представляет, на наш взгляд, большое практическое значение для клинического психолога, работающего с больными. Ведь понимание роли социально-психологических факторов в клинических особенностях течения шизофрении у подростков открывает возможность обоснования мер вторичной и третичной профилактики, направленных на оптимизацию состояния, коррекцию глубины и тяжести дефекта, в конечном счёте – на повышение качества жизни больных.

Следует отметить, что если вопрос о роли социально-психологических факторов в этиопатогенезе заболевания интенсивно обсуждается в научной литературе, то в отношении динамики уже развившейся болезни в доступной литературе мы не нашли подобного анализа. Учитывая особенности клиники шизофрении, начинающейся в детском и подростковом возрасте, специфику динамики заболевания, именно эти аспекты проблемы приобретают особое значение.

Как свидетельствует проведённый нами анализ отечественной и зарубежной литературы, эффективность терапии заболевания при дополнении фармакотерапии психотерапевтическими программами повышается. Об этом утверждала и Г.Е. Сухарева (1936): «Несмотря на то, что существование какого-то эндогенного ядра в группе шизофрений можно считать доказанным, поступательный ход психиатрической мысли приводит к необходимости допустить также участие экзогенных факторов в реализации шизофренической предрасположенности... Постепенно дилемма эндо- или экзогенного происхождения шизофрении перестанет быть альтернативной».

Даже наиболее консервативные исследователи признают важность междисциплинарных исследований шизофрении. Так, сторонники «биологизированной» генетической модели шизофрении, согласно которой преобладающая роль в происхождении заболевания признается за одним (P. Holzman et al., 1988) или, чаще, несколькими генами (M. Owen, P. McGuffin, 1993, R. Freedman, 1998, D.S. Falconer, 1965), признают важность влияния окружающей среды. Например, В.Е. Голимбет (2003) указывает, что «в целом влияние окружающей среды на риск возникновения шизофрении носит эпигенетический характер: это либо генетически опосредованные различия в восприимчивости к средовым воздействиям, либо обусловленное средой влияние на экспрессию гена». Исследователи полагают необходимым дальнейший поиск механизмов, «запускающих» существующую предрасположенность к заболеванию (J.R. Stabenau, 1977).

Сторонники психодинамической модели шизофрении R. Laing, G. Bateson, L.N. Shapiro, N.E. Waxler. и др. напротив ведущее значение в возникновении и течении заболевания приписывают особенностям внутрисемейных отношений. Наиболее значимыми из таких нарушений являются (А.П. Коцюбинский, А.И. Скорик и др. 2004):

1. Ролевые нарушения – неправильное распределение власти в семье, наличие симбиотических или гиперпротективных отношений

2. Коммуникативные нарушения различных видов, общими для которых является отсутствие четких критериев, позволяющих ребенку ориентироваться в ситуации и правильно прогнозировать последствия своего поведения.

3. Эмоциональные нарушения – наиболее подробно описаны в литературе. Это эмоциональная холодность родителей, особенно матери, враждебность, стремление критиковать ребенка, недостаток тепла.

4. Расстройства взаимоотношения семьи с социальным окружением, где имеется в виду закрытость, обособленность семьи от окружающего мира.

Концепция, вносящая компромисс между генетической и психоаналитической – диатез-стрессовая активно разрабатывалась в НИПНИ им. В.М. Бехтерева А.П. Коцюбинским и др. (2004). Суть её в том, что есть биологические предпосылки заболевания эндогенными психическими расстройствами вообще и шизофренией в частности, которые проявляются достаточно не специфически, как правило, с раннего возраста. Эти проявления – психопатологический диатез, анализ форм психопатологического диатеза важный элемент данного направления исследований. Риск заболевания, как следует из этих представлений, определяется и выраженностью биологических предпосылок, но, и не в меньшей степени, силой внешних стрессов, которые подрывают неполноценные адаптационные механизмы организма.

Аналогичный подход прослеживается и в биопсихосоциальной модели (I. Zubin, B. Spring, 1977), которая в качестве этиопатогенетических предполагает и биологические, и психологические, и социальные факторы.

Надо полагать, что для подростков различия в воздействии биологических, социальных и психологических факторов по сравнению со взрослыми пациентами может весьма существенными. И биологические процессы, связанные с пубертатным кризом, и социальные факторы, обусловленные особой ролью подростка в обществе, и, конечно, психологические факторы (потребности, цели, ценности, мировоззрение и т.д.) определяют специфику заболевания в этом возрасте. Этот аспект проблемы развития шизофрении в подростковом возрасте является особенно значимым в связи с глубиной поражения психической деятельности и последующей дезадаптацией, которые свойственны течению заболевания.

В контексте патопсихологических особенностей течения шизофрении наиболее значимы понятия *ремиссии* и *дефекта*.

При анализе характера и длительности ремиссий, а также уровня жизни больных шизофренией, как правило, подчёркивают значение теплой, принимающей и заботливой и уважительной, но ненавязчивой семейной обстановки, адекватности требований возможностям больных. Негативно влияют на качество ремиссии (А.П. Коцюбинский, А.И. Скорик и др. 2004):

1. Погрешности поддерживающего лечения.
2. Экзогенно-органические факторы (острые и хронические инфекции и соматические заболевания).
3. Некоторые характеристики преморбидного периода, особенно начало заболевания в детском возрасте, наличие преморбидной шизоидной конституции и невысокого интеллекта.
4. Некоторыми исследователями (А.Л. Альтман, С.Ф. Дедкова, 1972) в качестве предикторов заболевания рассматриваются психосоциальные факторы, приводящие к острой или хронической психотравматизации и способствующие обострению заболевания.
5. Семейные факторы: дисгармоничный характер семейных отношений, негативное отношение к пациенту, чрезмерная нагрузка его адаптивных резервов и др.
6. Такие психологические факторы, как: отсутствие у пациентов ориентировки на материальные стимулы; отсутствие удовлетворенности работой; отсутствие трудовой деятельности как фактора не только организующего пациента, но и способствующего продуктивному социальному взаимодействию; наличие переутомления или трудового перенапряжения; плохая материальная обеспеченность.

Все это правомерно для взрослых пациентов. Подростки могут оказаться сензитивны к иным, нежели люди взрослые факторам. Исследование этих факторов также предполагается в дальнейшей работе.

В отношении исхода заболевания – психического дефекта в научной среде нет чёткого понимания. Дефект определяется большинством исследователей как относительно стабильное состояние снижения ряда психических функций в результате действия какой-либо вредности (эндо- или экзогенной). Но при этом под дефектом понимают и имеющийся на момент исследования уровень повреждения, снижения этих функций. При таком подходе дефект сложно вычленишь в наличной структуре негативной симптоматики заболевания.

Констатации шизофренических изменений личности сводятся, в основном, к описанию взаимоотношений параметров: шизоидность, продуктивность, гармоничность психического склада. Например, (А.Б. Смулевич, В.Ю. Воробьев, 1988): дефицитарная шизоидия, стеничная шизоидия, астеническая аутизация, «фершробен», «вялые фанатики», «зависимые личности». При описании типов дефекта нет общего основания для классификации, некоторые термины не имеют четкой дефиниции. Так, например, «фершробен» – это и пре- и пост психотическое состояние, кроме того, употребляется и как название определенного типа личности.

Дефект, по определению Р.Я. Вовина, – квазистабильное угнетение или искажение аффективно-побудительной и когнитивной активности, наступающее либо вследствие болезненного процесса, либо длительно действующих иных патогенных воздействий (госпитализм, интоксикация и т.д.). В отечественной науке имеются попытки как-то классифицировать шизофренический дефект по признаку наиболее нарушенной функции. Но в этих немногочисленных исследованиях зачастую отсутствует общее основание для классификации, выделяемые группы нечётки, но главное – медицинские классификации практически непригодны для планирования психокоррекционных мероприятий. Они приспособлены, главным образом, для определения направлений фармакотерапии и не отражают патопсихологических особенностей состояния, что необходимо для разработки психокоррекционных мероприятий. Следовательно, важной задачей клинко-психологического исследования шизофрении у подростков является патопсихологическая систематизация структуры шизофренического дефекта. При этом существенное значение имеют не только и не столько количественные измерения произошедших в человеке изменений, но качественное изучение их структуры. В процесс заболевания вовлекаются все уровни психической организации личности. Различны лишь степень и характер этих изменений. Поэтому патопсихологическое изучение структуры дефекта откроет возможность для уточнения взаимосвязей между микросоциальными факторами, сопутствующими заболеванию и патопсихологическими особенностями течения шизофрении у подростков.

Таким образом, для разработки и обоснования методов вторичной психопрофилактики для подростков, больных шизофренией, необходимо в рамках единого подхода исследовать патопсихологическую структуру и глубину дефекта при шизофрении у подростков в связи с особенностями микросоциальных факторов, сопутствующих заболеванию в динамике. Такое исследование необходимо для обеспечения работы психологов и психотерапевтов в клинике в направлении повышения уровня адаптации и улучшения качества жизни юных пациентов.

Литература:

1. *Аграновский М.Л.* Соотношение эндогенных и экзогенных факторов в риске развития приступов шизофрении. – М., 1992.
2. *Белокрылова М.Ф.* Шизофрения с началом в юношеском возрасте. – Томск, 1990.
3. *Бенеско О.И.* Прогностическая оценка течения инициальных этапов (дебютов) и манифестации шизофрении. – Новосибирск, 1991.
4. *Вид В.Д.* Психотерапия шизофрении. – СПб., 2001.
5. *Миколайский М.В.* Соотношение клинических, иммунологических и социальных факторов в патогенезе и течении шизофрении. – Л., 1989.

6. Семке А.В., Сумароков А.А. Социально-психологические факторы риска и механизмы патогенеза при шизофрении. – Красноярск, 1999.
7. Хломов Д.Н. Особенности восприятия межличностных взаимодействий больными шизофренией. – М., 1985.
8. Шизофрения: клиника и патогенез / Под ред. А.В. Снежневского. – М., 1969.
9. Коцюбинский А.П., Скорик А.И., Аксенова А.О., Шейнина Н.С. и др. Шизофрения: уязвимость – диатез – стресс – заболевание. – СПб., 2004.
10. Шизофренический дефект: диагностика, патогенез, лечение / Под ред. Р.Я. Вовина. – СПб, 1991.
11. Шизофрения у детей и подростков / Под ред. В.А. Гиляровского. – М., 1959.

* * *

ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ АДАПТАЦИОННЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ СТУДЕНТОВ

Н.П. РЕБРОВА

В первые месяцы обучения студенты испытывают трудности, связанные с адаптацией к учебному процессу вуза. Новая социальная среда, изменение характера умственных и эмоциональных нагрузок предъявляют дополнительные требования к организму и могут отрицательно сказываться на функциональном состоянии и результативности учебной деятельности. В связи с этим представляется важным комплексное изучение психофизиологического статуса студентов с анализом состояния здоровья и уровня функциональных резервов вегетативных систем. Такое исследование может послужить основой определения диагностических критериев возможностей адаптации организма студентов к различным факторам среды, в первую очередь к учебным нагрузкам.

Адаптационные возможности обеспечиваются способностью как отдельных систем, так и целостного организма приспосабливаться к воздействию физических и психоэмоциональных нагрузок, минимизировать их влияние при сохранении необходимого уровня эффективности деятельности (Д.Н. Давиденко и др., 2001). Для исследования адаптационных процессов организма к условиям учебной деятельности в настоящее время предлагается многообразный арсенал методов (Г.Д. Комаров, В.Р. Кучма, Л.А. Носкин, 2002). Одним из подходов к изучению адаптационных возможностей организма является определение показателей соматического здоровья. Считается, что его высокий уровень обеспечивает способность сохранять соответствующую возрасту устойчивость в условиях резких изменений параметров окружающей среды, в том числе потока воспринимаемой информации, т.е. определяет не только текущее состояние организма, но и его адаптационные возможности, уровень функциональных резервов.

Наряду с изучением состояния здоровья целесообразно более глубокое исследование степени напряжения отдельных регуляторных механизмов при воздействии соответствующих нагрузок. Информативные результаты получаются при использовании нагрузок, максимально приближенных к тем, с которыми человек сталкивается в своей повседневной жизни. Изучение диапазона физиологических реакций при таких нагрузках позволяет наиболее полно оценить адаптационные резервы организма (М.М. Безруких, Д.А. Фарбер, 2000).

В процессе адаптации происходит изменение функциональной активности различных систем организма. Среди них особая роль принадлежит сердечно-сосудистой системе. Р.М. Баевским (1979,1997) разработана теория, согласно которой именно сердечно-сосудистая система ответственна за адаптацию организма человека к большому числу разнообразных факторов и поэтому ее реакции могут служить индикатором адаптационных процессов организма в целом. Анализируя обеспечение гомеостаза в процессе адаптации, Р.М. Баевский пришел к выводу, что функциональные резервы имеют прямую связь с уровнем функционирования и обратную – со степенью напряжения регуляторных систем. Под уровнем функционирования сердечно-сосудистой системы понимаются широко известные показатели – частота пульса и артериальное давление. Наряду с этими традиционными показателями, степень напряжения регуляторных процессов определяется на основе математического анализа variability сердечного ритма (метод вариационной пульсометрии), характеризующего работу различных уровней регуляции, в первую очередь вегетативной нервной системы. Мониторинг функционального состояния организма по сердечному ритму в исследовательской практике используется достаточно широко. Информативность данного метода обоснована большим числом физиологических и клинических верификаций (И.В. Бабунц, Э.М. Мириджанян, Ю.А. Машаех, 2002). Этот метод успешно используется и при изучении проблем обучения, например, при изучении адаптации к учебным нагрузкам и влияния различных оздоровительных мероприятий (Г.Д. Комаров, В.Р. Кучма, Л.А. Носкин, 2002, Б.С. Фролов, И.В. Овечкина, 2003; М.В. Хватова, 2004 и др.).

Методика исследования

В настоящей работе приведены результаты изучения адаптационных возможностей организма студентов по показателям соматического здоровья, вегетативного статуса и реакциям сердечно-сосудистой системы на информационные нагрузки. Наряду с этим изучались личностные особенности – личностная тревожность и алекситимия. В исследовании участвовало 45 студентов (юноши и девушки в возрасте 18-19 лет) первого курса психолого-педагогического факультета РГПУ им. Герцена.

Исследование проводилось в первом семестре, и включало три этапа. В ходе первого этапа оценивался уровень соматического здоровья по методу Г.Л. Апанасенко (1992). Также определялся вегетативный статус по вегетативному индексу Кердо. У здоровых людей этот индекс близок к 1, при нарушении вегетативной регуляции он становится больше или меньше 1 и свидетельствует о преобладании активации симпатического или парасимпатического отдела вегетативной нервной системы (А.И. Вейн, 2003).

Во втором этапе анализировались адаптационные реакции по показателям вариационной пульсометрии в покое и в ответ на информационные нагрузки, требующие концентрации и переключения внимания. В наших исследованиях регистрация показателей variability сердечного ритма (ВСР) осуществлялась с помощью психофизиологического комплекса "Реакор" и проводилась в следующей последовательности экспериментальных процедур, каждая продолжительностью 3 минуты.

1. В состоянии покоя, расслабленном состоянии с закрытыми глазами.

2. При выполнении тестового задания на переключение внимания с использованием черно-красных таблиц. Исследуемый должен был отыскивать в таблице и называть вслух попеременно красные и черные числа, красные в порядке возрастания (от 1 до 24), а черные в порядке убывания (от 24 до 1). Давалась инструкция работать как можно быстрее и не допускать ошибок. Регистрировался процесс выполнения задания, в последующем определялось количество правильно найденных чисел.

3. При выполнении задания на устный счет. Учащемуся предъявлялись последовательно арифметические примеры, требовалось, быстро и безошибочно устно сосчитать результат и назвать его вслух. Примеры заданий: $7 \times 8 + 25 : 9 + 91$, $7 \times 4 + 48 : 8 \times 9$, $9 \times 7 - 27 : 6 \times 8$, $3 \times 9 + 45 : 8 + 71$ др. Учитывалось общее число выполненных арифметических заданий.

4. В состоянии покоя, расслабленном состоянии с закрытыми глазами.

Такая организация исследований позволяла проанализировать изменения в реакциях сердечно-сосудистой системы, возникающие под воздействием информационных нагрузок, и возвращение их к исходному уровню.

Методика вариационной пульсометрии включает статистическую обработку последовательности значений R-R интервалов электрокардиограммы. В наших исследованиях автоматически вычислялись основные показатели сердечного ритма: математическое ожидание, среднее квадратическое отклонение, мода, амплитуда моды, вариационный размах.

Анализ психофизиологических реакций по ВСР базировался на современных представлениях о диагностическом значении основных показателей (И.В. Бабунц, Э.М. Мириджанян, Ю.А. Машаех 2002). Математическое ожидание (МО) R-R интервалов, коррелирует с ЧСС и отражает суммарный эффект многочисленных регуляторных влияний на синусовый ритм, баланс между парасимпатическим (ПНС) и симпатическим (СНС) отделами вегетативной нервной системы. Повышение этого показателя указывает на повышение симпатического, снижение – на повышение парасимпатического тонуса. Мода (Мо) близка к значению математического ожидания. Амплитуда моды (АМо) отражает меру мобилизующего влияния симпатического отдела. Среднеквадратическое отклонение (СКО) характеризует суммарный эффект влияния симпатического и парасимпатического отделов. Повышение свидетельствует о смещении вегетативного равновесия в сторону преобладания ПНС, снижение – в сторону преобладания СНС. Вариационный размах (ВР) рассматривается как парасимпатический показатель, отражает уровень вагусной регуляции ритма сердца.

Наряду с количественной оценкой ВСР проводился визуальный анализ ритмограмм, при котором анализировалась периодичность колебаний значений кардиоинтервалов.

Третий этап исследования включал определение личностных особенностей студентов – тревожности (по методике Спилбергера–Ханина) и алекситимии (по Торонтской Алекситимической шкале). Статистическая обработка полученных результатов состояла в определении средних значений, достоверности отличий и расчете коэффициентов корреляции между всеми зарегистрированными показателями.

Результаты исследования представлены на рисунках 1 – 3.

При изучении соматического здоровья у студентов не были выявлены жалобы на плохое самочувствие, свое состояние они оценивали как нормальное. Обследованные студенты не имели хронических заболеваний сердечно-сосудистой системы и опорно-двигательного аппарата, которые могли бы отразиться на показателях соматического здоровья. Оценка уровня соматического здоровья по методике Г.Л. Апанасенко осуществлялась по следующим градациям: 1) низкий, 2) ниже среднего, 3) средний, 4) выше среднего, 5) высокий. Как показали результаты, в обследованной группе только 2% студентов имеют уровень соматического здоровья высокий и выше среднего, 35% – средний, остальные 63 % – ниже среднего и низкий (рис. 1).



Рис. 1. Распределение студентов по уровням соматического здоровья.

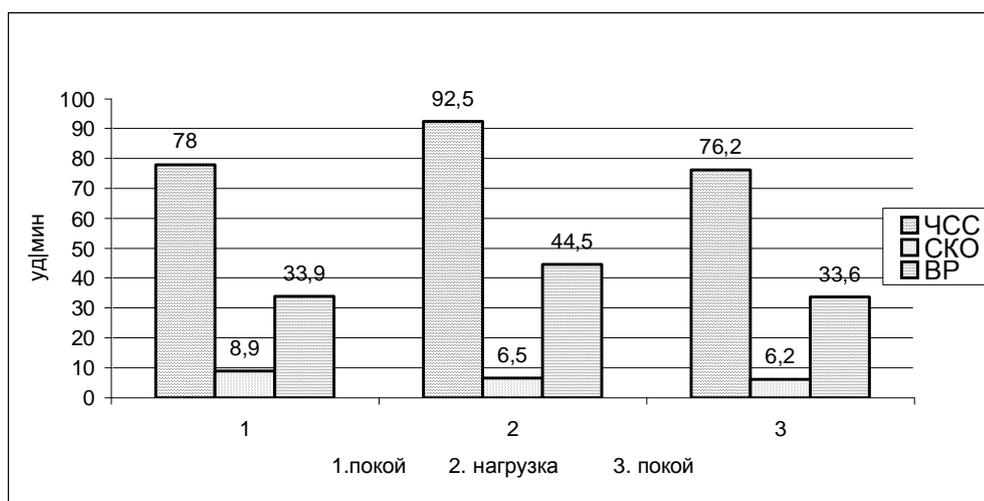
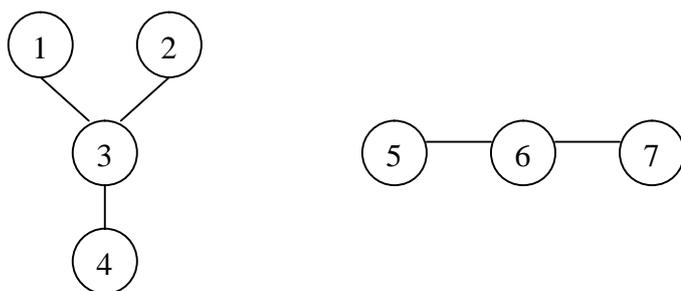


Рис. 2. Показатели вариативности сердечного ритма.



1 – задание первое; 2 – задание второе; 3 – ВИ Кердо; 4 – СКО;
5 – алекситимия; 6 – тревожность; 7 – ВР.

Рис. 3. Корреляционные взаимосвязи вегетативных и личностных показателей.

Анализ роли отдельных показателей в общей оценке уровня физического здоровья установил следующее. Конституциональные особенности, определяемые по соотношению массы тела и роста, у всех обследованных соответствовали высокому уровню физического здоровья. Средний и низкий уровни соматического здоровья обусловлены низкими величинами силы кисти и показателей состояния сердечно-сосудистой системы: соотношением частоты сердечных сокращений (ЧСС) и артериального давления, временем восстановления пульса после физической нагрузки. Сила кисти в группе девушек была равной в среднем 22,2 кг, а в группе юношей – 32 кг. Артериальное давление систолическое (АДс) составляло 110- 130 мм рт.ст., а диастолическое (АДд) – 60-84 мм рт.ст., то есть находилось в пределах возрастной нормы, у двоих студентов на момент обследования АДс было 140 мм рт.ст.

Время восстановления ЧСС после физической нагрузки только у троих студентов равно 1 мин (высокий уровень здоровья), у 6 человек оказалось равным 1,5 мин (уровень здоровья средний и выше среднего), у 15 человек – 2-3 мин (уровень здоровья ниже среднего), а у остальных – более 3 мин, что соответствует низкому уровню здоровья. Известно, что ЧСС является достоверным показателем физической тренированности человека. Замедленное восстановление ЧСС после физической нагрузки свидетельствует о низком уровне физической подготовленности, низкой общей тренированности организма.

Для уточнения данных, полученных с помощью методики Г.Л. Апанасенко, был рассчитан дополнительный показатель состояния сердечно-сосудистой системы – коэффициент экономизации (КЭК). $KЭК = ЧСС (АДс - АДд)$. У здорового человека КЭК примерно равен 2600 усл. ед., его увеличение указывает на затруднение работы сердечно-сосудистой системы. В обследованной группе близкие к норме значения КЭК отмечены у только у 9 человек, у остальных студентов величины этого показателя превышают нормативные, составляют от 2800 до 5850 усл. ед., что согласуется с данными, полученными по методике Г.Л. Апанасенко. В целом приведенные результаты свидетельствуют о низких показателях соматического здоровья студентов-психологов, и позволяют предполагать невысокий уровень функциональных резервов.

В регуляции деятельности сердечно-сосудистой системы большую роль играет вегетативная нервная система, баланс между ее симпатическим и парасимпатическим отделами. В наших исследованиях индивидуальный вегетативный баланс определялся по индексу Кердо, и соответствовал нормотонии у 53% студентов, у 24% – парасимпатотонии и 23% – симпатотонии.

Анализ ВСР установил, что среднее групповое значение ЧСС в покое составляло 78 ± 10 уд./мин, индивидуальные значения колебались в пределах 60-90 уд/мин и находились в границах возрастной нормы (см. рис. 2).

При выполнении заданий с информационной нагрузкой (как с черно-красной таблицей, так и с арифметическим счетом) отмечалось повышение ЧСС в среднем на 14-15 уд./мин

(рис. 2). Индивидуальный разброс этих значений велик: у отдельных испытуемых увеличение ЧСС составляло от 7 до 28 уд./мин.

Показатель СКО при информационной нагрузке снижался от $8,9 \pm 2,0$ до $6,5 \pm 1,8$ уд/мин и оставался на сниженном уровне после выполнения информационных заданий, что свидетельствует о смещении вегетативного равновесия в сторону преобладания симпатической активации. ВР в покое равен $33,9 \pm 12,5$ уд/мин, при первой и второй информационной нагрузках – соответственно $45 \pm 14,1$ и $44,5 \pm 14,0$ уд/мин, в покое $33,6 \pm 12,8$ уд/мин, его динамика также свидетельствует о симпатической активации. Средние величины амплитуды моды в покое составляли $45,5 \pm 16,1\%$, а при информационной нагрузке не претерпевают значимых изменений ($46,5 \pm 16,8\%$) и после нее сразу возвращались исходному уровню ($45,8 \pm 16,2\%$).

Наряду с рассмотренными выше статистическими показателями, проводился визуальный анализ ритмограмм. Ритмограмма – это графическое изображение продолжительности R-R интервалов, при ее построении на оси абсцисс откладывается время записи, а на оси ординат продолжительность каждого последовательного кардиоинтервала. В норме верхний край ритмограммы носит волнообразный характер (Д.И. Жемайтис, 1980 и др.). Визуальный анализ ритмограмм показал, что у 95% обследованных студентов при воздействии информационной нагрузки наблюдается резкое уменьшение мощности дыхательных волн (период 2,5 – 6,7 сек), обусловленных парасимпатической активацией и увеличение роли медленных волн, отражающих активность высших центров регуляции сердечного ритма.

В целом приведенные результаты свидетельствуют о том, что выполнение тестовых заданий сопровождается выраженной симпатической активацией о чем в наибольшей мере свидетельствуют изменения ЧСС и СКО. Известно, что тип индивидуальных реакций у здоровых людей при выполнении нового задания может быть ориентировочным, который сопровождается активацией вегетативных реакций или оборонительным с торможением вегетативных реакций (Н.Н. Данилова, 1999 и др.). Ориентировочный тип соответствует более успешному выполнению информационных заданий, а оборонительный тип характеризует чрезмерную сложность деятельности и невозможность ее выполнения. Оборонительный тип реагирования не встречался в наших исследованиях, что может служить свидетельством адекватности предлагаемых тестовых нагрузок.

В среднем по группе увеличение ЧСС не велико и составляет 15%. Однако анализ индивидуальных данных показывает, что почти у 40% студентов при информационной нагрузке ЧСС возрастает на 25-34%. Согласно литературным данным (И.В. Бабунц, Э.М. Мириджанян, Ю.А. Машаев, 2002), для здоровых людей характерно увеличение ЧСС при информационной нагрузке на 10-20%. Учащение ЧСС свыше 20% свидетельствует о высоко лабильном и неадекватном характере реагирования сердечно-сосудистой системы.

На основании полученных данных можно выделить два профиля реагирования обследованных студентов испытуемых на информационную нагрузку.

1. *Типичный* – учащение ЧСС на 10-20%, увеличение СКО, возвращение показателей к исходному уровню после устранения нагрузки.

2. *Лабильный* – учащение ЧСС свыше 20%, увеличение СКО. После нагрузки ЧСС снижается до исходного уровня, но СКО превышает исходное значение, что свидетельствует о сохранении повышенного уровня симпатических влияний.

Последний тип реагирования оказался особенно характерным для студентов (в исследованной группе – 5 человек), показавших наилучшие результаты в эффективности выполнения заданий. За отведенное время они просмотрели 23-24 знака в черно-красной таблице и не допустили ни одной ошибки. В задании на устный счет они выполнили 10-12 примеров и допустили при этом 1-2 ошибки. Динамика изменений показателей ВСР у всех представителей этой группы имела однотипный характер. В покое ЧСС составляла 63-85 уд./мин, что соответствовало нормальным значениям. При информационных нагрузках ЧСС существенно возрастала (на 30-45% по сравнению с покоем), АМо и СКО снижались. Такая динамика показателей свидетельствуют об одновременном усилении симпатической и парасимпатической регуляции и может быть обусловлена преобладающим влиянием высших отделов нерв-

ной системы, связанным с интенсивным умственным напряжением. Рассмотренный тип реагирования с чрезмерным напряжением регуляторных систем, вероятно, свидетельствует о несоответствии адапционных резервов организма высокому уровню мотивации достижения требуемого результата. Это предположение согласуется с данными о низких показателях физического здоровья у студентов, демонстрирующих высокую эффективность деятельности.

Анализ ВСР в после рабочей период показал, что у большинства студентов ЧСС возвращается к исходному уровню. Быстрое восстановление сердечного ритма свидетельствует о достаточности адапционных резервов для выполнения кратковременных информационных заданий. Однако наблюдаемые у многих студентов чрезмерная активация сердечно-сосудистой системы при нагрузке и остаточные явления после ее выполнения позволяют предполагать недостаточность адапционных резервов, для выполнения длительной, напряженной работы.

Результаты корреляционного анализа, представленные на рис. 3, показывают взаимосвязь СКО в покое с величинами индекса Кердо ($r = 0,41$, $p = 0,05$). Такие результаты свидетельствуют о том, что степень вегетативного реагирования на информационную нагрузку обусловлена индивидуальным вегетативным балансом. У студентов с отклонением вегетативного баланса в сторону симпатотонии или парасимпатотонии реакция сердечно-сосудистой системы на информационную нагрузку более выражена, чем у нормотоников. Выявлена положительная связь вегетативного индекса Кердо и эффективности выполнения первого и второго задания ($r = 0,47$ и $0,45$, $p = 0,05$). Успешности выполнения заданий также положительно коррелируют между собой ($r = 0,51$, $p = 0,05$).

Сопоставление показателей ВСР с личностными характеристиками выявило только отрицательную корреляционную связь тревожности и ВР в покое ($r = -0,48$, $p = 0,05$), что свидетельствует о более выраженной симпатотонии у студентов с повышенными показателями личностной тревожности. Поскольку алекситимия положительно коррелировала с тревожностью ($r = 0,61$, $p = 0,05$), то можно ожидать наличие ее связи с показателями ВСР. Не выявлены значимые корреляционные связи уровня здоровья и показателями ВСР.

Таким образом, изучение состояния вегетативных систем организма по критериям соматического здоровья и показателям ВСР свидетельствует о выраженном напряжении механизмов регуляции у студентов-психологов первого курса обучения. Под влиянием даже кратковременных информационных нагрузок у большинства студентов происходят существенные изменения в функционировании сердечно-сосудистой системы, которые частично сохраняются после нагрузки. Эти данные согласуются с невысоким уровнем соматического здоровья большинства обследованных студентов и указывают на необходимости обращения внимания на укреплению их психофизиологического статуса. Особенно это значимо для студентов, стремящихся достигнуть высоких результатов в учебной деятельности, у которых возможно перенапряжение и «срыв» резервов адаптации.

Исследования также подтвердили имеющиеся в литературе данные о высокой информативности метода вариационной пульсометрии и целесообразности использования его для определения индивидуальных возможностей переносить информационные нагрузки. Для психофизиологической типизации индивидуальных адапционных резервов перспективным может быть и более детальное изучение взаимосвязи личностных особенностей и вегетативных реакций как в покое, так при разнообразных видах деятельности.

Литература:

1. *Апанасенко Г.Л.* Эволюция биоэнергетики и здоровье человека. – СПб., 1992.
2. *Бабунц И.В., Мириджанян Э.М., Машаех Ю.А.* Азбука вариабельности сердечного ритма. – Ставрополь, 2002.
3. *Баевский Р.М.* Прогнозирование состояний на грани нормы и патологии. – М., 1979.
4. *Баевский Р.М., Берсенева А.П.* Оценка адапционных возможностей организма и риск развития заболеваний. – М., 1997.

5. *Безруких М.М., Фарбер Д.А.* Теоретические аспекты изучения физиологического развития ребенка. // Образование от А до Я. – М., 2000.
6. *Вегетативные расстройства / Под ред. А.И. Вейн.* – М., 2003.
7. *Данилова Н.Н.* Психофизиология. – М., 1999.
8. *Жемайтите Д.И.* Вегетативная регуляция синусового ритма у здоровых и больных. Анализ сердечного ритма. – Вильнюс, 1980.
9. *Компаров Г.Д., Кучма Б.Р., Носкин Л.А.* Полисистемный саногенетический мониторинг. – М., 2001.
10. *Фролов Б.С., Овечкина И.В.* Объективная оценка психического состояния детей и подростков под влиянием лечебных и профилактических воздействий // Кризис и школа: Материалы региональной науч-практ. конф. по детской психиатрии, психотерапии и психологии. – СПб., 2003. – С. 39-43.
11. *Хватова М.Б.* Механизмы адаптации подростков к разным технологиям обучения. // Ананьевские Чтения: Материалы научно-практической конференции 26-27 октября 2004. – СПб., 2004. – С. 230-231.
12. *Научные основы физической культуры и здорового образа жизни / Под ред. Д.Н. Давиденко.* – СПб., 2001.

* * *

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЛЮДЕЙ, ПЕРЕЖИВШИХ «ПОТЯСЕНИЯ»

Е.А. ФАУ

В настоящее время заметно возрос интерес различных специалистов к изучению кризисных (критических) ситуаций как таковых и их влияния на этиопатогенез и течение хронических соматических и психосоматических расстройств; развитие личности. Это связано, в частности, с увеличением числа экстремальных ситуаций различного характера. Типичные кризисные ситуации, такие как война, стихийные бедствия, насильственные преступления, тяжелые болезни, исследуются обычно с точки зрения негативных последствий для психики человека, оказавшегося жертвой подобных чрезвычайных обстоятельств. (В.Я. Апчел, В.Н. Цыган, 1999; А.Г. Амбрумова, 1986; А.А. Колесников, И.В. Колос, 1995; R.S. Lazarus, S. Folkman, 1987). Однако с точки зрения позитивных последствий для человека, как правило, не рассматриваются. Такой взгляд открывает новые перспективы для изучения психических кризисов как условий, таящих в себе потенциальные возможности для дальнейшего развития личности, и поиска резервов организма, что в свою очередь способствует формированию превентивного ресурса против возникновения нервно-психических и психосоматических расстройств, а источники этого развития могут обнаруживаться даже в самых тяжелых жизненных ситуациях. Современные исследователи акцентируют свое внимание на потенциалах роста, заложенных в кризисе (Ф. Лисбет, Брюдаль, 1998; Ю.Н. Карандашев, 1997; В.А. Ананьев, 1998).

Целью нашего исследования было изучение психологических и психосоматических характеристик людей в зависимости от исхода переживания критических (кризисных) ситуаций. Предполагалось, что переживания последствий критической ситуации могут быть различны (позитивны и негативны) и зависят от адаптационно-компенсаторных механизмов.

Для реализации поставленных целей и задач был использован блок методик, состоящий из 12 тестов, которые можно условно подразделить на 3 группы: а) клинический анализ (SCL-90 – опросник выраженности психопатологической симптоматики, Stress-интервью Ананьева В.А., методика Александровича – опросник клинических жалоб, спираль жизненных «потрясений» Ананьева В.А., методика реактивной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина), б) иррациональные установки и защитные системы (методика Эдгара Хайма «Копинг-механизмы», методика иррациональных убеждений Эллиса (Джонс Р.), «Шкала жизненного индекса» Келлермана-Плутчика), в) личностные составляющие (методика предельных смыслов Д.А. Леонтьева, методика самоактуализации Маслоу, опросник В.А. Ананьева на определение ведущей репрезентативной системы, «Ценностные ориентации» М. Рокича).

С целью решения поставленных задач в качестве объектов исследования были выбраны следующие категории лиц. Две группы больных: больные с первично диагностируемым туберкулезом легких (50 чел.) и группа больных онкологическими заболеваниями (41 чел.). Предполагалось, что сам факт постановки диагноза, который связан с реальной опасностью для жизни, и прямое столкновение с возможностью собственной смерти может явиться «потрясением» для данной выборки. Далее было решено изучить группу лиц, служащих в правоохранительных органах и по долгу службы переживших экстремальные ситуации, такие как участие в боевых действиях, применение оружия на поражение, ранения, захват вооруженных преступников и т.д. (50 чел.). Здесь фактором «потрясения» предположительно должно было стать переживание экстремальных ситуаций. Следующую группу составили лица, находящиеся в заключении за совершенные убийства (20 чел.). Факт убийства предполагалось считать условием для «потрясения». Для сравнения данных, полученных у людей, переживших «потрясения», с людьми, не испытавшими в своей жизни таких событий, была набрана контрольная группа (30 чел.). Всего в исследовании принимало участие 191 человек.

Само «потрясение» рассмотрено с точки зрения того, что спровоцировало это переживание, что было уникальным в этой ситуации, что переживал человек в этот момент (эмоцио-

нально, физически, интеллектуально), каковы были изменения в видении окружающего мира, в отношениях с другими людьми и самим собой под влиянием происшедшего события.

Первоначально предполагалось, что в качестве условий «потрясения» в группе больных испытуемыми будет выделена сама постановка диагноза, а в группе сотрудников милиции – те экстремальные ситуации, которые связаны с несением службы. Однако, вопреки ожиданиям, в группе сотрудников милиции выделенными практически во всех случаях оказались ситуации, связанные с личной жизнью, а отнюдь не со служебными обязанностями.

В группе больных туберкулезом и онкологическими заболеваниями картина несколько иная. Так, из 50-ти опрошенных в «туберкулезной» группе 37 (74%) выделили в качестве самого сильного потрясения именно постановку диагноза туберкулез; 7 (14%) человек, хотя и отмечали туберкулез как потрясение, в качестве главного выделили другое, объективно оцениваемое как более сильное (иные субъективно более значимые диагнозы, например, сахарный диабет, смерть близкого человека); 4 (8%) человека в качестве потрясения выделили другие события, имевшие для них субъективное значение, но с объективной точки зрения менее значимые, что позволяет высказать предположение, что в данном случае имеет место включение механизма анозогнозии; 2 (4%) человека вообще отрицали факт переживания потрясения, хотя объективно описывали ряд кризисных событий в своей жизни.

В группе больных онкологическими заболеваниями 24 (59%) человека в качестве «потрясения» выделили постановку диагноза, 7 (17%) человек – другие «потрясающие» события, 10 (24%) человек – отрицали тот факт, что у них были какие-либо потрясения.

В группе лиц, совершивших убийство, сам факт совершения преступления оценили как «потрясение» только 3 человека (15%), 2 человека (10%) выделили в качестве «потрясения» факт нахождения в тюрьме. Остальные 15 человек (75%) в качестве «потрясающего» события выделяли другие, связанные с личными переживаниями.

Таким образом, можно сказать, что: в группе больных сам факт постановки диагноза и исходящая из этого угроза жизни для большинства является главным фактором «потрясения» в их жизни. Причем, чем серьезнее поставленный диагноз, тем сильнее актуализируется механизм вытеснения, отрицания собственных переживаний; в группе сотрудников милиции, также как и среди лиц, совершивших убийство, «потрясающими» событиями жизни являются ситуации, имеющие личный характер, а не те, что связаны с выполнением, нередко с риском для жизни, служебных обязанностей (в случае сотрудников милиции) а не те, где ценностью является жизнь другого человека (но не близких им людей) (в случае лиц, совершивших убийство).

Все изучаемые «потрясающие» события можно классифицировать как *негативные* (болезнь, смерть, потери, предательство); *позитивные* (рождение ребенка, любовь, достижения) и *нейтральные* (смена места жительства, армия). Процентное соотношение выборов выглядит следующим образом: в качестве «потрясения» негативные события составили – 77%; позитивные события – 18%, нейтральные события – 5%. Таким образом, само понятие «потрясение» связано у людей в большей степени с негативными переживаниями. Полученные данные косвенным образом подтверждают идею роста личности через преодоление трудностей.

Наиболее часто встречаются следующие виды «потрясений»:

1. «Потрясения», связанные со страхом смерти: тяжелое заболевание, смерть близкого человека, угроза жизни, дорожно-транспортные происшествия, участие в боевых действиях, убийство.

2. «Потрясения», связанные с социальными изменениями: армия, брак, уход в монастырь, поступление в учебные заведения, клубы, тюремное заключение.

3. «Потрясения», связанные с изменением взаимоотношений: ссора с друзьями, развод, расставание с любимым человеком, предательство близкого человека, рождение ребенка, любовь.

С точки зрения отраженных в сознании последствий переживания состояния «потрясения» выделены следующие группы:

1. Группа людей, которые считают, что пережитое кризисное состояние привело к положительным изменениям в мировоззрении, жизненных ценностях. 93 (49%) человека отметили, что в их мировоззрении произошли существенные изменения в лучшую сторону. В результате происшествий «потрясающего» характера актуализировались такие качества, как доброта, терпимость к людям, более серьезное отношение к будущему, принятие на себя ответственности за свою жизнь, наблюдалось расширение круга интересов, развитие религиозности, осознание ценности человеческой жизни, более яркое восприятие происходящего вокруг, наслаждение жизнью, – словом, те качества, которые так или иначе связаны с идеей личностного роста.

2. Группа людей, считающих, что имели место негативные последствия переживания кризисного состояния. 38 (20%) человек отмечают, что после данного события стали более осторожными, раздражительными, подозрительными и недоверчивыми, равнодушными и жесткими по отношению к людям.

3. Группа людей, которые переживали по объективным критериям кризисные ситуации, но последние не повлекли за собой изменений в субъективной картине мира. 49 (26%) человек считают, что, несмотря на остроту эмоционального переживания («пиковое переживание» по А. Маслоу), оно, тем не менее, не повлекло за собой изменений в восприятии и описании мира.

4. Группа людей, которые считают, что в их жизни не было ни «пиковых», ни «потрясающих», ни кризисных ситуаций – 11 (5%) человек.

Анализ событий, связанных с потрясениями, показал, что условия трансформации личности могут быть самыми неожиданными, незапланированными, непредсказуемыми, объективно незначимыми, однако исключительно значимыми в субъективном проживании этого события человеком.

Обобщенный психологический портрет больного туберкулезом легких выглядит следующим образом. Это люди с выраженной психосоматической дезадаптацией, с отклонениями психотического регистра; чрезмерно использующие такие механизмы психологической защиты, как рационализация, реактивное образование и проекция; достаточно креативные, стремящиеся к познанию нового, разделяющие общепринятые ценности, но не достаточно автономные, независимые и свободные, не слишком уверенные в себе и не доверяющие окружающему миру. У них преобладают иррациональные убеждения в сфере оценки требований по отношению к себе и в оценке происходящих с ними событий. Это «заблокированные кинестетики» с умеренным уровнем личностной тревожности, использующие относительно адаптивные копинг-стратегии.

Портрет онкологического больного: больные имеют строго сформированный тревожно-депрессивный синдром, они, также как и больные туберкулезом, сверх нормы пользуются механизмами психологической защиты: рационализацией, реактивным образованием, проекцией. Это люди, декларирующие веру в других, ориентированные на личностное общение, живущие настоящим, но не слишком уверенные в себе, испытывающие мало доверия к окружающему миру, невротичные, тревожные, с заниженной самооценкой. В картине мира преобладают системы иррациональных убеждений, касающихся ожиданий от жизни, других людей и себя. Это также «заблокированные кинестетики» с высоким уровнем тревожности, использующие в своем поведении относительно адаптивные копинг-стратегии.

Портрет сотрудника милиции, перенесшего «потрясение», имеет личностную структуру, выраженную по типу дисимуляции актуального психологического симптоматического статуса. Это люди, активно использующие механизм рационализации, живущие в настоящем, разделяющие ценности самоактуализирующейся личности, достаточно чувствительные, сензитивные к своим желаниям и потребностям, но вместе с тем не слишком доверяющие окружающему миру и людям, недостаточно автономные. У них присутствуют иррациональные убеждения в области личных достижений. Это также «заблокированные кинестетики» с умеренным уровнем тревожности. В их арсенале относительно адаптивные копинг-стратегии на когнитивном и поведенческом уровне и адаптивные стратегии на эмоциональном уровне.

Обобщенный портрет людей, находящихся в заключении за совершенное убийство выглядит так. Это лица, склонные к симуляции в определении актуального психологического статуса или с тенденцией к психическим отклонениям, излишне использующие все типы механизмов психологической защиты; внешне открытые новым впечатлениям, декларирующие веру в других людей и общительность, но при этом невротичные, тревожные, неуверенные в себе, живущие прошлым или будущим. В их картине мира преобладают иррациональные убеждения. В большинстве своем это люди кинестетического типа с высоким уровнем тревожности, использующие в основном неадаптивные копинг-стратегии на когнитивном и эмоциональном уровнях.

Обобщенный портрет людей «контрольной» группы имеет личностную структуру, выраженную по типу диссимуляции актуального психологического симптоматического статуса. Это люди, активно пользующиеся механизмом рационализации, живущие в настоящем, разделяющие ценности самоактуализирующейся личности, достаточно чувствительные, сензитивные к своим желаниям и потребностям, но вместе с тем не слишком доверяющие окружающему миру и людям, недостаточно самостоятельные. У них присутствуют иррациональные убеждения в области личных достижений. В основном это люди дискретного типа, у которых в арсенале копинг-механизмов преобладают адаптивные копинг-стратегии на поведенческом уровне.

Далее проанализирована *другая классификация* испытуемых, в которой в зависимости от исхода переживаний кризисных ситуаций было выделено четыре группы: «Позитивная» – люди, которые считают, что после переживания «потрясения» их жизнь, мировоззрение изменились в лучшую сторону; «Отрицательная» - люди, которые считают, что после переживания «потрясения» их жизнь, мировоззрение изменились в худшую сторону; «Нейтральная» - люди, которые считают, что после переживания «потрясения» их жизнь, мировоззрение не изменились; «Вытеснение» – люди, у которых были кризисные ситуации в жизни (из анамнеза), но они декларируют, что эти события не являются для них ни кризисными, ни «потрясающими». В дальнейшем группа «Вытеснения» из-за малого количества представителей (11 чел.) в исследовании не анализируется.

По этой классификации также были описаны представители каждой из групп:

«Позитивная» группа: повышенные показатели шкалы соматизации свидетельствуют о том, что в данном случае ранг соматизации не входит в разряд ипохондрической патологии, находясь в пределах нормы, и отражает, скорее, ориентацию на знание своих телесных проявлений, т.е. в данной группе лиц усилен телесный компонент интеллекта. Психотические проявления у лиц, составляющих вышеуказанную группу, выражаются в оригинальном, креативном мышлении, способности к рефлексии, тонкой чувствительности в межличностных отношениях. Они отдают предпочтение таким механизмам психологической защиты, как рационализация, отрицание и реактивное образование. Это люди, живущие настоящим, способные наслаждаться актуальным моментом, разделяющие ценности самоактуализирующейся личности, стремящиеся к гармоничному бытию и здоровым отношениям с окружающими, творчески относящиеся к жизни, в то же время способные проявлять излишнюю озабоченность возникающими проблемами и повышенную требовательность к себе. У них умеренный уровень тревожности, относительно адаптивные копинг-стратегии, т.е. обычно оценивают трудности в сравнении с другими, придают особый смысл их преодолению, поведение их направлено на снятие напряжения, связано с эмоциональным отреагированием. Среди жизненных ценностей главное место отводят здоровью, любви и счастливой семейной жизни, для них важно чувство долга, умение держать слово, воспитанность и чувство юмора.

«Отрицательная» группа: это люди с выраженными признаками нервно-психической и психосоматической дезадаптации, сверх нормы использующие такие механизмы психологической защиты, как рационализация, отрицание, реактивное образование, проекция, стремящиеся к взаимно полезным и приятным контактам с другими людьми, к познанию нового, в том числе к самопониманию, но вместе с тем зависимые от окружающих и их мнения, неуверенные в себе, возможно, с завышенным самоконтролем и низкой самооценкой. В их вос-

приятности жизни преобладают иррациональные убеждения; им свойственен высокий уровень тревожности, и, несмотря на то, что копинг-стратегии, также как и в «позитивной» группе, относительно адаптивны, их показатели ближе к неадаптивному уровню. Среди ценностей также отдают предпочтение здоровью, любви, счастливой семейной жизни, из человеческих качеств более всего ценят честность, воспитанность и ответственность.

«Нейтральная» группа: это люди, имеющие выраженный уровень соматизации и фобической тревожности, активно использующие такой механизм психологической защиты, как рационализация; понимающие ценность жизни «здесь и теперь», не откладывающие свою жизнь на «потом» и не пытающиеся найти убежище в прошлом, разделяющие ценности самоактуализирующейся личности и заинтересованные в познании нового, но с невысокой самооценкой и зависимые от мнения окружающих. В их восприятии мира преобладают иррациональные убеждения в области оценки происходящего вокруг и требований, предъявляемых себе; уровень их личностной и реактивной тревожности умеренный, а копинг-стратегии относительно адаптивные. Ценности, выбираемые представителями этой группы, не отличаются от предпочтений предыдущих категорий, за исключением того, что среди качеств, присущих людям, они на первое место ставят хорошие манеры, искренность и аккуратность. Можно заметить, что «Нейтральная» группа по своим характеристикам занимает промежуточное положение между «позитивной» и «отрицательной» группами.

Сравним «отрицательную» и «позитивную» группу. Оценивая актуальный, присутствующий на момент обследования, психологический симптоматический статус, мы можем наблюдать большую выраженность всех показателей у «Отрицательной» группы, что свидетельствует о наличии признаков дезадаптации. Достоверно значимые различия есть практически по всем шкалам, за исключением шкалы фобической тревожности и индекса проявления симптоматики. Картина использования различных механизмов психологической защиты, с одной стороны, сходна, если оценивать иерархию выборов, но, с другой стороны, мы видим, что интенсивность пользования этими средствами в «отрицательной» группе выше, из чего можно заключить, что активное использование защит может приводить к состоянию перманентного конфликта и социально-психической дезадаптации. Достоверно значимые различия наблюдаются по шкалам реактивного образования, отрицания и вытеснения, из чего можно сделать вывод, что в данном случае речь может идти о неконструктивном использовании защитного поведения, при котором конфликт воспринимается не как проблема, требующая разрешения, а только как угроза целостному и стабильному позитивному образу Я, что сопровождается нервно-психическим напряжением, которое нужно снять любой ценой (деструктивный защитно-адаптивный комплекс).

В «позитивной» группе более выражено стремление к гармоничному бытию и здоровым отношениям с людьми, далекое от желания манипулировать ими, творческое отношение к жизни, стремление к самоактуализации; представители группы более способны адекватно оценивать возникающие препятствия, более способны примириться с действительностью, менее склонны приписывать неудачи препятствиям со стороны обстоятельств или других людей; они отдают предпочтение жизненной мудрости, внутренней гармонии, свободе от внутренних противоречий, сомнений, более уверены в себе, а также более терпимы к своим и чужим недостаткам. Одновременно для них менее важны такие ценности, как развлечения, необременительное, приятное времяпрепровождение, отсутствие обязанностей.

В «отрицательной» группе более высокие показатели реактивной и личностной тревожности, что характеризует ее представителей в личностном плане как субъектов, склонных в широком диапазоне ситуаций воспринимать угрозу своей самооценке, престижу и реагировать выраженным состоянием тревожности с соответствующей симптоматикой, к примеру, у них существует высокая вероятность появления состояния тревожности в ситуациях, где речь идет об оценке их компетентности, подготовленности. У представителей этой группы большая склонность к выбору неадаптивных вариантов копинг – оведения среди когнитивных стратегий, что выражается в пассивном поведении с отказом от преодоления трудностей из-за неверия в свои силы, с умышленной недооценкой неприятностей. Среди поведенческих

копинг-стратегий также наблюдается преобладание неадаптивных вариантов, свидетельством тому – избегание мыслей о неприятностях, пассивность, уединение, изоляция, отказ от решения проблем; более выражена неудовлетворенность отношениями в семье, наблюдается большая склонность к употреблению спиртных напитков, что можно расценивать как дополнительный способ избегающего поведения.

В рамках исследования ярко выраженной разницы в результатах используемых методик между мужчинами и женщинами не обнаружено. Также нет выраженных отличий между мужчинами и женщинами из разных изучаемых групп. Однако следует отметить, что наибольшие различия заключаются в эмоциональном реагировании на ситуацию (у женщин более выражена). Особенно ярко это видно в «Контрольной» группе. Таким образом, перенесенное «потрясение» приводит к невротизации личности, что в свою очередь сглаживает различия между мужчинами и женщинами именно в плане определения психопатологического статуса. Также можно отметить различие в системе ценностей. У женщин наибольшую ценность представляют качества, связанные с отношениями, касающимися других людей (счастье в семейной жизни, терпимость, чуткость и т.д.), у мужчин же это качества, направленные на личное совершенство (рационализм, смелость в отстаивании своего мнения, твердая воля). Кроме того, при выборе механизма психологической защиты женщины чаще используют механизм реактивного образования, а мужчины – вытеснение.

При рассмотрении процентного соотношения, выявлено, что женщины в большей степени склонны к позитивным изменениям после переживания «потрясения». Так, в группе с «позитивным» исходом женщины составляют 58%, а мужчины – 42%. Еще более ярко это различие видно в группе с «отрицательным» исходом: женщин 29%, а мужчин 71%. При этом количество мужчин и женщин, принявших участие в исследовании, было практически равное: 97 женщин и 94 мужчины, что составляет соответственно 51% и 49%.

После проведения процедуры факторизации изучаемых признаков по показателям отдельных методик, получены обобщенные данные, отражающие с высокой степенью достоверности коррелирующие между собой признаки. По результатам факторного анализа были выделены индикаторные переменные для «позитивной» и «отрицательной» групп.

«Позитивная» группа – это люди невротического типа, тревожные, переживающие по поводу происходящих событий, что в свою очередь может служить стимулом к переосмыслению, поиску конструктивных решений, обращению за помощью к другим людям. Это в большинстве своем люди образованные, с высокой степенью нормативности и социализации, часто за счет личного комфорта.

В *«отрицательной» группе* тревожность нивелируется примитивными способами защиты и неадаптивным поведением. Это может быть и самообман, и внешнеобвиняющая позиция, и демонстрация социально приемлемого поведения. В данной группе люди как бы изолируются от окружающих, не доверяют им, не готовы к принятию помощи. Все это усиливается неудовлетворенностью профессиональной деятельностью. Таким образом, перечисленные факторы ведут к дезадаптации и ухудшению качества жизни.

Таким образом, такие качества, как общий дискомфорт (невротизация) личности, тревожность, как стимул к поиску конструктивных форм поведения, дискомфорт в эмоциональной сфере, образованность, когнитивная сложность, рационально-нормативное поведение, можно считать индикаторными переменными для позитивного выхода из переживания кризисных ситуаций. В свою очередь тревожность как дезадаптирующий фактор, неудовлетворенность трудом, ориентация на социально-приемлемое поведение, активное использование примитивных защит, неадаптивных копинг-стратегий – качества, ведущие к негативным изменениям психологического профиля личности в результате переживания кризисных ситуаций.

Выводы:

1. «Потрясения», как особо значимые события в жизни человека, влекут за собою трансформацию мировоззренческих и духовных установок. Происходит замена доминант-

ных мировоззренческих установок и иерархии ценностей, что влечет за собою изменения в первую очередь на когнитивном, затем на эмоциональном и поведенческом (регуляторном) уровнях организации личности.

2. Содержание феномена «потрясение» включает в себя в основном описания негативных переживаний. Полученные данные подтверждают идею роста личности через преодоление психологических трудностей (кризисов). Наибольшую значимость для обследованных групп представляют события, затрагивающие личную сферу, в значительно меньшей степени, события, связанные с выполнением профессиональных обязанностей. Оценка критических событий («потрясений») в большей степени осуществляется через призму субъективного восприятия и не зависит от тяжести и интенсивности эмоционального «накала» при переживаниях.

3. В различных группах (туберкулезные, онкологические больные, сотрудники МВД, лица, совершившие убийства) их представители по-разному воспринимают и оценивают собственные кризисные ситуации. Так, часть лиц отмечает положительные изменения в мировоззрении после переживания кризиса, другая часть, имея и осознавая в личной биографии кризисные события, никак не связывает с ними какие-либо личностные изменения, либо вообще вытесняет последствия кризиса, часть обследованных, отмечает негативные последствия переживания данных событий.

4. В группе больных сам факт постановки диагноза и исходящая из этого угроза жизни для большинства является главным фактором «потрясения». В группе сотрудников милиции и лиц, совершивших убийства, «потрясающими» событиями жизни являются ситуации, имеющие личный характер, а не те, что связаны с выполнением, нередко с риском для жизни, служебных обязанностей (сотрудники милиции), и не события, где ценностью является жизнь другого человека (но не близких им людей) (лица, совершившие убийства).

5. Представители с «позитивным» исходом переживания критической ситуации более адекватно оценивают возникшие препятствия, способны примириться с действительностью, менее склонны приписывать вину за собственные неудачи другим людям и обстоятельствам, они более мудры, терпимы к недостаткам, свободны от внутренних противоречий, у них нет неудовлетворенности отношениями в семье. В «позитивной» группе исходно наблюдается установка на стремление к гармоничному бытию, здоровым отношениям с людьми, а неудовлетворенность жизнью, дискомфорт приводят к поиску стратегий личностного роста, что укрепляет позитивные установки. Тревожность компенсируется более адаптивными стратегиями.

6. В группе с «отрицательным» исходом переживания критической ситуации рельефно выражены признаки социально-психологической и психосоматической дезадаптации, более активно используются механизмы психологических защит, таких как реактивное образование, отрицание, вытеснение; отмечается склонность к неадаптивным копинг-стратегиям на когнитивном и поведенческом уровне, выявлена неудовлетворенность отношениями в семье. Выявлено, что в данной группе имеется высокий уровень тревожности, который нивелируется примитивными способами защиты и неадаптивным поведением. В силу использования негативных стратегий элиминации уровня тревожности, кризисная ситуация воспринимается представителями данной группы как угрожающая, а не как способствующая личностному росту.

7. Переживание «потрясения» сглаживает гендерные различия в области формирования и проявления психопатологических характеристик. Женщины более склонны к эмоционально-поведенческим расстройствам, телесной дисфункции, они более тревожны. Женщины больше используют механизм реактивного образования, а мужчины – вытеснения.

8. Индикаторными переменными для «позитивного» выхода из переживания кризисных ситуаций являются такие качества, как общий дискомфорт (невротизация) личности, дискомфорт в эмоциональной сфере, мобилизующая тревога как стимул к поиску конструктивных форм поведения, когнитивная сложность, рационально-нормативное поведение. Индикаторные переменные для «негативного» выхода из переживания кризисных ситуаций вклю-

чают в себя следующие качества: активное использование примитивных защит, неадаптивных копинг-стратегий, «паническую» тревогу как дезадаптирующий фактор, неудовлетворенность трудом, ориентацию на социально-приемлемое поведение.

Литература:

1. *Ананьев В.А.* Введение в потрясающую психотерапию // Журнал практического психолога. – №7-8. – М., 1999. – С. 41-71.
2. *Ананьев В.А.* Введение в психологию здоровья. – СПб.: БПА, 1998.
3. *Апчел В.Я., Цыган В.Н.* Стресс и стрессоустойчивость человека. – СПб., 1999.
4. *Лисбет Ф.Брюдаль* Психические кризисы в новой перспективе // Европейский дом. – СПб., 1998.
5. *Карандашев Ю.Н.* Психология развития. – Минск., 1997.
6. *Lasarus R.S., Folkman S.* Transactional Theory and research on emotions and coping // European Journal of Personality. – 1987. – V.1. – P. 141-169.

* * *

СЕМЕЙНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ

О.Б. НЕСТЕРЕНКО

Подростковый возраст является наиболее чувствительным к нарушениям отношений. Поэтому представляется важным проследить характер внутрисемейных отношений в группах здоровых и больных подростков. С этой целью нами было проведено исследование детско-родительских отношений с использованием методики «Подростки о родителях», адаптированной Л.И. Вассерманом и др. (2001) и анкетирование с помощью специально составленных вопросов. В таблице 1 приводятся данные состава семьи по группам, где 1-я группа – подростки с психосоматическими нарушениями, 2-я группа – подростки с соматическими нарушениями, 3-я группа – здоровые подростки.

Как видно из таблицы, самый большой процент неполных семей наблюдается в 1-й группе (35%), но различия между группами достоверно незначимы. В среднем, в каждой группе третья часть детей живет в неполной семье. В соответствии с данными авторов апробации методики производится отдельное описание результатов в зависимости от пола подростков и пола родителей.

Полученные результаты средних значений показателей по всем шкалам среди подростков мужского и женского пола представлены отдельно для отца и матери в таблицах 2-5.

Таблица 1. Количество неполных семей по группам

№ группы	% неполных семей	Количество детей, не имеющих родителей		Количество сирот
		отца	мать	
1-я	35%	32	5	–
2-я	31%	29	2	1
3-я	34%	26	3	1

Таблица 2. Сравнение средних значений показателей шкал по группам для мальчиков (отец)

Шкала	1-я группа M±m	2-я группа M±m	3-я группа M±m	Достоверность различий, p
1. Позитивный интерес	2,73±0,203	2,96±0,195	3,16±0,191	P>0,05
2. Директивность	2,63±0,162	4,21±0,18	3,0±0,168	1(3)p<0,001 2(3)p<0,001
3. Враждебность	4,23±0,149	3,21±0,19	3,03±0,198	1(2,3)p<0,001
4. Автономность	3,03±0,148	3,88±0,193	3,19±0,138	2(1,2)p<0,001
5. Непоследовательность	4,13±0,164	3,38±0,157	3,59±0,141	1(3)p<0,01 1(2)p<0,05

Примечание: 1-я группа – подростки с психосоматическими заболеваниями; 2-я группа – подростки с соматическими заболеваниями; 3-я группа – здоровые подростки.

Таблица 3. Сравнение средних значений показателей шкал по группам для мальчиков (мать)

Шкала	1-я группа M±m	2-я группа M±m	3-я группа M±m	Достоверность различий, p
1. Позитивный интерес	2,74±0,159	2,09±0,132	2,72±0,168	2(1,3)p<0,001
2. Директивность	3,05±0,151	2,63±0,16	2,62±0,167	p>0,05
3. Враждебность	3,74±0,149	3,03±0,145	2,72±0,147	1(2,3)p<0,01
4. Автономность	4,05±0,141	3,17±0,145	3,31±0,169	1(3,2)p<0,01
5. Непоследовательность	3,26±0,123	3,74±0,144	3,15±0,14	2(1,3)p<0,05

Таблица 4. Сравнение средних значений показателей шкал по группам для девочек (отец)

Шкала	1-я группа M±m	2-я группа M±m	3-я группа M±m	Достоверность различий, p
1. Позитивный интерес	3,17±0,153	2,78±0,178	2,73±0,203	P>0,05
2. Директивность	2,81±0,139	4,24±0,135	2,83±0,22	2(3)p<0,001 2(1)p<0,001
3. Враждебность	3,27±0,125	3,06±0,15	2,9±0,205	p>0,05
4. Автономность	3,27±0,125	3,92±0,116	3,5±0,157	2(1,2)p<0,001
5. Непоследовательность	4,13±0,128	3,33±0,111	3,57±0,149	1(3)p<0,001 1(2)p<0,05

Таблица 5. Сравнение средних значений показателей шкал по группам для девочек (мать)

Шкала	1-я группа M±m	2-я группа M±m	3-я группа M±m	Достоверность различий, p
1. Позитивный интерес	3,44±0,142	1,95±0,095	3,18±0,169	3(1,2)p<0,001
2. Директивность	2,98±0,119	2,63±0,164	3±0,168	p>0,05
3. Враждебность	3,84±0,122	3,33±0,125	2,71±0,192	1(3)p<0,01
4. Автономность	3,05±0,108	3,15±0,113	3,33±0,131	p>0,05
5. Непоследовательность	3,33±0,118	3,86±0,089	3,22±0,134	2(1,3)p<0,05

В группе детей, страдающих психосоматическим заболеванием, профиль отца у мальчиков имеет значения близкие к средним по шкалам позитивный интерес, директивность, автономность; повышенные значения по шкале враждебность и непоследовательность. Показатели этих шкал достоверно значимо больше, чем в группе здоровых подростков и подростков с соматическими заболеваниями. Данный результат олицетворяет негативное отношение к ребенку, отсутствие к нему любви и уважения при непоследовательности воспитательных мер применяемых к ребенку. Подросток постоянно находится в состоянии тревожного ожидания низкой оценки его деятельности и наказания родительским отвержением по формуле: «Как ты смеешь не соответствовать тому, что ждут от тебя, ведь я жертвую всем, чтобы сделать из тебя человека». Тут же звучит постоянное недовольство, скептическое отношение к достижениям сына, что неизбежно снижает мотивацию его деятельности и самооценку. В настоящий момент ребенок воспринимает отношения с этим родителем как конфликтные.

Профиль матери этих подростков имеет повышенные оценки по шкалам враждебность и автономность. Величины показателей этих шкал достоверно значимо больше, чем в группах здоровых подростков и подростков 2-й группы. Ориентировка матери исключительно на себя, свое самолюбие и утрированное самоутверждение, как правило, исключает принятие ребенка. Мать не воспринимает ребенка как личность, со своими чувствами, мыслями представлениями и побуждениями, она являет собой «слепую» силу власти и амбиций, которой все, невзирая ни на что, обязаны подчиниться. В данном случае родитель самоустранился от воспитания ребенка с негативным оттенком. Неверие родителя в силы ребенка и его успешность может привести к понижению его самооценки.

Девочки с психосоматическими расстройствами в профиле отца отмечают высокие оценки по шкале непоследовательность, при средних значениях по остальным шкалам, что свидетельствует о тенденции к резкой смене стилей воспитания, переход от значительного внимания к эмоциональному отвержению. Такая воспитательная практика считается дисгармоничной, приводит к нарушениям отношений в семье. В профиле матери наблюдается повышение значений показателя по шкале враждебность. Это значение достоверно значимо больше, чем в группе здоровых подростков. Враждебность матерей их дочерьми-подростками описывается как подозрительное отношение к семейной среде и дистанция по отношению к детям. Подозрительность и отказ от социальных норм приводит их к отторжению от своих детей. По шкалам враждебность и непоследовательность профили отца и матери у подростков 1-й

группы совпадают, достоверно различаются между мальчиками и девочками значения по шкале позитивный интерес в профиле матери. У девочек оно достоверно больше, чем у мальчиков. Такие матери часто одобряют обращение за помощью дочерей в случае ссор или каких-либо затруднений, а с другой стороны, они ограничивают самостоятельность своих дочерей. Относятся к ним как к маленьким и беспомощным, требующим постоянного внимания и заботы.

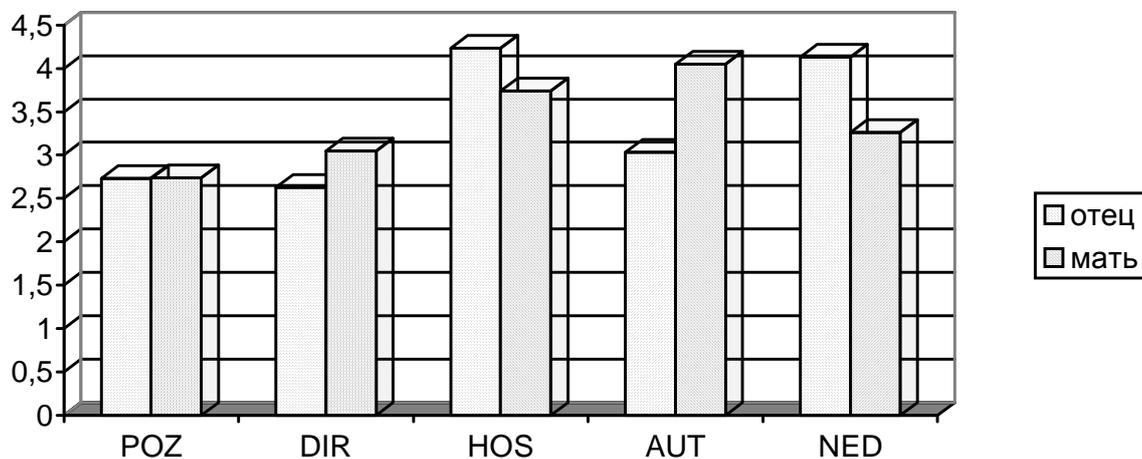


Рис. 1. Диаграмма профилей отца и матери мальчиков 1-й группы.

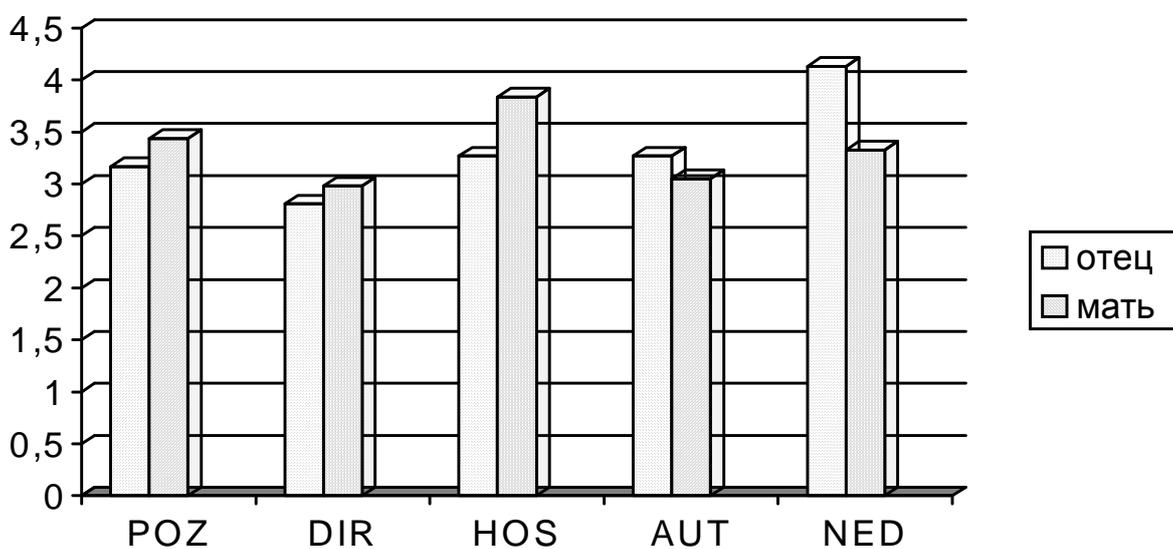


Рис. 2. Диаграмма профилей отца и матери у девочек 1-й группы.

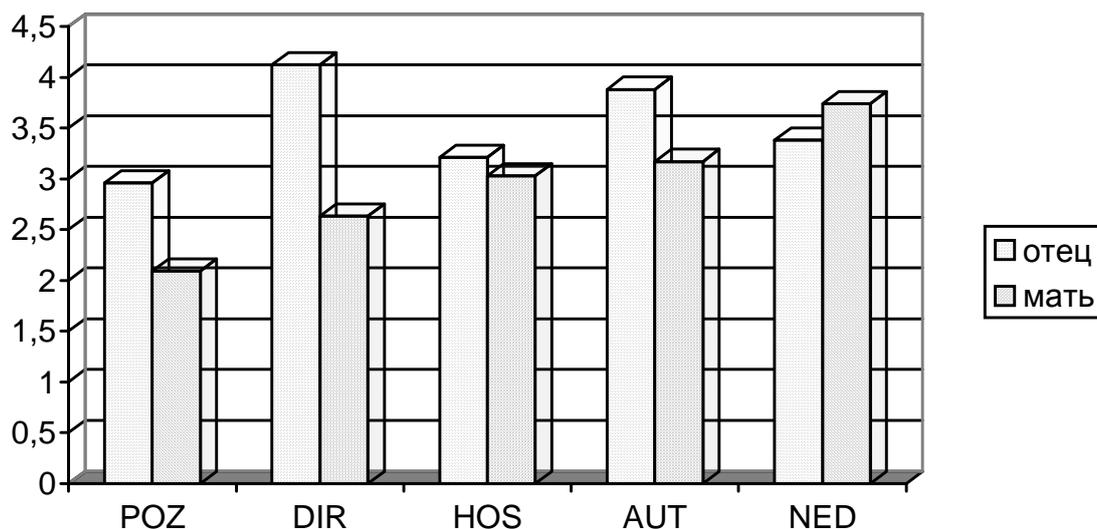


Рис. 3. Диаграмма профилей отца и матери у мальчиков 2-й группы.

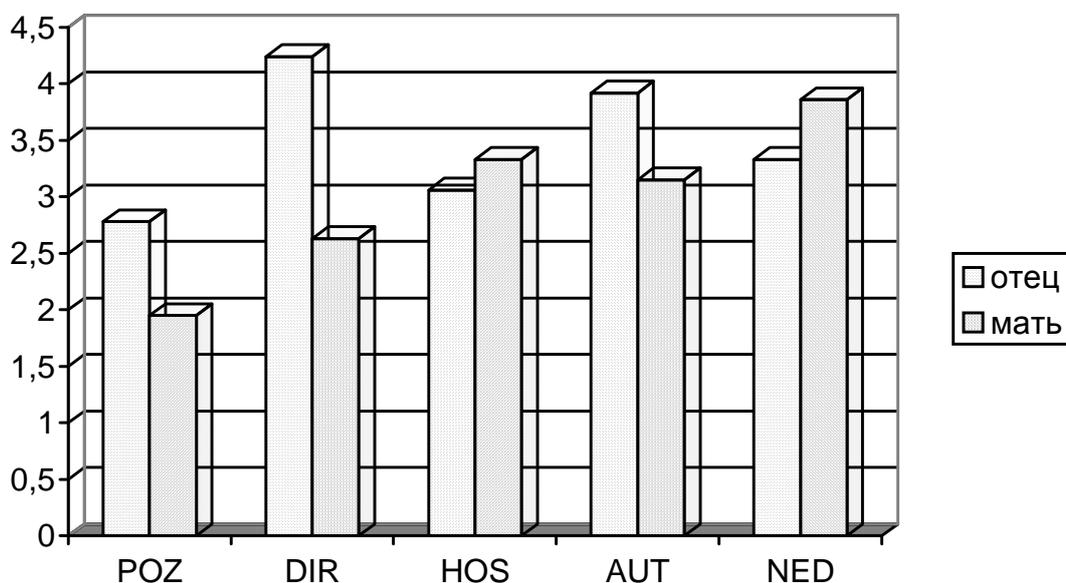


Рис. 4. Диаграмма профилей отца и матери у девочек 2-й группы.

В целом подростки 1-й группы воспринимают воспитательную практику своих родителей как враждебно-отстраненную, не дающую ребенку необходимого ему тепла и заботы, что, безусловно, способствует нарушениям социальной и психической адаптации.

В группе подростков-мальчиков, имеющих соматические нарушения, в профиле отца имеется повышение по шкалам директивность и автономность. Значения этих шкал достоверно значимо больше, чем у здоровых подростков и подростков с психосоматическими нарушениями. Директивность в отношениях с сыном отец проявляет в форме тенденции к лидерству, путем завоевания авторитета, основанного на фактических достижениях и доминантном стиле общения. При этом это не просто покровительство, а поиск оптимального решения, стремление предельно четко донести до своего ребенка разумные требования.

Безусловно, в отношениях с подростком-мальчиком данная тенденция не является патогенной, но повышенные оценки по шкале автономность, свидетельствуют о формальном отношении к воспитанию, в излишней беспристрастности в процессе общения. Взаимодейст-

вие основывается на позициях силы и деспотизма. Отец слишком занят собой, чтобы вникать в жизнь и проблемы сына. По его мнению, сын «сам должен все знать».

Следовательно, в данном случае имеет место авторитарный подход без учета интересов ребенка. В профиле матери наблюдается снижение по шкале позитивного интереса и повышение по шкале непоследовательность. По остальным шкалам оценки средние. Подростки-мальчики в общении с матерью ждут не просто компетентного поведения и нормальных эмоциональных контактов, они нуждаются в сверхопеке сильного, взрослого человека. В данном случае, по-видимому, подростки этого не получают. Намечается тенденция к конформизму, формальным отношениям, при отсутствии последовательности в воспитании. В зависимости от ситуации, мать может проявлять как господство силы и амбиций, так и покорность, деликатность, сверхальтруизм, излишний конформизм. Есть основания считать воспитательную практику таких родителей дисгармоничной, велика вероятность парциальной психической дезадаптации.

Для девочек этой группы в профиле отца получены высокие значения по шкалам директивность и автономность, они значимо отличаются от значений показателей этих шкал в группе здоровых подростков и подростков с психосоматическими заболеваниями. Профили отцов в этой группе сходные у мальчиков и у девочек. Девочки – подростки описывают автономность отцов, как претензию на лидерство, причем лидерство недостижимое, недоступное для взаимодействия с ним. Он представляется человеком, отгороженным от проблем семьи как бы невидимой стеной, при этом совершенно непредсказуемым. С достаточно высокой вероятностью в его поведении могут проявляться совершенно противоречащие друг другу психологические тенденции. Профиль матери у девочек также сходен с аналогичным у мальчиков, в этой группе наблюдаются самые низкие значения по шкале позитивный интерес среди всех обследованных подростков. Девочки воспринимают свою мать как отстраненную, мало уделяющую внимания своей дочери, стремящуюся переложить ответственность на ребенка за все происходящее. При этом девочки указывают на частую смену стилей и воспитательных приемов, представляющую собой переход от очень строгого – к либеральному, переход от психологического принятия дочери к эмоциональному отвержению, в зависимости от того, что та сделала или не сделала. Воспитательная практика такого рода с высокой вероятностью может привести к отчуждению ребенка в отношениях с родителями, эмоциональным и поведенческим нарушениям.

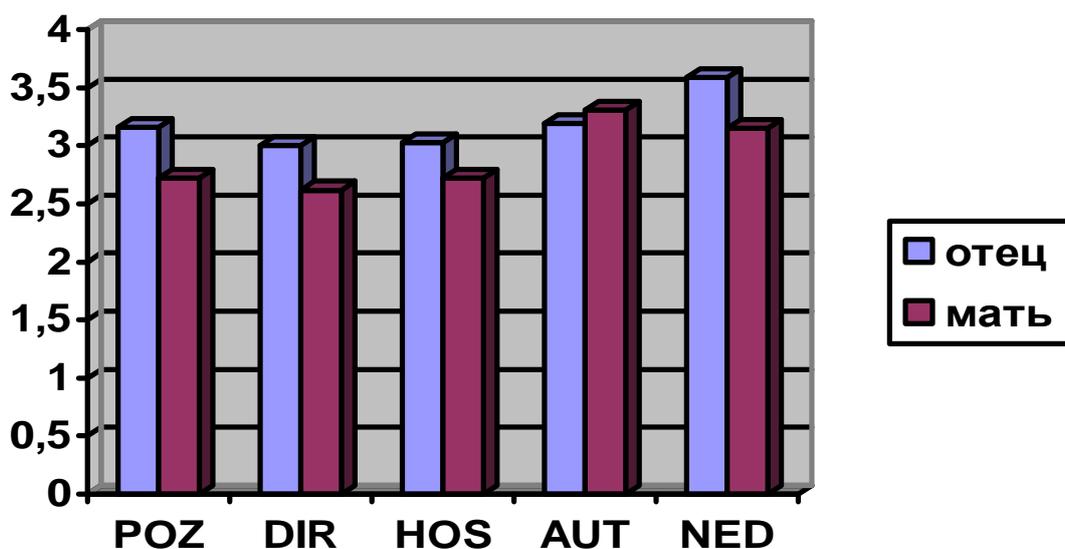


Рис. 5. Диаграмма профилей отца и матери в группе здоровых мальчиков.

В группе здоровых подростков, у мальчиков рельефный профиль отца имеет средние значения по шкалам позитивный интерес, директивность, враждебность, автономность и несколько повышенные значения по шкале непоследовательность, но они достоверно ниже, чем в 1-й группе. Есть основания считать воспитательную практику такого рода дисгармоничной, представляющую собой переход от очень строгого к либеральному воспитанию и наоборот. По данным авторов апробации методики существует возможность развития парциальной психической дезадаптации.

Рельефный профиль матери у здоровых подростков имеет средние значения по всем шкалам, наблюдается небольшое снижение по шкалам позитивный интерес, директивность и враждебность, что свидетельствует о гармоничном отношении к своему ребенку.

В группе здоровых девочек рельефные профили отца и матери имеют сходный вид. Диаграмма показывает средние значения по шкалам позитивный интерес, директивность, враждебность и повышенные значения по шкалам автономность и непоследовательность. Возможно, в данном случае имеет место некоторое устранение от воспитания ребенка в сочетании с непоследовательностью требований. Особенно эта тенденция по отношению к дочери проявляется со стороны отца. В целом, несмотря на некоторые отклонения, профили родителей здоровых подростков можно оценить как более гармоничные, чем в описанных выше группах. В группе здоровых подростков не выявляются нарушения детско-родительских отношений, что имеет место быть в группах больных подростков.

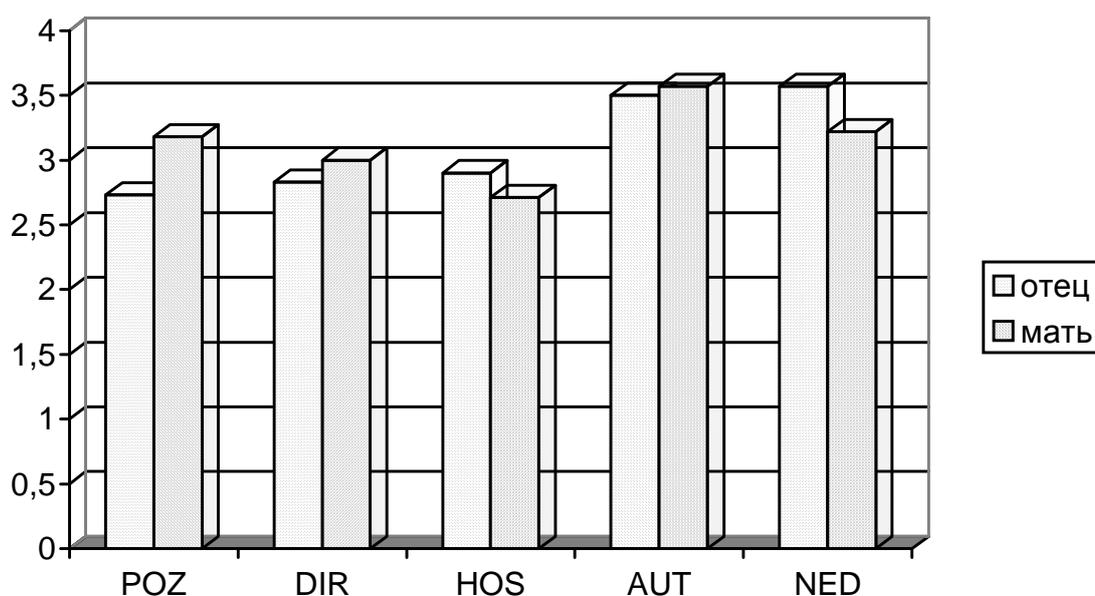


Рис. 6. Диаграмма профилей отца и матери в группе здоровых девочек.

Аналогичные результаты получены в ходе анкетного опроса подростков. Ответы подростков указывают на наличие проблем во взаимоотношениях с родителями у большинства опрошенных, от 12 % в группе здоровых подростков до 64% в группе подростков, больных психосоматическими заболеваниями. Такие отношения во многих случаях носят конфликтный характер; дети чувствуют себя отверженными, родители не являются для них «значимыми» взрослыми. Поэтому на вопрос анкеты «кто Вам помогает преодолевать жизненные трудности», большинство полагается на помощь друзей, учителей и собственные силы. В среднем лишь 20% больных подростков, видят в родителях свою опору и поддержку. Среди здоровых подростков эта цифра приближается к 50%.

Таким образом, по результатам исследования можно сделать вывод о наличии нарушенных детско-родительских отношениях во всех группах больных подростков. В первой группе наблюдается враждебно – отстраненное отношение к ребенку со стороны родителей, во вто-

рой группе – дисгармоничный характер отношений. Неправильное воспитание подростков оказывает отрицательное воздействие на формирование психики и личности подростка, являясь фактором риска формирования патологической психосоматической системы.

Литература:

1. *Вассерман Л.И., Беребин М.А.* Факторы риска психической дезадаптации у педагогов массовых школ: Пособие для врачей и психологов. – СПб.: СПбНИИ им. В. М. Бехтерева, 1997. – 52 с.

2. *Вассерман Л.И., Горьковая И.А., Ромицына Е.Е.* Родители глазами подростка: психологическая диагностика в медико-педагогической практике: Учебное пособие. – СПб.: «Речь», 2004. – 256 с.

* * *

ОТНОШЕНИЕ ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ ЮВЕНИЛЬНЫМ ХРОНИЧЕСКИМ АРТРИТОМ, К СВОЕМУ ЗАБОЛЕВАНИЮ

Г.В. Пятакова

Ювенильный хронический артрит (ЮХА) является тяжелым заболеванием, приводящим к инвалидности из-за поражения опорно-двигательного аппарата. Распространенность ЮХА составляет 0,3-0,4 на тысячу детей. В последние десятилетия наблюдается тенденция к увеличению случаев заболевания ЮХА как в нашей стране, так и за рубежом (И.М. Воронцова, Р.С. Иванов, В.В. Юрьев 1987). Наибольший пик заболеваемости падает на возраст 2-6 лет и пубертатный возраст (10-15 лет).

По современным представлениям ЮХА – системное заболевание с развитием аутоиммунного процесса в результате иммунной дисрегуляции. Итогом такого процесса является прогрессирование заболевания, инвалидизация вследствие разрушения костной ткани и невозможность самоизлечения. Вопрос о причинах заболевания до настоящего времени не выходит за рамки научных предположений. К причинным агентам заболевания относят генетическую предрасположенность, инфекции, гормональный статус человека, травматизацию.

По данным отечественных и зарубежных авторов, существенную роль в возникновении и течении (прогрессирование, обострения) ЮХА играют психологические факторы. У детей и подростков к ним относят дисгармоничные семейные отношения, психогенную травматизацию, негативные преморбидные особенности личности (Кочюнас, Гоубис 1983; Henoch, 1977; Gusrey, Rozenberg, 1982). В то же время само тяжелое, хроническое заболевание не только изменяет функциональное состояние мозга, но и является для ребенка тяжелой психической травмой, искажает всю социальную ситуацию развития (Л.С. Выготский) ребенка, ведет к развитию негативных личностных черт, и, по механизму «порочного круга», провоцирует обострения, дезадаптивные кризы, снижает возможности медицинской и социальной реабилитации. В связи с этим возникает задача своевременного включения медико-психологических мероприятий в процесс лечения и воспитания больного подростка, проведение которых должно опираться на всесторонне изучение личностных особенностей лиц, страдающих ЮХА.

Основным личностным феноменом, определяющим особенности формирования личности в условиях болезни, является субъективная сторона заболевания, особенности отражения болезни в психике больного (В.В. Николаева, 1995; Б.Д. Карвасарский, 1982; Д.Н. Исаев, 1996; Л.И. Вассерман, Е.Ю. Коржова). В современных исследованиях отмечается, что раскрытие содержания и динамики формирования ВКБ как личностного образования и компонента самосознания в условиях тяжелого хронического недуга, открывает путь понимания особых приемов преодоления болезни, овладения поведением, проникновения в компенсаторный потенциал личности.

В исследовании приняли участие 56 подростков 10-15 лет страдающих ЮХА. Все больные подростки прошли комплексное обследование в НИИ им. Г.И. Турнера. По результатам неврологического и патопсихологического обследования выраженных признаков интеллектуального снижения обнаружено не было. Все подростки обучались по общеобразовательной программе. Все обследованные имели нарушения передвижения из-за поражения суставов. Клинические характеристики исследуемых групп, социальная характеристика семей и возможностей межперсональных связей подростков с ЮХА свидетельствует об изменениях «социальной ситуации развития», что проявляется, в первую очередь, в нарушении взаимодействия со сверстниками. Наличие физического недостатка, нарушения передвижения, нарушение взаимодействия со сверстниками, необходимость госпитализации и сложного хирургического лечения указывают на наличие психотравмирующих событий в жизни подростков с ЮХА. В качестве контрольной группы было обследовано 85 здоровых школьников того же возраста.

Для решения поставленных задач были использованы следующие методы: клинико-биографический метод, анализ медицинских документов истории болезни), методы экспери-

ментально-психологического исследования: методика Дембо-Рубинштейн (модификация Прихожан), методика «незаконченные предложения» Шатца-Кагана.

Статистические методы включали в себя вычисление средней арифметической (М), среднего квадратического отклонения (S). Для определения достоверности статистических различий между показателями экспериментальных и контрольной групп детей был использован критерий Стьюдента (t), проводился корреляционный анализ (r – коэффициент корреляции).

Сравнительный анализ уровневых показателей самооценок и параметров отношения к болезни проводился отдельно для возрастных групп 10-11 лет, 12-13 лет, 14-15 лет, что позволило проследить динамику формирования самооценочных характеристик и показателей отношения к своему заболеванию у больных с ЮХА в подростковом возрасте.

Анализ полученных данных показал, что уровневые показатели самооценки характера, здоровья и счастья оказались достоверно снижены у больных подростки по сравнению со здоровыми. Исключение составила самооценка ума: по данному параметру больные и здоровые подростки оценили себя одинаково (см. табл. 1).

Таблица 1. Сравнение самооценок подростков 10-11 лет экспериментальной и контрольной групп по результатам методики Дембо-Рубинштейн

Объект самооценки	Больные		Здоровые		Достоверность различий Т
	М	S	М	S	
Самооценка здоровья	49,8	27,9	78,0	15,3	4,3 p<0,001
Самооценка ума	68,9	22,4	73,2	18,3	–
Самооценка характера	55,0	21,8	72,2	17,7	2,9 p<0,01
Самооценка счастья	55,4	28,9	80,4	14,5	3,7 p<0,001

Результаты корреляционного анализа показали, что самооценочные характеристики разных качеств оказались связаны между собой как в группе больных, так и в группе здоровых подростков. Наибольшей интегрированностью в корреляционных плеядах двух исследуемых групп обладают самооценки счастья. У больных подростков самооценка счастья оказалась положительно связана с самооценкой здоровья ($r = 0,44$; $p < 0,05$), характера ($r = 0,50$; $p < 0,05$), ума ($r = 0,43$; $p < 0,05$).

У здоровых подростков самооценка счастья также образовала прямые зависимости с самооценочными параметрами характера ($r = 0,49$; $p < 0,05$), здоровья ($r = 0,44$; $p < 0,05$), ума ($r = 0,42$; $p < 0,05$); самооценка здоровья также оказалась связана с самооценкой характера ($r = 0,49$; $p < 0,05$). Низкий уровень дифференцированности самооценочных параметров по разным качествам может стать источником глобальной неудовлетворенности больного подростка при наличии сниженных самооценок по отдельным качествам (например, самооценки здоровья у больных подростков).

У больных подростков 12-13 лет достоверно оказалась снижена самооценка здоровья по сравнению с их здоровыми сверстниками. Структура самооценочного компонента личности у больных подростков данной возрастной группы отличается меньшей интегрированностью, чем у подростков 10-11 лет. У больных подростков 12-13 лет самооценка счастья оказалась положительно связана с самооценкой здоровья ($r = 0,55$; $p < 0,05$) и с самооценкой характера ($r = 0,59$; $p < 0,05$). У здоровых подростков самооценочные параметры оказались не связаны между собой. Полученные результаты свидетельствуют о большей дифференцированности, зрелости самооценок здоровых подростков, по сравнению с больными. Экспериментальные данные представлены в таблицах 2 – 4.

Таблица 2. Сравнение самооценок подростков 12-13 лет экспериментальной и контрольной групп по результатам методики Дембо-Рубинштейн

Объект самооценки	Больные		Здоровые		Достоверность различий Т
	М	С	М	С	
Самооценка здоровья	46,8	20,6	64,7	18,7	2,7 p<0,01
Самооценка ума	67,5	16,6	66,3	15,4	–
Самооценка характера	58,1	17,3	66,3	15,4	–
Самооценка счастья	61,8	21,2	65,3	20,5	–

Таблица 3. Сравнение самооценок подростков 14-15 лет экспериментальной и контрольной групп по результатам методики Дембо-Рубинштейн

Объект самооценки	Больные		Здоровые		Достоверность различий Т
	М	С	М	С	
Самооценка здоровья	37,1	28,5	70,0	18,0	4,5 p< 0,001
Самооценка ума	63,2	21,7	68,5	15,0	–
Самооценка характера	58,9	21,8	66,8	14,7	–
Самооценка счастья	61,1	30,0	63,5	20,2	–

Таблица 4. Возрастная динамика самооценок здоровья (по методике Дембо-Рубинштейн) у подростков экспериментальной и контрольной групп

Контингент	10-11 лет		12-13 лет		14-15 лет		Достоверность различий Т
	М	С	М	С	М	С	
Больные	49,8	27,9	46,8	20,6	37,1	20,5	- 1,95
Здоровые	78,0	15,3	64,7	18,7	70,0	18,0	–

У больных подростков 14-15 лет достоверно оказалась снижена самооценка здоровья по сравнению с их здоровыми сверстниками (см. табл. 3).

Структура самооценочного компонента личности у больных подростков данной возрастной группы отличается меньшей интегрированностью, чем у подростков 10-11 и 12-13 лет. У больных подростков самооценка ума оказалась положительно связана с самооценкой здоровья ($r = 0,51$; $p < 0,05$). У здоровых подростков самооценка характера оказалась связана с самооценкой ума ($r = 0,44$; $p < 0,05$) и счастья ($r = 0,42$; $p < 0,05$). Полученные результаты свидетельствуют о большем влиянии самооценки здоровья на отношение к себе в целом больных подростков по сравнению с их здоровыми сверстниками.

Таким образом, самооценка здоровья оказалась снижена у подростков с ЮХА, по сравнению со здоровыми, в трех возрастных группах. У больных подростков самооценка здоровья оказывает существенное влияние на формирование других самооценочных параметров и отношение больного подростка к себе в целом. Самооценочный компонент личности подростков 10-11 лет оказался менее дифференцированным, чем у подростков 12-13 и 14-15 лет.

Для анализа особенностей отношения к заболеванию подростков, страдающих ЮХА был проведен сравнительный анализ самооценок здоровья у подростков трех возрастных групп: 10-11, 12-13 и 14-15 лет. Сравнение проводилось между самооценочными показателями разных возрастных групп (10-11 и 12-13; 10-11 и 14-15 лет) отдельно у здоровых и больных подростков.

Анализ динамики уровневых самооценок здоровья у подростков с ЮХА показал, что с возрастом происходит снижение уровневых показателей. К 14-15-летнему возрасту эти различия (по сравнению с 10-11-летними подростками) становятся статистически значимыми.

У здоровых подростков также отмечается снижение уровневых параметров самооценок, однако эти различия представлены в виде тенденции и не достигают уровня значимости.

Анализ внутрифункциональных связей самооценок показывает, что у здоровых подростков с возрастом происходит снижение интегрированности частных самооценок. При этом самооценка здоровья не оказывает существенного влияния на представление подростка об отдельных своих качествах и о себе в целом. У больных подростков с возрастом также отмечается тенденция к снижению уровня интегрированности частных самооценок, однако самооценки оказываются менее дифференцированными, чем у здоровых подростков. При этом самооценка здоровья оказывает существенное влияние на формирование отношения подростка к себе в целом.

Для уточнения представления о формировании отношения к своему заболеванию у подростков с ЮХА разных возрастных групп проведен анализ высказываний подростков относительно своего заболевания по результатам теста “незаконченные предложения”. Были проанализированы фразы теста, свидетельствующие об информированности подростка о своем заболевании, а также о переживаниях больного подростка, связанных с болезнью, физическим недостатком. Дополнительно были использованы данные клинической беседы-наблюдения за подростками в процессе лечения в стационаре.

У подростков 10-11 лет, страдающих ЮХА отмечается фрагментарное представление о собственном заболевании. Клиническая картина заболевания представлена в субъективных переживаниях одним или несколькими симптомами. Наиболее часто подростки с ЮХА отмечают, что они хромают, “не сгибается рука, ноги, трудно ходить...”. Для подростков с ЮХА характерны также жалобы на боль, чувство скованности в суставах, плохое зрение, жалобы на тошноту, головокружение, ощущение усталости подростки отмечают боль как один из самых неприятных симптомов заболевания.

Таглат М. 11 лет, ЮХА, преимущественно суставная форма, болен с 6 лет: “С болезнью у меня связано чувство скованности”.

Осознание собственного заболевания у детей с ЮХА является неполным, редуцированным. Подростки с ЮХА в качестве причины заболевания часто называют событие, спровоцировавшее болезнь.

Оля Ж., 10 лет, ЮХА, полиартрит, заболела в возрасте шести лет: “Я заболела потому, что каталась на велосипеде и упала. Чтобы не болеть я посоветовала бы другим осторожнее кататься на велосипеде”. Наряду с непосредственно-чувственными ощущениями в субъективном отношении к болезни, у подростков с ЮХА представлены переживания, связанные с негативным отношением к необходимости находиться в больнице, с ситуацией лечения в целом.

Сергей К., 11 лет, ЮХА, болен с четырех лет: “Если бы все знали, как я боюсь пункций. Самое неприятное в моей болезни это уколы и пункции”.

У подростков с ЮХА преобладают негативные переживания, связанные с болезнью. В большинстве случаев они отмечают, что с болезнью у них связано чувство “страха, усталости, беды, грусти”. У десятилетних подростков с ЮХА отмечается положительное отношение к будущему.

Фразы теста “незаконченные предложения” подростки с ЮХА закончили следующим образом: “Я верю, что в будущем все встанет на СВОИ места”, “...стану счастливая”, “...у меня все будет хорошо”. В то же время уже у 10-11-летних подростков болезнь включена в контекст значимых жизненных событий. Многие из них рассматривают болезнь как препятствие для полноценной жизни в будущем. Все это формирует у подростков с ЮХА стремление выздороветь-выздороветь “даже если бы для этого пришлось пройти через самое трудное и мучительное лечение”, жить “как раньше – без болезни”.

Лена Ш., 10 лет преимущественно суставная форма, полиартрит, функциональная недостаточность второй степени, заболела в возрасте семи лет: “Я верю, что в будущем буду жить как раньше”.

Таблица 5. Возрастная динамика формирования отношения к болезни у подростков с ЮХА

Отношения к болезни	10 лет (n = 23)	12 лет (n = 14)	14 лет (n = 19)
Адекватное представление о заболевании	9 (39%)	7(50%)	10(53%)
Неполное представление о заболевании	12 (52%)	8 (57%)	8(42%)
Неадекватное или формальное представление о заболевании	1 (4%)	0 (0%)	5 (26%)
Переживания связанные с ситуацией лечения	15 (68,5%)	5(36%)	7 (37%)
Переживания связанные с трудностями передвижения	6 (26%)	3 (21%)	5 (26%)
Переживания связанные с ощущением социальной неполноценности	3 (13%)	8 (57%)	10 (53%)

Для подростков 12-13 лет характерно более адекватное представление о собственном заболевании. По данным методики “незаконченные предложения” у подростков с ЮХА с возрастом сократилось число формальных ответов и число ответов не связанных с основным инвалидизирующим заболеванием. В то же время у подростков с ЮХА увеличилось число ответов, свидетельствующих о напряженных размышлениях больного ребенка о своем заболевании, его причинах, попытках связать факт своего заболевания с событиями более общего порядка.

Лена К. 12 лет, ЮХА, суставная форма, прогрессирующее течение, больна с 8 лет: “Я заболела, потому что дал Господь, так надо (это испытание)”.

Эмоциональный уровень отношения к болезни отражает страхи и опасения больного ребенка, связанные не только с непосредственно-чувственным переживанием болезни (боли, неприятные ощущения, трудности передвижения), но и с реальным представлением о развитии болезненных проявлений, о влиянии болезни на качество жизни в будущем.

Аня П., 12 лет, ЮХА: “Больше всего на свете я боюсь потерять зрение”. Оксана П., 13 лет, ЮХА, функциональная недостаточность второй степени: “Самое неприятное в моей болезни, что я не смогу заниматься тем, чем хочу”. Подростки с ЮХА чаще всего не воспринимают свою болезнь как “социальную неполноценность”. Большинство из них рассчитывают на благополучный исход лечения болезни. Наиболее типичными для подростков с ЮХА являются следующие высказывания о будущем: “Я хочу, чтобы когда-нибудь я выздоровел, стал здоровым как раньше”, “Я верю, что в будущем все будет хорошо”. Однако стремление стать “здоровым как раньше” связаны со страхом не вылечиться, “...остаться таким”. Переживания из-за собственной неполноценности отнесены в будущее.

Для подростков с ЮХА 14-15 лет характерно более полное представление о причинах, симптомах своего заболевания, возможных последствиях для будущей жизни. Последние становятся предметом мучительных раздумий больного подростка, негативных переживаний. Фразу “Если бы все знали как я боюсь ” подростки четырнадцати лет с ЮХА чаще всего продолжают следующим образом: “...стать инвалидом, не вылечиться, ...что не смогу заниматься тем, чем я хочу ” и т.д.

Сергей Б., 14 лет, РА, олигоартрит, функциональная недостаточность 1 степени, состояние после оперативного лечения. “С такой болезнью как у меня сложно загадывать. Мне нужно выздороветь, чтобы в будущем прожить”.

Женя П., 15 лет, ЮХА, функциональная недостаточность второй степени “Мне нужно выздороветь, чтобы в будущем стать полноценным гражданином общества”.

Фразы методики “незаконченные предложения” 14-15-летних подростков с ЮХА отражают размышления, когнитивную переработку негативных эмоциональных переживаний больного подростка, связанных с заболеванием и носят защитный характер.

Инга С., 14 лет, ЮХА, суставно-висцеральная форма, функциональная недостаточность второй степени: “Чаще всего мне становится легче от того, что другие страдают намного больше, чем я”.

Володя С., 14 лет, ЮХА, функциональная недостаточность второй степени: “Чаще всего мне становится легче от того, что я мечтаю, думаю о выздоровлении”.

Заключение:

Самооценки подростков с ЮХА трех возрастных групп оказались снижены по сравнению с самооценками здоровых подростков. У больных подростков 10-11 лет самооценочные параметры снижены по шкалам «здоровье», «характер», «счастье». У подростков с ЮХА 12-13 лет и 14-15 лет - по шкале «здоровье». Самооценочный компонент личности у подростков с ЮХА трех возрастных групп оказался менее дифференцированным, чем у здоровых подростков. Самооценка здоровья, включенная в структуру самооценочного компонента личности больного подростка, является источником формирования негативного эмоционально-ценностного отношения к себе.

У больных подростков трех возрастных групп самооценка здоровья оказывает существенное влияние на другие частные самооценки и эмоционально-ценностное отношение к себе в целом.

С возрастом у подростков с ЮХА, в отличие от их здоровых сверстников, происходит снижение уровневых показателей самооценок. У здоровых подростков 12-13 и 14-15 лет происходит эмансипация самооценки здоровья от других частных самооценок.

В структуре отношения к болезни у подростков с ЮХА преобладает эмоциональный уровень, когнитивная составляющая болезни подростков с ЮХА является неполной, редуцированной; с возрастом формирование когнитивного уровня в структуре отношения к болезни у подростка с ЮХА сопровождается усилением негативных переживаний, развитием защитных форм поведения и восприятия болезни.

* * *

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СИНДРОМА ДОРСОПАТИЙ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ПАТОГЕНЕЗА СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ

А.Н. АЛЁХИН, С.Г. ШАГОВ

Данные клинико-эпидемиологических исследований, посвященных вопросам психической патологии в практике врача общего профиля показывают, что от 30 до 50% обратившихся за помощью в поликлиники и стационары страдают не соматическими, а пограничными психическими расстройствами, а у как минимум 25% больных с действительным телесным недугом значительную роль в клинической картине играют симптомы психического расстройства (В.Д. Тополянский, М.В. Струковская, 1986).

Согласно проведенному сплошному обследованию больных терапевтического участка (Л.В. Романенко, Г.М. Румянцева, А.М. Басов, 1989) пограничные психические расстройства выявлены у 51,6% больных: невротические реакции – 9,3%, неврозы – 5,6%, психопатии и акцентуации – 13,6%, неврозоподобные расстройства при соматических и неврологических заболеваниях у 23,1% больных. В общесоматической практике 25% больных страдает соматоформными расстройствами, поглощая около 25% всех средств, расходуемых на здравоохранение (Ю.В. Попов, В.Д. Вид, 1997).

Соматоформные расстройства представляют собой разнородную по содержанию группу расстройств, для которых характерно наличие физических симптомов наряду с требованиями пациентов проведения медицинского обследования вопреки отрицательным результатам обследований и отсутствия физической основы для симптоматики. По мнению ряда авторов, для больных соматоформными расстройствами характерна блокировка телесного опыта, и всё многообразие телесных ощущений у них ограничивается переживаниями комфорта или дискомфорта (Г.Е. Мейер, 1961, С. Kohler, А. Kiesel, 1972). Необходимость системного исследования подобного рода расстройств подчеркивается в работах многих авторов (П.К. Анохин, 1975; К.В. Судаков, 1981; А.А. Северный, 1987 и др.).

Достаточно частой причиной обращений в соматическое отделение являются разнообразные боли в спине, так называемые дорсопатии. До настоящего времени механизмы развития дорсопатий остаются неясными, они и относятся к мультифакторальным заболеваниям (В.И. Мазуров, И.А. Онущенко, 2000). В связи с этим представляется актуальным исследование психологических аспектов данного вида патологии с точки зрения психогенеза соматоформных расстройств.

С этой точки зрения соматоформное расстройство представляет собой целостную реакцию, включающую в себя как психические так и соматические компоненты, актуализирующиеся под воздействием определённых иницилирующих агентов, и воспроизводящих ряд последовательных явлений, характеризующихся как симптом. Исследование психического компонента данной реакции представляет самостоятельный интерес в плане обоснования направлений психологической коррекции в комплексном лечении этого типа расстройств.

Согласно современным представлениям, важным фактором в происхождении болевого синдрома является хроническое эмоциональное напряжение, обусловленное переживанием внутриспсихического конфликта. Эмоциональное напряжение, обусловленное особенностями психологического реагирования в стрессовых ситуациях сопровождается локальными изменениями мышечного тонуса, которые в свою очередь, подкрепляют эмоциональное напряжение. Мышечные напряжения, наряду с другими факторами, способствует ухудшению трофики и препятствует оптимальному функционированию соответствующих отделов опорно-двигательного аппарата. Таким образом, редукция эмоционального напряжения может способствовать купированию болевого синдрома. Это предполагает исследование структуры психологического переживания, компонентом которого является патогенное эмоциональное напряжение.

Клинико-психологическое обследование больных с синдромом дорсопатии позволило бы уточнить роль психологических факторов в его происхождении и сформировать критерии дифференциальной диагностики для отграничения функциональных нарушений опорно-

двигательного аппарата. Целью этого направления исследований является обоснование психотерапевтического подхода в комплексном лечении дорсопатий.

Литература:

1. Курпатов А.В., Аверьянов Г.Г. Психические расстройства в практике врача общего профиля. – СПб., 2001.
2. Фёдоров А.П. , Сергеева Л.С. Телесно-ориентированный подход в терапии соматоформных расстройств // Клинические Павловские чтения. – Вып. 2. «Психосоматика». – С. 34-35.

* * *

О.А. НИКИТИНА

В статье "Как уйти от прошлого" двенадцать лет назад Арон Белкин писал: "Даже анатомически человек так устроен, что взгляд его постоянно обращен вперед. Мысль о будущем присутствует в сознании всегда, управляя поведением (...) А то, что осталось позади, не кажется достойным такой ревнивой заботливости. Что было, то – было — свершилось, и уже ничего нельзя ни изменить, ни поправить (...) В глубине души прошлое остается самим собой – неприпомаженным и неотредактированным. Таким оно и пребудет с вами навеки. И никому не дано предугадать, когда и при каких обстоятельствах рванется оно на поверхность, переворачивая душу" (1). Это высказывание верно в рамках человеческой жизни вообще, но так же верно в отношении влияния прошлого опыта родителей на бессознательную и сознательную жизнь ставших взрослыми детей.

Мария Машовец, анализируя две работы Диноры Пайнз "Работа с женщинами, выжившими в лагерях уничтожения" (5) и "Удар Катастрофы по следующему поколению" (6) в статье "В поисках филогенетической идентичности" (4) выдвигает ряд тезисов: женщины, пережившие Катастрофу, стремились рожать детей, в этих детях они бессознательно воспроизводили погибших дорогих им людей; независимо от того, знали ли дети о судьбе родителей, они испытывали на себе сильнейшее влияние Катастрофы и имели сложности с сепарацией, с выражением агрессии, с идентичностью; в аналитической ситуации проблема часто "замалчивалась" совместными усилиями аналитика и пациента, пациент воспроизводил нежелание своих родителей говорить на эту тему, а аналитик повторял это в дополнительном и согласующемся контрпереносе.

Многим психотерапевтам приходилось наблюдать и интерпретировать влияние исторических событий на пациента. Среди историй, рассказываемых пациентами, есть повторяющиеся, такие, которые можно назвать семейными мифами или семейными фантазмами. Суть одной из таких историй (в моей практике подобный алгоритм встречался четыре раза), произошедшей либо в предыдущем поколении, либо через поколение (в зависимости от возраста клиента), сводится к следующему: во время войны женщина рождает живого младенца, но из-за тягот, голода и лишений закапывает его живым в землю. В это время отец младенца, мужчина, считается пропавшим без вести.

Клинический случай (материал приводится с согласия клиентки).

Она просила называть себя Людмила. Это пожилая женщина (61 год), очень скромно, чистенько и аккуратно одетая. К психотерапевту обратилась по настоянию дочери, которая сама проходит индивидуальный психоанализ и посещает психотерапевтическую группу.

Тяжело начиналась жизнь Людмилы и печален ее рассказ о тех далеких временах. Родившись в 1941 году, первые шесть месяцев жизни она провела вместе с матерью в блокадном Ленинграде. Потом они были эвакуированы в Краснодарский край. Ехали в теплушках полтора месяца. Стоял сорокаградусный мороз. Не было самых необходимых вещей, и мать ножом чистила пеленки, а потом опять заворачивала в них девочку. А когда приехали, то и там не нашли покоя – в Краснодарский край пришли немцы. Приходилось прятаться. На одной из сессий Людмила предположила, что, возможно, страх людей, который преследовал ее всю жизнь, оттуда – очень маленький ребенок только под страхом смерти, может прятаться и сидеть, не шелухнувшись (Людмила знает об этом из рассказов матери).

Мать вернулась в Ленинград, оставив девочку с бабкой, тяжело и много работавшей. Девочка была предоставлена сама себе. Вероятно, тогда она и полюбила природу, которая своей простой красотой, доступностью и "надежностью" одна была ей помощником и другом. Баба давала еду, но не могла удовлетворить эмоциональные потребности ребенка. Людмила вспоминает, что в ее кровати всегда были крошки. Хотя она и была сыта, но всегда прятала кусочки еды под подушку.

Отец Людмилы пропал без вести. Мать родила ребенка. Не имея возможности его выкормить и вырастить, живым закопала его в землю. После этого, как считает Людмила, мать всегда была немножечко сумасшедшая, не в себе.

В семь лет Людмилу забирают обратно к матери, которая к тому времени вышла замуж и родила девочку. А через несколько лет еще одну. Тогда и случилась первая депрессия пациентки: все стало серым, безнадежным, пришла тоска, и делать ничего не хотелось.

Приехав к матери, Людмила впервые близко увидела мужчину. Ей трудно описать свои чувства. Отчим был грубым, суровым - не таким, как воображаемый и идеализированный отец. Девочка не могла назвать отчима "папа" из-за пропавшего без вести отца. Долго еще потом, до института, а может быть и до первой госпитализации в психиатрическую больницу с тяжелой депрессией, она считала отца живым, обожествляла его и ждала его возвращения. Эта идеализация и верность были с ней всю жизнь: она отказалась взять фамилию отчима, практически не имела сексуальных отношений, не выходила замуж, считая, что ее "половинка" погибла на войне.

В школе Людмила всегда училась хорошо, было много отличных отметок. После школы поступила в институт, но из-за того, что поступила "не в тот, куда хотела" и из-за госпитализации считала себя "плохой, ущербной". Друзей не имела и после института всегда спешила домой, где ничего не менялось и оставалось как в детстве: "Ходила за матерью и отчимом. Куда они, туда и я. Что они делали, то и я делала. Старалась быть хорошей. Наблюдала, как он брал своих дочек на колени, качал, читал им сказки. А меня не брал, потому что я чужая".

Итак, мы уже можем видеть своеобразие специфических личностных структур Людмилы. Депрессивное эго, наполненное непережитым и неоплаканым страданием, искажающим восприятие реальности. Отсутствие реального наполнения родительских фигур. Идеализация пропавшего без вести отца. И невинно убиенный младенец, ставший основой патологической идентичности.

Адольф Гуггенбюль-Крейг в книге "Эрос на костылях" (2), пишет: "...в римско-католической мифологии существует образ младенца, находящейся в самом неопределенном положении. Некрещеный ребенок, который никогда не сможет попасть ни на Небеса, ни в Ад, ни в Чистилище. Этот младенец странствует туда и обратно всю вечность между Раем и Адом. Так как он не был крещен, то не может попасть в рай, а, умерев при рождении, не имел возможности совершать грешные поступки, а потому не мог оказаться в аду". Автор предлагает рассматривать часть нашей (psyche) души как некрещеного младенца, часть, которой не коснулась сущность человеческой природы – ни эротика, ни нравственность, ни эстетическая дифференциация. Можно предположить, что такой младенец является не только стержнем идентификации Людмилы, но есть в душе и у каждого из нас.

В ситуации Людмилы мы можем наблюдать четко обозначенный бессознательный паттерн (комплекс) семьи: непохороненный идеализированный мужчина и рожденный, но заживо закопанный младенец. Тот, кто должен жить - похоронен, а тот, кто должен быть похоронен – становится вечным скитальцем.

Как этот комплекс проявляется в сессиях? И как возможно интерпретировать такой материал? Вот запись одной из сессий (середина первого года работы).

Людмила пришла после перерыва, во время которого ей была сделана эндоскопическая операция по удалению кисты яичника.

П.: Мне не нравится сюда приходить. Не нравится в этом кресле. И я бы не приходила, но дочка говорит, что когда я прихожу и говорю здесь, то она может со мной общаться... Мне не нравится в этом кресле... (делает жест ладонями, как бы показывая люльку, или держа жмень влаги)... Я бы все оставила, как есть. Прошлое уже какое есть, таким и останется... Но я не могу общаться.

А.: Вам не нравится в этом кресле. Не нравится то новое, что я предлагаю.

П.: Конечно, не нравится. Я всю жизнь так жила! Сейчас только денег мало. Раньше государство заботилось!

А.: Но это удобное кресло. Может быть это кресло, (аналитик тоже делает "жменьку" рукой), как то прошлое, где в государстве есть похороненный младенец и непохороненный отец? Тяжело нести тяжесть такого груза.

П.: Да. Я думаю, что у меня опущение матки из-за этого... Следующая операция будет... Матка опускается, когда носишь непосильные тяжести... Когда я была в больнице, я не могла без боли, спокойно смотреть, как соседка по палате "убивала" своего ребенка. У нее и мужа уже было двое детей – девочек, и они хотели мальчика. Когда они узнали на УЗИ, что будет опять девочка, то решили сделать аборт. За большие деньги. А ребенок уже шевелился. Это убийство... Я вспомнила свою мать. Я не могла находиться в палате при этом разговоре, выскочила за дверь. Моя мать убила своего ребенка, потому, что был голод, была война. Она как сошла с ума тогда. И после этого. Ведь она потом ухаживала за нами, кормила. Я всегда помню, как тяжело она работала. А отец пропал без вести... И дед погиб.

А.: Вы лучше стали понимать, что происходило в те далекие и тяжелые годы. С этим неуютно. После операции всегда тяжело.

П.: Да, я понимаю теперь, почему я всю жизнь делала запасы. Когда были карточки, накупала крупы, а она потом пропадала, прогоркла. Много лишнего делала. Знаете, у меня много всякого барахла дома. Дома кажется, что места мало. В шкафу висит пальто отчима. Его уже четырнадцать лет, как нет, а пальто хранится. Дочка ругается, а я храню.

А.: Зачем?

П.: Не знаю. Пригодится.

А.: Значит это нужно. Оно связано с отцом, который не похоронен. Отчим, отец, если он вернется, всегда может надеть свое пальто.

П.: Знаете, у меня много живых цветов развелось дома. И один цветок все болел. Я за ним ухаживала, но он все равно был чахлым. А выкинуть его не могла. Один раз я его уронила. И пришлось его выкинуть в мусорное ведро. А потом мне его жалко стало, и я его из ведра вынула и посадила в новый горшок, в новую землю. Много веточек и корешков обломалось. А цветок теперь хорошо растет.

А.: Да, такое бывает – когда обламывается лишнее, мешающее новой живой зелени, получается хороший рост.

П.: (собираясь уходить) вы говорили, что хотите написать обо мне. Вы действительно считаете, что моя жизнь, что это интересно?

А.: Да.

П.: (со слезами на глазах) Напишите. Только назовите меня Людмила. Только имя. Имя ни к чему не обязывает.

Она права, эта пожилая женщина, понимающая, что только имя, ее имя, не отягощенное родом и проклятиями рода может ее спасти. Она всегда считала, что живет вместо того убитого младенца, что ее отец до сих пор жив. Нет, она не была психотиком, не смотря на госпитализации в психиатрические больницы. Просто ее фантазии сохранили яркость, как у ребенка. Она страдала депрессией, которая является расстройством настроения, проблемой эмоции, а не психозом с нарушением мышления. И для нее было важно то, что психотерапевт говорила с ней о том, запредельном, простым языком, делая короткие вмешательства, не смотря на то, что она обесценивала психотерапевта, как всегда саму себя в своей жизни.

Убитый младенец "не давал" ей жить. Последняя госпитализация была тридцать лет назад после родов. У Людмилы был мастит, температура "сорок". А ее, с послеродовой депрессией положили на «Пряжку», печально известную психиатрическую больницу. Людмила рассказывает, что могла уже "только мычать". Соматического лечения не было оказано никакого. Спасла ее медсестра, простая женщина. Она испугалась (или поняла), что Людмила умирает, и не захотела «брать грех на душу». Ночью перевела ее в соматическую больницу.

Что же послужило толчком к скрытым суицидальным тенденциям? Пациентка понимала, что хоть и осталась жива, но что-то умерло в ней тогда. Не была ли живая новорожденная девочка напоминанием об ужасе того младенца? Люди, перенесшее такое, с трудом отрываются

от своей матери, и собственный ребенок представлял угрозу тому, не состоявшемуся, но поэтому такому желанному симбиозу.

Мелани Кляйн, начиная статью "Скорбь и ее отношение к маниакально-депрессивным состояниям", приводит слова Фрейда из работы "Скорбь и меланхолия" (7): "Существенной частью работы скорби... является проверка реальности. (...) При горе необходим этот период времени для тщательного исполнения требования, налагаемого проверкой реальности, и, (...) по завершении этой работы, это преуспевает в освобождении либидо от утраченного объекта". Далее Кляйн пишет: "...существует тесная связь между проверкой реальности, осуществляемой при нормальной скорби, и ранними психическими процессами. Ребенок проходит через психические состояния, которые можно сопоставить со скорбью взрослого человека, или, вернее, эта скорбь оживает всякий раз, когда в последующей жизни случается испытать горе" (3).

Что же можно говорить об этой женщине, младенческая жизнь которой отнюдь не была фантазийным сопоставлением со скорбью взрослого человека, а связана с реальной болью и наполнена реальной угрозой?

И скорбь, и работа депрессии не заканчиваются в поколении детей.

Теперь давайте остановимся на части мифа, касающейся пропавшего без вести мужчины. От чего пропадали без вести? Во время войны человек мог погибнуть на поле боя и его тело не всегда было идентифицировано. В этом случае семье не приходила "похоронка". Пропавшими без вести могли быть также репрессированные, узники ГУЛАГа. В любом случае, семья того, на кого приходила бумага о том, что он пропал без вести, не могла посетить место захоронения. Могилы, как бы не было.

Этой могилой была любая братская могила. Смысл братской могилы в стирании границы между любимыми и нелюбимыми, между "своими" и "чужими". Семья приходила оплакивать своего отца, мужа, сына, искренне веря в то, что он их слышит. Отцом был любой.

В образе «пропавшего без вести» мы можем увидеть образ героя – мифологему, в которой в различных сочетаниях обнаруживаются характерные мотивы. В один ряд с Гильгамешем, Одиссеем, Фаустом и другими попадает и наш герой.

Мономиф о герое был подробно исследован и описан различными авторами и соответствует описанию тридцати одного пункта, связанных с жизнью и смертью героя, приведенном Владимиром Проппом в "Морфологии сказки". Основываясь на них, можно сделать следующий вывод: паттерн, выведенный путем абстракции, подразумевает не одну, но две победы в жизни героя. Одну временную, а другую окончательную, следующую за поражением, предательством и величайшими испытаниями (8).

«Пропавший без вести» - герой, соответствующий критериям мономифа. Он был "на царствии", как воспетый пролетариат, устанавливающий законы диктатуры. После потери благорасположения (под репрессии мог попасть каждый), он подвергался изгнанию (попадал в ГУЛАГ). Его смерть загадочна (потому что скрыта). Его дети при его смерти не присутствуют. Его тело не передается погребению. Почитаются многие места его захоронения.

Отсутствующий отец... «Древние греки уже знали то, что подтверждено в наше время тщательным медицинским наблюдением: для развития сына менее пагубно иметь мертвого отца, чем отца, чья судьба неизвестна... отсутствие отца, которое делает его судьбу неопределенной, может превратить сына в убийцу и даже в матереубийцу...» (2). Но только ли для развития сына?

В данной работе не ставится вопрос об истинности рассказанной пациенткой истории – она рассматривается как миф. Вопрос стоит иначе: возможно ли считать историю с закопанным заживо младенцем и пропавшим без вести отцом не только относящейся к истории пациента и влияющей на развитие депрессии, но и проявлением архетипов, характеризующих общество в целом?

Длительные последствия Отечественной войны можно разглядеть в явлении, условно называемом «демографическим». Все аналитические исследования называют Россию страной женской, материнской, так что можно предположить, что приведенные в данной работе рас-

суждения легли на уже исторически сформировавшийся пласт. На протяжении первой половины двадцатого века в нашей стране в результате двух мировых войн, революции, гражданской войны и сталинских репрессий в нескольких поколениях мужчины были практически уничтожены. Можно сказать, что двадцатый век в России равносителен Катастрофе, где мужественные и активные практически уничтожены, а выжившие несут на себе гнет бессознательной вины за то, что живы.

В процессе психотерапии постепенно постигая свой внутренний мир пациент имеет возможность осознать и переосмыслить и свои собственные, и семейные воспоминания, избавиться от бессознательного чувства вины и завершить, таким образом, «работу скорби», начатую в предыдущих поколениях, избавив от этого тягостного траура собственных детей и внуков.

Литература:

1. *Белкин А.* Как уйти от прошлого? // Российский психоаналитический вестник. – №2. – М., 1992. – С. 116.
2. *Гуггенбюль-Крейг А.* Эрос на костылях. – СПб., 2002. – С. 5.
3. *Кляйн М.* Скорбь и ее отношение к маниакально-депрессивным состояниям // Вестник психоанализа. – №1. – 2002. – С. 44.
4. *Машовец М.* В поисках филогенетической идентичности // Вестник психоанализа – №1. – 2002. – С. 130-136.
5. *Пайнз Д.* Работа с женщинами, выжившими в лагерях уничтожения // Бессознательное использование своего тела женщиной. – СПб., 1995.
6. *Пайнз Д.* Удар катастрофы по следующему поколению // Бессознательное использование своего тела женщиной. – СПб., 1995.
7. *Фрейд З.* Скорбь и меланхолия // Вестник психоанализа. – №1. – 2002. – С. 13-29.
8. *Наранхо К.* Песни просвещения. Эволюция сказания о герое в западной поэзии. – СПб., 1997. – С. 13-15.

* * *

А.Н. Алёхин

В системе научных знаний о человеке и человеческой жизни ведущая роль принадлежит сегодня психологии. Но в ней сложилось странное по своей незаинтересованной обречённости убеждение, что человек – это нечто, что понять, тем более описать понятно, невозможно. Психология двинулась по пути технократизма. Выстраиваются статистические законы поведения некоего «среднего» человека, рассчитываются его интеллектуальный уровень, уровень тревожности, агрессивности, депрессивности и т.п. Из этих понятий путём нехитрых математических процедур порождаются новые, и так слой за слоем всё дальше от реальности.

Критериями научности в современных психологических исследованиях негласно почитаются объёмы выборок испытуемых, количества используемых тестов и, особенно, употребление особого «научного» языка: таким образом, следовательно, полученные данные свидетельствуют о... (Это – сама по себе интересная тема для изучения: как оценивалась бы научность исследовательских работ, если бы статистические пакеты не получили столь широкого распространения). Ведь и официальные требования настаивают на этом. Как доказать достоверность исследования, если выборка включает не 50, а 30 наблюдений? Занятно было бы представить себе основателей современных психологических школ – психоанализа, гештальт-терапии, или трансперсональной психологии с калькуляторами в руках, доказывающими достоверность своего клинического опыта. Причём, так психология, в стремлении к научности, тайком отрекается от своего основного постулата об уникальности человека. (Одна из работ К. Роджерса так и называлась: « $n=1$ »). Современные вычислительные средства позволяют «делать» науку без особых размышлений: побольше таблиц, помощнее программа, «машина выдаст», а там разберёмся. Так формируется плотное облако виртуального предмета, из-за которого собственно психологии – науки о душе человека не увидеть. Создано множество «психодиагностических средств», формулируются новые термины и закономерностей, но всё это имеет очень отдалённое отношение к задачам психологической помощи человеку. Закономерности ведь не порождаются статистическими расчётами. Можно без труда установить, что количество белых панам на черноморском побережье тесно коррелирует с уровнем заболеваемости дизентерией отдыхающих. А факторный анализ покажет, что совокупность признаков может быть описана фактором «жарко». Следует ли из этого, что причиной дизентерии являются белые панамы, может быть, наоборот?

Закономерности естественны, иначе мир рассыпался бы как картонный домик. Вопрос в том, какие закономерности потребны науке. Не нужны статистических расчётов, чтобы доказать: кислород взаимодействует с водородом, при этом с достоверностью = 1 образуется вода. Искусственные, полученные статистическим путём закономерности, это всего лишь закономерности связей внутри знаковой системы, они порождают множество фрагментарных знаний, зачастую не только не согласующихся между собой, но и противоречащих друг другу. При том, что задача науки как раз в том и состоит, чтобы по мере надобности систематизировать накопленный опыт (объяснить как можно больше явлений меньшим числом принципов, по И. Ньютону) с единственной целью – создавать действенные способы воздействия на реальность, транслировать, в конце концов, этот опыт следующим поколениям. И критерий научности знания – его достоверность, проще говоря, воспроизводимость результата действий, зафиксированных в этом знании.

Очевидно, что в рамках какой-либо существующей научной модели – медицинской, юридической, педагогической, психологической и т.п. даже такая практическая задача, как психологическая диагностика личности не имеет внятного решения. И если это так, то на чём основаны «научно обоснованные» рекомендации по сохранению психического здоровья, оказанию психологической помощи, профилактике душевных заболеваний, педагогическим мероприятиям? Какое значение для диагностики имеют разнообразные «среднестатистические» психологические нормативы, профили личности, уровни тревожности, агрессивности, депрессивности, толерантности и т.п.?

Если исходить из того, что диагноз – основа лечения, то диагноз, по определению, должен включать в себя представление о сути и механизмах страдания. Но какое диагностическое значение несёт в себе заключение о том, что тревожность клиента повышена, в сравнении с нормой и т.п. Можно ли измерить тревожность в баллах? Что такое тревожность по сути своей? Парадокс состоит в том, что очевидные психологические явления не имеют, за небольшим исключением, представительства в научных теориях. Каковы показания для психологической помощи, что считать психологической проблемой, каковы цели психологической коррекции, какими могут быть способы воздействия, на что следует воздействовать? Что уж говорить о таких понятиях как личностный рост, развитие личности, потенциал личности? Впрочем, такая неопределённость открывает широкие перспективы для непредвзятого исследования. Вдумчивое наблюдение и обобщение фактов оказывается на этом пути полезнее поспешного теоретизирования.

На уровне обыденных, ненаучных представлений психологический опыт гораздо содержательнее (не говоря уже о художественной литературе или драматургии). Всем известны состояния, когда «всё хорошо», «жизнь бьёт ключом», «в руках всё горит», мы довольны собой. В таких состояниях вряд ли кому придёт в голову задаваться вопросом: что со мной происходит, здоров ли я, в чём смысл моей жизни? (Оговоримся, речь идёт о психологическом, душевное заболевание – это иное и имеет собственные отличительные признаки). Случается, однако, мы говорим: «всё плохо, всё валится из рук, выбился из колеи, апатия и т.п.» Сначала мы склонны приписать это состояние нашим промахам, неудачам, недоброжелателям, – в общем, мы склонны объяснить его внешними обстоятельствами. Когда же ощущение душевного смятения затягивается, а арсенал средств для его преодоления иссякает, мы начинаем беспокоиться и искать помощи у друзей, психологов-консультантов, врачей. И те делятся с нами своим видением – т.е. пополняют наш собственный запас объяснений: «на всё воля Божья», «тебе надо отдохнуть», «у Вас невротическое состояние, попринимайте вот это».

А как мы сами различаем состояния человека: хорошо ему или плохо? Вот он оживлён, открыт, проявляет интерес. Или – подавлен, немногословен, скован. Очевидно, что критерий психологического состояния – это самоощущение жизни, или, выражаясь точнее, субъективное переживание качества жизни. Здесь же проявляется один из признаков, ориентируясь на который, можно судить о внутреннем состоянии. Это – степень открытости. Процесс жизни – это ведь это множество отношений: с миром, с другими людьми, с самим собой. Человек открыт, и мир доступен ему во всех его проявлениях, он интересен, в нём возможно движение, где движение, там и энергия. И напротив, когда человек закрыт, отделен от мира, он не видит перспектив, буквально подавлен и ощущает эту подавленность насупленными бровями, головной болью, спазмированным желудком, в общем, ему плохо. Итак, открытость и закрытость (для отношений). Где закрытость – там границы. Границы – результат психологического процесса, даже когда человек не отдаёт себе в этом отчёт. Воспитание, окружение, традиции и мораль – всё это огромные системы опыта, зачастую «архивированные» и даже не представленные в сознании. Мир, логично полагать, сам по себе таков как он есть, а то каким он предстаёт для нас, а значит и мы в нём – определяется нами.

Психологически опыт отношений с миром (принцип отношений) складывается в то, что принято называть мировоззрением (не в обществоведческом смысле, а как картины мира и себя в нём). Это целая система, в которой определены смыслы, планы, цели, которая постепенно пополняется и видоизменяется, но при этом сохраняет свою целостность и обеспечивает понятность мира для человека, его интегрированность (принцип целостности). Время от времени в этой системе возникают напряжения, обусловленные тем, что новый опыт не укладывается в ячейку существующей системы, он неконгруэнтен существующим представлениям, возникает граница – целостность нарушается, и человек переживает то, что принято называть психологической проблемой (кризисом, фрустрацией, стрессом и т.п.), то, что сопровождается зачастую мучительными переживаниями. Необходимость выбора, страх неизвестности, неудовлетворенность собой, потеря, обида, ревность – это проявления нарушен-

ной целостности, которая любым путём должна быть восстановлена, это требует душевных сил, иногда помощи. Если система не перестраивается – проблемы множатся. Вступают в процесс суждения, апеллирующие к прошлому или будущему. Переживания по поводу уже свершившегося, опасения по поводу будущего и т.п. парализуют волю и активность. Псевдознание реального положения дел множится, человек погружается в допущения, и в этом ему способствует подавление чувствования процесса – абсолютизация состояния в координатах пространства и времени. У него появляется способность быть своеобразным «третьим» (где первые двое – это он сам и ситуация в которой он оказывается), как будто сторонним наблюдателем. Человек лишается адекватности для данной конкретной ситуации, принося её в жертву неотчётливому прогнозированию; он осмысливает вперед огромные временные промежутки и уже сейчас поступает не так, как следовало бы в этих конкретных условиях («здесь и сейчас»), т.е. не адекватно, а адаптивно, полагая, что если он сейчас поступит так-то и так-то, то в будущем всё произойдёт так-то и так-то, как бы того хотелось. Более того, осмысление всех вероятностей будущего в буквальном смысле слова парализует в настоящем. Активность человека смещается внутрь, в границы собственной системы. Чувство стеснения и существования границ между Я и Мир, границ между разными подструктурами Я – Я желающий и Я долженствующий, составляет суть негативного психологического переживания, т.е. снижения качества жизни, оценка которого, собственно и является наиболее адекватным критерием психологического состояния личности. Подобно тому, как в классической медицине именно жалобы на самочувствие являются показанием к врачебному вмешательству, ибо есть первый и главный признак ухудшения здоровья.

Экстраполируя эти наблюдения на уровень концептов, можно определить совокупность субъективных переживаний, как проявления открытости – закрытости (в широком диапазоне частных проявлений) психологической системы. Реакции разворачиваются в целостной системе «человек» на разных уровнях организации. Но понятие «открытость – закрытость» даёт возможность адекватно описать состояния разных уровней. Такие понятия как проекция, эмоциональное напряжение, фрустрация, незавершённый гештальт, по-разному отражают проявления этого феномена. И направления психологической помощи, будь то интерпретации в психоанализе, контакт в гештальттерапии, работа с субличностями в психосинтезе, техники трансперсональной психологии по-разному реализуют попытки раскрыть систему или, по крайней мере, расширить её.

Изложенный анализ предпринят лишь для иллюстрации возможного подхода к систематизации эмпирических данных. Суть его представляется нам в том, чтобы уловить, выявить то общее, что имплицитно содержится в многообразных психологических феноменах и разработать такую систему концептов, которая позволила бы целостно и непротиворечиво их анализировать. В классической физике, например, всё содержание реальности моделируется посредством ограниченного набора концептуальных представлений: сила, энергия, масса, заряд, пространство, время, поле и т.п. Иное дело в психологии, где одни и те же феномены имеют разное понятийное оформление. Конечно, содержание системы концептов определяется целями теоретического конструирования: вряд ли правомерно описывать поведение человека в системе элементарных рефлексов. Но непременным требованием к этим концептам является возможность их экспериментальной верификации. Подобных концептов в психологии и смежных с нею науках наработано предостаточно. Проблема состоит в разработке эффективной методологии моделирования открытых систем, коими являются все естественные системы. Но эта проблема носит метанаучный характер и требует специального анализа.

* * *

ПРОБЛЕМА РЕЗЕРВОВ АДАПТАЦИИ ОРГАНИЗМА К ЭКСТРЕМАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ: СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

Д.Н. ДАВИДЕНКО

Проблема резервов адаптации организма к экстремальной деятельности может быть рассмотрена на модели деятельности спортсмена, которая характеризуется выраженными физическими и психо-эмоциональным нагрузками.

Процесс научного познания сопровождается изменениями в трактовке понятия «адаптация». По мнению В.П. Петленко, это связано, в основном, с двумя обстоятельствами: во-первых, с недостаточной теоретической разработанностью основных проблем биологии и медицины и, во-вторых, с объективной сложностью и многогранностью самого предмета исследования, вследствие которых имеют место значительные различия в современных трактовках понятия адаптации.¹

Адаптацию следует рассматривать как процесс формирования состояния, адекватного условиям обитаемости и осуществления необходимой деятельности, в котором связываются и биологические и социальные аспекты адаптации. В настоящее время общепризнанно выделять два вида адаптации – биологическую и социальную. Естественно, в отличие от животных определяющей в природе человека является социальная сущность, однако биологическая сущность человека, исторически предшествующая социальной, позволяет исследовать его природную основу, на которой зиждутся компоненты социальной адаптации.²

Понятие биологической (в том числе и физиологической) адаптации содержит общие и специфические характеристики адаптационного процесса, относящиеся ко всем системам, независимо от особенностей их развития и организации. Физиологическая адаптация определяется и как устойчивый уровень активности и взаимосвязей функциональных систем, органов и тканей, а также механизмов управления. Причем показано, что адаптивные возможности человека часто проявляются лишь в конкретных естественных или искусственных условиях деятельности, когда реализуются резервные возможности организма, а физиологической основой адаптации выступают пластичность функциональных систем, их взаимосвязь и взаимообусловленность.³

Выделяют два вида адаптации – срочную и долговременную. Если срочная адаптация обеспечивается эволюционно детерминированными приспособлениями, то долговременная формируется постоянно в условиях многократной реализации адаптационных реакций. Это происходит только при тех воздействиях, которые обладают определенной силой, временем действия и скоростью. Предполагается, что степень истощения энергетического потенциала функционирующих структур организма и сдвигов внутренней среды является главным стимулятором последующих адаптационных процессов, структурной основой которых будет синтез белковых соединений и постепенное накопление энергетического потенциала ведущих для данного вида деятельности функционирующих структур. В результате перестройки, связанной с этим, с одной стороны, повышаются экономичность и эффективность функционирования систем и резистентность к неадекватному фактору, с другой – наблюдается увеличение компенсаторно-приспособительных возможностей организма.⁴

По мнению А.А. Виру и П.К. Кырге,⁵ адаптация организма к физическим нагрузкам заключается в срочных адаптационных процессах, осуществляемых непосредственно во время работы мышц. Их первоочередная задача заключается в мобилизации энергетических ресурсов, транспорте кислорода и субстратов окисления к работающим мышцам, в удалении конечных продуктов реакции энергетического обмена и в создании условий для пластического обеспечения мышечной деятельности, в частности путем дополнительного синтеза новых молекул ферментов. Но главная задача срочных адаптационных процессов заключается в сохранении постоянства внутренней среды организма. Именно как основная опорная характеристика в общей структуре адаптационного процесса при мышечной деятельности выделяется состояние гомеостатического регулирования.

В основе адаптации лежит постоянное взаимодействие адаптивных и гомеостатических механизмов регуляции. Первые переводят организм на новый уровень функционирования, вторые – стабилизируют достигнутое состояние. Гомеостазис определяет норму состояния организма, вместе с тем возможная степень сдвига гомеостатических параметров может помочь судить о «резервах гомеостазиса», которые определяются уровнем тренированности или «резервными возможностями» рабочих органов и систем органов, а также регулирующих систем, достигнутым в результате тренировки. Если бы резерв гомеостазиса можно было бы легко определить, то он служил бы точным количественным выражением адаптивных возможностей организма.⁶

Глубокие исследования по проблеме адаптации проведены В.Н. Платоновым.⁷ Он, в частности, отмечает, что адаптацию можно рассматривать и как комплекс морфофункциональных сдвигов в организме при тренировочной деятельности, и как меру (итог) приспособительных реакций организма.

По мнению А.С. Мозжухина и Д.Н. Давиденко,⁸ адаптация к мышечной деятельности в физиологическом отношении представляет собой двуединый процесс: при двигательной активности организм приспосабливается к удержанию жизненно важных констант внутренней среды; поскольку предотвратить сдвиги гомеостазиса не удастся, то организм приспосабливается к выполнению двигательной деятельности в условиях измененной внутренней среды.

Некоторыми исследованиями процесс адаптации к воздействиям факторов внешней среды вообще, и к мышечной деятельности в частности, связывается с проявлением и мобилизацией морфологических и функциональных резервов организма. Более того, к настоящему времени обоснованы основные положения о резервах адаптации организма.⁹

Развитие представлений о резервных возможностях организма связано с именем Л.А. Орбели, который в своих работах неоднократно подчеркивал положение о поистине неограниченных возможностях организма человека приспосабливаться к необычным условиям среды, к воздействию различных экстремальных факторов.¹⁰

Сейчас, вероятно, трудно определить первых исследователей, обративших внимание на скрытые резервные возможности организма. Однако очевидно, что многие из них по-разному отвечали на вопрос, что лежит в основе этих скрытых возможностей. Так, Р. Вирхов считал, что огромные резервы заложены в клеточной организации всего живого, в практическом бессмертии клетки;¹¹ А. Дорн и А.Н. Северцев видели скрытые резервы в возможности замещения функций;¹² И.И. Шмальгаузен писал, что «организм обладает такими исторически выработанными реакционными механизмами приспособительного значения, возможности которых не ограничиваются только теми условиями, которые реально встречаются в данной среде, а идут значительно дальше. На фоне известной общей реакционной способности выдифференцируются, таким образом, соответственно условиям существования более частные реакции, которые сами по себе могут выходить за пределы реализовавшихся когда-либо реакций».¹³ М.П. Бресткин, В.П. Загрядский, А.С. Мозжухин, Д.Н. Давиденко связывают резервы с эволюционно выработанными способностями.¹⁴ Некоторые исследователи видят главный резерв в особенностях регуляции функций в живых организмах, а именно в ее многоуровневости и дублированности.¹⁵ Другие выводят его из системной организации жизненных процессов;¹⁶ третьи находят его в перестройке системы регуляции.¹⁷ Это далеко не полный перечень всех точек зрения, но и он достаточно обширен, чтобы предположить наличие не одного, а многих процессов, лежащих в основе этого явления.

Скрытые резервные возможности организма отождествлялись раньше с понятиями «защитные силы организма», «жизненные силы организма», а первыми исследователями, осуществившими разработку общих представлений о резервах организма, по-видимому, являются К. Бернар и П. Бер,¹⁸ плодотворно экспериментировавшие на животных в XIX веке, и В. Кеннон¹⁹ и Д. Баркрофт²⁰ – в первой половине XX столетия. Особенно следует подчеркнуть заслуги К. Бернара, который обобщил накопившиеся в науке факты взаимодействия организма и среды, выдвинув идею о двух средах – внешней, окружающей извне живое существо, и той, в которой находятся клеточные и тканевые элементы, – внутренней среде. Важное

положение, разработанное им, заключалось в объяснении общего способа, каким достигается устойчивость организма по отношению к многообразным и меняющимся воздействиям со стороны внешней среды. Этот способ состоит в том, что внутренняя среда поддерживается относительно постоянной, создавая тем самым клеткам и тканям стабильную основу для нормального функционирования. Разрабатывая далее идею о постановке внутренней среды организмов, В. Кеннон пришел к представлениям о гомеостазисе. Он, в частности, отметил, что борьба за существование – это в значительной степени нервная и мышечная борьба. Организм, который быстрее и успешнее приспосабливается к среде, имеет преимущество перед своими противниками. Он также обратил внимание на то, что в плане выживания имеет ценность функциональное совершенство организма, определяющее мобилизацию «телесных сил», которые начинают действовать, когда требуется или предвосхищается интенсивное мышечное усилие как естественное последствие естественного отбора. Д. Баркрофт идет дальше, показывая, что постоянство внутренней среды зависит от резервных и адаптивных возможностей организма. Им также отмечено существование в организме ряда резервов: углеводных жировых, белковых, солевых, водных. Важна и его идея о том, что всякое приспособление является интеграцией. На примере внутриутробного дыхания, приспособления к работе и к аноксии он показал, что наибольший эффект достигается в организме путем одновременного осуществления целого комплекса малых изменений, каждое из которых в отдельности не в состоянии обеспечить успех.

В исследованиях М.П. Бресткина и В.П. Загрядского был выявлен и получил многообразные подтверждения важный принцип реагирования организма на необычные условия и воздействия, принцип, касающийся мобилизации имеющихся физиологических резервов.²¹ Речь идет о такой слаженности в реакциях отдельных органов и систем в ответ на необычные условия, в результате которых не только максимально полно используются имеющиеся наличные физиологические резервы, но и раскрываются новые, дополнительные возможности, усиливающие организм в борьбе с тем или иным фактором. Так, при гипоксии наблюдается угнетение двигательной и секретной функции пищеварительного аппарата, а также деятельности почек. Торможение этих функций, не имеющих сколько-нибудь существенного значения для срочной защиты организма от фактора пониженного парциального давления кислорода, является частью общей приспособительной реакции организма. Благодаря этому торможению снижаются общие потребности организма в кислороде, что позволяет без дополнительной нагрузки на сердце увеличивать кровоснабжение других органов. При таком принципе мобилизации физиологических резервов создается ощутимое увеличение самих резервных возможностей организма в целом, увеличение, основанное на согласованных в интересах организма реакциях отдельных органов и систем.

В.П. Загрядский дает определения физиологическим резервам, понимая под ними выработанную в процессе эволюции адаптационную способность органа, системы и организма в целом усиливать во много раз интенсивность своей деятельности по сравнению с состоянием относительного покоя.²² Интересно отметить, что, обобщая многочисленные данные по физиологии военного труда, он приходит к заключению, «что физиология человека при воздействии на него экстремальных факторов есть, прежде всего, физиология резервных возможностей организма», а «физиология военного труда является, по существу, физиологией резервов организма человека».²³

Если характеризовать становление общих представлений о резервных возможностях организма, то следует отметить вклад в развитие этих представлений со стороны основоположника учения о стрессе Г. Селье, который предложил различать «поверхностную» и «глубокую» адаптационную энергию.²⁴ Первая доступна «по первому требованию» и восполнима за счет второй – «глубокой». Последняя мобилизуется путем адаптационной перестройки гомеостатических механизмов организма.

Определенный вклад в развитие представлений о резервах организма вносят физиологи труда и спорта, обратившие внимание на количественную характеристику мобилизации резервных возможностей. Так, Т. Хеттингер, анализируя возможности человека выполнять ту

или иную деятельность, считает, что в условиях повседневной жизни человек выполняет работу в пределах 35% своих абсолютных возможностей.²⁵ Для выполнения работы с нагрузкой в пределах 35–50% абсолютных возможностей требуются волевые усилия, и такая работа приводит к возникновению физического и психического утомления. Выше 65% абсолютных возможностей лежит «порог» мобилизации. За пределами этой границы остаются только автономно охраняемые резервы организма, произвольное использование которых, при помощи волевого усилия, невозможно. Несколько позже им совместно с В. Холльманом были рассчитаны резервные рабочие возможности организма (в том числе нервной системы и мышц).²⁶ Выделены четыре части: резервы, используемые при автоматизированных движениях (около 15%), «физиологический» резерв (около 20%), «специальные» резервы, мобилизуемые в сложных ситуациях мышечной деятельности, очень большой интенсивности или длительности (около 35%) и «автоматически защищаемые» резервы (около 30%). Третью и четвертую часть, по их мнению, разделяет граница мобилизации, охраняемая центральной нервной системой. Именно здесь развивается охранительное торможение, заставляющее организм снизить интенсивность работы или совсем прекратить ее. Это перекликается с мнением Г. Лемана, который утверждает, что обычная нагрузка в нормальных условиях производства составляет 30–50% от максимальной нагрузки, которую может человек выполнить, мобилизуя свои физиологические резервы.²⁷

В процессе той или иной деятельности, при воздействии на организм факторов внешней среды все виды функциональных резервов вовлекаются (мобилизуются) в системную адаптивную реакцию организма, специфические черты которой, как показали наши исследования, определяются уровнем и характером адаптированности организма, его половыми, возрастными и конституционными особенностями (внутренние факторы), а также спецификой деятельности или своеобразием факторов окружающей среды (внешние факторы).²⁸

Адаптационный процесс сопровождается формированием и совершенствованием специфической системы функциональных резервов адаптации организма. Системообразующим фактором выступает результат деятельности. Если исходить из теории функциональных систем, то отдельное проявление скрытых возможностей организма человека не может быть оценено как резерв. Только отношение данного функционального проявления к результатам целостной деятельности (т.е. вопрос о том, является ли данное проявление необходимым, а их сумма – достаточной для достижения конкретного результата) позволяет говорить о собственном резервах адаптации.²⁹ Из этого следует, что под функциональными резервами адаптации организма понимают такие изменения активности структурных элементов, которые вносят вклад в достижение приспособительного результата. Вероятно, и результат деятельности не может быть сведен к результатам функционирования отдельных органов, а вступает как интегративное образование и, в свою очередь, определяет и формирует ту своеобразную организацию процессов, которая необходима для его достижения.

Рассматривая систему функциональных резервов адаптации организма, отмечают, что она может быть представлена в виде сложной системы резервов, в которой фундаментом является подсистема биохимических (блок энергетического и блок пластического обмена), а вершиной – психические резервы, а ее центральным звеном может быть определена подсистема физиологических резервов, так как она объединяет в единое целое составляющие элементы системы за счет механизмов нейро-гуморальной регуляции. В рамках подсистемы физиологических резервов целесообразным считается выделение четырех ее блоков: 1) блок сенсорных систем, воспринимающий и производящий первичную обработку пусковых и корректирующих сигналов; 2) блок организации сенсомоторной активности; 3) блок регуляции гомеостаза; 4) блок реализации деятельности.³⁰

Важной особенностью исследования функциональных резервов в последние годы можно считать примененный рядом исследователей системный подход, позволивший охарактеризовать интеграцию функциональных резервов, обеспечивающих протекание адаптационного процесса.³¹ Особое значение при этом сыграли статистические методы анализа экспериментальных данных, такие как корреляционный, факторный, кластерный, дискриминантный, ка-

нонический и ряд других методов многомерной статистики, в том числе и впервые примененные в медико-биологических исследованиях метод «распознавания образов», основанный на анализе близости изучаемого объекта в многомерном пространстве признаков.³²

Эволюция взглядов на использование методических подходов к исследованию функциональных резервов организма оказалась вполне плодотворной. Результаты экспериментальных исследований показали, что в ряде случаев методы дозированных по мощности и продолжительности физических нагрузок не уступают по своей информативности в оценке функциональных резервов методам предельных и повторных нагрузок. В итоге была разработана методика тестирования, позволяющая производить запись так называемой петли гистерезиса ряда физиологических функций с оценкой многочисленных параметров, отражающих объем и скорость мобилизации резервов органов и систем органов, эффективность и экономичность использования резервов различного структурного уровня.³³ Этот методический прием, по существу, дал возможность оценивать резервы мощности и устойчивости механизмов поддержания гомеостаза.

Для оценки функциональных резервов системы управления движениями используются как электрофизиологические методы исследования функционирования центральной нервной системы, так и оценка с позиции теории автоматического регулирования с привлечением кибернетического подхода и математического аппарата моделирования. При этом о качестве работы системы управления движением судят по показателям переходного процесса, применяя графоаналитический метод его оценки.³⁴

Большинство опубликованных данных по экспериментальному изучению функциональных резервов организма раскрывает некоторые закономерности мобилизации резервов центральной нервной системы в процессе непосредственного выполнения работы. В частности, по данным изменения локальной и пространственной синхронизации корковой активности, выявлены функциональные резервы мозга. Показано, что феномен повышения взаимосвязанности корковых потенциалов в начальные моменты утомления может рассматриваться как усиление системного характера корковой деятельности, укрепление корковой функциональной системы управления движениями, отражение в ЭЭГ процессов мобилизации резервов коры больших полушарий для преодоления развивающегося утомления и продолжения работы. По мнению авторов, показателем резервных возможностей ЦНС может служить величина сдвига простой и сложной сенсомоторной реакции и спектров спонтанной и реактивной ЭЭГ под влиянием мышечных нагрузок.³⁵

Во многих источниках приводятся характеристики функциональных резервов систем вегетативного обеспечения деятельности, прежде всего сердечно-сосудистой и дыхательной систем.³⁶ На основании экспериментальных исследований убедительно доказывается, что адаптация сердечно-сосудистой системы к нагрузкам характеризуется увеличением ее резервных возможностей, позволяющим полнее удовлетворить кислородную потребность тканей при работе. Дается количественная характеристика мобилизации и использования резервов кардиореспираторной системы при работе различной мощности, выполняемой до произвольного отказа. При этом отмечено, что максимальная мобилизация резервов адаптации наблюдается при работе субмаксимальной и большой мощности, особенно у тренированных лиц. Важно подчеркнуть, что устойчивость организма к гипоксии рассматривается как наиболее информативный показатель адаптированности организма к физическим нагрузкам, отражая общую адаптоспособность организма.³⁷

К настоящему времени охарактеризованы функциональные резервы двигательного аппарата (мышечной системы) главным образом путем анализа физиологических факторов, обеспечивающих резервные возможности силы, скорости и выносливости при мышечной деятельности.³⁸ Показано значение скорости протекания восстановительных процессов в мышцах, зависимость работы мышц от одновременной деятельности других мышечных групп, а также тот факт, что резервные возможности при мышечной деятельности в зависимости от вида работы, в частности физических упражнений, колеблются в весьма больших пределах, а увеличение физиологических резервов мышечного аппарата может быть достигнуто с помо-

щью методики биологической обратной связи. Предпринята попытка оценить функциональные резервы системы управления движением, при этом высказана гипотеза о существовании двух систем управления движением, одна из которых обеспечивает повседневную двигательную деятельность, другая берет на себя функции управления в экстремальных условиях на фоне мобилизации более высокого уровня эшелона соответствующих резервов адаптации.³⁹

Существен вклад в разработку проблемы функциональных резервов представителей психологической науки. По мнению И.П. Волкова и Е.И. Суркова, психические резервы следует рассматривать как переходное звено функциональных возможностей в деятельности человека, которое соединяет его организм с окружающей социальной средой.⁴⁰ По их мнению, есть полное основание рассматривать психические резервы в аспекте психологических проблем надежности его деятельности. Рассматривая психологические аспекты функциональных резервов организма и их виды, они выделили два вида психологического резервирования: структурное и функциональное. Выделены психологические факторы резервирования, включающие, по крайней мере, три параметра: гностический, эмоциональный и поведенческий. Кроме того, изложены принципы системного подхода и их значение для характеристики функциональных резервов с рассмотрением трех аспектов регулирования: структурного, функционального и динамического. Показано значение трех видов самоконтроля – функционального, операционного мотивационного.⁴¹ Раскрыты некоторые механизмы саморегуляции при угрозе отказа от продолжения работы.⁴²

Предпринята попытка рассмотреть на модели спорта высших достижений некоторые психологические адаптационные средства увеличения резервных возможностей человека. В настоящее время выделены пять уровней регулирования или пять типов механизмов адаптации: 1) энергетический, 2) информационный, 3) операционный, 4) эффекторный и 5) активационный.⁴³ Если уровень энергетических резервов не психический, то к собственно психическим резервам прежде всего можно отнести информационные механизмы адаптации. У спортсменов экстракласса афферентные системы, обеспечивающие передачу информации, образуют комплексы, которые и способствуют подавлению систем, не включенных в деятельность, и обуславливают появление системных ощущений. Эти комплексы определяют повышение резервов в том смысле, что они экономизируют усилие человека по проведению и обработке информации, отсеивая ненужные и способствуя ориентации в процессе двигательного акта не на положение отдельных органов тела, а на общую цель действия. К активационным резервным возможностям относят физиологические (деятельность органов внутренней секреции, ретикулярной формации и др.), психические (внимание, воля, установки, мотивы) и социальные механизмы (идеалы, мировоззрения, ценности). Причем мотивационные резервы являются главенствующими в системе психических резервов человека.

Отметим, что физиологами предложена классификация функциональных резервов по соответствующим уровням организма (клеточные, тканевые, органы, системные), по физическим качествам (силы, быстроты, выносливости), по мощности выполняемой работы (умеренной, большой, субмаксимальной, максимальной), по очередности мобилизации (первая, вторая и третья очереди), по уровням интеграции, по степени специфичности.²⁸ Потенциально имеющиеся локальные, системные и межсистемные функциональные резервы организма большей частью могут быть мобилизованы только частично, значительно варьируя при повторениях одной и той же деятельности. Это обуславливается трудностью оптимальной координации в мобилизации резервов отдельных органов и систем органов, участвующих в осуществлении преобладающего большинства упражнений. На степень мобилизации резервов влияет ряд факторов внешней и внутренней среды, в одних случаях повышая, в других – снижая мобилизационные возможности организма.⁴⁴

Подводя итоги анализа литературы по проблеме резервов адаптации организма спортсмена, можно сделать следующие выводы:

- разработан понятийный аппарат проблемы резервов спортсмена;
- сформулированы представления о функциональных резервах организма;

- дана характеристика функциональных резервов отдельных органов и систем органов;
- проведена классификация функциональных резервов;
- раскрыты особенности мобилизации резервов в зависимости от вида, мощности и продолжительности мышечной деятельности;
- выявлено влияние адаптированности на характер и объем мобилизации и использования резервов при адаптации к физическим и эмоциональным нагрузкам;
- оценено значение направленности тренировочного процесса в интеграции функциональных резервов адаптации;
- представлена структура системы функциональных резервов организма;
- изучен и ряд других вопросов.

Даже этот краткий перечень показывает, что к настоящему времени внесен значительный вклад в разработку проблемы функциональных резервов организма и что проблема приобретает особую актуальность. Она вышла далеко за рамки физиологии, нуждаясь в компетентных педагогах и психологах, биохимиках и биомеханиках, представителях различных медико-биологических дисциплин.

Уже сегодня необходимо представить (хотя бы ориентировочно) перспективы развития проблемы резервов организма человека. Перспективными направлениями разработки проблемы физиологического плана, по-видимому, могут быть следующие.

1. Анализ структуры мобилизуемых резервов организма в зависимости от характера деятельности (специфики деятельности, интенсивности и продолжительности нагрузок, особенностей локомоций, возрастных и половых закономерностей).

2. Характеристика функциональных резервов клеточного, тканевого, органного, системного и межсистемного уровней.

3. Изучение динамики включения резервов различного уровня и механизмов их мобилизации.

4. Изучение так называемой тренируемости резервов, или иными словами, изучение потенциальных возможностей их возрастания.

5. Изучение процесса восстановления резервов (последовательности, длительности, степени, динамичности восстановления в процессе длительных тренировок).

6. Поиск методических подходов к оценке функциональных резервов организма различного уровня и характера их интеграции в различных видах деятельности.

Все эти направления физиологических исследований, перечень которых может быть существенно увеличен, подразумевают и многоуровневый подход (от субклеточного до организменного). Естественно, это расширяет поле деятельности физиологов далеко за пределы их сегодняшних возможностей.

Совершенно очевидно, что поиск оптимальной формы и методов использования функциональных резервов организма спортсмена должен вестись с обязательным учетом, научных данных всего комплекса медико-биологических и психологических дисциплин, причастных к разработке проблемы функциональных резервов организма.

Заканчивая анализ состояния проблемы функциональных резервов человека, важно отметить, что история развития науки убедительно показывает — как бы ни были важны исследования прикладного характера, без фундаментальной разработки той или иной проблемы рано или поздно наступает своеобразный кризис.

Все это заставляет отнестись к проблеме резервов человека не как к научному направлению какого-то этапа развития науки, а как к проблеме, требующей глубоких фундаментальных исследований широкого круга ученых с перспективой создания научно обоснованной теории функциональных резервов организма человека.

Примечания:

¹ Петленко В.П. Основные методологические проблемы теории медицины. – Л., 1982.

² Агаджанян Н.А. Предисловие редактора перевода // Биологические ритмы. – М., 1984. – Т. 1. – С. 5-8;

- ³ Агаджанян Н.А. Предисловие // Адаптация человека и животных к экстремальным условиям внешней среды: Сборник научных трудов. – М., 1985. – С. 3-9.
- ⁴ Меерсон Ф.З. 1) Роль стресса в развитии долговременной адаптации // Сборник научных трудов института общей патологии и патофизиологии. – М., 1973. № 2. – С. 4-13; 2) Адаптация, стресс и профилактика. – М., 1981.
- ⁵ Виру А.А., Кырге П.К. Гормоны и спортивная работоспособность. – М., 1983.
- ⁶ Медведев В.И. Компоненты адаптационного процесса. – Л., 1984.
- ⁷ Платонов В.Н. Адаптация в спорте. – Киев, 1988.
- ⁸ Давиденко Д.Н., Мозжухин А.С. Функциональные резервы адаптации организма спортсмена: Лекция. – Л., 1985.
- ⁹ Бресткин М.П. Функции организма в условиях изменений газовой среды. – Л., 1968; Загрядский В.П. Физиологические резервы организма и боеспособность человека // Избранные лекции по физиологии военного труда. – Л., 1972. – С. 31-41; Мозжухин А.С., Давиденко Д.Н. Роль системы физиологических резервов спортсмена в его адаптации к физическим нагрузкам // Физиологические проблемы адаптации. – Тарту, 1984. – С. 84-87.
- ¹⁰ Орбели Л.А. 1) Обзор учения о систематической иннервации скелетных мышц, органов чувств и центральной нервной системы // Физиол. журнал СССР. 1932. – Т. 15. – С. 1-22; 2) Адаптационно-трофическая роль симпатической нервной системы и мозжечка и высшая нервная деятельность // Физиол. журнал СССР. 1949. – Т. 39. – С. 594-600; 3) Учение И.П. Павлова о высшей нервной деятельности // Избранные труды. – М.-Л., 1964. – С. 114-242.
- ¹¹ Вирхов Р. Целлюлярная патология как учение, основанное на физиологической и патологической гистологии. – СПб., 1871.
- ¹² Дорн А. Принципы смены функций / Пер. с англ. М., 1936; Северцев А.Н. Морфологические закономерности эволюции. – М., 1949.
- ¹³ Шмальгаузен И.И. Организм как целое в индивидуальном и историческом развитии. – М., 1982.
- ¹⁴ Бресткин М.П. Функции организма в условиях изменений газовой среды. – Л., 1968; Загрядский В.П. Физиологические резервы организма ... ; Мозжухин А.С., Давиденко Д.Н. Роль системы
- ¹⁵ Там же.
- ¹⁶ Медведев В.И. Компоненты адаптационного процесса. – Л., 1984.
- ¹⁷ Сологуб Е.Б., Петров Ю.А., Смагин Н.В. Физиологические резервы коры больших полушарий, обеспечивающие выполнение движений // Характеристика функциональных резервов спортсмена. – Л., 1982. – С. 37-43.
- ¹⁸ Bernar C. Lecons sur les proprietes des fissus vivants. Paris, 1866; Bert P. La pression barometrique. – Paris, 1878.
- ¹⁹ Cannon W. The Wisdom of the body. London, 1972.
- ²⁰ Баркрофт Д. Основные черты архитектуры физиологических функций / Пер. с англ. – М., 1937.
- ²¹ Бресткин М.П. Функции организма в условиях измененной газовой среды; Загрядский В.П. Физиологические резервы организма ...
- ²² Загрядский В.П. Физиологические резервы организма и боеспособность человека – С. 31-41.
- ²³ Там же. С. 6-7.
- ²⁴ Селье Г. Очерки об адаптационном синдроме / Пер. с англ. – М., 1960.
- ²⁵ Hettinger Th. Der Sportarzt vereinigt mit Sportmedizin. – New York, 1961.
- ²⁶ Hollmann W., Hettinger Th. Sportmedizin Arbeits und Treining Gryndlagen. – New York, 1976.
- ²⁷ Леман Г. Практическая физиология труда. – М., 1967.
- ²⁸ Давиденко Д.Н., Мозжухин А.С., Телегин В.В. 1) Система физиологических резервов спортсмена // Характеристика функциональных резервов спортсмена. – Л., 1982. – С. 3-8; 2) Формирование системы функциональных резервов спортсмена как основа прогнозирования

его двигательных возможностей // Прогнозирование в прикладной физиологии. Фрунзе, 1984. – Т. 2. – С. 81-82; *Мозжухин А.С., Давиденко Д.Н.* Роль системы ... ; *Давиденко Д.Н., Мозжухин А.С.* Функциональные резервы адаптации организма спортсмена.; *Давиденко Д.Н.* 1) Особенности интеграции функциональных резервов организма, мобилизуемых при мышечной деятельности по мере достижения спортивного мастерства // Межфункциональные взаимоотношения при адаптации организма к спортивной деятельности: Межинститутский сборник научных трудов. – Л., 1991. – С. 38-43; 2) Функциональные резервы адаптации организма человека // Социальная физиология: Учебное пособие. – М., 1996. – С. 126-135.

²⁹ *Давиденко Д.Н., Мозжухин А.С., Телегин В.В.* Формирование системы функциональных резервов спортсмена как основа прогнозирования его двигательных возможностей. – С. 81-82; *Мозжухин А.С., Давиденко Д.Н.* Роль системы физиологических резервов спортсмена в его адаптации к физическим нагрузкам. – С. 84-87; *Давиденко Д.Н.* Особенности интеграции функциональных резервов организма ... – С. 38-43.

³⁰ *Давиденко Д.Н.* Функциональные резервы адаптации организма человека // Социальная физиология: Учебное пособие. – М., 1996. – С. 126-135.

³¹ *Давиденко Д.Н.* Интеграция функциональных резервов как показатель адаптированности организма к мышечной деятельности // 5-й Всесоюзный симпозиум «Эколого-физиологические проблемы адаптации». – М., 1988. – С. 68-70.

³² *Лиопо А.В., Кривонос А.М.* Возможности кибернетического метода распознавания образов для оценки мобилизации физиологических резервов спортсмена // Пути мобилизации функциональных резервов спортсмена: Сборник научных трудов. – Л., 1984. – С. 78-83.

³³ *Андреанов В.П., Ващук О.В., Давиденко Д.Н.* Методика оценки срочной адаптации организма и текущего восстановления при равномерно изменяющемся по мощности нагрузочного тестирования // Основные вопросы восстановления работоспособности спортсменов. – Л., 1984. – С. 22-29; *Андреанов В.П., Давиденко Д.Н., Лесной Н.К., Яковлев Г.М.* Оценка мобилизации функциональных резервов организма при тестировании работоспособности с помощью нагрузочной пробы по замкнутому циклу // Системные механизмы и управление специальной работоспособностью спортсменов. – Волгоград, 1984. – С. 36-44.

³⁴ *Сологуб Е.Б., Петров Ю.А., Смагин Н.В.* Физиологические резервы коры больших полушарий, обеспечивающие выполнение движений // Характеристика функциональных резервов спортсмена. – Л., 1982. – С. 37-43; *Голубев В.Н., Давиденко Д.Н.* Возможные пути мобилизации физиологических резервов в системе управления движением человека // Пути мобилизации функциональных резервов спортсмена. – Л., 1984. – С. 91-97; *Голубев В.Н., Давиденко Д.Н., Мозжухин А.С., Шабанов А.И.* Оценка функциональных резервов в системе управления движением // Системные механизмы адаптации и мобилизации функциональных резервов организма в процессе достижения высшего спортивного мастерства: Сборник научных трудов. – Л., 1987. – С. 12-18.

³⁵ *Сологуб Е.Б., Петров Ю.А., Смагин Н.В.* Физиологические резервы коры больших полушарий, обеспечивающие выполнение движений // Характеристика функциональных резервов спортсмена. – Л., 1982. – С. 37-43; *Фалалеев А.Г.* Резервы системных регуляций при физических нагрузках большой мощности // Функциональные резервы спортсменов различной квалификации и специализации: Межвузовский сборник научных трудов. – Л., 1986. – С. 19-28; *Сологуб Е.Б., Степанов В.С.* Перестройки корковых систем управления движениями при адаптации к силовой работе // Системные механизмы адаптации и мобилизации функциональных резервов организма в процессе достижения высшего спортивного мастерства: Сборник научных трудов. – Л., 1987. – С. 19-26.

³⁶ *Гандельсман А.Б., Евдокимова Т.А., Захариев Л., Шансков М.А., Пономарев В.П., Тимиров А.А., Чуков А.М.* Функциональные резервы дыхания и гемодинамика при физических нагрузках у спортсменов // Физиологические механизмы адаптации спортсменов к работе различного вида, мощности и продолжительности: Сборник научных трудов. – Л., 1980. – С. 38-59; *Давиденко Д.Н., Мозжухин А.С., Панов В.Г., Пономарев В.П.* Изменения в функционировании кардиореспираторной системы при физической работе различной мощности, вы-

полняемой до произвольного отказа // Там же. – С. 23-37; Пономарев В.П. Функциональные резервы системы дыхания // Характеристика функциональных резервов спортсмена: Сборник научных трудов. – Л., 1982. – С. 18-24; Гандельсман А.Б., Евдокимова Т.А., Захаричев Л., Шансков М.А., Пономарев В.П., Чуков А.М. Резервы дыхания при динамических, статических и сложнокоординационных физических нагрузках // Там же. – С. 24-31; Кучкин С.Н. Тренировка резервов дыхательной системы путем произвольного управления дыханием // Системные механизмы и управление специальной работоспособностью спортсменов. – Волгоград, 1984. – С. 12-22.

³⁷ Мозжухин А.С., Давиденко Д.Н., Попова Г.И. Устойчивость к гипоксии и физиологические резервы организма // Механизмы адаптации физиологических функций организма: Сборник научных трудов. – Томск, 1985. – С. 3-11.

³⁸ Давиденко Д.Н., Зимкин Н.В. О физиологических нервно-мышечных факторах, способствующих развитию физической работоспособности // Физическая работоспособность и методы ее развития при помощи тренажеров. – Л., 1983. – С. 8-12.

³⁹ Голубев В.Н., Давиденко Д.Н. Возможные пути мобилизации физиологических резервов в системе управления движением человека // Пути мобилизации функциональных резервов спортсмена: Сборник научных трудов. – Л., 1984. – С. 91-97.

⁴⁰ Волков И.П., Сурков Е.Н. К проблеме психологических резервов спортсмена // Пути мобилизации функциональных резервов спортсмена. – Л., 1984. – С. 106-115.

⁴¹ Пуни А.Ц., Касьяник П.М. Регулятивный аспект проблемы психических резервов спортсмена // Пути мобилизации функциональных резервов спортсмена: Сборник научных трудов. – Л., 1984. – С. 115-122.

⁴² Касьяник П.М. Взаимосвязь некоторых характеристик саморегуляции как показатель мобилизации функциональных резервов организма спортсмена // Актуальные проблемы функциональных резервов спортсмена: Сборник научных трудов. – Л., 1985. – С. 83-87.

⁴³ Ермолаева М.В. Адаптационные средства увеличения психических резервов человека // Проблемы резервных возможностей человека: Сборник научных трудов. – М., 1982. – С. 142-155.

⁴⁴ Давиденко Д.Н., Зимкин Н.В., Мозжухин А.С. Вариативность степени мобилизации различных функциональных резервов в процессе адаптации организма к мышечной деятельности // Функциональные резервы спортсменов различной квалификации и специализации: Сборник научных трудов. – Л., 1986. – С. 6-11.

* * *



Гильдия Психотерапии и Тренинга • Санкт-Петербург

Обучение и профессиональное совершенствование

ШКОЛА ИНТЕГРАТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

УЧЕБНАЯ ПРОГРАММА

**«НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ
КОНСУЛЬТИРОВАНИИ»**

1. СТУПЕНЬ

Базовые умения психолога-консультанта

2. СТУПЕНЬ

Мультимодальные интегративные технологии

3. СТУПЕНЬ

Способы наведения трансовых состояний

4. СТУПЕНЬ

Способы утилизации трансовых состояний

5. СТУПЕНЬ

1-й модуль телесно-ориентированной психотерапии

6. СТУПЕНЬ

2-й модуль телесно-ориентированной психотерапии

7. СТУПЕНЬ

Трансперсональная арттерапия

8. СТУПЕНЬ

Потрясающая психотерапия

9. СТУПЕНЬ

Алхимический гипноз

Контингент слушателей: психологи, психотерапевты, терапевты, социальные работники, студенты (психологи, медики) старших курсов.

Продолжительность одной ступени 24 академических часа.

Занятия платные, проводятся в выходные дни (пятница, суббота, воскресенье с 11.00 до 18.00.)

Автор учебно-методической программы -
Президент Гильдии Психотерапии и Тренинга
заведующий кафедрой клинической психологии
Российского государственного педагогического университета,
доктор психологических наук профессор
ВИКТОР АЛЕКСЕЕВИЧ АНАНЬЕВ

Справки по тел. (812) 312-07-22,
факс (812) 312 22-28

<http://atpspb.narod.ru>; E-mail: anan@VA2875.spb.edu

Примечание: подробная программа обучения находится на кафедре клинической психологии РГПУ им. А.И. Герцена, корп.11., ком.1.

РОССИЙСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМ. А.И. ГЕРЦЕНА

(191186, Санкт-Петербург, наб. р. Мойки, 48)

Институт дополнительного образования РГПУ им. А.И. Герцена на базе кафедры клинической психологии, психолого-педагогического факультета, открывает в 2005 году подготовку по программе «Клиническая психология: Интегративные технологии психотерапевтического консультирования».

Программа включает учебные курсы общей и специальной подготовки в объеме 510 часов. 70% учебного времени занимает специальная подготовка.

Принимаются специалисты, имеющие высшее психологическое образование.

Зачисление производится на основании собеседования.

Срок обучения 1 год.

Успешно завершившим обучение и защитившим аттестационную работу, выдается диплом Государственного образца о переподготовке на право ведения профессиональной деятельности в сфере интегративного психотерапевтического консультирования.

Руководитель программы — **В.А. АНАНЬЕВ** — доктор психологических наук, профессор, зав. кафедрой клинической психологии РГПУ им. А.И. Герцена.

Административное сопровождение программы — заместитель декана психолого-педагогического факультета, кандидат психологических наук **П.Н. ВИНОГРАДОВ**.

Контактный тел.: 312-07-22, E-mail: ppf_clinic@fromru.com