

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ

УДК 159.9

ПСИХООНКОЛОГИЯ- НОВОЕ НАПРАВЛЕНИЕ В ОТЕЧЕСТВЕННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ И ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ

© 2002 Т.З.Биктимиров

Самарский институт общей и клинической психологии и психотерапии,
Ульяновский государственный университет

Психоонкология - особая сфера научно - практической деятельности, рассматриваемая ее основоположником, организатором IPOS-International Psycho-Oncology Society (Международного психоонкологического общества) - Bernard H. Fox (1918-2001), и продолжателем его дела, приемницей, Со-Президентом IPOS Jimmi C. Holland как "субспециальность" не только в области онкологии, но и психологии, социологии, занимающаяся изучением бихевиореальных (поведенческих) и эмоционально травмирующих аспектов жизни раковых больных.

Настоящая работа базируется на результатах комплексного клинического, клинко-патопсихологического, клинко-психологического, экспериментально-психологического и психосоциального изучения 400 онкологических больных, из которых у 171 был рак молочной железы, 77 - рак матки и яичников, 35 - рак гортани, 57 - рак легкого, 31 - рак желудка и 29 - рак толстой кишки. Обследовано 90 человек с предраковыми заболеваниями и 40 практически здоровых лиц (контрольная группа). Проведено обследование медицинского персонала, работающего в онкологических и неонкологических учреждениях: 55 врачей-онкологов и 117 медицинских сестер (91 - в онкологических и 28 - в неонкологических учреждениях). Использованы: клиническая беседа; опросник Тейлор в модификации Немчина; шкала депрессии Гамильтона; шкала самооценки «здоровье-болезнь» Дембо-Рубинштейн; характерологический опросник Леонгарда; СМИЛ; сатирические рисунки Бидструпа, а также разработанный на кафедре медицинской психологии, неврологии и психиатрии медицинского факультета УлГУ опросник оценки психогенных факторов профессиональной вредности медицинского персонала, работающего в онкологических и других лечебных учреждениях. Для обработки полученных данных были использованы статистические методы.

*Светлой памяти члена-корреспондента РАН,
профессора Андрея Владимировича Брушлинского,
выдающегося ученого-психолога, поддержавшего идеи
необходимости развития психоонкологии в России и психо-социальных подходов
в современной паллиативной медицине
ПОСВЯЩАЕТСЯ*

Психоонкология - "Psycho-oncology" - новое направление научной и практической мультидисциплинарной деятельности в сфере изучения психологических, социальных и поведенческих аспектов рака, в которой целью деятельности, в рамках вышеуказанных субспециальностей, является: изучение психологических реакций онкологических больных, членов их семей и ухаживающего персонала; психологических, поведенческих факторов, влияющих на течение заболевания. Развитие

междисциплинарных подходов в психоонкологии обеспечивается исследованиями в онкологии, хирургии, терапии, педиатрии, радиотерапии, эпидемиологии, иммунологии, эндокринологии, паллиативном уходе (лечении), реабилитационной медицине, а также психиатрии и психологии, направленных на максимальное улучшение и обеспечение качества жизни раковых больных, профилактику стресса и дистресса у обреченных пациентов, членов их семей и персонала, решение этических,

кросскультуральных и духовных проблем (Aims @ Scope J. Psycho-On-cology- A Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer, USA).

Развитие психоонкологии связывается с именем Bernard H. Fox (1918-2001) и его ранними исследованиями, посвященными изучению эмоциональных реакций раковых больных в психоонкологии, впервые опубликованными в конце 1970 г. Значительный вклад внес В.Н. Fox в организацию Международного психоонкологического общества (International Psycho-Oncology Society-IPOS) в восьмидесятых годах XX столетия (1984) и журнала "Психоонкология" - "J. Psycho-Oncology" в 1992 г.

В знак признания заслуг В.Н. Fox в психоонкологии, на VI Всемирном Конгрессе по психоонкологии (изначально проведение планировалось в декабре 2002 г. в Буэнос-Айресе, Аргентина) 23-27 апреля 2003 г. в Банффе (Канада) будет представлена мемориальная лекция " In Memoriam: Bernard H. Fox, Ph.D. (1918-2001). Founding Member of the International Psycho- Oncology Society (IPOS) and Pioneer in Psycho-Oncology" известным специалистом в психоонкологии, Со-Президентом IPOS, активным членом Академии Психосоматической Медицины и Американской Психиатрической Ассоциации Jimmi C. Holland, автором уникального и единственного в настоящее время научного труда-Textbook of Psycho-Oncology (Oxford University Press).

На первый, беглый взгляд, само название "психоонкология", имеющее научное и практическое «хождение» в англоязычной литературе и социуме, может вызвать у российского читателя недоумение, в лучшем случае – удивление, а в худшем – отрицание. И это не удивительно, т.к. несмотря на значительный вклад отечественных исследователей-онкологов, психологов и клинических (медицинских) психологов, психиатров, психотерапевтов в развитие научных направлений по проблемам психологического и психотерапевтического обеспечения онкологической клиники, хосписной службы и паллиативной меди-

цины, в специальной научной медицинской и психологической отечественной литературе освещаются результаты исследований, которые до настоящего времени не носят комплексный, мультидисциплинарный характер и освещают решение отдельных вопросов, посвященных психологическим проблемам онкологической клиники и паллиативной медицины. С одной стороны- в отечественной клинической онкологии, психологии, психиатрии и психотерапии накоплен значительный уникальный материал, обеспечивающий системный подход к решению актуальных проблем "обреченных" пациентов, их родных и близких [5, 7-11, 25, 26, 27, 34]; исследования психологов и клинических (медицинских) психологов, посвященных изучению особенностей личностного реагирования и механизмов патологического развития личности в условиях тяжелого соматического заболевания [38, 12, 13, 36, 41]; с другой- только начинают разрабатываться: системный подход к научно-практическим прикладным исследованиям на стыке клинической психологии, психотерапии, онкологии, паллиативной помощи и паллиативной медицины, социальной деятельности, направленных на обеспечение лучшего качества жизни пациентов [14- 21, 35] не только с онкологическими заболеваниями, но и с другими хроническими заболеваниями; единые подходы к понятийному аппарату системы "психология-психотерапия-онкология-паллиативная медицина-паллиативный уход-социальная деятельность"; психосоциальной профилактики, терапии и реабилитации при психологической дезадаптации, профессиональной дезадаптации персонала "критической" сферы деятельности – оказания комплексных мер и мероприятий "обреченным" больным с онкологической, неизлечимой соматической и психосоматической патологией.

Современный системный медико-психологический подход к разработке адекватной психодиагностики, психокоррекции и психотерапии поведенческих и эмоциональных реакций пациентов в онкологической клинике [30, 43, 44] и

психосоматике [39]] предполагает изучение особенностей личностного реагирования онкологических больных на болезнь; психологических компенсаторных и защитных механизмов; взаимовлияния микросоциальной среды, семьи и личности; психологии и психотерапии семьи; вопросов социальной и психологической реабилитации [46, 47, 48, 49].

Совершенно новый подход к проблемам психоонкологии в России реализуется в исследованиях, рассматривающих злокачественные заболевания как расстройства, непосредственно угрожающие жизни человека, которые могут проявиться сразу или спустя продолжительное время в виде тяжелых стрессовых состояний, крайним клиническим выражением которых являются посттравматические стрессовые расстройства - ПТСР [23].

Особое внимание начинает уделяться вопросам оказания комплексной медико-психологической, социально-педагогической, духовной помощи детям с неизлечимыми заболеваниями, что при современном развитии паллиативной медицины должно стать важным направлением паллиативного ухода за больными детского возраста. Психолого-педагогическая реабилитация является важнейшим компонентом комплексной реабилитации детей с различными формами онкологических заболеваний. Значительный фактический научно-практический материал по реабилитации в онкопедиатрии представлен в исследованиях НИИ детской онкологии и гематологии РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН [46].

До настоящего времени в сфере социальной деятельности, социальной заботы не в полной мере включены онкологические больные, «онкологическая семья», в связи с чем, требуется дальнейшее изучение социальных проблем онкологии, развитие системы и структуры медико-психологической, социальной помощи указанному сложному контингенту больных.

Красной нитью, пронизывающей всю деятельность по оказанию помощи больным с неизлечимыми заболеваниями, и не только онкологическими, является пси-

хологическая составляющая, которая может и должна обеспечивать комплексную раннюю психодиагностику онкологических заболеваний задолго до первых клинических проявлений соматического страдания, доскональное изучение особенностей личности типа «С»-социабельного типа, присущего онкологическим больным: пониженное самовосприятие и склонность к интраспекции; снижение эмоциональной и чувственной живости; наклонность к самоуничтожению и самообвинению; пониженная способность к гневливости и агрессивным поступкам; конформизм как стиль жизни; подчиняемость авторитетам и религиозность; непрочность межлических связей; сдерживаемая или подавленная сексуальность; завышенные морально-этические принципы и негибкость; беспомощность и низкая социальная активность [28]; своевременную психопрофилактику и личностно-ориентированные психотерапевтические реабилитационные программы.

Наметилась отчетливая тенденция в необходимости изучения и разработки организационно-методических подходов в реализации программ создания комплексных систем специализированных учреждений паллиативной направленности (хосписов, стационаров дневного пребывания, гериатрических отделений, учреждений сестринского ухода), обеспечивающих оказание психологической, медицинской, социальной и духовной помощи не только «обреченным» онкологическим больным в критический период болезни, но и после неблагоприятного исхода их детям, родственникам, родным и близким. В развиваемых системах паллиативного лечения и ухода может оказываться комплексная психологическая, медицинская, психотерапевтическая, религиозно-духовная поддержка не только онкологическим больным на разных стадиях заболевания, но и при других хронических или неизлечимых состояниях (СПИД, хронические дегенеративные заболевания позвоночника, последствия нарушений мозгового кровообращения, травмы головного и спинного мозга, де-

миелинизирующие заболевания нервной системы и др.).

При все возрастающем интересе научной и практической общественности и специалистов-психологов, врачей-интернистов и онкологов, социальных работников к проблемам онкологических больных с неизлечимыми формами заболеваний следует обращать особое внимание на следующие приоритетные направления научной и практической деятельности (Биктимиров Т.З., Модников О.П., 1998):

- ◆ формирование психодиагностических, психокоррекционных, психотерапевтических реабилитационных программ, направленных на оптимизацию психодиагностики онкологических заболеваний, оказание комплексной паллиативной помощи и лечение неизлечимых онкологических больных;

- ◆ изучение психо-социальных, эмоционально-стрессовых и других факторов риска, обуславливающих реализацию различных "неоптимальных" психологических защит и психическую дезадаптацию;

- ◆ изучение влияния на внутреннюю картину болезни различных особенностей течения различных форм онкологических заболеваний и распространенности онкологического процесса, возраста, пола и социального статуса пациентов;

- ◆ выявление патопсихологических изменений при онкологических заболеваниях у лиц молодого возраста и проведение дифференциальной патопсихологической диагностики психосоматических расстройств и патопсихологических состояний у пожилых и лиц старческого возраста;

- ◆ нейропсихологическая диагностика нарушений высших психических функций (памяти, внимания, мышления, речи, эмоций) не только у нейроонкологических больных, но и при онкологических заболеваниях внутренних органов и систем, а также у социума, окружающего онкологических больных, и персонала;

- ◆ изучение влияния онкологических заболеваний на эмоциональную сферу, формирование ларвированных и манифестационных форм депрессий, койнестопатий, диссоматонозогнозий у детей и лиц

молодого возраста;

- ◆ обеспечение своевременной ранней диагностики формирования профессиональных дизонтогенезов, дезадаптации и деформации личности у персонала «критических» специальностей, осуществляющих свою профессиональную деятельность в условиях вредного воздействия эмоционально-стрессовых, социально-, и профессионально обусловленных вредных факторов воздействия;

- ◆ создание условий для развития систем комплексной социальной защиты больных с хроническими неизлечимыми и онкологическими заболеваниями, социальной деятельности, направленной на оказание психосоциальной помощи с учетом региональных, этнических, культуральных и транскультуральных проблем психоонкологии и паллиативной медицины;

- ◆ разработка современных комплексных программ психотерапевтических мероприятий индивидуально-личностной направленности, имеющих цель максимально полного оказания психологической, социальной, духовной и религиозной помощи членам семей, близким родственникам больных с онкологическими и неонкологическими хроническими заболеваниями.

В России к настоящему времени созданы условия для организации службы паллиативной помощи инкурабельным онкологическим больным, которая явится прототипом нового направления отечественного здравоохранения - паллиативной медицины, призванной улучшать качество жизни больных с различными нозологическими формами хронических заболеваний, особенно в терминальной стадии их развития; достигнуты положительные результаты в области паллиативной помощи онкологическим больным с распространенными формами злокачественных новообразований; практически завершено создание законодательной базы для организации системы паллиативной помощи этому тяжелому контингенту больных. В 1995 г. был создан Российский Фонд "Паллиативная медицина и реабилитация больных". Впервые предприняты попытки сформировать терминологию

ческий понятийный аппарат паллиативной помощи и лечения, паллиативного подхода и паллиативной медицины [47].

Паллиативный подход (франц. palliatif, от лат. pallio прикрывать, сглаживать) - ослабляющий, облегчающий проявление болезни (и не только болезни), - это интегративная междисциплинарная биопсихосоциальная система, обеспечивающая решение психологических, физических, социальных, юридических, деонтологических, духовных, транскультурных и теологических проблем онкологических и неизлечимых больных с хроническими заболеваниями, их близких и родственников в целях всемерного обеспечения лучшего качества жизни личности в обществе [17].

Достижения в изучении проблем психического здоровья, единства психического как связи личности с ее действительностью; целостный подход к изучению личности, единства ее нервно-психической организации со всеми индивидуальными особенностями [37, 3, 4, 30, 31, 32, 1]; выбор в качестве общепсихологической теоретической основы научных исследований концепции отношений, разработанной В.Н. Мясичевым и ее дальнейшее развитие [22] обеспечили развитие научно-методологических подходов к проблеме личности в паллиативной медицине.

Современный системный медико-психологический подход к разработке адекватной психодиагностики, психокоррекции и психотерапии поведенческих и эмоциональных реакций пациентов в онкологической клинике [25] предполагает изучение особенностей личностного реагирования онкологических больных на болезнь; психологических компенсаторных и защитных механизмов; взаимовлияния микросоциальной среды, семьи и личности; психологии и психотерапии семьи; вопросов социальной и психологической реабилитации [7-11, 27, 6, 42, 56, 48, 49, 53].

Приобретает значение исследование проблемы аутоагрессивных реакций у онкологических больных, психокоррекции и психотерапии онкологических больных при суицидальном поведении [29, 40, 50-55]. Динамическая система реа-

билитации больных распространенными формами онкологических и хронических неизлечимых заболеваний придает большое значение этическим проблемам онкологии и паллиативной медицины (ятрогении, эгротогении, соррогении, суицид, эвтаназия и др.), а также “эмпатийному потенциалу” врача, психолога, социального работника в диаде “врач-больной”, триаде “врач-сестра-больной”.

Культурно обусловленной относительностью характеризуются многие психосоциальные нормы, симптомы, заболевания и кончина человека. Транскультурный подход имеет важное социальное значение (межнациональные браки; предрасудки и их преодоление; различные образы мышления, морали и религии).

Разработка медико-психологических, социокультурных и организационных интегративных основ комплексного паллиативного подхода для решения проблем неизлечимых онкологических больных, их родственников и медицинского персонала, обеспечения лучшего качества жизни личности в обществе; создание эффективных моделей паллиативной медицины применительно к условиям России, на примере Ульяновского региона, с учетом медико-психологических и социокультурных факторов являлись основными направлениями, предпринятых нами исследований.

Для выполнения поставленных целей были выделены следующие конкретные задачи исследования:

- ♦ изучение возможностей и условий медико-психологического, психосоциального и социокультурного обеспечения онкологической клиники и различных моделей паллиативной медицины;

- ♦ оценка влияния психосоциальных стрессовых факторов на психологическую дезадаптацию, компенсацию и адаптацию психической деятельности у онкологических больных с различными формами раковых заболеваний и организация их ранней психологической диагностики;

- ♦ изучение роли социально-психологической деятельности в системе паллиативной медицины, ухода и хосписа, а так-

же решение социокультурных проблем онкологических больных, их родственников и медицинского персонала;

♦ оценка факторов риска психосоциальной дезадаптации и профессиональной вредности у персонала онкологических учреждений и хосписов, пребывающих в условиях острого и хронического стресса; проблемы изучения личности медицинского персонала в аспекте разработки психосоциальных и этновалеокультурных программ реадaptации и реабилитации;

♦ разработка основных принципов психологической, психотерапевтической и социальной поддержки и улучшения качества жизни больных онкологической клиники и паллиативной медицины.

Впервые создана комплексная система медико-психологической, психосоциальной и социокультурной адаптации и реабилитации неизлечимых онкологических больных и их родственников и введено в паллиативную медицину понятие паллиативного подхода как интегративной междисциплинарной биопсихосоциальной системы, обеспечивающей решение психологических, физических, социальных, деонтологических, духовных проблем онкологических больных и их родственников. Впервые разработано медико-психологическое, психосоциальное и социокультурное обеспечение различных моделей паллиативного лечения онкологических больных и определены основные направления их развития в условиях России. Подчеркнута неправомерность «слепого» переноса зарубежных моделей паллиативной медицины (на основе непосредственного изучения английских и других моделей) без учета неповторимых социокультурных, религиозных и других ментальных условий российских регионов. Обоснована целесообразность развития тех моделей паллиативной медицины, которые включают «активный» паллиативный подход в лечении больного. Реализован целостный подход к изучению личности неизлечимого больного. Выявлены изменения эмоционально-личностных характеристик больных при различных онкологических заболеваниях, характеризу-

ющихся определенной последовательностью проявления в процессе прогрессирования онкологического заболевания; отмечены различные варианты психологических реакций «обреченных» больных на надвигающуюся неизбежную развязку. Впервые изучены психологические особенности личности медицинского персонала онкологических учреждений и хосписов в плане реализации программ их психологической защиты и реабилитации.

Практическая значимость настоящего исследования определяется, в первую очередь, запросами здравоохранения, назревшей в обществе проблемой помощи людям, заканчивающим свой жизненный путь в условиях тяжелейшего заболевания, сопровождающегося страданиями как больного, так и его ближайшего окружения. Человек должен жить и умереть по-человечески, это неотъемлемое право его как личности, части социума. В практику повседневной работы онкологической службы и системы паллиативного лечения Ульяновского региона России внедрено оригинальное медико-психологическое, социокультурное и психосоциальное обеспечение большого контингента инкурабельных онкологических больных, их родственников и медицинского персонала, работающего с этими больными.

Созданы организационные основы функционирования четырех моделей паллиативного лечения и установлены приоритеты для их применения в России на примере Ульяновского региона, сформулирована научная гипотеза исследований и пути ее практической реализации:

♦ В психоонкологии, паллиативной медицине и онкологической клинике одним из основных направлений деятельности следует считать организацию и развитие современных междисциплинарных систем и моделей клинических, психологических, социальных, культурных и духовных подходов, призванных обеспечить оптимальное качество жизни инкурабельных онкологических больных.

♦ Региональные условия, определяемые конкретным уровнем развития социально-экономических, политических про-

цессов, этнической характеристикой социума, являются основополагающими для организации конкретных моделей паллиативной медицины и ее медико-психологического обеспечения.

◆ Обеспечению системного подхода в изучении социально-стрессовых факторов, определяющих формы, глубину и интенсивность развития психосоциальной дезадаптации, оптимальной психологической защиты, адаптации и комплексной реабилитации онкологических больных и их родственников на основе проведенного исследования способствует целостный подход к изучению личности онкологического больного, единства ее нервно-психической, психологической, социальной и культурной ментальности.

◆ Локализация и степень распространенности злокачественного новообразования определяют специфические медико-психологические особенности больного и формируют психологическую реакцию его на новую для него ситуацию существования в условиях неизлечимой болезни.

◆ Медицинский персонал, работающий с онкологическими больными, подвергается постоянному воздействию острых и хронических стрессогенных факторов, следствием чего являются различные психопатологические реакции, состояния, обуславливающие специфические психосоматические и личностно-характерологические проявления.

Настоящая работа базируется на результатах комплексного клинического, клинико-патопсихологического, клинико-психологического, экспериментально-психологического и психосоциального изучения 400 онкологических больных, из которых у 171 был рак молочной железы, 77 - рак матки и яичников, 35 - рак гортани, 57 - рак легкого, 31 - рак желудка и 29 - рак толстой кишки. Кроме того, обследовано 90 человек с предраковыми заболеваниями и 40 практически здоровых лиц (контрольная группа).

Наряду с изучением больных проведено обследование медицинского персонала, работающего в онкологических и неонкологических учреждениях. В поле нашего зрения находились 172 медицинс-

ких работника: 55 врачей-онкологов и 117 медицинских сестер (91 - в онкологических и 28 - в неонкологических учреждениях).

В своей работе мы использовали следующие методические приемы: клиническую беседу; опросник Тейлор в модификации Немчина; шкалу депрессии Гамильтона; шкалу самооценки «здоровье-болезнь» Дембо-Рубинштейн; характерологический опросник Леонгарда; СМИЛ; сатирические рисунки Бидструпа, а также разработанный на кафедре медицинской психологии, неврологии и психиатрии медицинского факультета УлГУ опросник оценки психогенных факторов профессиональной вредности медицинского персонала, работающего в онкологических и других лечебных учреждениях. Для обработки полученных данных были использованы статистические методы.

Результаты исследования и их обсуждение

Начиная работу по созданию современной системы паллиативного лечения и ухода и по разработке концепции медико-психологических, психосоциальных основ этого раздела клинической медицины, психологии и социальной работы, мы учитывали, что само по себе паллиативное лечение в том или ином виде уже осуществлялось. Это паллиативное лечение относительно небольшого контингента больных в специализированных онкологических учреждениях, лечебно-профилактических учреждениях общего профиля и то, что касалось подавляющего большинства онкологических больных, - печально известное «симптоматическое лечение по месту жительства». Термин сам по себе не очень ясный, как и то содержание, которое в нем скрыто. Создавая концепцию и ее теоретическую основу, мы разработали основные модели развития паллиативной медицины.

Необходимость активного развития паллиативного лечения и хосписов в России имеет свои особенности и диктуется рядом факторов, среди которых можно выделить следующие: высокая онкологическая заболеваемость; высокий удельный вес поздних (запущенных) форм рака;

отсутствие условий для достойного содержания этого контингента больных в лечебных учреждениях; отсутствие идеологии хосписов и паллиативной медицины; политические и финансовые трудности; недостатки в обеспечении лекарствами; отсутствие обученных специалистов.

Первыми учреждениями паллиативного обслуживания стали центры паллиативной медицины и реабилитации, кабинеты противоболевой терапии для онкологических больных, центры паллиативной помощи, входящие в состав онкологических диспансеров, отделений паллиативного профиля при больницах, поликлиниках, социальных службах. Эти формы организации паллиативной помощи начали свою работу прежде всего с медицинской помощи, организации противоболевых мероприятий, во многих случаях дело этим и ограничивается. Несомненно, проблема купирования болевого синдрома очень важна, без нее практически невозможно решать ряд социокультурных и духовных вопросов. Однако паллиативный подход и хоспис предполагают гораздо более обширную заботу о людях, страдающих неизлечимыми заболеваниями.

В разряд болезней, которые сегодня не поддаются лечению и поэтому должны находиться в сфере внимания специалистов хосписов, попадает большое число болезней (СПИД, онкологические заболевания, туберкулез, заболевания сердечно-сосудистой системы и др.). В России в рамках паллиативной помощи традиционно основное внимание уделяется онкологическим больным.

Реализации задач паллиативной медицины может способствовать развитие паллиативного подхода как философского, мировоззренческого инструмента паллиативного подхода, паллиативной помощи, паллиативного лечения и паллиативной медицины.

Исторические аспекты развития хосписа и системы паллиативного лечения в Ульяновском регионе России

1991-1994 гг.

- Создание в Ульяновске инициативной группы.

- Работа по внедрению в сознание медицинской общественности, руководства региона идеи о необходимости организации хосписа и системы паллиативного лечения больных раком.

- Контакты с коллегами в Европе: хосписом Св. Христофора, Европейской ассоциацией паллиативного лечения, членство в этой ассоциации, консультации с Всемирной организацией здравоохранения, разработка партнерской программы «Хелспром» (Лондон - Ульяновск).

- Разработка идеологии развития хосписа и паллиативного лечения в Ульяновском регионе.

- Разработка образовательных программ по принципу «от волонтера до врача», проведение англо-российских обучающих семинаров в Ульяновске.

1994-1996 гг.

- Реализация планов развития хосписа и паллиативного лечения в регионе в рамках рекомендаций ВОЗ, создание первых хосписов в Ульяновске и Димитровграде.

- Создание в Ульяновске неправительственной организации «Фонд ассоциации паллиативного лечения Ульяновской области».

- Разработка и реализация основных моделей развития паллиативного лечения в Ульяновском регионе.

- Развитие обучающих технологий, подготовка специалистов в российских и зарубежных центрах.

1997-2000 гг.

- Активное сотрудничество с российским и международным движением за развитие паллиативного лечения и хосписа.

- Развитие материально-технической базы паллиативного лечения, внедрение современных обучающих технологий, создание системы психологической и социальной реабилитации больных и персонала.

Таким образом, хосписное движение и паллиативная медицина в Ульяновском регионе имеют свою небольшую, но, тем не менее, вполне конкретную историю. В 1991-1994 годах были сформулированы научно-методологические основы этого движения применительно к данному региону. В даль-

нейшем работа шла в направлении развития контактов с Европейской ассоциацией паллиативного лечения, Всемирной организацией здравоохранения, одним из старейших хосписов в Великобритании - Хосписом Святого Христофора, неправительственной организацией Хелспром (Великобритания), с которой был заключен долгосрочный договор о партнерстве в области развития паллиативного лечения и хосписа. В результате этих контактов был разработан совместный план развития движения. По рекомендации Всемирной организации здравоохранения он был разбит на несколько этапов, первый из которых предусматривал реализацию подготовительных мероприятий, а второй - непосредственное открытие хосписов, создание этой службы в регионе, организацию преподавания методов паллиативного ухода и лечения студентам медицинского факультета, медицинского колледжа и волонтерам.

Модели развития паллиативного лечения и хосписа в Ульяновском регионе России

1. Хоспис как самостоятельное учреждение для онкологических больных.
2. Хоспис как составная часть онкологического учреждения.
3. Паллиативное лечение онкологических больных в онкологическом учреждении.
4. Хоспис как составная часть госпиталя инвалидов войны для онкологических и неонкологических больных.

Сравнительное клинико-психологическое исследование при злокачественных опухолях различной локализации

При изучении онкологических больных они были распределены на две большие группы: 1) больные с органами опухоли - злокачественная опухоль желудка (31 чел.), рак прямой и ободочной кишки (29 чел.), рак гортани (35 чел.), рак легкого (57 чел.) и 2) больные со злокачественными образованиями репродуктивной сферы - рак молочной железы (171 чел.) и рак матки и яичников (77 чел.).

Было установлено наличие опреде-

ленной закономерности в развитии патопсихологической симптоматики в зависимости от локализации процесса. Наряду с личностными реакциями, которые характерны для любого онкологического заболевания, определенная локализация опухоли имеет свою психологическую специфику.

Так, при обнаружении *злокачественной опухоли желудка* и направлении больного в онкологическое учреждение психотравмирующая, стрессовая ситуация проявляется беспокойством, растерянностью, снижением настроения. Проявления психологических сдвигов практически коррелируют с тяжестью заболевания. В процессе радикального хирургического лечения, в различные сроки после его реализации, больной начинает успокаиваться, адаптируется к болезни. Оценка болезни приобретает нормосоматозогнозический тип с дезактуализацией переживаний, связанных с болезнью.

В отдаленные сроки после лечения наблюдается соматогенная астения с тревогой, периодически возникающими предположениями о возможности рецидива болезни. Иногда имеют место ипохондрические и фобические типы реагирования. При благоприятном исходе болезни, безрецидивном течении отдаленного послеоперационного периода возможно отрицание наличия болезни в прошлом.

Психологические особенности больных, страдающих *раком прямой и ободочной кишки*, в значительной степени определяются исходом предпринятого хирургического вмешательства, с которым могут быть связаны мощные стрессорные воздействия, затрудняющие психологическую адаптацию к последствиям болезни. Зачастую больные становятся инвалидами не только в силу функциональных нарушений как следствия применения каляющих методов противоопухолевого лечения, но и в результате отрицательных эмоциональных факторов, приводящих к патопсихологическим расстройствам. При этом они стремятся к самоизоляции, отмечается снижение уровня настроения. Преобладают гиперсоматозогнозии с излишней заостренностью внимания на

эстетическом компоненте последствий оперативного вмешательства.

У больных, страдающих *раком гортани*, после сообщения диагноза и предложения “калечащего” оперативного вмешательства, связанного с наложением трахеостомы, возникают тревога, состояние подавленности, страх перед будущим. Психогенно-стрессовая ситуация весьма типична для этой группы больных. У перенесших ларингэктомию по поводу рака гортани, вскоре после операции начинают доминировать настроение и представления о собственной неполноценности, наличии “уродства” в результате утраты звучной речи. Постепенно формируется психологическая адаптация к последствиям операции, ограниченными жизненными и трудовыми возможностями. В этот период нередко возникают депрессивные, фобические и ипохондрические варианты патопсихологического реагирования. В их структуре отчетливо звучат как предположения, так и утверждения о наличии метастатического поражения.

У больных *раком легкого*, каждый из которых имел инкурабельную форму заболевания, на диагностическом этапе наблюдались депрессивно-тревожные проявления, чувство надвигающейся катастрофы. Возникновение психогенно-стрессовых воздействий обуславливало формирование гиперсоматонозогнозии. В стадии разгара болезни на смену состоянию стресса приходила психологическая адаптация с уменьшением остроты реагирования. В этот период отмечались явления «госпитализма» с пассивностью, ограничением диапазона эмоциональных реакций, смена творческой активности стереотипным поведением.

Основное влияние на структуру психических реакций при *раке гениталий* оказывает информация о возможности сохранения или утраты детородной функции, тогда как при *раке молочной железы* определяющим является страх утраты “женственности”. При этом возможны психопатологические формы переживания в виде депрессивных, фобических и ипохондрических вариантов как в периоде до начала радикального лечения, так и пос-

ле его завершения.

Таким образом, в процессе обследования на диагностическом и лечебном этапе, а также в период реабилитации у онкологических больных наблюдается определенная динамика психологических реакций и можно выделить несколько стадий психологического реагирования.

Для первой стадии (диагностический этап, противоопухолевое лечение) относительно типичным является наличие довольно полной информации о диагнозе, проведении специального лечения с последующим возвращением к нормальному образу жизни, насколько это возможно в плане функциональной сохранности организма после применения таких травматичных методов лечения, как обширные оперативные вмешательства, лучевая и химиотерапия, комбинированное или комплексное лечение.

Вторая стадия - переживания и тревога, ожидание исхода лечения, неопределенность прогноза, частая госпитализация и интенсивность процесса реабилитации. На течение этого этапа оказывает существенное влияние такой показатель, как “качество жизни” после противоопухолевого лечения.

Третья стадия - переживания в связи с фатальностью известного исхода.

На особенности клинико-психопатологических и клинико-психологических проявлений стадий развития опухолевого заболевания влияет также исход болезни - благоприятный или неизбежность фатального исхода.

Необходимо иметь ввиду кризисную природу онкологических заболеваний, приводящую к тому, что больной, его семья и медперсонал включаются в сложные взаимоотношения, психологическая оценка которых должна учитывать интерактивную природу этой системы.

Рак, являясь длительным заболеванием, предполагает значительное количество средств и стратегий адаптации к болезни, ее психологического преодоления. Полученные нами данные подтверждают высказанные в литературе положения о фазности этого процесса. Вначале возни-

кает некий оптимум, неадекватная “гипомания”, развивающаяся как адаптивная реакция личности, связанная с необходимостью переработки имеющейся информации, болезненным обследованием и другими факторами. При этом возникает вера в могущество врача, сочетающаяся с непризнанием, отрицанием тяжести болезни. Прогрессирование заболевания или возникновение рецидива значительно меняет картину и возникает разочарование в возможностях лечения. С улучшением результатов лечения и увеличением такого показателя, как выживаемость онкологических больных, только рецидив воспринимается как подтверждение тяжести состояния больного и угроза смерти. Это приводит к крушению иллюзий: больной становится раздражительным в отношении с медицинским персоналом и родственниками, часто направляет свой гнев против себя самого, развивается депрессия и анорексия. Именно в этот период возможны суицидальные мысли и реакции.

Экспериментально-психологическое исследование больных раком молочной железы

Для обследования были выбраны три группы женщин: контрольная (1-я группа, 15 человек), больные с доброкачественными заболеваниями молочной железы (2-я группа, 35 человек) и больные с диагнозом рак молочной железы на различных стадиях процесса (3-я группа, 171 человек). 2-я и 3-я группы состояли из оперированных больных, то есть из тех, у кого имелось гистологическое подтверждение наличия опухоли. Контрольная (1-я) группа включала женщин, проходивших профилактический осмотр в поликлинике областного онкологического диспансера, которым было выставлено заключение “здорова”.

Во 2-ю группу отобраны больные с доброкачественным заболеванием молочной железы (фиброаденоматозом), который наиболее часто перерождается в рак. 3-я группа больных с диагнозом рак молочной железы имела в анамнезе различные изменения в молочной железе

(рубцы после операций, маститы и т.д.).

Возрастной показатель соответствовал тому, для которого характерно частое выявление как доброкачественных, так и злокачественных новообразований (40-50 лет).

Для 1-й группы были характерны следующие результаты: средний уровень тревожности у 70% обследованных, низкий уровень тревожности у 20%, высокий уровень тревожности у 10%; заниженная самооценка у 40%, средний уровень самооценки у 50%, завышенный уровень у 10%. Эмоциональный дискомфорт отмечен у 20%, наличие депрессии выявлено в 30% случаев, в то время же у большинства обследуемых наблюдалось позитивное отношение к себе и окружающему миру.

Условием отбора больных во 2-ю группу (больные с диагнозом фиброаденоматоз) являлось отсутствие диагноза “рак молочной железы” при наличии патологических процессов в молочной железе. Данные исследования были таковы: низкий уровень тревожности - 0%, средний уровень тревожности - 10% высокий уровень тревожности у 90% исследованных; заниженная самооценка у 80%, средний уровень у 10%, высокий уровень у 10% женщин; эмоциональный дискомфорт у 90% пациентов; депрессивный синдром наблюдался в 70% случаев.

В 3-ю группу входили больные после оперативного лечения по поводу рака молочной железы, то есть при наличии морфологического подтверждения диагноза. При исследовании их психологического состояния были получены следующие результаты: наблюдалась лабильность психических реакций в зависимости от стадии заболевания; начало заболевания сопровождалось явлениями дискомфорта, коинестопатии, комплексами собственной неполноценности; у 90% больных определялся высокий уровень тревожности, у 10% - средний уровень; заниженная самооценка - у 80%, средний уровень - у 10% и низкий уровень - у 10%; эмоциональный дискомфорт - у 90% пациентов. Депрессивные проявления наблюдались в 70% случаев, в 20% - астено-депрессивные нарушения.

При клинической беседе у данной группы больных наблюдалось преобладание астенодепрессивного фона, вялости, апатии, страха, напряженности и тоски.

В стадии разгара болезни развивается адаптация к ней. Адаптация обеспечивается ситуационными факторами или же "вторичными характерологическими чертами" личности, способствующими нивелированию облигатных свойств характера. Декомпенсация - обнажение патологических особенностей психологических качеств личности вследствие срыва компенсаторных механизмов - зависит от форм личностного реагирования на болезнь.

Как следует из проведенных исследований, в процессе нарастания клиники заболевания отмечается характерное изменение эмоционально-личностных качеств, что может способствовать диагностике ранних патологических отклонений и подбору адекватной тактики ведения больного.

Наиболее высокий уровень тревожности, депрессии, эмоционального дискомфорта и самые низкие показатели самооценки были отмечены у второй группы пациентов и характеризовали первоначальный фон и клиническое течение заболевания, так как у этой категории больных еще не известен диагноз, а следовательно, и последствия заболевания. Им необходима психологическая поддержка психолога и медицинского персонала, проведение психокоррекционных и психотерапевтических мероприятий. Своевременная комплексная диагностика предракового заболевания при правильном лечении, психологическом подходе и адекватной оценке качества жизни могут определять оптимальный прогноз.

Экспериментально-психологическое исследование больных с опухолями и неопухолевыми заболеваниями гениталий

В этой серии исследований изучались три группы: 1-я группа - имеющие фоновое заболевание гениталий; 2-я группа - имеющие онкологическое заболева-

ние гениталий; 3-я группа - относительно здоровые женщины.

При клинической беседе у женщин 1-й группы выявлены: преобладание астенодепрессивного фона, апатии, ощущения беспричинной тягостной напряженности, страха, настороженности, тоски; высокий уровень тревожности - у 50% больных, средний уровень - у 20%, низкий - у 30%; снижение психической активности, интересов, эмоционального тонуса, комфортности - средней степени выраженности; легкая степень депрессии у 60% и средней - у 40% пациенток.

Во 2-й группе женщин при клинической беседе выявилось характерное преобладание тревожных и ипохондрических расстройств, проявляющихся в виде беспокойства по незначительным поводам, плаксивости, нарушения сна (трудность засыпания и частые вставания ночью), раздражительности, внутреннего напряжения, особой озабоченности собственным здоровьем на фоне быстрой утомляемости и снижения работоспособности. По данным экспериментального исследования выявлены: высокий уровень тревожности - у 70% больных, средний уровень - у 30%; низкая степень психической активности, эмоционального тонуса; средней степени выраженности явления дискомфорта и напряженности; депрессивные реакции легкой степени у 40%, средней степени у 60% пациенток.

В контрольной, 3-й группе, при клинической беседе выявлены нерезко выраженные колебания настроения, нарушения сна по типу гипсомнии и трудности засыпания; низкий уровень тревожности; у всех женщин при оценке психической активности, эмоционального тонуса и комфортности констатированы расстройства средней степени выраженности и депрессивные симптомы легкой степени выраженности.

Таким образом, при психологическом исследовании женщин трех категорий (здоровые, больные фоновыми заболеваниями гениталий и больные раком гениталий) выявлено нарастание тревожных и депрессивных расстройств на фоне из-

менения регуляторно-гормонального баланса в организме, что следует учитывать в развитии злокачественного новообразования женской половой сферы.

Медико-психологические и профессиональные характеристики персонала онкологических учреждений и хосписов

Одной из основных задач исследования являлось изучение особенностей профессиональной деятельности персонала онкологических учреждений и хосписов; значения социально-стрессовых факторов в формировании изменений личности врачей-онкологов и среднего медицинского персонала; условий профессиональной деятельности и их влияния на личностно-психологические показатели; возможностей развития психосоматических реакций; формирования психологической дезадаптации и психогений. Эти и ряд других вопросов остаются вне сферы специального исследования медицинских психологов. Мы не встретили в литературе специальных сведений, касающихся оздоровления и психосоциальной реабилитации персонала онкологических учреждений и хосписов.

В психологическом исследовании приняло участие 55 врачей и 91 медицинская сестра Ульяновского областного онкологического диспансера, хосписов г. Ульяновска и г. Димитровграда Ульяновской области, 28 медицинских сестер учреждений неонкологического профиля. Средний возраст онкологов и медицинских сестер онкологических учреждений соответственно составил $41,7 \pm 1,79$ лет и $34,3 \pm 1,78$ лет. Среди врачей-онкологов мужчин было 54,3% и 45,7% женщин. Средний медицинский персонал был представлен женщинами. В процессе исследований использованы следующие методики: анонимное анкетирование (анкета-опросник кафедры медицинской психологии, неврологии и психиатрии медицинского факультета Ульяновского государственного университета); СМЛ (сокращенный многофакторный опросник исследования личности); сатирические рисунки Бидструпа (в качестве методики, позволяющей выявить

минимизированные отклонения в эмоциональной сфере).

Практически все врачи и медицинские сестры осознают, что трудовая деятельность их протекает в условиях влияния профессиональных вредностей. Личное понимание их зависит как от условий труда, так и от индивидуальных психологических характеристик. Среди осознаваемых факторов, формирующих у большинства исследуемых состояние нервно-психического напряжения, называются затруднение контакта с онкологическими больными, находящимися в состоянии фрустрации в связи с прямой и высоковероятной опасностью для жизни, невозможностью оказать радикальную помощь данным больным (инкурабельность). Закономерно, что действие этих причин, особенно при влиянии других астенизирующих факторов (контакт с высокоактивными лекарственными препаратами, оказывающими токсическое действие, социальное, семейное неблагополучие и т.д.), приводит к состоянию нервно-психического напряжения, повышению уровня невротичности и во многих случаях к формированию более стойких невротических состояний. Жалобы, характеризующие состояние нервно-психического напряжения, выявлены у 54,3% врачей-онкологов и у 82,8% медсестер онкологических учреждений.

При изучении личностных и патопсихологических особенности врачей-онкологов и медицинских сестер максимальные значения были зафиксированы по шкалам ипохондрии и истерии ($T > 60$) в обеих группах, что, по мнению Ф.Б. Березина, соответствует уровню акцентуации. Среди медицинских сестер был высокий уровень значений по шкале шизоидности. Это характеризует опрошенных как людей, с одной стороны, медленно приспособляющихся, плохо переносящих смену обстановки, испытывающих затруднение при социальных конфликтах, с другой же стороны - их демонстративность, поверхностность и неспособность к глубоким чувствам; они же склонны к конверсионным реакциям, что впол-

не соответствует наличию у них психосоматических расстройств. У 39,1% врачей наблюдалось сочетание высоких значений по шкалам истерии, ипохондрии и шизоидности. У 26,0% врачей установлена так называемая невротическая триада – высокие значения ($T > 60$) по 1, 2, 3 шкалам соответственно, что подтверждает наличие эмоционально-аффективных нарушений. В 61,1% случаев у медицинских сестер получены высокие значения по шкале истерии. Другие сочетания высоких значений по шкалам очень разнообразны, и их численность незначительна. У исследованных, находящихся под действием хронического стресса, развиваются различные невротические реакции. В первые 10 лет работы происходит изменение отношения к существующей ситуации, более отстраненное отношение к профессиональным проблемам (связанным со стрессом), они вытесняются или конверсируются в психосоматические расстройства.

Поскольку преобладающим фактором в формировании акцентуаций (по данным большинства исследователей) являются психогенные факторы, исходя из однотипности развития данных акцентуаций можно рассматривать их как следствие профессиональных психогенных вредностей в деятельности персонала онкоучреждений и хосписов.

Таким образом, актуальным является не только медицинская и психосоциальная реабилитация онкологических больных и их родственников, но и изучение психологических проблем персонала, предупреждение личностной и профессиональной деформации.

Особенности профессиональной деятельности персонала онкологических учреждений и хосписов в сочетании с воздействиями социально-стрессовых факторов обуславливают неблагоприятные условия жизни и деятельности, при которых формируется психосоциальная дезадаптация у врачей и среднего медицинского персонала. В зависимости от глубины и уровня хронического и острого стресса эта дезадаптация сопровождается

изменениями личности, в частности эмоциональной сферы врача и медицинской сестры.

Результаты этой серии исследований способствовали разработке психосоциальных программ по реабилитации персонала онкологических учреждений, хосписов и отделений паллиативного лечения.

Из результатов исследований вытекают несколько следствий: во-первых, необходимо постоянное совершенствование системы паллиативного лечения и ухода, базирующейся на совершенно новых подходах. Следует отказаться от принципа «симптоматическое лечение по месту жительства» как неперспективного, малоэффективного; во-вторых, специфика онкологических заболеваний, их течения, манифестации и клинических проявлений предполагает одномоментное существование нескольких моделей развития паллиативного лечения и ухода. Необходимо активно создавать эти модели, испытывать их и лучшие внедрять в повседневную практику. Накопленный опыт показывает, что каждая из моделей имеет свою «нишу» и своего пациента. Вместе с тем, решение проблем паллиативного лечения и ухода в рамках хосписа, расположенного на базе онкологического учреждения или гериатрического центра-модели наиболее эффективны, ибо позволяют реализовать в паллиативном лечении активный подход; в-третьих, паллиативное лечение и уход невозможны без тщательно отработанной системы психологической поддержки, адаптации и психологической реабилитации как больных, так и их ближайшего окружения; в-четвертых, система здравоохранения сама по себе не может в полной мере решить проблемы паллиативного лечения и ухода, ибо эта система нуждается в решении целого ряда психосоциальных вопросов с тщательной проработкой социокультурных и антропологических аспектов паллиативной медицины; в-пятых, на персонал, осуществляющий программы паллиативного лечения и ухода, падает большая психологическая нагрузка, кото-

рая не проходит бесследно. Но психологические и социальные проблемы персонала остаются без надлежащего внимания. От того, как будет реализована эта сторона паллиативного лечения и ухода, будет зависеть его успех.

Выводы:

1. Решение психологических, физических, социальных, духовных проблем личности неизлечимых онкологических больных, их родственников и всемерное обеспечение лучшего качества жизни составляют основу психоонкологии и паллиативного подхода, обеспечивающих развитие новых направлений и приложений клинической (медицинской) психологии - психологии качества жизни больных с онкологическими и хроническими заболеваниями и отечественного здравоохранения - паллиативной медицины, развивающейся в рамках биопсихосоциальной модели медицины.

2. Медико-психологические, психосоциальные и социокультурные направления научных исследований в онкологии, психоонкологии и паллиативной медицине наиболее оптимально реализуются в условиях организационно-методического обеспечения различных моделей паллиативной медицины.

3. Оптимальные условия для реализации изложенных положений существуют в таких моделях паллиативной медицины, как хоспис или отделение паллиативного лечения на базе онкологического учреждения, отделение паллиативной медицины в составе гериатрического госпиталя или центра.

4. Системный подход к оценке нарушений психической адаптации личности неизлечимых онкологических больных и социальной дезадаптации родственников должен проводиться с учетом влияния психосоциальных стрессовых факторов и их взаимосвязи с ментальными условиями российских регионов.

5. Медико-психологический статус и формирование типа личности онкологического больного находится в зависимости от локализации и распространен-

ности злокачественного новообразования, которые вызывают определенную последовательность проявления психических реакций по мере прогрессирования онкологического заболевания.

6. Неотъемлемой составляющей системы паллиативного ухода и структуры моделей паллиативной медицины является служба социальной работы как новый вид профессиональной деятельности в России. Особыми условиями формирования социоантропологического подхода в системе паллиативного ухода и паллиативной медицины являются квалифицированная адресная социальная помощь и поддержка онкологических больных с позиций социэкологии личности (решение вопросов социальной адаптации, реабилитации больных и их ближайшего окружения; разработка системы социальной помощи на дому, включая привлечение волонтеров, их обучение и подбор; развитие маркетинга и социального менеджмента в паллиативной медицине; работа с религиозными конфессиями).

7. Создание системы социальной помощи значительно облегчает паллиативный уход, оптимизирует паллиативную помощь, социально-психологическую реабилитацию онкологических больных, их ближайших родственников и повышает уровень, индивидуальную адресность социальной коррекции.

8. Особенности профессиональной деятельности персонала онкологических учреждений и хосписов в сочетании с воздействиями социально-стрессовых факторов обуславливают неблагоприятные социально-психологические условия жизни и деятельности, при которых формируется психосоциальная дезадаптация у врачей и среднего медицинского персонала. В зависимости от глубины и уровня хронического и острого стресса невротическая дезадаптация сопровождается изменениями личности и эмоциональной сферы врача и медицинской сестры, что требует своевременного использования психосоциальных программ профилактики профессиональной деформации и психосоциальной дезадаптации персонала.

9. Развитие психоонкологии, медико-психологических и психосоциальных подходов в системе паллиативной медицины формируется в условиях конкретного этноса, с учетом культуральных особенностей национальных систем оздоровления и психотерапевтических программ поддержки и реабилитации обреченного онкологического больного, родственников и персонала, обеспечивающих его обслуживание.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Александров А.А. Клинические основы групповой психотерапии при неврозах / Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - С.-Пб., 1992.
2. Александровский Ю.А. Состояния психической дезадаптации и их компенсация // М.: Наука, 1976.
3. Александровский Ю.А. Социально-стрессовые расстройства // Обозр. психиат. и мед. психол. - 1992. - №2.
4. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства // Руководство для врачей. - М.: Медицина, 1993.
5. Асеев А.Г. Качество жизни женщин, больных раком молочной железы и меланомы кожи // Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - С.-Пб., 1998.
6. Асмолов А.Г., Марилова Т.Ю. Роль смены социальной позиции в перестройке мотивационно-смысловой сферы у онкологических больных // Журн. невропатол. и психиатрии, 1985, Вып. 12.
7. Бажин Е.Ф., Гнездилов А.В., Александрин Г.П. и др. // Эмоциональный стресс и пограничные нервно-психические расстройства. - Л., 1977.
8. Бажин Е.Ф., Везкин Д.П., Гнездилов А.П. и др. Психологические компенсаторные реакции онкологических больных // Совершенствование методов реабилитации онкологических больных: Тез. Всесоюзн. симпозиума. - Л., 1978.
9. Бажин Е.Ф., Гнездилов А.В. О психогенных реакциях у онкологических больных // Журн. невропатол. и психиатрии. - 1980. - №3.
10. Бажин Е.Ф., Гнездилов А.В. Психогенные реакции у онкологических больных: Методические рекомендации. - Л., 1983.
11. Бажин Е.Ф., Гнездилов А.В., Цейтина Г.П. Труд и проблема социально-психологической адаптации онкологических больных // IV Всесоюзный съезд онкологов. Л., 1986.
12. Березин Ф.Б., Барлас Т.В. Социально-психологическая адаптация при невротических и психосоматических расстройствах // Журн. невропатол. и психиатрии. - 1994. - №3.
13. Березин Ф.Б., Мирошников М.П. Эмоциональный стресс и психосоматические расстройства. Подходы к терапии // *Materia medica*. Бюллетень для врачей. - 1996. - №1.
14. Биктимиров Т.З., Наумова О.Д. Объективный мир "Человек и его здоровье" // Провинциальная ментальность в России в прошлом и настоящем. Тезисы докладов Первой конференции по истории психологии Российского сознания. Самара, 1994.
15. Биктимиров Т.З. Паллиативное лечение детского и взрослого населения Ульяновской области с позиции ВОЗ // Новое, прогрессивное в практику здравоохранения. Ульяновск, 1994.
16. Биктимиров Т.З., Модников О.П. Проблемы медицинской психологии в онкологии и психосоматической медицине. Ульяновск, 1998.
17. Биктимиров Т.З., Модников О.П. Медико-психологическое обеспечение онкологических больных // Ежегодник Российского Психологического Общества. Ярославль, 1998.
18. Биктимиров Т.З., Модников О.П., Семенихин Д.Г. Психологические проблемы персонала, работающего с онкологическими больными // Ежегодник Российского Психологического Общества, 1998.
19. Биктимиров Т.З., Якимова Н.Н. Социальная деятельность в системе паллиативной медицины и хосписах // Теория и практика социальной работы: опыт и перспективы. Ульяновск, 1999.
20. Биктимиров Т.З., Модников О.П. Кли-

- ническая психология и психотерапия в онкологии, паллиативной помощи и паллиативной медицине // Материалы Российской конференции “ Психотерапия и клиническая психология в общемедицинской практике”, С.-Петербург-Иваново, 2000.
21. *Биктимиров Т.З.* Профессиональные дизонтогении и деформации в онкологической клинике и паллиативной медицине// Современная психология: состояние и перспективы. Тезисы докладов на юбилейной научной конференции Института психологии РАН, М., 2002
 22. *Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б.* Об отношении к концепции отношений в клинической психологии// Обозр. психиат. и мед.психол.,1996, № 1.
 23. *Вельшер Л.З., Тарабрина Н.В., Коробкова Л.И., Генс Г.П.* Психоонкология: междисциплинарный подход// Паллиативная медицина и реабилитация, 2002, № 2-3.
 24. *Володин Б.Ю., Куликов Е.П., Савин А.И., Володина Л.Н.* Значение психологической реабилитации в онкологии// Проблема паллиативной помощи в онкологии. Антология научных публикаций, М.:2002, т. I-II.
 25. *Герасименко В.Н., Тхостов А.Ш., Артющенко Ю.В.* К вопросу о психологической реабилитации онкологических больных// Вестник АМН СССР, М.: 1981, № 8.
 26. *Герасименко В.Н., Тхостов А.Ш.* Реабилитация онкологических больных. М.:1988.
 27. *Гнездилов А.В.* Психологические аспекты онкологии в условиях хосписа. Дис. в виде научн. докл. ... докт. мед. наук-С.-Пб., 1996.
 28. *Дунаевский В.В.* Психиатрия и психосоматическая медицина. С.-Пб.:1995.
 29. *Зотов П.Б., Новиков Г.А., Уманский С.М.* Суицидальное поведение онкологических больных// Паллиативная медицина и реабилитация, 1997, № 4.
 30. *Кабанов М.М.* Концепция реабилитации и современная клиническая медицина// Реабилитация онкологического больного. Л., 1979.
 31. *Карвасарский Б.Д.* Медицинская психология. Л.:1982.
 32. *Карвасарский Б.Д.* Психотерапия. М.:Медицина,1985.
 33. *Колосов А.Е., Шиповников Н.Б.* Психологические нарушения у больных при диагнозе “ Рак “. Киров: 1994.
 34. *Мельченко Н.И.* Психосоматическое направление в терапии и онкологии// Проблемы медицинской психологии в онкологии и паллиативной медицине. Ульяновск, 1998.
 35. *Мельченко Н.И.* Медико-психологическая помощь в онкологии// Психолог в здравоохранении: вопросы диагностики, коррекции и супервизии. Самара, 1999.
 36. *Менделевич В.Д.* Клиническая и медицинская психология. М.: Мед Пресс, 1998.
 37. *Мясищев В.Н.* Личность и неврозы. Л.:1960.
 38. *Николаева В.В.* Влияние хронической болезни на психику. М.: 1987.
 39. *Николаева В.В.* Личность в условиях хронического соматического заболевания// Автореф.... докт. психол. наук М.,1992.,48 с
 40. *Новиков Г.А., Плавунин Н.Ф., Сдвижков А.И., Прохоров Б.М.* Концепция организации специализированных центров паллиативной медицины и реабилитации// Паллиативная медицина и реабилитация, 1997, № 2.
 41. *Сидоров П.И., Парняков А.В.* Введение в клиническую психологию. М.: 2000.
 42. *Соколова Е.Т., Николаева В.В.* Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. М.: 1995.
 43. *Тхостов А.Ш.* Психологический анализ изменений личности при некоторых онкологических заболеваниях. Автореф. ... канд. психол. наук, М.: 1980.
 44. *Тхостов А.Ш., Степанович Д.А.* Влияние кризисной жизненной ситуации на структуру самооценки// Вопросы психологии, 1987, № 2.
 45. *Тхостов А.Ш., Арина Г.А.* Теоретичес-

- кие проблемы исследования внутренней картины болезни// Психологическая диагностика отношения к болезни... Л., 1990.
46. *Цейтлин Г.Я., Кожарская Г.В., Смирнова Ж.В., Колмановская Н.Е., Бялик М.А., Греф А.Э., Чекулаева Е.В., Колмановский А.Э.* Проблемы реабилитации в онкопедиатрии // Современная онкология, 2001, № 3.
47. *Чиссов В.И., Новиков Г.А.* Резолюция II Конгресса с международным участием "Паллиативная медицина и реабилитация в здравоохранении" // Паллиативная медицина и реабилитация, 1998, № 5.
48. *Addington-Hall J.M., Altmann D.* et al. How do the characteristics of terminally ill cancer patients admitted to hospices differ between health districts with high and low levels of hospice provision. Fifth Congress of the European Association for Palliative Care.-Book of Abstracts, London.-1997.
49. *Ahmedzai S.* Cost-benefit evaluations with emphasis on methodologies of performing relevantto palliative care services// European Journal of Palliative Care. Abstracts of the fourth Congress of EAPC. - Barcelona, 1995.
50. *Akaho R., Shinohara Y., Yoshino M.* et al. Psychiatric symptom in the treatment marrow transpl. Jpn. J. Gen Hosp. Psychiatri. 1997. - N9(2).
51. *Anderson B.M.* Team approach to home care: hospis, patient and family // European Journal of Palliative Care. - Barcelona, 1995.
52. *Bukberg J* et al. Depression in hospitalized cancer patients // Psychosomatic medicine. 1984. - N46.
53. *Coetzee D.* Psychosocial stress faktors and the prevention depressive illness in the elderly // S.Afr. Med. J. - 1981. - V.60. - N12
54. *Dalton J., Feuerstein M.* Biobehavioral factors in cancer pain // Pain. - 1988. - N33.
55. *Saunders C.M.* The management of terninal illness // 2nd ed. London: Edward Arnold., 1985.
56. *Twycross R.G., Lack S.A.* Therapeutics in terminal cancer. 2nd ed.London.1990.

**PSYCHOONCOLOGY –
NEW TRENDS IN NATIONAL CLINICAL PSYCHOLOGY
AND PALLIATIVE MEDICINE**

© 2002 T. Z. Biktimirov

Samara Institute of General and Clinical Psychology and Psychotherapy, Ulyanovsk State University

Annotation. Psychooncology is a special sphere of scientific-practical activity concerned by its founder, organizer of IPOS-International Psycho-Oncology Society (International Psychooncological Society) – Bernard H. Fox (1918-2001) and his successor Co-President of IPOS Jimmi C. Holland as "subspecialty" not only in the area of oncology but psychology, sociology, studying behavioral and emotionally traumatizing aspects of cancer patients' lives.

This work is based on the results of complex clinical, clinico-pathopsychological, clinico-psychological, experimental-psychological and psychosocial study of 400 oncological patients 171 of which had breast cancer, 77 – uterus cancer and ovarian carcinoma, 35 – larynx cancer, 57 – lung cancer, 31 – stomach carcinoma and 29 – large intestine cancer. 90 persons with pre-cancer diseases and 40 practically healthy persons (control group) were examined. Medical staff working at oncological and non-oncological institutions was examined: 55 oncologists and 117 nurses (91 – at oncological and 28 – at non-oncological institutions). Clinical discussion; Taylor questionnaire in Nemchin's modification; Hamilton depression scale; Dembo-Rubinstein self-appraisal scale "health-disease"; Leongard character questionnaire; SMIL (MMPI) ; Bidstrop satiric drawings as well as questionnaire of professional insalubrity psychogene factors of medical staff working at oncological and other medical institutions elaborated at medical psychology, neurology and psychiatry department of Ulyanovsk State University (USU). Statistic methods were used to process the findings.

РАЗВИТИЕ КОСТРУКТИВНОЙ КОНФРОНТАЦИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

© 2002 Н.И.Мельченко, Н.Г.Мунина

Самарский государственный медицинский университет

В работах исследователей о психосоматическом характере артериальной гипертензии (АГ) внимание часто фокусируется на внутри- и межличностных конфликтах больных АГ и их враждебно-агрессивных чувствах. В психотерапии больных с АГ особенно важна проработка деструктивной поведенческой тактики и агрессии пациента, в которой проявляются его конфликты. Для развития конструктивной конфронтации предлагается интегративная модель психотерапии больных АГ, с использованием психодинамического и поведенческого направлений, собственной конфронтационной техники и сочетания индивидуальной и групповой форм работы. Развитие конструктивной конфронтации становится серьезным шагом на пути к снижению АД.

Признавая многофакторность развития артериальной гипертензии (АГ), нельзя игнорировать участия психических факторов в ее патогенезе и применения психотерапии в комплексном лечении таких пациентов (2,3,4). В работах исследователей о психосоматическом характере АГ внимание часто фокусируется на внутри- и межличностных конфликтах больных АГ и их враждебно-агрессивных чувствах (2,5,6,9).

В психотерапии больных с АГ особенно важна проработка деструктивной поведенческой тактики и агрессии пациента, в которой проявляются его конфликты, и в первую очередь такой, как конфликт идентичности. Необходимо осознать деструктивную агрессию как проблему, сделать ее доступной эмоциональному переживанию и рефлексированию инсайту пациента. Тогда достигается уровень терапии, на котором возможна проработка бессознательного конфликта. Вместо использования заместительной идентичности пациент с АГ становится способным прийти к свободному от иррациональных чувств, например, вины и страха, осознанию своей идентичности, к восстановлению самооценки, благодаря расширению и применению новых форм конструктивного поведения и креативности.

Терапевтическая группа обеспечивает прямой доступ к анализу психической деятельности участников группы, пу-

тем рассмотрения сети межличностных отношений. Взаимно дополняя и влияя друг на друга, они создают широкое поле трансакций, внутри которого проявляют себя разнообразные паттерны привычного поведения и используемые индивидуальные психологические защиты и копинг-стратегии, индуцируя процессы переноса. Терапевтическое поле становится сценой, на которой разыгрываются как инфантильные, так и актуальные конфликтные ситуации ее членов, неосознаваемые компоненты которых распознаются в группе и могут стать доступными осознанию и проработке с помощью последовательных интерпретаций переноса и сопротивления.

Для развития конструктивной конфронтации предлагается интегративная модель психотерапии больных АГ, с использованием психодинамического и поведенческого направлений, конфронтационной техники и сочетания индивидуальной и групповой форм работы.

Групповая работа проводится в открытой психотерапевтической группе. Продолжительность сеансов 2 часа. Частота встреч 2 раза в неделю. В контракт вносится пункт об обязательном посещении 3 групповых занятий и последующей индивидуальной беседе.

Группа разделена на две зоны: активно работающую и пассивную (1). Увеличение числа участников терапевти-

ческой ситуации за счет «активно работающей» и «пассивной» зон группы делает возможным расширение осознания латерального переноса, что позволяет в терапевтической ситуации легче переносить проявления деструктивной агрессии, изначально связанные с архаическим симбиотическим переносом.

Количество мест в активной зоне постоянно, их 9. Каждый член группы выбирает себе тех людей, с которыми он предпочел бы участвовать в сеансе, т.е. создается индивидуальное рабочее поле. Кроме общепринятых психотерапевтических норм в группе действуют правила, по которым участники пассивной зоны не имеют права голоса, но при желании могут перейти в активную зону, попросив выйти выбранного ими участника. Выбирать нужно того, кто, по их мнению, наименее нужен группе в данный момент. Выбор проверяется голосованием поднятием руки. Если он оправдывается, то участники меняются местами. В рабочей зоне всем участвующим предлагается занять место, которое по их ощущениям является наиболее комфортным, и обратить внимание на то, как распределяются места между другими участниками группы. При изменении ситуации рекомендуется пересадка внутри активной зоны по взаимному желанию, и кроме этого, по собственному желанию каждый из участников активной зоны может вывести кого угодно из этой зоны в пассивную, и на его место пригласить из пассивной зоны любого другого участника. Дополнительные правила групповой ситуации усиливают защитную функцию группы, поддерживают «облегчающую обстановку» и, тем самым, способствуют активизации пациента в приобретении более успешных форм обращения с собой и окружающим миром.

Представляется целесообразным разделить мест по их расположению в отношении каждого из участников. В качестве домашнего задания пациентам

предлагается поразмышлять над тем, кого и как он размещает в группе и над теми требованиями, которые он предъявляет к сидящим рядом, сбоку и напротив.

Первые три занятия проводятся в обычной групповой форме, с учетом общих особенностей больных данного профиля. Делается акцент на создание поддерживающей атмосферы доверия и эмпатии. Целевая конфронтация еще не находится в фокусе интеракционной групповой дискуссии.

Через три групповых занятия каждый из участвующих приглашается на индивидуальное занятие, на котором ему будет предложено нарисовать схему группы и описать требования и основные характеристики, которые он предъявляет к участникам, занимающим каждое из 8-ми мест. Психотерапевт обращает внимание на то, в какой последовательности пациент производит описание.

Больные АГ, как правило, начинают свое описание с мест напротив, отдавая им явное предпочтение или, наоборот, оставляют их на «потом», демонстрируя безразличие или явное неприятие. Первое определяет осознанные потребности и основной способ действия, последнее указывает на невосребованные в данный момент резервы, индифферентную зону, бездействующие свойства личности или подавленные потребности. Первой категории пациентов проработку деструктивной конфронтации можно начинать сразу после индивидуального занятия. Второй категории больных рекомендуется более мягкое включение в этот процесс, через 2-3 группы, наблюдая, как это делают другие.

Распределение мест в группе, показанное на рисунке (№1), позволяет понять, как участник, находящийся в фокусе, использует рабочее поле группы для преобразования деструктивной агрессии в конструктивную конфронтацию.

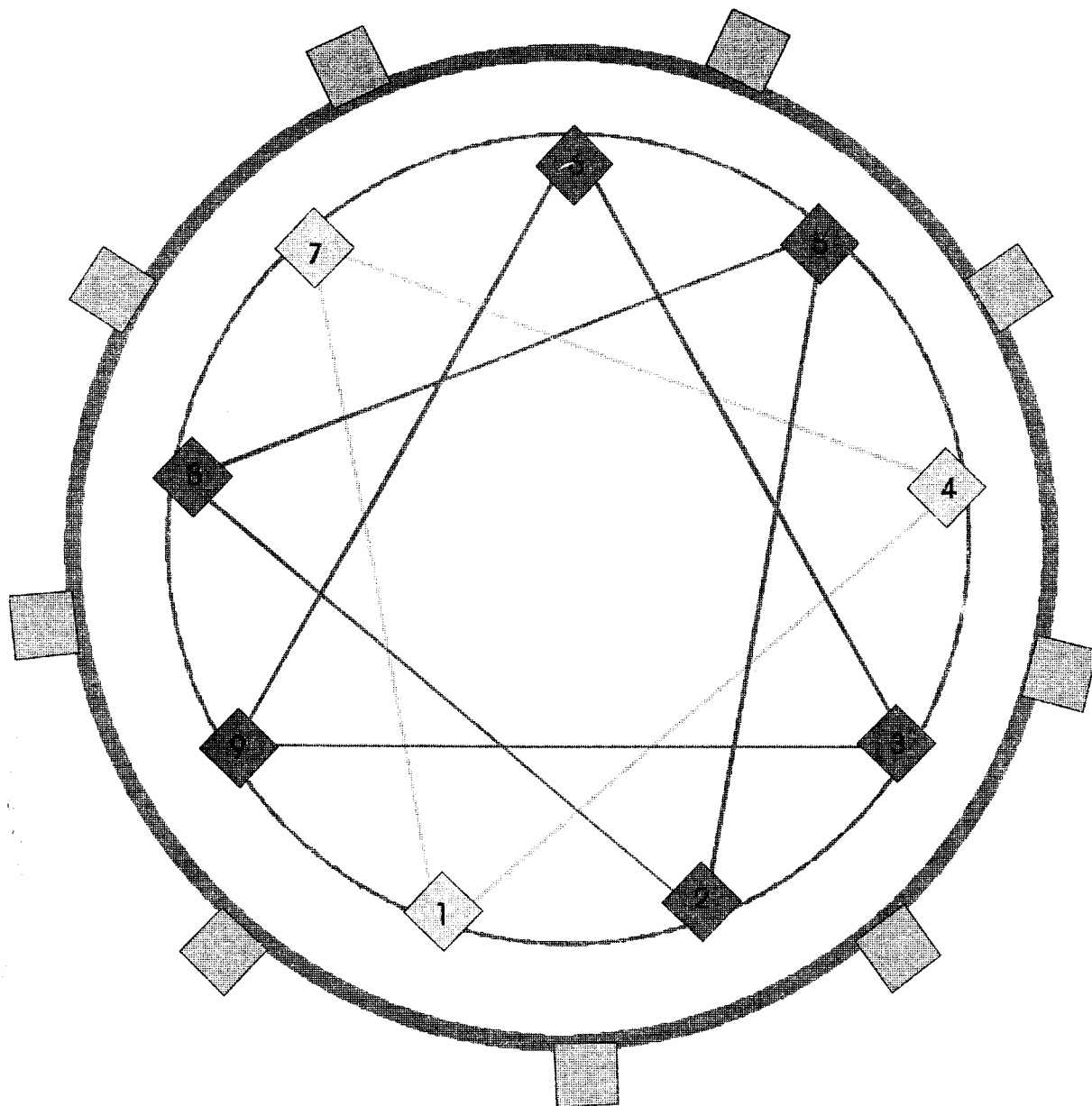


Рис. 1. Схематическое изображение зон группы

————— - внутренняя, «рабочая» зона группы
 ————— - внешняя, «пассивная» зона группы

Распределение мест в рабочей зоне группы по отношению к №1:

2,9 – места рядом, «по соседству»,

5,6 – места напротив,

4,7 – места в «одном треугольнике»,

3,8 – места «через одного человека».

2,9 – места рядом, «по соседству», зона «бокового видения»; люди, попадающие на них, должны соответствовать основному требованию – безопасности для №1. Это могут быть уже знакомые по предыдущим группам, или вызывающие симпатию при первом знакомстве, в общем, те, которые по представлению №1,

не являются для него опасными, рядом с которыми спокойно и комфортно.

5,6 – места напротив, люди, сидящие на них, сразу попадают в поле зрения №1, тем самым, актуализируя когнитивную активность в отношении себя самих. По проективным закономерностям №1 обращает внимание на актуальные для него в

данный момент аспекты. Ими могут быть собственные психологические трудности, отраженные в других: любая психическая дезинтеграция личности – поведение, переживания, мысли.

4,7 – места в «одном треугольнике», сидящие на них «уравновешивают» №1, объединяются общей темой дискуссии, полом, возрастом, психологической проблемой, отношением к действительности. Это объединение может быть коротким, перманентным или продолжаться на протяжении всего занятия или даже нескольких занятий.

3,8 – места «через одного человека», попадают в поле бокового зрения, не будучи в непосредственной близости к №1, имеют в данном случае дополнительные функции, их роль усиливается при изменении фокуса.

Для проработки деструктивной конфронтации, начиная с 3 – 6 занятия, больному АГ предлагается пригласить на одно из мест напротив него (5 или 6) участника групповой терапии, по отношению к которому он испытывает наибольшее эмоциональное напряжение. Такое положение позволяет актуализировать эмоциональное переживание, выразить свои чувства, что является предпосылкой для рефлексированного инсайта. Соответственно описанию приглашаются участники на 2,9; 3,8 и 4,7 места. 3 и 8 места, кроме этого, могут быть использованы пациентом для сознательной пересадки объекта с 5 или 6 места для временной ликвидации конфронтации (отдыха), что в свою очередь способствует усилению собственной ответственности и самостоятельности. В случае если участник под №5 или №6 почему-то отказывается пересесть, предлагаются альтернативные варианты: «тройная» пересадка или вывод в пассивную зону по условиям голосования. Если пациенту все же не удастся изменить ситуацию, то ему разрешается временно самому выйти из активной зоны. Создается поле для опыта, в котором реализуется актуальное поведение пациента. Групповая дискуссия приобретает большую ин-

теракционную активность, направленную на обсуждение конфликтного межличностного взаимодействия в группе, конкретных ролей и позиций членов группы и особенно участников конфронтации.

В этих ситуациях на основе анализа переноса «здесь и сейчас» терапевт может с помощью психодраматического представления внутренних смыслов пациента открыть для него доступ к бессознательным переживаниям. Тем самым может подвергнуться осмыслению и проработке интернализованная деструктивная агрессия, проецируемая во внутреннее пространство группы, где она переживается пациентом и группой.

На объект, который представляется пациенту угрожающим, он отвечает непосредственно и проективным переносом. Группа помогает пациенту рефлексировать и интерпретировать психодраматическое взаимодействие с объектом, анализируя его реакции. Психотерапевт стимулирует группу к усилиям по активному анализу представленной конфликтной ситуации пациента. Участники выполняют, таким образом, функцию ко-терапевтов. Эта техника особенно важна для лечения психосоматических больных, чья личностная структура не позволяет им самим найти доступ к внутренним объектам и богатой конфликтами динамике. Группа создает условия для этой формы непосредственного терапевтического взаимодействия и обеспечивает безопасное психологическое пространство. Она предоставляет пациенту «облегчающую обстановку» («facilitating environment»), в которой он может «научиться общаться со своими архаическими страхами расставания и идентичности относительно интернализированных объектов без того, чтобы спасаться бегством в симптоматическое поведение» (10).

С этого момента больные сочетают посещение группы с индивидуальными занятиями по собственному желанию или рекомендации врача. Вид диадного взаимодействия зависит от групповой динамики. Такая комбинация позволяет учесть

психологические особенности больных АГ, долгое время считавшихся малоперспективными для психотерапевтического воздействия, особенно для психодинамического, и значительно уменьшить риск выхода из группы. Поддержка психотерапевта во время индивидуальной терапии дает возможность пациенту обсудить беспокоящие его взаимоотношения еще до того, как он почувствует себя готовым столкнуться с ними в группе. Параллельная индивидуальная психотерапия является продолжением групповой работы. Во время индивидуальных встреч пациент может проанализировать характер своих взаимоотношений с другими членами группы и возможные варианты будущего конструктивного поведения.

Приводим клинический пример.

Больная А., 1954 года рождения, с 40 – летнего возраста АГ умеренной степени. Направлена на психотерапию, находясь на стационарном лечении в Дорожной клинической больнице ст. Самара. Во время консультации вела себя активно, подробно рассказывала о своей «тяжелой» жизни (воспитывает двоих детей, муж выпивает), отмечала связь повышения давления с эмоциональным напряжением. С интересом восприняла предложение участия в групповой работе. На первых занятиях была внешне дружелюбна, старательно пыталась разобраться в происходящем, внимательно наблюдала за действиями других участников, не отказывалась пересаживаться на другие места, оправдывая себя тем, что «пока еще ничего не понимает и не видит различий». На индивидуальном занятии испытывала сложности с изображением схемы группы, но была заинтересована и возбуждена тем, что « что-то поняла». Начала свое описание с мест напротив. Больной было предложено приступить к проработке конфронтации с последующей группой. На 4 групповом занятии сразу пригласила на одно из мест напротив себя мужчину, находящегося в возрасте мужа. Первое время старалась не смотреть в его сторону, затем поведение приобрело явный враж-

дебный характер. И замешательство, и агрессивность были очевидны для других членов группы, которые помогли ей глубже разобраться и понять свои отношения с мужчиной в группе, а в дальнейшем и с мужем. Выписавшись из стационара, продолжала регулярно посещать группу в течение 1,5 лет, часто использовала данную методику для проработки отношений с другими персонажами. На фоне комплексной терапии отмечалось снижение как систолического, так и диастолического давления. Отношения с мужем улучшились. Посещает группу поддержки, терапевтом ведется амбулаторно, повторных госпитализаций не было.

Психотерапевт и группа впервые делают возможным для больного позитивно-конструктивную идентификацию внешних объектов без слияния с ними, которая становится основой чувства Я, впервые свободного от иррационального страха и чувства вины. Благодаря меняющимся идентификациям, деструктивная агрессия постепенно преобразуется в конструктивную коммуникацию. Она служит расширению, дифференцировке Я и его отграничению, то есть впервые пережитой идентичности и свободы собственного существования. Последовательное активное поведение терапевта и группы (как конфронтация, так и сообщение поддержки и эмпатии) помогает пациенту уяснить неадекватность его поведения и проработать его в терапевтическом взаимодействии. Идентификация с психотерапевтом и конструктивными функциями группы становится средством развития собственных конструктивных и креативных функций Я пациента. Развитие конструктивной конфронтации становится серьезным шагом на пути к снижению АД.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Беляев В.Н., Панфилов Ю.А., Покрасс М.Л.* Роль психотерапии у больных с психосоматическими заболеваниями/ Мат. юб. конф. врачей Куйбышевской железной дороги. – Куйбышев, 1974.

- С.153-156.
2. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина. – М.: Медицина, 1999.
 3. Исурина Г.Л., Кайдановская Е.В., Таилов В.А. и др. В кн.: Групповая психотерапия. Под ред. Б.Д.Карвасарского и С. Ледера. – М., 1990.
 4. Карвасарский Б.Д. Психотерапия. – С.-Петербург, 2000.
 5. Alexander F. Psychosomatic medicine: its principles and applications. NY, Norton, 1950.
 6. Alexander F. The psychosomatic approach in medical therapy. In: The scope of psychoanalysis, NY, Basic books, 1961.
 7. Ammon G. Psychoanalytische Milieuthapie. Дун. Psychiat. 6, S. 112-130, 1973.
 8. Ammon G. Psychosomatic therapy. – Berlin, 1973.
 9. Dunbar F. Emotions and bodily changes. NY, Columbia Univ. Press. 1959.
 10. Winnicott D. W. The maturational processes and the facilitating environment. - London, Hogarth, 1960.
 11. Yalom I.D. The theory and practice of group psychotherapy. - N. Y.: Basic Books, 3rd ed., 1985.

DEVELOPMENT OF CONSTRUCTIVE CONFRONTATION IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION

© 2002 N.I. Melchenko, N.G. Munina

Samara State University of Medicine

In the works of investigators about psychosomatic character of arterial hypertension (AH) attention is often focused on inter- and among- personal conflicts of patients with AH and their aggressive feelings. Working-out of destructive behavioral tactics and aggression of patients with AH in which reveals their conflicts is very important in psychotherapy of this patients. Integrative model of psychotherapy of patients with AH, including psychodynamic and behavioral approaches, original confrontation techniques, individual and group forms of therapy, is offering for the development of constructive confrontation. The serious step on the way to blood pressure (BP) reduction becomes the development of constructive confrontation.

АНАЛИЗ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ И ИХ КОРРЕКЦИЯ У БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

© 2002 С. В. Макаров

Самарский государственный медицинский университет

У больных рассеянным склерозом помимо когнитивных изменений выявлена следующая структура эмоциональных нарушений: депрессия, снижение эмоционального контроля, расстройства тревожного ряда. На основании психологической диагностики и клинических данных описана группа больных РС со стресс-индуцируемыми механизмами развития. В статье обсуждены некоторые направления психокоррекционных мероприятий и возможности современной психотерапии в лечении эмоционально-поведенческих расстройств у больных рассеянным склерозом. Представлен обзор литературы и собственные наблюдения.

Рассеянный склероз относится к прогрессирующим демиелинизирующим заболеваниям нервной системы с аутоиммунными механизмами развития. Актуальность изучения связана со значительной распространенностью этой патологии, поражением лиц молодого и трудоспособного возраста. В процессе реабилитации больных рассеянным склерозом (РС) важная роль отводится психокорректирующим мероприятиям, направленным на оптимизацию адаптационных возможностей личности. Диагностика свойств личности, оценка изменений в психической сфере, в частности эмоциональных, позволяет проводить комплексную терапию, в отдельных случаях прогнозировать эксацербацию заболевания.

У больных РС описан довольно широкий круг психопатологических расстройств [2,7,10,18 и др.]. Однако, чаще других диагностируются нарушения в эмоциональной и когнитивной сферах, особенно, на ранних стадиях заболевания. Ряд авторов [6,22] описывают следующую структуру эмоциональных нарушений: эйфория, снижение эмоционального контроля, депрессия невротического уровня, проявление тревоги. Так по данным Гусева Е.И., Бойко А.Н [1] на основании многолетнего динамического исследования, подтверждено, что депрессивная симптоматика и расстройство настроения наблюдалось в 27,4 % случаев.

Boerner R.J. и соавт. (1999) депрессивные расстройства отмечали у 49 % больных РС. Выявленный более высокий процент депрессивной симптоматики может быть объяснен неадекватной самооценкой своего эмоционального состояния больными РС [12]. Несмотря на многофакторность депрессии, высказывается оригинальное мнение [20] обусловленности ее степенью демиелинизации и количеством очагов в левой супраинсулярной зоне мозга, выявленных методом магнитно-резонансной томографии (МРТ). В настоящее время нет также единого мнения о взаимосвязи морфологических изменений мозга и характере когнитивных нарушений. Так, специалисты из Национального неврологического госпиталя Великобритании (Ron M. A., et al., 1991) выявили дефекты: в вербальной и визуальной памяти, способности к абстрагированию. Общая оценка по психометрическим тестам была сопряжена с выраженностью морфологических изменений, а также продолжительностью болезни. Практика показывает, что не вызывает сомнений лишь взаимное отягощение существующих нейропсихологических дефектов и эмоциональных расстройств, вследствие чего можно ожидать проявление дезинтеграции поведенческих функций у этой категории больных. Известно, что эйфория- нередко встречающаяся у больных РС с длительным течением заболевания, сопровождается снижением контроля в

поведении. При низком контроле целенаправленного поведения [14] у пациентов отмечалась инертность и высокая степень разрушения способности осуществлять целенаправленную деятельность в повседневной жизни. Сопряженность аффективных нарушений и проблемы поведенческой саморегуляции у пациентов с РС отмечает также Mahler M.E.[17].

Весомым препятствием к достижению ремиссии, социальной и психологической адаптации является высокий уровень тревожности, эмоциональной неустойчивости, встречающиеся у многих больных РС. Необходимо также отметить, что одним из ведущих факторов, провоцирующих обострение заболевания у определенной части пациентов, может быть психоэмоциональный стресс. Стрессогенными факторами для больных РС, поступившими для лечения обострения и определяемыми по шкале Likert, являлись: чувство усталости, неспособность самостоятельно передвигаться, неопределенность будущего[8]. По мнению большинства пациентов справиться со стрессом им помогали уверенность в собственных силах, чувство юмора, желание учиться. Положительная корреляция была выявлена между неопределенностью будущего и фаталистическим взглядом на борьбу со стрессорами, отрицательная корреляция между депрессией и оптимистическим взглядом на преодоление стресса.

Несмотря на длительный период в изучении РС, к настоящему времени не сформирована концепция психологической реабилитации этих пациентов. В литературе описаны лишь некоторые психокоррекционные мероприятия и психотерапевтические методы, направленные на нивелирование: симптома, отдельных эмоциональных, поведенческих расстройств. Например, для коррекции соматических симптомов, уменьшения двигательного дефицита, что способствует стабилизации позитивного эмоционального состояния, рекомендуется музыкотерапия и гипносуггестивные техники [9,23]. В работе Johnson S.K.[13] описан успешный

опыт работы с больными РС методом Фельденкрайза на протяжении 8 недель, позволивший достичь устойчивого положительного результата в виде уменьшения показателей чувствительности к стессорным влияниям и снижение ощущения тревоги в отличии от контрольной группы, где имитировалась данная терапия. Существует и психоаналитический подход в работе с проблемами пациентов с РС. Так, Langenmaug A., и соавт.[16], оценивая роль психотерапии в улучшении физического состояния и преодолении трудностей на основании динамической оценки психодиагностических тестов, отметили: снижение агрессивности и внимания к собственным недугам, формирование позитивных отношений в группе. В отличии от контрольной группы у них нарастало чувство оптимизма. С психоаналитической точки зрения, по мнению авторов, это можно расценить как сопротивление на появление чувства тревоги «of counter-cathected motives», которые при РС находятся на уровне подсознания. В литературе, посвященной проблемам РС, также имеются немногочисленные работы касающиеся роли стрессогенных факторов в развитии болезней. Распространены когнитивные и поведенческие стратегии их преодоления. Так, Rodgers D. et al [21] описал мультимодальный вариант когнитивной терапии, использованный у 14 больных и способный, по мнению авторов, уменьшить проявления депрессии, улучшить процессы запоминания, неврологические параметры. На модели преодоления стресса у 96 пациентов с РС Pakenham K.I. [19] пришел к выводу, что когнитивный подход имел больший успех, чем психокоррекция, направленная на нивелирование эмоционального диссонанса. Аналогичное мнение высказали Jean V.M., и соавт. [11] указывая, что эмоционально-ориентированная стратегия у пациентов чаще ведет к обострению заболевания, отчетливее осознается ее малая эффективность. В тоже время личностно-ориентированный вариант стратегии преодоления стресса имел больше возможно-

стей для формирования психологической адаптации. Клинико-психологический анализ групп больных с обострением заболевания и хронически-рецидивирующим течением, касающийся способов преодоления стресса [15], указывает на преобладание тенденции пассивного избегания и агрессивного поведения в преодолении стрессогенных факторов при экзacerbации заболевания в отличие от сопоставляемой группы. Межгрупповые различия были связаны с продолжительностью болезни и степенью неврологического дефицита. Оценивая возможности психологической реабилитации больных РС, авторы [4] отмечают положительную корреляцию между симптомами депрессии и стрессом. Предложена психологическая стратегия уклонения от стрессовых ситуаций – как единственный путь к улучшению эмоционального состояния.

Учитывая клинический и психопатологический полиморфизм данной патологии, цель настоящей работы состояла не только в анализе ранее описанных и выявленных нами изменений эмоциональной сферы, но и оценке возможных психотерапевтических подходов при оказании помощи больным РС.

На динамическом наблюдении находилось 86 человек в возрасте от 18 до 56 лет, с длительностью заболевания от одного года до 14 лет. Степень неврологического дефицита, оцененная по шкале EDSS, составляла от 2,5 до 7,5 баллов. В качестве психодиагностических методов использовался тест Люшера, Кеттела; определялась стрессоустойчивость по тесту Холмса и Раге. Уровень тревожности оценивался по методике Ч.Д.Спилберга, Ю.Л.Ханина, а депрессии по Зунге.

Как показали ранее описанные совместно с П.В. Яньшиным (2001) исследования 39 больных РС с различным развитием заболевания, профиль пациентов с прогрессивным течением РС отличался ($p < 0,05$) от такового у пациентов с ремиттирующим течением низкими значениями «Силы Эго». У этой категории больных нами наблюдались признаки эмоциональ-

ной нестабильности, ипохондрической фиксации, их мотивационно-потребностная сфера была плохо иерархизирована и слабо интегрирована. Необходимо отметить, что нередко они в тесте Люшера отдавали предпочтение черному цвету. Довольно часто пациенты с ремиттирующим течением РС выбирали зеленый цвет и отвергали коричневый, что могло свидетельствовать о потребности во внутренней интегрированности и определенной сохранности механизмов психологической компенсации. В сравнении с прогрессирующим течением РС, показатели внутриличностной тревожности были меньше ($p < 0,05$). При длительности заболевания более 7 лет у 40% обследуемых возникали проблемы с контролем настроения, выражающиеся в появлении элементов дисфории, апатии, снижении социальной активности. Это согласуется с определенными данными Barwell A.M., и соавт. [5].

На основании клинических данных и результатов психодиагностики была выделена группа больных РС без признаков психоорганического синдрома [3] со стресс-индуцирующими механизмами развития (СИМР) в количестве 32 человек, где психоэмоциональный стресс предшествовал нарастанию или появлению новых симптомов болезни. Эти пациенты имели низкую стрессоустойчивость – $295,8 \pm 11,0$ баллов в отличие от контрольной группы больных (46 человек), где отмечалась высокая или пороговая степень сопротивляемости стрессу – $217,5 \pm 8,3$ балла ($p < 0,03$). У больных со стресс-индуцирующими механизмами развития (рис.1) в отличие от контрольной группы наблюдались высокие показатели личностной тревожности (ЛТ) $49,6 \pm 1,9$ балла ($p < 0,05$). В первом ряду отмечены среднеарифметические значения данных с СИМР. Показатели реактивной тревожности (РТ) были низкими или умеренными и не имели статистической значимости при групповых сравнениях. Из обеих групп исключены пациенты с проявлением депрессивной симптоматики (Д) и психоорганического синдрома. Особенность

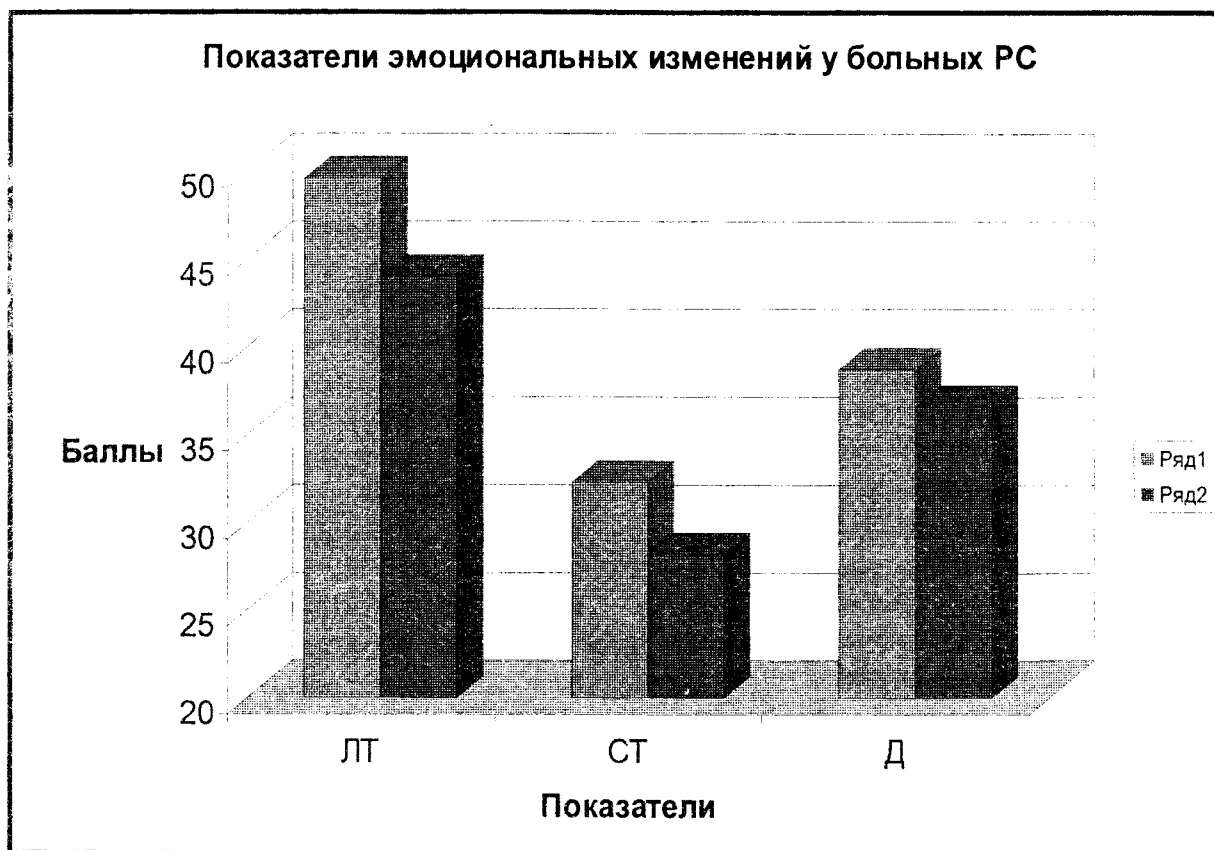


Рис. 1.

больных РС с СИМР состоит в неустойчивости аффективных реакций, способности к пролонгированному переживанию неприятных событий, низкой самооценке. Двадцать обследуемых с СИМР в тесте Люшера отдавали предпочтение черному цвету. На вторую позицию большая часть пациентов ставила красный цвет, расцениваемый как стремление к успеху и желание быть полноправным членом общества.

Практика показывает, чем раньше психолог или психотерапевт интегрируются в лечебный процесс, тем короче восстановительный период, устойчивее механизмы интрапсихической адаптации. Безусловно, использование суггестивных техник позволяет на фоне частичного восстановления неврологического дефекта за счет компенсаторных процессов, уменьшить проявления тревоги, фиксацию личности на проявлениях болезни. В психокоррекции эмоциональных и поведенческих расстройств заслуживает внимания семейная и групповая терапия с использованием приемов «психотерапевтическо-

го зеркала», «коррекции масштаба переживания», идеомоторная тренировка и другие. Больные с расстройством настроения и выраженным двигательным дефицитом охотно вступают в контакт со специалистом по телефону. На примере работы с 18 пациентами, имеющими ограниченные возможности, необходимо отметить, что длительная индивидуальная психотерапия позволяет создать новые поведенческие стереотипы, улучшающие психологический микроклимат в семье. Целесообразно использование интегративной психотерапии, в рамках которой необходима наработка стресс-лимитирующих механизмов, приобретение новых когнитивных и поведенческих навыков. В работе с 14 больными РС, сохраняющими признаки неполной ремиссии, удалось в течение года нивелировать проявления тревожности, аутоагрессии, а через механизмы нейроиммунного взаимодействия активизировать стресс-лимитирующие системы организма. Отмечалась стабилизация клинических и психологических данных.

Таким образом, существуют разноплановые эмоциональные расстройства у больных РС. Они, безусловно, имеют определенную динамику, соотносятся с индивидуально-личностными характеристиками и не могут считаться специфическими для данного вида патологии. Тем не менее, их своевременная диагностика, адекватная психокоррекция и психотерапия необходимы для реабилитационного процесса, особенно для лиц, у которых стрессорные факторы быстро нарушают психофизиологическую адаптацию.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гусев Е.И., Бойко А.Н. Рассеянный склероз: От изучения иммунопатогенеза к новым методам лечения. М., 2001.
2. Коркина М.В., Мартынов Ю.С., Малков Г.Ф. Психические нарушения при рассеянном склерозе. М., 1986.
3. Макаров С.В. Материалы X научно-практической конференции «Неврология – Иммунология». СПб.: 2001. С.176-177.
4. Aikens J.E., Fisher J.S., Namey M., et al. A replicated prospective investigation of life stress, coping, and depressive symptoms in multiple sclerosis. J Behav. Med. 1997 Oct; 20(5): p.433-445
5. Barwell A.M., Kavanagh D.J. Prediction of psychological adjustment to multiple sclerosis. Soc.Sci.Med.1997 Aug; 45(3): p.411-418.
6. Beatty W.W. Cognitive and emotional disturbances in multiple sclerosis. Neurological Clinic.1993,11(1): p.189-204
7. Boerner R.J., Kapfhammer H.P. Psychopathological changes and cognitive impairment in encephalomyelitis disseminata. Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.1999; 249 (2): p.96-102
8. Buelow J.M. A correlational study of disabilities, stressors and coping methods in victims of multiple sclerosis. J Neurosci Nurs 1991 Aug; 23(4): p.247-252
9. Dane J.R. Hypnosis for pain and neuromuscular rehabilitation with multiple sclerosis: case summary, literature review, and analysis of outcomes. Int .J. Clin. Exp. Hypn. 1996 Jul;44(3): p.208-31
10. Fassbender K., Schmidt R., Mossner R., et al. Mood disorders and dysfunction of the hypothalamic pituitary adrenal axis in multiple sclerosis . Arch. Neurol.1998 Jan; 55(1): p.66-72
11. Jean V.M., Paul R.H., Beatty W.W. Psychological and neuropsychological predictors of coping patterns by patients with multiple sclerosis. J Clin.Psychol.1999 Jan; 55(1): p.21-26
12. Jonsson A., Korfitzen E.M., Heltberg A., et al. Effects of neuropsychological treatment in patients with multiple sclerosis. Acta Neurol.Scand. 1993 Dec;88(6): p.394-400
13. Johnson S.K., Frederick J, Kaufman M., et al. A controlled investigation of bodywork in multiple sclerosis. J Altern. Complement Med. 1999 Jun;5(3): p.237-243
14. Grigsby J, Kravcisin N, Ayarbe S.D., et al. Prediction of deficits in behavioral self-regulation among persons with multiple sclerosis. Arch .Phys. Med. Rehabil. 1993 Dec; 74(12): p.1350-1353
15. Kroenke D.C., Denney D.R. Stress and coping in multiple sclerosis: exacerbation, remission and chronic subgroups. Mult.Scler.1999 Apr; 5(2): p.89-93.
16. Langenmayr A., Schottes N. Psychotherapy with multiple sclerosis patients. Psychol.Rep.2000 Apr; 86(2): p.495-508
17. Mahler M.E. Behavioral manifestations associated with multiple sclerosis. Psychiatr. Clin. North Am. 1992 Jun ; 15(2): p.427- 438.
18. Mialovyts'ka O.A., Gulkevych O.V., Lembers'ka O.P. The characteristics of the psychoemotional disorders in multiple sclerosis patients studied by using the method of the multiphasic personality inventory. Lik. Sprava. 1999 Mar(2): p.91 – 93.
19. Pakenham K.I. Adjustment to multiple sclerosis: application of a stress and coping model. Health Psychol.1999 Jul; 18(4): p.383-392
20. Pujol J., Bello J., Deus J., et al. Lesions in the left arcuate fasciculus region and depressive symptoms in multiple sclerosis. Neurology.1997 Oct; 49(4): p.1105-1110.

21. *Rodgers D., Khoo K., MacEachen M., et al.* Cognitive therapy for multiple sclerosis : a preliminary study. *Altern. Ther. Health Med.* 1996 Sep; 2(5) : p.70-74.
22. *Seliger G.M., Hornstein A, Flax J., et al.* Fluoxetine improves emotional incontinence. *Brain Inj.* 1992 May-Jun; 6(3): p.267- 270.
23. *Wiens M.E., Reimer M.A., Guyn H.L.* Music therapy as a treatment method for improving respiratory muscle strength in patients with advanced multiple sclerosis: a pilot study. *Rehabil. Nurs* 1999 Mar-Apr; 24(2): p.74-80.

THE ANALYSIS OF THE EMOTIONAL IMPAIRMENTS AND THEIR CORRECTION IN PATIENTS WITH MULTIPLE SCLEROSIS

© S.V. Makarov

Samara State Medical University

In patients with multiple sclerosis, apart from the cognitive impairments, there has been revealed the following structure of the emotional impairments: depression, alarm- phobic manifestations, reduced emotional control. On the basis of the psychological diagnostics and the clinical data there has been described a group of the patients multiple sclerosis with stress- induced mechanisms of the development. In the article some directions of psychocorregent activities and the possibility of up-to-date psychotherapy in the treatment of the emotional-behavior impairment in patients with multiple sclerosis have been discussed. Data proper's was present with review literatures.

О НОВЫХ ТЕНДЕНЦИЯХ РАЗВИТИЯ ПСИХОДИАГНОСТИКИ

© 2002 Г.А. Епанчинцева, В.М. Минияров

Самарский государственный педагогический университет

В предложенной статье анализируются основные тенденции развития психодиагностики. В статье определяются основные проблемы психодиагностики. Обсуждаются мощьность и способности метода, возможности и ограничения метода, допустимость и недопустимость использования метода, тесты способностей, тесты достижений, содержательная и критериально-ориентированная диагностика, статистический норматив и социально-психологический норматив, возможности и границы содержательной диагностики.

Психологическое тестирование применяется для решения самых разнообразных задач, наиболее широко в области образования. В арсенале психолога-консультанта образования можно обнаружить разнообразный психолого-диагностический инструментарий: тесты интеллекта, тесты специальных способностей, личностные тесты. Педагогам и администрации в системе образования приходится часто выстраивать свою работу в соответствии с информацией, полученной из разных типов тестов. Впервые предложенный Р.Гласером (R.Glaser, 1963) термин «критериально-ориентированные» (criterion-referenced testing) употребляется и сейчас. Но появился ряд альтернативных терминов: содержательно- (content-), предметно- (domain-) и задачно- (objective-) ориентированное тестирование. Иногда эти термины употребляются как синонимы термина «критериально-ориентированное тестирование», а иногда с целью подчеркнуть несколько иные смысловые акценты. А.Анастаси отдаёт предпочтение термину «предметно-ориентированное тестирование» (domain-referenced testung). Первоначальному термину «критериально-ориентированное тестирование» придерживаются Акимова М.К., Берулава Г.А., Борисова Е.М., Горбачёва Е.И., Гуревич К.М.. Для Гуружапова В.А. характерно использование термина «предметная» диагностика. Мы предпочитаем

употреблять термин «содержательная» диагностика (content).

Как правило, тесты достижений (achievement tests) противопоставляются тестам способностей (aptitude tests), что зачастую является необоснованным. Попробуем определить сходства и отличия тестов способностей (aptitude tests) и тестов достижений (achievement tests). Тесты достижений предназначены для измерения воздействий теоретических и практических курсов обучения. Они фиксируют последовательность опыта, получаемого субъектами в образовательной среде. Тесты способностей отражают совокупность влияния разнообразного опыта и в обучении, и повседневной жизни. Таким образом, тесты достижений измеряют результаты специального научения, а тесты способностей измеряют результаты научения в относительно неконтролируемых условиях. Тесты способностей, как правило, служат для предсказания успеха или неуспеха в определенной деятельности. Главное назначение тестов достижений - измерение конечной оценки мыслительной деятельности по результату завершения обучения. Невозможно провести жесткую границу между контролируемыми условиями обучения и неконтролируемыми условиями повседневной жизни.

А. Анастаси предлагает тесты способностей (aptitude tests) и тесты достижений (achievement tests) заменить более нейтральным термином «ability», способ-

ность как возможность что-то делать при оценке когнитивного поведения. Известно, что любой когнитивный тест обеспечивает выборочную проверку того, что индивидум знает на момент тестирования. Ни один тест не объясняет причин достижений того или другого уровня. Любой тестовый показатель имеет свое прошлое, требующее изучения соответствующих переменных для собственного объяснения; имеет будущее, так как способен к прогнозированию поведения субъекта в других не тестовых ситуациях. Для развивающей образовательной среды тесты достижений могут играть множество ролей: оценка достигнутой компетенции, мониторинг развития субъектов деятельности, оценка стандартов образования, анализ коррекционных программ, определение границ индивидуализированных обучающих систем, оценка уровня мастерства педагога, избрание им дидактических методов и приемов. Применение стандартизированных тестов достижений приобрело национальные масштабы в США и Великобритании. В нашей стране в рамках эксперимента по единому государственному экзамену начинается отработка методологических и методических подходов для оценки школьного образования. Тесты достижений (achievement tests) некогда были сферой компетенции исключительно специалистов по тестированию, теперь же стали темой для общественных и политизированных дебатов. В связи с этим, есть смысл остановиться на анализе научных подходов и некоторых алгоритмах создания тестов достижений, способных адекватно оценить образовательные процессы в средней и высшей школе.

Традиционные экзаменационные испытания исторически были представлены набором вопросов по пройденному образовательному курсу, на которые нужно было ответить устно или письменно. Экзаменуемый сам составляет и формулирует свободный ответ. Традиционно экзаменационный вопрос (essay question) предполагал не только форму развернутого

ответа, в виде сочинения, изложения, та и в обучении, и повседневной жизни. Таким образом, тесты достижений измеряют результаты специального научения, а тесты способностей измеряют результаты научения в относительно неконтролируемых условиях. Тесты способностей, как правило, служат для предсказания успеха или неуспеха в определенной деятельности. Главное назначение тестов достижений - измерение конечной оценки мыслительной деятельности по результату завершения обучения. Невозможно провести жесткую границу между контролируемыми условиями обучения и неконтролируемыми условиями повседневной жизни.

А. Анастаси предлагает тесты способностей (aptitude tests) и тесты достижений (achievement tests) заменить более нейтральным термином «ability», способность как возможность что-то делать при оценке когнитивного поведения. Известно, что любой когнитивный тест обеспечивает выборочную проверку того, что индивидум знает на момент тестирования. Ни один тест не объясняет причин достижений того или другого уровня. Любой тестовый показатель имеет свое прошлое, требующее изучения соответствующих переменных для собственного объяснения; имеет будущее, так как способен к прогнозированию поведения субъекта в других не тестовых ситуациях. Для развивающей образовательной среды тесты достижений могут играть множество ролей: оценка достигнутой компетенции, мониторинг развития субъектов деятельности, оценка стандартов образования, анализ коррекционных программ, определение границ индивидуализированных обучающих систем, оценка уровня мастерства педагога, избрание им дидактических методов и приемов. Применение стандартизированных тестов достижений приобрело национальные масштабы в США и Великобритании. В нашей стране в рамках эксперимента по единому государственному экзамену начинается отработка методологических и методических подходов для оценки

школьного образования. Тесты достижений (achievement tests) некогда были сферой компетенции исключительно специалистов по тестированию, теперь же стали темой для общественных и политизированных дебатов. В связи с этим, есть смысл остановиться на анализе научных подходов и некоторых алгоритмах создания тестов достижений, способных адекватно оценить образовательные процессы в средней и высшей школе.

Традиционные экзаменационные испытания исторически были представлены набором вопросов по пройденному образовательному курсу, на которые нужно было ответить устно или письменно. Экзаменуемый сам составляет и формулирует свободный ответ. Традиционно экзаменационный вопрос (essay question) предполагал не только форму развернутого ответа, в виде сочинения, изложения, эссе, но и очень короткого ответа (иногда в форме решения математической, физической, химической задач). Наряду с подобными заданиями стали создаваться экзаменационные батареи вопросов, которые предполагали выбор ответов из представленных альтернатив. Современной психодиагностикой разработано множество видов заданий закрытого типа (дихотомические «верно/неверно», составление пар, составление множества и др.)

Наиболее изученными современной психометрикой являются задания с множественным выбором ответа. Этот же тип заданий подвергается и большей критике.

Критики этого метода полагают, что происходит механическое запоминание и заучивание изолированного фактологического материала, осмысленное понимание и развитие мыслительной деятельности в системе множественного выбора правильного ответа исключается (Gardner, 1992, Linn & Gronlund, 1995).

Другой путь формирования оценочного инструментария результативности образовательных систем - стандартизированное тестирование. В отечественной образовательной практике при оценивании достижений в обучении (в средней

школе, вузе) отсутствуют методологические обоснования заданий с множественным выбором и заданий со свободным ответом. Надо заметить, что непрофессиональный подход при создании тестовых заданий и неуместное их использование, приводит к перегрузке учебного процесса проверочными работами, что вызывает разочарование педагогов самим тестологическим подходом оценивания результатов обучения. Подобная ситуация наблюдается сегодня в сфере образования США, Британии, Франции, Германии и в других странах. Предметом исследований и научных дискуссий является поиск альтернативных методов оценки достижений обучения учащихся и студентов.

А. Анастаси, анализируя опыт американской психодиагностики, отмечает, что альтернативы оценивания описаны под разными заголовками: оценка «на основе анализа выполнения учебных заданий» (performance-based assessment), «аутентичная» (authentic) оценка, «прямая» (direct) оценка (E.L. Baker, O'Neil & Linn, 1993; & Gronlund, 1995, с. 10).

Несмотря на своеобразие учебных подходов в оценивании учебных достижений, отмечается общая линия - предпочтительность заданий, требующих представить собственный ответ (constructed response tasks or open-ended tasks).

Подобные задания могут выполняться в простом заполнении пробелов тестового бланка, решением задач или письменном изложении вопросов и тем, а также в демонстрации умений и навыков (чтение, произнесение речи и др.).

Метод портфельной оценки (portfolio assessment), предлагаемый Camp (1993), Gitomer (1993), Karlsen (1992) представляет собой наличие относительно богатого архива образцов работ школьников и студентов, выполненных по проблемным вопросам курса. После ознакомления с архивом предлагается выполнить задание самостоятельно. Авторы считают, что подобные задания формируют

нестандартное и критическое мышление, а также способствуют ликвидации пробелов в знаниях.

Британский исследователь Джон Равен, пытаясь преодолеть ограниченность общепринятых средств измерения и оценки результатов обучения, предлагает метод междисциплинарных проектов, которые выполняются небольшими группами учащихся или студентов.

Автор полагает, что ученики и студенты в результате совместной работы над проектом развивают многие «компетентности» (ведение переговоров, координирование работы группы, проведение собственных наблюдений, навыки сотрудничества, умение подчиняться и др.). Традиционные системы оценивания не могут зафиксировать наличие узкоспециальных знаний, способов мышления и видов деятельности, способных войти в арсенал компетентностных качеств ученого, историка, журналиста, программиста или родителя.

Интерес специалиста не ограничивается только изучением того, что измеряют различные тестовые задания. Проведен ряд исследований, которые обнаружили и другие психологические аспекты тестов оценивания достижений.

Zeidner (1993), предлагая разные форматы тестовых заданий учащимся, обнаружил, что они предпочитают задания с множественным выбором традиционных вопросов, требующих составления самостоятельного ответа.

Lu, & Suen (1995) обнаружили, что при тестировании с множественными вариантами ответов, более высокую оценку получают полнезависимые учащиеся в сравнении с полезависимыми.

Лонгитюдные исследования, проведенные нами (1999-2002) позволяют сделать вывод о корреляционной зависимости в тестах с множественным выбором и мотивами достижения успеха и избегания неудачи. Школьники и студенты, у которых ярко выражен мотив достижения успеха, предпочитают свободный ответа, а респонденты, с ярко выраженным моти-

вом избегания неудач, предпочитают тесты с множественным выбором ответа.

Crocker, & Schmitt (1987), изучая взаимосвязь между тестовой тревожностью и типами заданий, сделали вывод о том, что при выборе ответов тревожность проявляется реже, чем при работе над тестовым заданием, предполагающим свободный ответ.

Не менее важная проблема - психометрическая оценка качества заданий, используемых в тестах оценивания учебных достижений.

Правила выставления оценок при выполнении теста легче разрабатываются при методе дихотомического выбора или множественного выбора. Процедура оценки заданий со свободным составлением ответа возможна по алгоритму ситуационных тестов (выстраивание рейтинга учащихся, студентов).

Эмпирическая база результатов тестов по методу свободных ответов еще невелика, поэтому часто возникают у исследователей, и у пользователей вопросы о валидности этого метода. Traub (1993) сделал вывод о том, что степень валидности колеблется в зависимости от предметной области. Наиболее валидными являются тесты математических, химических, физических, естественно-научных знаний.

Сегодня в образовательной практике более широко используются тесты с множественным выбором.

Исследования по сравнению тестов с множественным выбором и тестов с составлением ответа оказались не в пользу последних. Тесты с множественным выбором оказываются более оперативны, экономичны, обладают высокой прогностической валидностью. (А. Анастаси, 1999).

Но в настоящее время идет быстрая разработка нового оценочного инструментария. В образовательной практике США широко известны батареи общих достижений: Тесты Основных Навыков Штата Айова, Тесты достижений и умений, Тесты Развития в Обучении Штата Айова, Стенфордский Тест Достижений.

Эти батареи отвечают высоким стандартам разработки тестов, надежности и валидности содержания. Все батареи включают оценку базовых навыков (чтение, язык, математика, естествознание, история, социология). В батарее есть субтесты, которые измеряют учебные умения и навыки получения и использования информации. Эти батареи замечательны еще и тем, что в них присутствуют субтесты со свободным ответом и выбором ответа, что позволяет изучать процессуальную сторону мыслительной деятельности.

Большинство тестов на усвоение содержания конкретных учебных знаний, умений, навыков создают сами педагоги и используют их в своих классах, учебных группах. По существу, педагог занимается диагностическими процедурами с использованием диагностического инструментария или без него. Как видим, в реальной образовательной практике педагогические и психологические процессы настолько тесно связаны, что их невозможно отделить друг от друга. Диагностическая деятельность педагога при оценивании результатов обучения направлена на получение оперативной информации об усвоении учебных стандартов и получении обратной связи с целью коррекции методов и приемов образовательной практики.

Для педагога нет необходимости вычислять границы погрешностей, доверительные интервалы, коэффициенты корреляций. Для него важно получить ориентировочную информацию, позволяющую в нужный момент улавливать тенденции в развитии явлений, строить гипотезы, проверять разные версии при минимуме затрат, усилий и времени. По замечанию Теплова Б.М., правильность педагогического решения не столько рассчитывается (для этого иногда просто нет времени), сколько усматривается. Однако диагностической деятельности педагога необходимо обучать все более профессионально. При создании локальных тестов на усвоение содержания конкретных учебных предметов следует придерживаться следующего алгоритма:

- проектирование теста;
- написание заданий;
- анализ заданий.

Написанию самого задания предшествует осмысление дидактических целей, места изучаемого материала. Зачастую по одним темам легче представить оценочные задания, по отдельным - труднее. Задания, предполагающие запоминание простых фактов, как правило, составляется легче; задания, несущие в себе анализ, обобщение различных фактов, а также возможности использования знаний в новых или нестандартных ситуациях, обычно сложны при разработке теста. Поэтому, на первом этапе при проектировании теста следует определить его спецификацию (test specification), иначе, механическое задание на разработку теста. Подготовка задания для теста начинается с определения конкретной цели конкретного задания, подлежащего непосредственной проверке, отражение относительной важности проверяемого знания, навыка, умения. Относительная важность проверяемого знания определяется также и количеством заданий, отражающих этот аспект. Разработчик теста избирает наиболее подходящую для данного материала форму заданий (свободные задания, задания с множественным выбором и др.), а также систему количественных показателей. Автор теста разрабатывает задания так, чтобы они способствовали согласованию отдельных тем в учебном материале.

Мировой практике известно множество стандартизированных тестов, используемых для проведения приема в учебные заведения (колледжи, университеты). Для примера: Традиционные Британские Тесты Оценки Чтения, Арифметики, Грамматики (оценка программ «Открытое образование», «Помощь на старте»), Программа Тестов Академической Оценки Совета Колледжей (Scholastic Assessment Tests [SAT] program of the College Board). Тесты программы SAT неоднократно подвергались изменению. Модернизированные варианты SAT используются для приема в университеты.

В США разработана также общенациональная программа тестирования американских колледжей (American College Testing Program [ACT]). Технические стандарты ACT, по мнению А. Анастаси и др. известных психодиагностов, обладают меньшими возможностями, чем варианты SAT. Но в сравнении с другим диагностическим инструментарием показатели возможностей ACT выше.

В США создана служба тестирования в образовании (EST), которая организует в ведущих университетах тестовые лаборатории. К разработке программ оценивания достижений в обучении привлекаются видные ученые, педагоги, психологи.

Практика тестирования желающих поступить в колледж распространилась и на прием в аспирантуру в США. Известная серия тестов «Письменные Экзамены для Аспирантов» (Graduate Record Examinations [GRE]) была создана еще в 1936 г. Значительно изменившаяся с того времени программа GRE проводилась в специально предназначенных для этого центрах более чем в 100 странах мира, до зачисления в аспирантуру. GRE представляет собой комбинацию тестов общего интеллекта (General Test) и предметные тесты (Subject Test). Общий тест (General Test) дает отдельные показатели вербальных и аналитических способностей, их количественную и качественную оценку. Предметные тесты созданы для 16 специализаций (биология, математика, вычислительная техника, психология, история, социология, медицина и др.). Тесты снабжены психометрическими показателями. Исследования на степень валидности показали, что предметные показатели являются более надежными предиктами среднего балла [GPA] аспирантов первого года обучения, нежели показатели общего теста (General Test) или среднего балла выпускников-студентов. Комбинация всех трех показателей дает наибольшую прогностическую валидность. С 1999 года в США отказались от бланковых форм тестирования, процедура была компьютеризирована.

Батарей тестов достижения, как правило, рассчитаны на групповое проведение. Но в отдельных случаях возможно и индивидуальное тестирование с целью выявления причин возможных затруднений при освоении предметной области.

Большая часть известных тестов достижений способна предоставить информацию об относительно статистических групповых нормах и относительно содержательных критериях в каждой конкретной области.

Диагностика трудностей в обучении должна оформляться в программы коррекционного обучения и контролироваться специалистами. В данной ситуации эта процедура подчиняется алгоритму «Тест - Обучение - Тест», так называемой динамической или направляемой оценкой. Главным представителем этого подхода является американский психолог Фейерштейн (Feuerstein, 1979).

В отечественной психологии Гуревичем К.М. предложен новый подход к созданию диагностики учебных достижений. Гуревич К.М. отказывается от оценки результатов тестирования через статистическую норму. В результате эмпирических исследований Гуревич К.М. заключает, что критерий сравнения по нормам, полученный путем объединения разных выборок, игнорирует влияние различных условий онтогенеза на умственное развитие. Само представление тестовых данных в виде баллов, кривых распределения затрудняет качественный анализ теста. Норма отображает выборку (популяцию), но не раскрывает действительных требований к человеку, как члену общества, и по тем или иным причинам, может различаться с требованиями к нему. Эти требования совсем не случайны, они возникают из общественной практики. Гуревич К.М. вводит в психодиагностику критерий, который называет социально-психологическим нормативом. В свернутом виде социально-психологический критерий - это система требований, которую общество предъявляет каждому из его

членов. Чтобы не быть отвергнутым, человек должен овладеть теми требованиями, которые к нему предъявляются. Итак, социально-психологический норматив есть идеальная модель требований социальной общности к индивиду. Оценка результатов тестирования должна проводиться по степени близости к социально-психологическому нормативу. Дифференциация такой оценочной шкалы должна колебаться в предметных и возрастных границах. Требования, составляющие социально-психологический норматив, закрепляются в виде правил, предписаний к человеку. В тестовые программы возможно включение самых разнообразных аспектов - умственное, нравственное, физическое развитие и др.

Социально-психологический норматив всегда присутствует в образовательных программах, в квалификационных профессиональных характеристиках, общественном мнении, мнении педагогов.

Можно отметить, что разработка тестов всегда стихийно ориентируется на существующие в обществе социально-психологические нормативы.

Научная школа Гуревича К.М. (Акимова М.К., Борисова Е.М., Берулава Г.А., Горбачева Е.И., Логинова Г.П.) выдвигает на первый план качественный способ обработки теста, который должен учесть, какие термины и понятия по степени обобщенности усвоены лучше, а какие хуже, какие логические операции освоены лучше, а какие менее успешны, в каком круге научных понятий и терминов испытуемый более уверенно ориентируется, а в каком менее. Использование социально-психологического норматива вместо статистической нормы при интерпретации тестовых заданий представляет важную информацию своеобразия развития интеллектуальной сферы испытуемого. Идея социально-психологического норматива реализована в разработке Гуревичем К.М. Школьного Теста Умственного Развития (ШТУР).

Проведение оценивания результатов в соответствии с учебным планом

(curriculum-based measurement) представляет собой еще один подход (Deno, 1992; Fuchs, 1993; Shinn, 1989). Разработчики этого направления определили группу методик, связывающих оценивание с программами вмешательства. Методические приемы в этом подходе отличаются разнообразием. Одна группа заданий предполагает неформальные, свободные ответы; другая группа использует стандартизированные средства измерения выполнения программы таких базовых знаний, как письмо, чтение, арифметические вычисления.

В связи со стремительными изменениями в сфере образования, необходимость оценивания качества образовательных услуг средствами тестирования возрастает. Мировая образовательная практика отрабатывает концептуальные схемы и методы измерения результатов обучения на возрастных и предметных уровнях. В связи с этим, Дружинин В.Н. выводит понятие «мощность метода» или «разрешающая мощность метода», что обозначает способности метода при описании психической реальности. Полагаем, что «способность метода» должна описываться через критерии «возможности метода», «ограничения метода», «допустимость» и «недопустимость» использования метода. Вероятно, для выведения таких критериев и поиска более универсального способа оценки достижений в обучении необходимо провести новые исследования.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Анастаси А., Урбина С. Психологическое тестирование. СПб.: Питер, 2002.
2. Бодаев А.А., Столин В.В. Общая психодиагностика. СПб., 2002.
3. Гуревич К.М. Психологическая диагностика. Бийск, 1993.
4. Дружинин В.Н. Психология общих способностей. СПб. - М., 2000.
5. Дружинин В.Н. Когнитивные способности. Структура, диагностика, развитие. М. - СПб., 2001.

6. Дружинин В.Н. Экспериментальная психология. СПб. -М.Харьков - Минск, 2000.
7. Епанчинцева Г.А. Особенности диагностики развития в средней и высшей школе// Пути реализации многоуровневого образования школа-колледж-университет. Материалы научно-методической конференции. - Караганда, 1995.
8. Епанчинцева Г.А. К проблеме метода диагностики умственного развития.// Одаренность: рабочая концепция. Материалы I Международной конференции. - М. - Самара, 2000.
9. Корнилова Т.В. Введение в психологический эксперимент.: Изд-во Моск. Унта, изд-во ЧеРо - 2001.
10. Решетников П.Е. Нетрадиционная технологическая система подготовки учителей. М., 2000.
11. Равен Джон. Педагогическое тестирование. Проблемы, заблуждения, перспективы. - М., 2001.
12. Теплов Б.М. Избранные труды: в 2 т. - М., 1985 - Т. 1. С.289.
13. Холодная М.А. Психология интеллекта. Парадоксы исследования. СПб. - М. - Харьков - Минск, 2002.
14. Gardner H. (1992). Assessment in context: The Alternative to standardized testing. Boston.
15. Linn R.L., & Gronlund N.E. (1995). Measurement and assessment in teaching: Prentice Hall.
16. Camp R (1993). The place of portfolios in our changing views of writing assessment: Erlbaum..

ABOUT NEW TENDENCIES OF PSYCHODIAGNOSTIC DEVELOPMENT

© 2002 G.A.Epanchintseva, V.M.Miniyarov

Samara State Pedagogical University

In the offered article the main tendencies of psychodiagnostic development are analyzed. Here are determined the main problems of psychodiagnostics, discussed the mighties and abilities of the method, the possibilities and limitations of A. Admission and non – admission of method use, capacities tests, achievements tests, substantial and criterio – oriental diagnostics, statistic normative and socio – psychological normative, possibilities and limits of substantial diagnostics.

ПСИХОЛОГ КАК СУБЪЕКТ НАРКОПРОФИЛАКТИКИ

© 2002 К.С.Лисецкий

Самарский государственный университет

В статье идет речь о противоречиях и слабых местах региональных программ по профилактике наркомании среди подростков и молодежи. Определение субъекта профилактики и правильное распределение функций позволит повысить результативность многих профилактических мероприятий. Мы предлагаем новый субъектно-системный подход к модели профилактики негативных зависимостей.

В последнее время о наркомании в России написано много. Общество осознало неизбежность столкновения с данной проблемой огромного числа людей. Личное отношение людей к данной проблеме, эффективность действий, предпринимаемых обществом, зависят от адекватности и специфики понимания существа рассматриваемого явления.

В борьбе с наркоманией, понимаемой в данном случае шире, чем просто болезнь, возникло несколько направлений. Каждое сложившееся направление так или иначе имеет свой ведомственный оттенок: здравоохранение, правоохранительные органы, образование, религиозные организации, политические течения, общественные организации, частные лица. Ведомства действуют в меру своих возможностей и сложившихся представлений.

Наркотизация молодежи в государстве с устойчивой экономикой отличается от наркотизации в государстве с экономикой, напоминающей российскую. Росту и распространению наркомании в нашей стране способствовала экономическая ситуация, носившая характер первичного накопления капитала, что существенно повлияло на стратегии и подходы к решению этой быстро прогрессирующей смертельно опасной проблемы. Возникло три новых вида социально-экономической активности.

1. Наркобизнес.
2. Преступность, мотивированная наркотической зависимостью.
3. Лечение наркомании всеми традиционными и нетрадиционными способами.

· Наркобизнес оказался простым способом быстрого накопления денежных средств, сколачивания капитала. Наркозависимые потребители не стремились сдавать правоохранительным органам наркоторговцев, т.к. сами оказывались нарушителями закона.

· Наркомотивированная преступность оказалась процессом быстрой самокриминализации личности на основе наркотической зависимости. Вороество, вымогательство, мошенничество, грабеж осуществляются первоначально по отношению к своим родным и близким, затем к своим знакомым, а уж потом - ко всем подряд без разбора.

· Лечение наркомании выродилось в нецивилизованных рыночных условиях во вторичный наркобизнес. Реклама заменила бесполезную методику кодирования, заговаривания, катарсиса по Назралиеву и т.д. и т.п. Поскольку, претензии к «лекарю» предъявить невозможно (мы проанализировали юридическое содержание договорных документов между такого рода лечебными учреждениями и получателями медицинской помощи), а страх родителей потерять ребенка окончательно «лишал их разума», то взаимоотношения между «спасателем» и родителями больного наркоманией превращались в легализованное вымогательство у них денег, ценностей, жилплощади. «Спасители», как правило, проживали в других регионах и были защищены стандартной формулой: «...Ваш ребенок сам виноват, что начал опять употреблять наркотики. Мы сделали все, что нужно». Жаловаться родителям в правоохра-

нительные органы было бы большим риском. Это означало, что они должны заявить на своего ребенка.

Тупиковая ситуация в условиях экономического кризиса и перераспределения собственности привела к тому, что сверхзатратные, дорогостоящие медицинские услуги, прямо или косвенно играли роль легкодоступных финансовых источников для отдельных групп людей. В результате постперестроечное поколение молодежи было не защищено от распространения наркотических веществ и опасных последствий их употребления. Такая ситуация скорее способствовала укоренению вредных привычек. Родители постоянно оплачивали не столько помощь своим детям, сколько свою некомпетентность и неопытность.

Сегодня ситуация несколько изменилась: дорогостоящие реабилитационные центры медикаментозного профиля опустели. Одной из причин этого явления стало осознание обществом (в первую очередь, родителями детей, употреблявших наркотики) бесперспективности и разорительности такого рода услуг. Сохранились лечебные центры, датируемые за счет государственных бюджетов, но количество пациентов, проходящих там лечение, несоизмеримо с затратами на их содержание. Более того, результативность этих учреждений, количество выздоравливающих, как и в прежние времена, составляет не более 3-5 %. Для тех, кто знаком со статистикой, эти цифры можно считать случайными.

Аналогичная картина наблюдается в рекламируемом до сих пор по российскому телевидению Центре Назралиева в г. Бишкеке. Успокаивает то, что отток денег из России в Киргизию таким путем приостановился. Малорезультативное лечение в Бишкеке в течение месяца стоит примерно 10 тысяч долларов. Таким образом, из России вывозилось около 10 миллионов долларов в год.

Программы, ориентированные на психологическую реабилитацию наркозависимых, показали результативность в 10-

15%. Скорее всего, эффект там достигается за счет сочетания основных программ с другими формами терапии: трудотерапией, духовными практиками, группами поддержки и самопомощи.

Всем очевидно, что болезнь лучше предупредить, чем лечить; потери государства от наркомании во много раз превосходят затраты на самую качественную профилактику.

Незаконный оборот наркотиков порождает колоссальный по своим масштабам теневой оборот денежных средств. Развитие наркотической зависимости приводит к разрушению трудовой мотивации и трудового поведения в целом. В результате из сферы материального и духовного производства происходит постоянный отток рабочей силы. Наркоманы – это огромная не производящая, а лишь потребляющая часть населения. Наркомания приводит к снижению общего интеллектуального потенциала страны, деформирует демографическую ситуацию, т. к. в сферу незаконного употребления наркотиков вовлекаются преимущественно юноши и подростки мужского пола. «Вымывание» мужчин из поколения 70-85-х годов рождения вследствие наркотизации приведет к дальнейшему нарастанию диспропорции полов в России.

Среди наркоманов большой процент составляют дети из неполных семей или семей, имеющих единственного ребенка. Высокая смертность среди наркоманов приводит к значительному возрастанию числа бездетных и беспризорных стариков, о которых некому будет заботиться.

Все это говорит о том, что употребление наркотиков в среде подростков и молодежи – одна из наиболее опасных перспектив в России.

Как показывает практика, в нашем государстве уже многие прониклись осознанием сложности и многоаспектности проблемы наркомании. Существуют различные программы по решению данной проблемы как на государственном, так и на региональном уровне. Государство выделяет значительные средства на спа-

сение молодежи от наркотиков. Однако, даже значительные средства, выделенные на борьбу с наркоманией, сами по себе не могут гарантировать положительных изменений. Изменения возможны лишь при условии правильно выбранной стратегии работы и качественно выстроенной системы межведомственного взаимодействия. Любые «косметические» мероприятия в отношении наркомании бесполезны. Наркотическая зависимость не прекращается сама собой как простуда.

Обстоятельный анализ научной литературы по проблемам наркомании на предмет выявления причин наркотизации показал многообразие точек зрения и подходов к данному вопросу. Перечень причин оказался весьма обширным. Вот некоторые из них:

- подражание взрослым, специфика социализации и поиск новых впечатлений, нарушения в эмоциональной сфере;
- стресс, внушаемость, любопытство, педагогическая запущенность, последствия травм;
- экономические причины, несовершенство законодательства, традиции

употребления легальных наркотиков (кофе, табак, пиво, алкогольные напитки);

- семейные проблемы, наследственность, психопатологии, неполная семья, деструктивная семья, ригидная семья и т.д.;

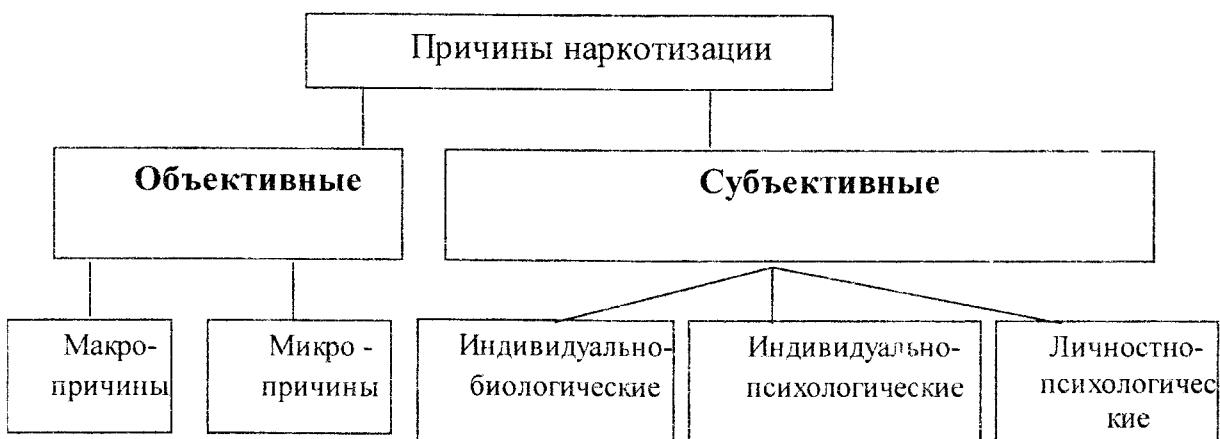
- особенности характера, такие как уступчивость, чувство вины, нерешительность, внушаемость, тревожность и т.д.;

- личностные особенности, аффилиативность (поиск покровителя), потребность в признании, подавленность душевных и сексуальных переживаний, психологическая защита, стиль поведения и мышления и т.п.

Для удобства мы обобщили и классифицировали все названные различными авторами проблемы по нескольким основаниям. Мы подразделили их на объективные и субъективные. Объективные подразделили на макропричины и микропричины. Субъективные разделили на индивидуально-биологические, индивидуально-психологические и личностно-психологические.

Классификация получила следующий вид:

Таблица 1. Причины наркотизации



В конечном счете мы пришли к выводу, что количество причин употребления наркотиков близко к количеству проблем, с которыми может встретиться человек в течение своей жизни.

Выход из сложившегося положения мы видим в четком прояснении функций и критериев эффективности субъектов наркопрофилактики. В противном случае не-

результативная работа одного из ведомств всегда будет объясняться низкой эффективностью работы другого ведомства.

Изучение федеральных и региональных программ, наш восьмилетний практический и научно-исследовательский опыт работы по предупреждению наркомании среди подростков и молодежи (а

также игромании, интернет-зависимости, деструктивных культов и т.д.) позволяют нам высказать некоторые научно обоснованные суждения в отношении типичных противоречий и слабых мест многих из этих программ, включая программу Самарской области. Поскольку аналогичные недостатки имеют подобные программы других регионов, полагаем, что результаты проведенного нами анализа помогут не только Администрации Самарской области при дальнейших разработках профилактических мероприятий антинаркотической направленности. Тем не менее, в первую очередь, мы хотим, чтобы проведенные исследования оказались полезными для Самарской области.

Предлагаемые далее суждения не могут быть отнесены к сфере деятельности правоохранительных органов, поскольку уровень нашей компетенции не позволяет нам судить об этом с той же долей основательности, с которой мы можем говорить о социально-психологических аспектах проблемы наркомании.

Противоречие первое

Все больше осознается и все чаще озвучивается специалистами, депутатами, руководителями административных органов необходимость межведомственного взаимодействия, системного подхода, общей продуманной концептуальной основой, без которых проблема не может быть решена в принципе. Тогда как в содержательной части большинства программ просматривается размывание субъекта профилактики, разрыхление и перемешивание функций, распыление денежных средств.

Противоречие второе

Все большую активность демонстрируют заинтересованные в решении проблемы ведомства, общества, государство; привлекаются все новые и все более совершенные средства и методы предупреждения наркомании. Но при этом все больше запутывается нормативно-методическая и терминологическая основа взаимопонимания и взаимодействия всех участников антинаркотической деятельнос-

ти. Отсутствуют качественные критерии эффективности различных программ и методик, используемых различными организациями. В результате все больше затрудняется контроль над бюджетными средствами со стороны депутатов и административных органов.

Противоречие третье

Осознание очевидной целесообразности превентивных мер профилактического характера в отношении негативных зависимостей остается лозунгом, не подкрепленным как технологически, так и материально. Реально и до сих пор явное предпочтение отдается сверхзатратным и малорезультативным медицинским подходам к лечению последствий наркотической кантомии. Принцип: «Чем больше больных, тем больше выделяется денег здравоохранению» – недопустим даже в условиях рынка.

Противоречие четвертое

Понимание необходимости подготовки значительного числа квалифицированных специалистов по профилактике негативных зависимостей оказывается бесполезным, поскольку подготовкой и повышением квалификации работников для сферы профилактики наркомании занимаются люди, не имеющие на практике положительных результатов в том виде деятельности, которому они собираются обучать других.

К сожалению, сохранение названных противоречий способствует ухудшению наркотической обстановки в регионе и увеличению затрат бюджетного финансирования на поддержание системы в условиях снижения ее эффективности.

На наш взгляд, в решении проблемы наркотизации российской молодежи возможны положительные изменения, если предварительно разрешить вышеназванные противоречия. А это значит, что необходимо следующее.

1. Определить надлежащего субъекта профилактики наркотизации и других видов негативных зависимостей, обозначить функции, критерии качества и результативности его деятельности. Наибо-

лее предпочтительными учреждениями для организации деятельности по профилактике наркомании являются центры «Семья» комитета по делам семьи, материнства и детства. Центры существуют практически во всех районах области, имеют необходимую материальную базу, кадровую структуру и централизованную систему управления. Они территориально отделены от учебных заведений, т.е. могут сотрудничать с несколькими школами одновременно. Функционально эти центры ориентированы на социально-психологическую помощь населению и учебным заведениям. В стенах образовательного учреждения (школы) направленная профилактическая работа с детьми из «группы риска» организационно бессмысленна. Трудные подростки, по определению, ненавидят школу. Работа в центре «Семья» будет значительно эффективнее, если ему передать часть из средств Департамента образования, переподчинив под задачу группу школьных психологов. Это позволит централизованно повышать их профессиональную квалификацию, согласованно решать проблемы взаимодействия в условиях профессионального сообщества, упростит межведомственное взаимодействие, обеспечит быструю информационную циркуляцию, облегчит работу со СМИ, учреждениями здравоохранения, правоохранительными органами, культурными и спортивными учреждениями.

2. Наличие районного (территориального) субъекта профилактики в качестве психологического центра «Семья» позволит работать с причинами, проблемами, предпосылками наркотизации. Осуществление же научно-исследовательской

деятельности поможет своевременно и содержательно готовить аналитическую информацию для законодательных и административных органов.

3. Введение в центрах «Семья» некоторых хозрасчетных услуг снизит нагрузку на областной бюджет и повысит квалификационную активность всех сотрудников центра. Подготовка, переподготовка, повышение квалификации сотрудников может проводиться на базе работающего центра с демонстрацией профессиональных умений приглашенного в качестве преподавателя специалиста. Это избавит областной бюджет от затрат на низкокачественных преподавателей и позволит проводить проблемные семинары, обмен опытом, супервизию без отрыва сотрудников и консультантов от основной деятельности.

4. Разработка критериев эффективности, качества различных программ и методик позволит отредактировать (стандартизировать) терминологическую основу и нормативно-методическую базу в целях создания «общего рабочего языка» взаимопонимания, взаимодействия всех участников антинаркотической деятельности. Все это облегчит контроль над распределением и расходованием бюджетных средств, а также будет способствовать приведению рынка антинаркотических услуг в Самарской области к более цивилизованному виду.

Таким образом, квалифицированный психолог становится реальным субъектом социально-психологической обстановки в Самарской области, а его профессиональная результативность преобразуется в профессиональную мотивацию.

PSYCHOLOGIST AS THE SUBJECT OF DRUG ADDICT'S PROPHYLACTIC

© 2002 K. S. Lisetzky

Samara State University

Weak statements and contradictions of regional prophylactic programs of adolescent's drug addiction are discussed. The subject of prophylactic work should be settled and all the functions should be shared properly. The effects of many prophylactic means will rise as a result. We suggest the new subject-centered system approach for the model negative dependences' prophylactic.

КОНЦЕПЦИЯ ПЕРСОНАЛИЗАЦИИ В СЕМЕЙНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

© 2002 С.В.Березин, О.В.Шапатина

Самарский государственный университет

Спозиции теории самопричинности личности рассматриваются понятия системной психотерапии: семья как система, отношения, воспитание, динамика семьи. Показано, что использование понятий «отраженная субъектность» и «отраженная интерсубъектность» позволяет преодолеть системный парадокс.

Вводится и обосновывается единица семейной психотерапии – субъектный шаг. В динамике семья выделяются синхронный и диахронный аспекты. Синхронный аспект раскрывается как конфликтная ситуация, способы разрешения которой определяют особенности диахронного аспекта. Устанавливается взаимосвязь семейного «здесь и теперь» с семейной историей (там и тогда).

Семейная психотерапия является динамично развивающейся областью психологической науки и практики. Однако, несмотря на существующее сегодня разнообразие моделей (А.А. Бодалев, В.В. Столин) и направлений (Э.Г. Эйдемиллер, В. Юстицкис) в семейной терапии и консультировании, практические возможности психологической помощи семье ограничены теоретической неопределенностью основных категорий семейной психологии: *система, отношение, воспитание как субъект-субъектное взаимодействие*, а также недостаточной изученностью взаимосвязи *синхронного и диахронного аспектов* семейной динамики.

Наше исследование посвящено анализу возможностей развиваемой В.А.Петровским теории самопричинности личности [8] в области семейной психотерапии.

Семья как система. Перспективность рассмотрения семьи как целого очевидна; вместе с тем, наиболее популярная в настоящее время системная методология в семейной психотерапии содержит в себе системный парадокс: целое необходимо понимать, исходя из его частей, но части могут быть поняты только с точки зрения целого. С другой стороны, целое непостижимо до конца, если исходить из его частей, части непостижимы, если исходить из включающего их контекста. Иными словами, отсутствует ответ на вопрос: как социальное целое (семья) пред-

ставлено в индивидуе и как индивид представлен в социальном целом.

Разрешение существующего в рамках системного направления парадокса «часть – целое» на практике приводит либо к игнорированию системных аспектов семьи, либо к игнорированию изменений на личностном уровне. Разрешение указанного парадокса как на теоретическом, так и на практическом уровне возможно, если для описания механизмов взаимовлияния в семье использовать понятие отраженной субъектности [8] и взаимодополнительные понятия отраженной интерсубъектности и интерсубъектной отраженности [11]. Быть отраженным субъектом означает иметь идеальную представленность в жизненной ситуации другого человека, выступать источником преобразования этой жизненной ситуации в значимом для него направлении. Даже не находясь в ситуации непосредственного контакта с человеком, отраженный субъект, актуализированный в его сознании каким-либо образом, выступает как источник его динамики, изменяющий его видение и понимание ситуации, способы реагирования и поведения в семье [8].

Понятие отраженной субъектности, введенное В.А. Петровским, может быть использовано для анализа и диагностики межличностного влияния в семье. Введение понятия *отраженной интерсубъектности* позволяет ответить на вопросы о механизмах влияния на личность *целост-*

ных ситуаций межличностного взаимодействия, в которые она (личность) непосредственно не включена.

Смысл понятия «отраженная интересубъектность» (по аналогии с отраженной субъектностью) заключается в продолжении ситуации интересубъектного взаимодействия одних людей в жизни другого человека, присутствовавшего в отраженной им ситуации. Речь идет об отражении в психике человека черт ситуации межличностного взаимодействия других людей, когда объектом отражения становятся не их личностные или субъектные черты, а черты и особенности их взаимодействия.

В качестве примера могут быть упомянуты феномены восприятия человеком ситуаций взаимодействия других людей,

не сводимые к известным модусам социальной перцепции. Имеются в виду переживания индивидом того влияния, которое оказывает на него взаимодействие других людей, связанных с ним какими-либо отношениями или даже самой ситуацией. Факты существования таких переживаний фиксируются высказываниями типа: «Мне неприятна эта ситуация», «Остался неприятный осадок», «Когда они вместе, они невыносимы». В данном случае речь идет о переживаниях субъектом своей собственной динамики, характеризующей, однако, не столько его самого, сколько какие-то параметры отраженной им ситуации взаимодействия других людей. Именно эти параметры ситуации, фиксируемые в переживаниях субъекта, и есть *отраженная интересубъектность*.

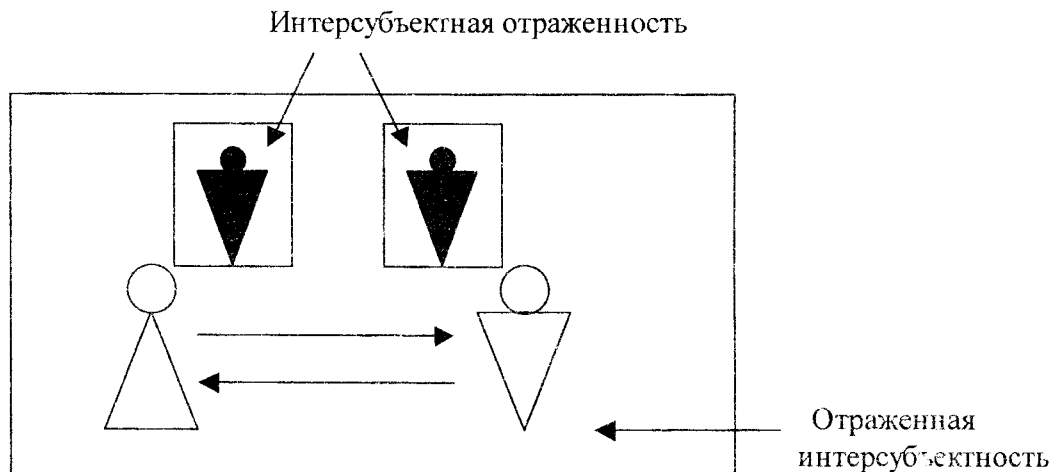


Рис.1. Соотношение понятий интерсубъектная отраженность и отраженная интересубъектность

Ребенок, ставший свидетелем межличностного конфликта родителей, который прошел все стадии развития от конфликтной ситуации до ее разрешения, переживает гамму эмоций. Однако очевидно, что эта динамика субъекта переживания (ребенок) характеризует не только его как такового, но и параметры ситуации межличностного взаимодействия родителей. Более того, последствия этого события для ребенка будут зависеть, прежде всего, от того, как разрешится этот конфликт. Отраженная интересубъектность не есть только образ ситуации, – она

представляет собой *смысл* ситуации для субъекта отражения.

Моделируя необходимые параметры взаимодействия значимых для ребенка людей, мы можем создавать ситуации (целое), отражение которых ребенком (часть) способно влиять на его личностную динамику [9], [10], [11].

Введение понятия *интерсубъектная отраженность индивида* позволяет ответить на вопросы о механизмах влияния личности на ситуации межличностного взаимодействия других людей, в которые она непосредственно не включена. Речь

в данном случае идет об изменениях в характере взаимодействия индивидов при актуализации в пространстве их взаимодействия значимого для них человека.

Имеются в виду ситуации взаимодействия людей, например, родителей, параметры которого меняются, как только в их сознании каким-либо способом актуализируется образ значимого для них субъекта, например, ребенка. Факт существования таких ситуаций не только хорошо известен, но и нередко стихийно используется в воспитании. Так, мать, которой не нравится как ребенок препирается с ней, может изменить развитие ситуации фразой: «Твой отец себя так никогда не ведет...» Вызванные этим изменения в характере их общения и есть проявления интересубъектной отраженности отца (части) в ситуациях общения «мать – ребенок».

В исследовании О.В.Шапатиной [11] было показано, что актуализация образа ребенка **всегда** изменяет параметры общения супругов. Характер этих изменений непосредственно зависит от характера актуализируемого образа ребенка. Актуализация негативного образа ребенка в сознании его родителей повышает напряженность общения, эмоциональную закрытость и эмоциональную разобщенность. Актуализация позитивного образа ребенка в сознании супругов порождает тенденцию к углублению и развитию общения между ними. И, напротив, актуализация негативного образа ребенка в сознании супругов порождает тенденцию к свертыванию и прерыванию общения.

В исследованиях С.В.Березина [1] установлено, что актуализация образа наркомана в ситуации общения его родителей делает их взаимодействие более ригидным, формальным и конфликтным.

Полученные в экспериментах данные показывают, что конфликт в брачной паре обостряется, когда в сознании супругов актуализируется негативный образ их ребенка. Общение супругов становится более ригидным, эмоционально закрытым и холодным, формальным и дистант-

ным, антагонистичным. Эти данные могут служить косвенным подтверждением сформулированного нами предположения об *особой конфликтогенности сферы семейного воспитания* [11]. Мы предполагаем, что, если процесс персонализации супругов в жизни друг друга затруднен или нарушен, то супруги будут стремиться к максимальной персонализации в их ребенке, что порождает специфические конкурентные отношения между ними и создает конфликтную ситуацию, которая может приобрести хронический характер. Хроническая конфликтная ситуация перерастает в межличностный конфликт в сфере родительских отношений между супругами. Позиции супругов как родителей становятся несогласованными, противоречивыми, антагонистическими. Именно это, на наш взгляд, и превращает воспитание ребенка в патогенный процесс.

В этом случае коррекция негативных аспектов семейного воспитания и детско-родительских отношений требует коррекции отношений в супружеской паре. Результаты нашего исследования показывают, что особенности отношений между супругами как родителями и, следовательно, особенности детско-родительских отношений, находятся в непосредственной зависимости от характера супружеских отношений в брачной паре.

Введение понятий *отраженная интересубъектность* и *интерсубъектная отраженность* позволяет по-новому взглянуть на традиционную для психологии личности и социальной психологии проблему «группового» в личности и «личностного» в групповом. Кроме того, использование этих понятий позволяет снять *системный парадокс*.

На *теоретическом уровне* системный парадокс преодолевается, если для описания механизмов взаимовлияния в семье использовать принципы отраженной субъектности и отраженной интересубъектности. Принцип отраженной субъектности позволяет анализировать эффекты межличностного влияния в семье. Взаимодополнительные принципы отраженной

интерсубъектности и интерсубъектной отраженности позволяют построить теоретическую модель представленности «целого в части» и «части в целом».

На *практическом уровне* системный парадокс разрешается в ситуациях, когда члены семьи осознанно и ответственно совершают действия в направлении преодоления сложившихся паттернов внутрисемейного взаимодействия. Свободные действия кого-либо из членов семьи, преодолевающие сложившуюся «норму» семейного поведения и направленные на установление новой «нормы», находят свою идеальную продолженность в психике всех присутствующих при этом индивидов. Таким образом, преобразование себя кем-либо из членов семьи является одновременным преобразованием других в семье и, таким образом, семьи в целом.

Последнее обстоятельство открывает возможности для *количественного* описания динамики семьи в условиях семейного консультирования и терапии. Мы предлагаем специальную *единицу* процесса семейной терапии – *субъектный шаг*, понимаемый нами как сознательное действие кого-либо из членов семьи за пределами сложившихся паттернов внутрисемейного взаимодействия, что является предпосылкой преобразования семейной системы в целом: как феномен он одновременно является событием, отражающимся и во внутреннем пространстве его автора (субъектный вклад индивида в себя), и во внутреннем пространстве присутствующих в этой ситуации индивидов (отраженная субъектность индивида в других), и в пространстве семьи как целого (интерсубъектная отраженность). Изменения в состоянии и поведении членов семьи при актуализации образа ситуации, в которой был совершен субъектный шаг (отраженная интерсубъектность), и есть минимальное количественное изменение в семейной системе. Количественные накопления в системе ведут к ее качественным изменениям.

Категория отношение в семейной психологии. Под *отношением* понимается психологический феномен, сутью которого

«является возникновение у человека психического образования, аккумулирующего в себе результаты познания конкретного образа действительности (в общении это другой человек или общность людей), интеграции всех состоявшихся эмоциональных откликов на этот объект, а также поведенческих ответов на него» [6], [7].

В анализе семейных отношений для нас важным является то, что отношения – это психологический феномен, результирующий в себе отражение индивидом конкретных объектов и явлений действительности (в семье это, прежде всего, другие члены семьи и ситуации взаимодействия между ними), интегрирующий результаты познания отраженных образов, эмоциональные отклики и поведенческие ответы на них. Такое понимание *отношения* как психического феномена непосредственно вытекает из работ В.Н.Мясищева [6], [7] и А.А.Бодалева [2], [3].

Но что означает «эмоциональные отклики и поведенческие ответы» как не динамику индивида при актуализации ранее отраженных образов? Признавая за образами способность вызывать изменения в состоянии и поведении индивида, побуждая и направляя его активность, мы тем самым наделяем их свойствами субъекта. Следовательно, психологическая сущность отношения заключается в том, что оно является результирующей различных изменений в состоянии и поведении индивида, вызванных образами того явления или объекта, к которому это отношение существует.

Таким образом, мы можем заключить, что отношение индивида к кому-либо из членов его семьи – это совокупность изменений в его сознании, состоянии и поведении, являющаяся результатом актуализации образа этого члена семьи и образов тех ситуаций, в которые были включены субъект отношения и член семьи, к которому оно существует.

Фиксируя с помощью метода отраженной субъектности [8] объективную динамику в сознании и поведении членов семьи при актуализации у них образов

друг друга, мы получаем возможность объективного исследования характера отношений в семье. Данное обстоятельство существенно расширяет возможности психолога в работе с семьей, дополняя традиционно используемые преимущественно субъективные методы исследования внутрисемейных отношений (беседа, опросники, анкеты, проективные методики).

Воспитание как субъект-субъектное взаимодействие. Традиционно детско-родительские отношения анализируются исследователями с точки зрения их влияния на ребенка. На наш взгляд, такой подход, акцентирующий внимание на зависимости личностного развития ребенка от его отношений с родителями не учитывает нескольких важных обстоятельств. Во-первых, это собственная субъектная позиция ребенка в системе детско-родительских отношений. Мы полагаем, что ребенок не просто включен в детско-родительские отношения, но и активно их создает. Дети способны проектировать необходимые им ситуации, целенаправленно выстраивать свое поведение, манипулировать родителями и т.д. Во-вторых, не только родители влияют на личностное развитие ребенка, но и ребенок даже простым фактом своего существования влияет на родителей, являясь одновременно и фактором их личностного развития, и фактором динамики их межличностных отношений [11].

Недооценка указанных аспектов детско-родительских отношений приводит к тому, что от внимания исследователей ускользает весьма широкий круг явлений, расположенных «на полюсе» ребенка. На «карте семейных отношений» возникают «белые пятна», которые не удается заполнить на основе существующих теоретических и эмпирических исследований. Так, например, широко известны различные варианты классификаций стилей родительского воспитания, генезис которых обычно связывают с личностными особенностями родителей [4] и опытом, полученным ими в собственных родительских семьях [5]. Однако до сих пор практически не исследованным остается

влияние ребенка и его поведения на стиль детско-родительских отношений, отношения в родительской паре и личность каждого из родителей.

Сложившееся положение можно было бы условно назвать *ситуацией бес-субъектности ребенка*. В наиболее радикальной форме эта ситуация зафиксирована в педагогике и психологии в виде мифа, который в числе других положений-мифов о родителях и детях Ле Мастерс формулирует в следующем виде: «Нет плохих детей – есть плохие родители».

Из поля зрения исследователей и практиков постоянно ускользает кажущееся уже не требующим доказательств положение о том, что важнейшим фактором личностного развития ребенка в семье является его субъективное восприятие внутрисемейной ситуации, его субъективное отношение и реакции на те или иные события семейной жизни, в конечном итоге, его собственная активность в контексте семейных взаимодействий. Однако сама практика семейного консультирования в связи с нарушениями в поведении ребенка такова, что ребенку отводится в нем пассивная роль. «Детский» полюс детско-родительских отношений попадает в фокус внимания консультанта преимущественно как источник информации для построения портрета семьи «глазами ребенка». То, что ребенок не просто, пусть и по-особому видит, воспринимает и переживает жизнь семьи, а активно участвует в ней, внося свои вклады в построение тех или иных отношений, практически никак не задействовано в консультативном процессе. Хотя сама возможность исследования и использования таких вкладов существует и открывается, благодаря методу виртуальной субъектности [8]. А между тем, и в практике семейного консультирования, и в жизни нередко встречаются случаи, когда дети выступают в качестве непосредственных архитекторов семьи («Дядя Володя, женитесь на моей маме!») или ее разрушителей («Мама, зачем он нам нужен, нам и вдвоем хорошо!»). Сложившаяся ситуация в значительной

степени связана, на наш взгляд, с одной стороны, с неразработанностью надежных методических приемов диагностики качественных и количественных характеристик «детских вкладов» в жизнь семьи, а, с другой стороны, с отсутствием эффективных техник проектирования ситуаций, в которых ребенок мог бы осуществить тот или иной позитивный «вклад» в семью, или в себя как члена семьи. Очевидно, что в последнем случае речь идет о техниках актуализации субъектности ребенка в контексте семейных отношений.

Синхронный и диахронный аспекты семейной динамики. Под синхронным аспектом семейной динамики мы подразумеваем состояние семьи в каждый конкретный момент времени (здесь и теперь). Говоря о диахронном аспекте динамики семьи, мы имеем в виду ее эволюцию, собственно историю развития семьи (там и тогда). Возможный механизм взаимосвязи и взаимовлияния синхронного и диахронного аспектов семейной динамики мы можем описать на примере разработанной нами теоретической модели развития супружеских отношений.

Мы полагаем, что содержанием синхронного аспекта динамики супружеских отношений является взаимодействие в условиях объективной и воспроизводящейся конфликтной ситуации, создаваемой объективно существующими различиями между супругами. Поведение супругов может быть предопределено этими различиями и направлено на преодоление различий либо путем попыток изменения партнера в соответствии с собственными ожиданиями, установками, ценностями, стереотипами поведения, либо путем игнорирования различий и ухода от выработки согласованных решений. Поскольку такое поведение является реализацией сложившихся в родительской семье ролей, мы называем его *ролевым*, а порождаемые им отношения - *ролевыми* отношениями.

Альтернативой ролевому поведению является поведение, направленное на согласование способов и форм взаимодействия, интегрирующее различия, форми-

рующее партнерский стиль отношений, направленное на создание общего «Мы», при сохранении уникальности «Я» обоих супругов, существование которой переживается как ценность. Такое поведение, по сути, является *субъектным*. В исследованиях В.А. Петровского было показано, что субъектная активность индивида является условием субъектогенеза индивида, для которого первый является значимым другим [8]. Отношения, возникающие в этом случае, мы называем *субъектными*.

Субъектные отношения в браке являются механизмом преобразования объективной конфликтной ситуации в личностно-развивающий конфликт, что создает условия для личностного развития супругов и брака в целом.

С точки зрения *диахронного* аспекта, динамика супружеских отношений описывается как последовательная смена стадий, характеризующихся определенным соотношением ролевого и субъектного аспекта отношений. Нарушение соотношения ролевого и субъектного в пользу ролевого порождает конфликтные ситуации, для конструктивного разрешения которых необходимы субъектные шаги супругов, преодолевающие стихийное развитие конфликтной ситуации. Если они не совершаются, брак эволюционирует либо в сторону тупика и патовых отношений (В.А. Петровский), либо в направлении расширения и углубления конфликтной ситуации в отношениях супругов. В этом случае возникает необходимость *динамизации* супружеских отношений. Квантом процесса динамизации является субъектный шаг, а средствами динамизации – семейное консультирование и/или семейная психотерапия.

Предлагаемая нами теоретическая модель развития супружеских отношений позволяет установить взаимосвязь особенностей функционирования «здесь и теперь» (синхронный аспект) с функционированием «там и тогда» (диахронный аспект): субъектные шаги супругов, преодолевающие разъединяющую логику различий, создают общее «Мы», в кон-

тексте которого различия переживаются как ценность. На основе предложенной модели удастся обосновать механизмы формирования тенденции брачных отношений и влияния отношений между супругами на личностное развитие ребенка.

Завершая анализ возможного применения теории самопричинности личности в семейной психотерапии, отметим не только ее эвристический потенциал, но и перспективы построения техник работы с семьей, операционализирующих ее базовые положения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Березин С.В., Лисецкий К.С., Назаров Е.А. Психология наркотической зависимости и созависимости. – М.: МПА, 2001.
2. Бодалев А.А. О взаимосвязи общения и отношения // *Вопр. психол.* №1, 1994.
3. Бодалев А.А. Психология межличностных отношений (К 100-летию со дня рождения В.Н.Мясищева) // *Вопр. психол.* №2, 1993.
4. Захаров А.И. Неврозы у детей. – СПб.: Дельта, 1996.
5. Захаров А.И. Психотерапия у детей и подростков. – М.: Медицина, 1982.
6. Мясищев В.Н. Личность и неврозы. – М., 1960.
7. Мясищев В.Н. Психология отношений: Под ред. А.А.Бодалева. – М.: Институт практической психологии, Воронеж: Изд-во НПО «Модес», 1998.
8. Петровский В.А. Личность в психологии: парадигма субъектности. – Ростов-на-Дону: Феникс, 1996.
9. Шапатина О.В., Березин С.В. Влияние супружеских отношений на личностное развитие ребенка // *Вестник СамГУ*, 2002, №1.
10. Шапатина О.В., Березин С.В. Развитие самооценки ребенка в системе семейных отношений // Педагогический процесс как культурная деятельность. Материалы и тезисы докладов Международной научно-практической конференции. – Самара: Изд-во СИПКРО, 1997.
11. Шапатина О.В. Согласование родительских позиций как условие развития личности ребенка в семье. – Автореф. канд. дисс. – М.: 2001.

CONCEPT OF PERSONALIZATION IN FAMILY THERAPY

© 2002 S. V. Beresin, O. V. Shapatina

Samara State University

Terms of family psychotherapy (such as: family as a system, relations, bringing-up, family dynamics) are discussed in terms of the theory of self-determination of personality. It is shown that the use of terms “reflected subjectness” and “reflected intersubjectness” allows to overcome the paradoxes of the system approach.

The unit of family psychotherapy (an act that is indicated with the quality of subjectness) is suggested and justified. Two aspects (synchronic and diachronic) of family dynamics are apporportioned. Synchronic aspect reveals as a conflict situation. The ways of settling the conflict are determined by the particularities of the diachronic aspect. Connection between the “here and now” of a family and the history of the family (“somewhere before”) is established.

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ КОМПОНЕТЫ УГРОЗЫ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

© 2002 В.С.Белецкий

Самарский государственный медицинский университет

Многофакторность этиологии, высокая заболеваемость и особенности патогенеза угрожающего аборта определяют необходимость психологических исследований в данной области. Цель данного исследования – определить психологические факторы в клинике невынашивания беременности. Определенные в ходе исследования особенности стрессоустойчивости, эмоционального статуса, фрустрационной толерантности и копинг-поведения характеризуют состояние беременных с угрожающим абортом как психологическую дезадаптацию и описывают психологические механизмы патогенеза указанной патологии.

Актуальность всестороннего изучения проблемы угрозы раннего прерывания беременности обусловлена несколькими принципиальными моментами: высоким уровнем распространения угрожающего аборта, особенностями патогенеза, возрастающим интересом к психосоциальным аспектам акушерства.

По данным различных авторов, частота спонтанных абортс доходит до 15 – 20% [1,2,3].

Проблема этиологии невынашивания, в том числе и угрозы спонтанного аборта (угрозы прерывания беременности), в современной медицине неоднозначна. Нет возможности выделить четкий этиологический фактор как причину аборта. В современной литературе по акушерству принято выделять *предрасполагающие* и *разрешающие* факторы [1]. К первой группе относят воспалительные заболевания женской половой системы, генетические и другие заболевания, интоксикации, функциональные нарушения у беременной, а ко второй – физические и психические травмы. К разряду причин, в узком смысле слова, можно отнести комплекс нейроэндокринных нарушений, непосредственно вызывающих отторжение плода [1]. При этом некоторые авторы упоминают о значимости психологического фактора в патогенезе [1, 2].

В настоящее время в научной литературе публикуется значительное число работ, относящихся к различным аспек-

там психонейроиммунологии угрожающего аборта [1, 2, 6, 8, 9, 10, 11].

Целью нашего исследования было определить основные изменения психологического статуса женщин, связанные со стрессом, а так же механизмы совладания со стрессом и фрустрационной толерантности.

Обследование проводилось с помощью следующих методик: 1) методика диагностики стрессоустойчивости Холмса – Раге, которая позволяет оценить количественно стрессорное воздействие за период в 1 год и резервы стрессоустойчивости; 2) методика рисуночной фрустрации С. Розенцвейга, которая позволяет оценить уровень и структуру фрустрационной толерантности; 3) копинг - опросник Виталиано, оценивающий предпочтение отдельных стратегий совладания; 4) метод цветочных выборов М. Люшера, как метод экспресс-анализа психологического состояния; 5) опросник Mini-mult, позволяющий оценивать как черты личности, так и изменения состояния [4].

Исследование проведено в двух группах беременных, по 60 человек в каждой. В основной группе находились женщины с угрозой прерывания беременности, в контрольной – с нормально протекающей беременностью аналогичными возрастными характеристиками.

38% женщин в основной группе имели высокие показатели по шкале Холмса

– Page (более 300 баллов), 38% - средние показатели (200 – 300 баллов), при этом среднегрупповой показатель составил 287 баллов. Таким образом, у женщин этой группы имелась тенденция к снижению стрессоустойчивости на фоне выраженного психотравмирующего воздействия в течение прошедшего года. В тоже время высокие показатели в контрольной группе были лишь у 10 %, средние – у 23%, а средне групповой показатель составил 195 баллов, что говорит об относительно высокой стрессоустойчивости женщин

контрольной группы ($t=2,59$, $\eta=120$, $p<.0,05$). В анамнезе женщин с угрозой прерывания беременности отмечается наличие относительно большего количества психотравмирующих воздействий, ведущих к истощению компенсаторных механизмов, таких как утрата близких, проблемы на работе, в семье, получение больших выигрышей, долги и т.д.

Фрустрационная толерантность женщин основной группы отмечена следующими характерными изменениями, представленными в таблицах 1 и 2.

Таблица 1. Сравнительный анализ основных показателей фрустрационной толерантности беременных.

	NP	I	E/e	i/e
Основная	45,8	41,3	3,25	6,52
Контрольная	32,4	35,2	2,2	2,1
t-критерий	3,6	1,67	1,69	2,4

Таблица 2. Распределение высоких и средних показателей внутри группы.

	NP		I		E/e		i/e	
	Выс.	Ср.	Выс.	Ср.	Выс.	Ср.	Выс.	Ср.
Основная	86%	4,5%	77%	18%	45%	54%	64%	36%
Контрольная	40%	22%	45%	27%	18%	77%	41%	55%

Женщин основной группы характеризуют потребностно-настойчивые реакции на фрустрирующую ситуацию. В ответ на возникновение препятствия на пути достижения цели, женщины стремятся добиться своего, во что бы то ни стало. При этом женщины с угрозой прерывания беременности склонны испытывать чувство вины, предъявлять к себе высокие требования (высокий показатель интрапунитивности), т.е. добиться желаемого они стремятся самостоятельно, опираясь на собственные ресурсы (высокий i/e). Интересным так же является тот факт, что при невысоком уровне агрессивности ($eM+I=5,14$), вектор агрессии направлен вовне ($eE/eM=2,8$), и степень ее переработки относительно невысокая ($E/e=3,25$). Т.е.

фрустрационная толерантность снижена за счет фиксации на удовлетворении актуальной потребности, стремлении брать на себя повышенные обязательства и ответственность за разрешение ситуации и низкой степени переработки внешне направленной агрессии.

Ведущими копинг - стратегиями у женщин с угрозой прерывания беременности по данным исследования являются поиск социальной поддержки и позитивная переоценка фрустрирующих событий. Средние данные по группе 71,1% (для обеих стратегий). Позитивная переоценка фрустрирующих событий в контрольной группе составляет 65,2 % ($t=1,98$).

По данным метода цветочных выборов женщины с угрозой прерывания бере-

менности имели более выраженное отклонение состояния от идеальной (аутогенной) нормы, значимо повышенную тревогу и активность, сниженную работоспособ-

ность и преобладание симпатических вегетативных реакций. Сравнение ведущих показателей по данным метода цветочных выборов представлено в Таблице 3.

Таблица 3. Сравнительный анализ показателей МЦВ

	ФОАН	ФТ	ФА	ФР	ПВТ
Основная	42,1	21,9	48,4	75,3	0,4
Контрольная	32,1	2,08	32,3	82,8	0
t-критерий	-2,37	-6	-5,7	1,99	-2,6

где ФОАН – фактор отклонения от аутогенной нормы;

ФТ – фактор тревоги;

ФА – фактор активности;

ФР – фактор работоспособности;

ПВТ – показатель вегетативного тонуса.

Значимые сравнительные характеристики по тесту Mini-mult приведены в Таблице 4. Значения по остальным шкалам существенно не различаются.

Таблица 4. Сравнительный анализ значимых показателей методики Mini-mult

	F	K	D	Pa
Основная	51,3	46,7	48,5	48,2
Контрольная	48,4	51	42,4	40,8
t-критерий	-1,65	2,41	-2,2	-1,9

Проводя исследование зависимости показателей по отдельным методикам среди женщин с угрозой прерывания, были обнаружены некоторые любопытные факты. Так, степень выраженности стресса положительно коррелирует с показателем экстрапунитивности ($r=0,43$) и отрицательно – с интрапунитивностью ($r=-0,52$). При этом имеется тенденция к возрастанию потребностно-настойчивых реакций при увеличении интенсивности психотравмирующих воздействий ($r=0,36$). Значимо преобладающие шкалы у женщин с угрозой выкидыша – коррелируют с рейтингами коппинг – стратегий: шкала К отрицательно коррелирует с самообвинением ($r=-0,44$), шкала депрессии положительно коррелирует с поиском социальной поддержки ($r=0,5$) и отрицательно с позитивной переоценкой ($r=-0,42$). Шкала паранойяльности коррелирует с решением проблемы ($r=0,46$) и с позитивным

избеганием ($r=0,45$). При этом показатели шкал F, K, D, Pa значимо преобладают в основной группе. В обеих группах шкала истерии положительно коррелирует с поиском социальной поддержки: $r = 0,45$ в основной, и $r = 0,42$ – в контрольной. Т.е. для женщин с преобладанием астенических черт в структуре личности более свойственен поиск социальной поддержки как механизм коппинг-поведения, в то время как позитивная переоценка для них не характерна. Для другой группы женщин (с преобладанием стенических черт) более характерным является решение самой проблемы или позитивная рационализация, нежели поиск поддержки в ближайшем окружении. Показатель «чистой вины» (I-I) положительно коррелирует с отклонением от аутогенной нормы ($r=0,5$), т.е. чем выше вина, тем более нестабильно состояние женщины. Экстрапунитивность положительно связана с активностью ($r=0,5$).

Показатели E/e и i/e с фактором активности коррелируют отрицательно ($r=-0,6$).

На основании проведенного изучения психоэмоционального статуса можно сделать следующие выводы:

1. У женщин с угрозой прерывания беременности имеют место предшествующие стрессогенные события в анамнезе.

2. Для женщин с угрозой прерывания беременности характерна большая эмоциональная напряженность, тревога и депрессия, чувство вины, повышенная и непродуктивная активность, сниженная работоспособность.

3. Степень психологического стресса определяет направление агрессии: высокая вовне, низкая на себя. Внешне направленная вызванная фрустрацией агрессия, не находит должной переработки. При этом фрустрация усиливает стремление достичь желаемого, что в совокупности и снижает толерантность к фрустрационным воздействиям у женщин с угрозой прерывания беременности.

4. Психологическая дезадаптация отражается в повышении симпатического тонуса.

5. Ведущими стратегиями совладания со стрессом для них является поиск социальной поддержки и позитивная переоценка, недостаточность эффективности которых у женщин с угрозой прерывания беременности очевидна.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Бодяжина В.И.* Акушерство. Курск, 1995. С. 258 – 264.

2. *Бодяжина В.И.* Акушерская помощь в женской консультации. Москва: Медицина, 1987. С. 197 – 201.

3. Невынашивание беременности, сост. Линева О.И., методические рекомендации для субординаторов, врачей-интернов и слушателей ФУВ, Самара, 1991, 29 с.

4. Практическая психодиагностика: методики и тесты, сост. Райгородский Д.Я., Самара, 1998, 669 с.

5. *Собчик Л.Н.* Методы психологической диагностики: МЦВ. Москва, 1990, 87 с.

6. *Bergant A.M., Reinstadler K., Moncayo H.E., Solder E., Heim K., Ulmer H., Hinterhuber H., Dapunt O.* Spontaneous abortion and psychosomatics. A prospective study on the impact of psychological factors as a cause for recurrent spontaneous abortion, Hum-Reprod. 1997 May; 12(5): 1106-10.

7. Dorfer-M; Egger-J; Hausler-M. Psychic coping with spontaneous abortion (Psychische Bewaltigung des kritischen Lebensereignisses Abortus), Psychother-Psychosom-Med-Psychol. 1999 Jul; 49(7): 235-40.

8. *Keye W.* Psychologic relationships, Clin-Obstet-Gynecol. 1994 Sep; 37(3): 671-80.

9. *Klock S.C., Chang G., Hiley A., Hill J.* Psychological distress among women with recurrent spontaneous abortion, Psychosomatics. 1997 Sep-Oct; 38(5): 503-7.

10. *O'Hare T., Creed F.* Life events and miscarriage. Br-J-Psychiatry. 1995 Dec; 167(6): 799-805.

11. *Scarpellini-F; Sbracia-M; Scarpellini-L,* Psychological stress and lipoperoxidation in miscarriage, Ann-N-Y-Acad-Sci. 1994 Feb 18; 709: 210-3.

PSYCHOLOGICAL AND EMOTIONAL COMPONENTS OF SPONTANEOUS ABORTION

© 2002 V.S. Beletskii

Samara State University of Medicine

Multifactor aetiology, high incidence and pathogenesis features of spontaneous abortion determine the psychological investigation necessity in this field. The purpose of the investigation was to detect psychological factors in clinic of spontaneous abortion. Features of stress stability, emotional condition, frustration tolerance and coping behavior are detected during the investigation characterize condition of pregnant women with menacing abortion as a psychological misadaptation and describe psychological mechanisms of pathogenesis of the spontaneous abortion.