

ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОВЕДЕНИЙ ОТНОШЕНИЙ
И СОЦИАЛЬНОГО ОКРУЖЕНИЯ
У ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ ЖЕНЩИН

ЧАСТИНА 2

КЛІНІЧНА ПСИХОЛОГІЯ, СЕКСОЛОГІЯ, ПСИХОТЕРАПІЯ: ТЕОРІЯ ТА ПРАКТИКА

самостоятельную жизнь государственности. Тому обстоятельству, что
народы мексиканского индо-европейского общества сформировались в условиях
примата культуры.

Литература

1. Айвазовский М. История. Восточного общества. История культуры (Москва, Советский издатель, 1963).
2. Ширинский В.С. Очерки истории культуры и искусства народов Мексики. - Учен. Записки Пензенского университета. Серия: История, филология, искусство, спорт. 1997. - № 1. - С. 40-45.
3. Формановский А.И. История культуры и искусства народов Мексики. - М.: Наука, 1977. - 128 с.

САХИТЪАР

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ
ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

ОСОБЕННОСТИ ВНУТРИСЕМЕЙНЫХ ОТНОШЕНИЙ И СОЦИАЛЬНОГО ОКРУЖЕНИЯ У ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ ЖЕНЩИН

Шкала семейного окружения R.Moos и B.Moos (ШСО) является одной из десяти Шкал социального климата. ШСО содержит 10 субшкал (сплоченность, экспрессивность, конфликтность, независимость, ориентация на достижение, интеллектуально-культурная ориентация, деятельностно-развлекательная ориентация, морально-религиозные эмпатии, организация, контроль), которые измеряют реальное, ожидаемое и идеальное социальное окружение семьи. Эти десять субшкал помогают оценить три главных набора величин: величины взаимосвязи, величины личностного роста (или целевых ориентаций) и величины системной поддержки.

По мнению авторов, ШСО применяется для описания социального окружения семьи, отличий восприятия родителей и детей и сравнения реального и ожидаемого семейного климата. Шкала также может применяться при описании клинических случаев. Шкала содействует психологическому консультированию и психотерапии, обучению клиницистов и программных экспертов семейным системам. Шкала семейного окружения может быть использована для демонстрации семейных преобразований, для экспертизы влияния консультирования и других психологических программ, что помогает более эффективному семейному функционированию.

С целью выявления особенностей внутреннего семейного функционирования, связей между членами семьи и социальным окружением, автором статьи было проведено исследование женщин, страдающих шизофренией и маниакально-депрессивным психозом, с применением всех трех форм (реальная, ожидаемая, идеальная) Шкалы семейного окружения.

Работа основана на исследовании 40 женщин, находившихся на стационарном лечении в Киевском научно-производственном объединении охраны психического здоровья. Из них 32 женщины страдают различными формами шизофрении и 8 женщин - маниакально-депрессивным психозом. Средний возраст женщин данной выборки составляет 43 года. Давность заболевания - от нескольких месяцев до 26-ти лет. Контрольные выборки составили 28 мужчин с теми же диагнозами и 23 психически здоровые женщины. Главным критерием подбора всех выборок являлось наличие детей у исследуемых.

Ниже обратимся к результатам, полученным с помощью использования Шкалы семейного окружения на выборке психически больных женщин, и их сравнительному анализу по каждой форме.

Результаты по форме оценки реальной семьи (Р)

По величинам взаимосвязи между членами семьи получены следующие данные. Больше количество выборов женщинами по уровню ниже среднего шкалы сплоченности свидетельствует о невысоком уровне помощи и поддержки друг друга членами семьи, недостаточности обязательств членов семьи друг перед другом. Экспрессивность, мера выражения ощущений, чувств, тоже невысокая. В целом, для данной выборки характерен также и достаточно невысокие показатели конфликтности.

Показатели по шкале независимости говорят о недостаточной авторитетности, самостоятельности и способности членов семей женщин, страдающих психическими заболеваниями, принимать собственные решения. Низкие показатели по шкалам «ориентация на достижение», «интеллектуально-культурная ориентация» и «деятель-

ностно-развлекательная ориентация», которые характерны для семей больных женщин данной выборки, свидетельствуют о недостаточном интересе к политической и культурной жизни, к участию в социальных и развлекательных мероприятиях.

О преобладании этических и религиозных ценностей говорит большое количество выборов по показателям шкалы «морально-религиозные эмпатии».

В целом, женщины этой выборки выявляют важность ясной организации, структурированности в планировании семейной деятельности, наличия большого количества правил и процедур, используемых на протяжении всей семейной жизни, о чем свидетельствуют высокие показатели величины управления системой – шкалы «организованность» и «контроль».

По форме реальной семьи статистически достоверные различия получены по факторам сплоченности ($p=0,054$) и интеллектуально-культурной ориентации ($p=0,005$) между группами женщин, страдающих МДП, и психически здоровых женщин; по шкале сплоченности между экспериментальными выборками женщин, больных шизофренией и психически здоровых женщин ($p=0,028$) и по тому же фактору между выборками женщин и мужчин, страдающих шизофренией ($p=0,011$).

По остальным факторам достоверно значимых различий между экспериментальными группами статистический анализ не выявил.

Необходимо отметить, что для основной выборки женщин (как для женщин, страдающих шизофренией, так и для женщин, страдающих МДП), по сравнению с контрольными выборками, характерна достаточно низкая оценка собственных семей по шкале сплоченности в настоящее время.

Результаты по форме ожидания (О)

В целом, с помощью этой формы получены позитивные данные относительно ожиданий женщинами в будущем от собственных семей.

Достаточно высокие показатели по шкалам «сплоченность» и «экспрессивность» и низкие показатели по шкале «конфликтность» говорят об ожидании в будущем увеличения обязательств друг перед другом, заботы, помощи и поддержки друг друга членами семьи. Для большинства женщин основной экспериментальной выборки характерны увеличение показателей величины личностного роста, предпочтения моральных, культурных, религиозных ценностей.

Как и в реальной семейной жизни, так и в будущем, женщины основной выборки верят в хорошо организованную и структурированную семейную деятельность.

В форме ожидания между экспериментальными выборками женщин, страдающих МДП, и психически здоровыми женщинами статистически достоверные различия выявлены только по фактору «морально-религиозные эмпатии» ($p=0,041$); между группами женщин, страдающих шизофренией, и психически здоровых женщин обнаружены достоверно значимые различия по факторам экспрессивности ($p=0,006$) и морально-религиозных эмпатий ($p=0,040$); между выборками женщин и мужчин, больных шизофренией, есть различия лишь по двум шкалам – «ориентация на достижение» ($p=0,051$) и «деятельностно-рекреативная активность» ($p=0,049$).

Результаты по форме идеальной семьи (И)

Форма идеальной семьи позволила описать и понять, каким типам семей отдадут предпочтение психически больные женщины.

Следует отметить, что их представления об идеальной семье чаще всего совпадают с ожиданиями от собственных семей в будущем. Так, достаточно высокие показатели взаимосвязи как сплоченность и экспрессивность и низкие показатели по шкале конфликтности говорят, что женщины выборки отдают предпочтение типу семей,

которой характерны взаимопомощь, взаимоподдержка членов семьи, ответственность и забота, возможность открыто проявлять собственные ощущения и чувства, отсутствие конфликтов и ссор.

Достаточно высокие показатели по величинам личностного роста свидетельствуют о предпочтении психически больными женщинами типов семей, ориентированных на достижение, интеллектуально-культурные, морально-религиозные ценности.

Показатели шкал «организованность» и «контроль» демонстрируют о предпочтении четко и ясно организованной и структурированной семейной деятельности, набора правил и процедур, необходимых для нормального функционирования семьи.

По данной форме ШСО статистически достоверные различия выявлены между экспериментальными группами женщин, страдающих МДП, и психически здоровых женщин лишь по шкале сплоченности ($p=0,026$); по выборкам женщин, страдающих шизофренией, и психически здоровых женщин – по четырем факторам: экспрессивности ($p=0,001$), независимости ($p=0,001$), интеллектуально-культурной ориентации ($p=0,028$) и конфликтности ($p=0,038$). Выявлено статистически достоверное различие по шкале независимости между основной экспериментальной группой женщин и контрольной группой мужчин, больных маниакально-депрессивным психозом ($p=0,002$). Между экспериментальными группами женщин и мужчин, страдающих шизофренией, ни по одной из шкал различия не являются достоверными.

Итак, несмотря на общее искажение эмоциональности как у женщин, больных шизофренией, так и у женщин, больных маниакально-депрессивным психозом, не обнаружено существенных различий по показателям отношения к семейной роли, к детям и другим членам семьи, по сравнению с контрольными группами психически здоровых женщин и психически больных мужчин. Женщинам основной выборки характерна позитивная оценка собственных семей. Низкие показатели по величинам взаимосвязи (сплоченность, экспрессивность) у женщин, страдающих шизофренией, по нашему мнению, являются следствием одного из основных симптомов шизофрении – аутизма.

Считаем, что информация, которую можно получить с помощью Шкалы семейного окружения R.Moos и B.Moos, полезна для более точных и полных описаний клинических случаев. Понимание семьи и ее влияния на пациентов помогает специалистам ставить более точные диагнозы, планировать более эффективные методы воздействия. Данные, полученные при использовании Шкалы семейного окружения, могут быть полезными для дальнейшего лечения, психокоррекционных и реабилитационных работ.

Литература:

1. R.Moos, B.Moos. The Family Environment Scale Manual. California: Consulting Psychologists Press, 1994.

Н.А. Бастун, Киев

НЕЙРОПСИХОЛОГІЧНИЙ ПІДХІД ТА ДІАГНОСТИКА ШКІЛЬНОГО НЕВСТІГАННЯ

Нейропсихологічний (або Лур'ївський, за ім'ям автора) підхід останніми роками почав завойовувати досить міцні позиції у дитячій психологічній практиці завдяки своїм перевагам щодо диференційної діагностики недоліків когнітивної сфери.

Даний підхід ґрунтується на теорії динамічної локалізації вищих психічних функцій, розробленої О. Лурія. У його працях було намічено перспективи застосування цього методу в дитячій практиці у аспекті з'ясування особливостей онтогенезу вищих психічних функцій людини. Нейропсихологічне дослідження молодших школярів ми провадили за допомогою комплексної методики О. Лурія, модифікованої нами згідно до вікових особливостей та рівня інтелектуального розвитку дітей. Розроблений нами діагностичний комплекс складається з: психометричного напівстандартизованого інтерв'ю із педагогом (17 питань); плану інтерв'ю із матір'ю або іншими членами сім'ї (11 питань); плану бесіди із учнем (14 питань); критеріїв аналізу продуктів діяльності (зошитів, малюнків, поробок, техніки читання, тощо); субтестів для дослідження стану мовлення, просторової орієнтації, логічного мислення та сенсомоторної координації (всього 18 субтестів); типології слабовстигаючих школярів, що налічує сім типів й містить детальні описи особливостей діяльності дитини у різних ситуаціях - навчальних, ігрових тощо; таблиць для диференційної діагностики типів слабовстигаючих школярів. Дані психологічного дослідження піддаються якісному аналізу. Лише у деякі субтести входять критерії кількісного аналізу, що не потребують додаткових обчислень.

Те що при дослідженні не обов'язково використовувати всі 18 субтестів робить саму процедуру дослідження портативною. Дослідження дитини займає в середньому 15-30 хвилин. При цьому якнайширше використовується інформація, яку можуть надати про дитину дорослі (педагог, або батьки).

Максимальне використання якісного аналізу та виключення з процедури громіздких обчислень дозволяє психологу зразу ж після дослідження перейти до рекомендацій щодо індивідуального підходу до учня. Таким чином консультативна робота шкільного психолога стає компактнішою у часі.

Досвід застосування нейропсихологічного підходу до діагностування причин шкільного невстигання дозволив нам дійти таких висновків.

■ Невстигання більшості молодших школярів-аутсайдерів (близько двох третин цих дітей) має частковий характер й стосується лише частини навчальної програми.

■ У більшості випадків часткове невстигання з мови, чи з математики супроводжується характерними недоліками у засвоєнні предметів естетичного, трудового циклу та фізкультури. Врахування цих особливостей навчальної активності учня має важливе диференційно-діагностичне значення.

■ Причиною часткового (чи парціального) невстигання як правило є запізнення у формуванні певної вищої психічної функції, яка є важливою для засвоєння навчального матеріалу (мовлення, просторова уява, довільна саморегуляція тощо).

■ Зниження продуктивності психічних процесів при частковому шкільному невстиганні також має парціальний характер. Наприклад, при невстиганні з основ грамоти має місце зниження вербального сприймання, пам'яті та мислення і при цьому достатньо високі показники невербальних складових цих психічних процесів, а відносно низькі показники вербальних складових цих психічних процесів, а відносно високі показники невербальних складових цих психічних процесів, а відносно низькі показники вербальних складових цих психічних процесів.

■ Емпірично виявлено, що у молодшому шкільному віці несформованість певної вищої психічної функції, яка спричинює невстигання дитини, корелює із запізненням у розвитку відповідної сенсомоторної функції. Це узгоджується з поглядами Л. Виготського на генезис вищих психічних функцій, які вирастають з функцій сенсорних, чи сенсомоторних, а останні залишаються у їх складі у вигляді підпорядкованої структурної ланки.

■ При нейропсихологічному аналізі навчальних труднощів та проблем із поведінкою дітей дошкільного віку та молодших школярів виявилось необхідним застосування не лише теорії динамічної локалізації вищих психічних функцій О. Лурія, але й також теорії М. Бернштейна, яка більш детально описує генезис та функціональну структуру саме сенсомоторної сфери.

■ Виявлене співвідношення у розвитку сенсомоторних та вищих психічних функцій, а також пов'язаність їх недорозвитку із фактом шкільного невстигання дозволяє накреслити шляхи індивідуалізованої, психологічно аргументованої педагогічної корекції, яка ґрунтуватиметься на підборі вправ та завдань у контексті ігрової, трудової та учбової діяльності, що сприятимуть розвитку як сенсомоторних якостей дитини, так і її когнітивної сфери, а відтак, підвищуватимуть її навчальні можливості. Це є логічною альтернативою найбільш поширеному методу педагогічної корекції шляхом додаткових занять на повторення й закріплення пройденого матеріалу.

■ Якщо не провадитись корекція відставання розвитку вищих психічних функцій (цілеспрямовано, чи спонтанно), то на кінець молодшого шкільного віку у більшості дітей різні види часткового запізнення розвитку цих функцій конвергують до більш тотальної недостатності, а саме, до недостатності розвитку абстрактно-поняттєвого мислення, тобто, до межової інтелектуальної недостатності, а у деяких випадках - і до рівня помірної інтелектуальної недостатності (дебільності).

Література:

1. Бастун Н.А., Бліщенко Т.Д., Сак Т.В. Діти із затримкою психічного розвитку та їх навчання - К. 1997
2. Бастун Н.А. Використання нейропсихологічного підходу у дитячій психології, в кн. Практична психологія, теорія, методи, технології - К 1997
3. Вассерман Л.И., Дорофеева С.А., Меерсон Я.А. Методы нейропсихологической диагностики, Санкт-Петербург 1997
4. Лурія А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга - М. 1969
5. Лурія А.Р. Мозг человека и психические процессы, т.2 - М 1970
6. Корсакова Н.К., Микадзе Ю.В., Балашова Е.Ю. Нейропсихологическая диагностика в обучении младших школьников, Москва 1997

В.И. Безродный, Донецк

О ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПРИЧИНАХ ТРАВМАТИЗМА ПОДРОСТКОВ

Постановление Кабинета Министров Украины от 3 января 1996 года утверждает "Комплексная программа предупреждения дорожно-транспортного, бытового и детского травматизма, других несчастных случаев непроизводственного характера на 1996-2000 годы". В рамках этой программы ставится вопрос об изучении психологических причин детского травматизма, так как повреждения, лежащие в основе травматизма - одна из главных причин детской инвалидности и имеют большой удельный вес среди детской смертности.

Вполне вероятно, что в процессе становления личности формируются те ее особенности, которые в будущем оказывают влияние на предрасположенность к травмированию. В основе предрасположенности детей к несчастным случаям могут лежать

психомоторные реакции, особенности психических процессов, внимания, специфические личностные характеристики, обуславливающие уровень безопасного поведения.

Исследованиями психологических причин травматизма среди подростков в Украине занимались в основном сотрудники медицинских учреждений, а сами исследования чаще всего носили статистический характер. При этом собственно психологические причины отдельно не выделялись.

Целью нашего исследования являлось установление взаимосвязи между вероятностью травмирования детей подросткового возраста и индивидуальными особенностями личности ребенка. В целом исследованиями было охвачено 112 подростков.

В ходе исследования были сформированы две группы испытуемых, отличающихся друг от друга по вероятности травмирования. Для чистоты экспериментальных исследований проводились только среди мальчиков в возрасте 11-13 лет.

Одной из важных задач было формирование экспериментальной и контрольной групп. В экспериментальную включались подростки с повышенной вероятностью травмирования. Отбор проходил на основе специально разработанных анкет, которые представлялись родителям, учителям, одноклассникам.

В контрольную группу включались дети, которые очень редко травмировались. Естественно, трудно, если не невозможно, найти подростка, который бы вообще никогда не получал легких травм (разбитые колени, локти, ушибы, порезы и т. д.).

В качестве методов исследования использовались анкетирование и психологическое тестирование.

В анкете для родителей предлагалось оценить своего ребенка по некоторым психологическим качествам: подвижность, общительность, дисциплинированность, склонность к риску, сообразительность, активность, внимательность, уравновешенность, смелость.

В анкетах для педагогов и одноклассников помещались вопросы о "предположенности" к несчастным случаям, рискованным поступкам, авторитетности.

Для изучения уровня бдительности (УБ) учащихся были разработаны специальные проективные ситуации. Они были составлены на основе типичных нарушений правил безопасного поведения.

При ответе на вопросы анкеты учащиеся должны были занять определенную позицию в отношении нарушителя и отметить степень согласия с каждым из выступивших учеников на собрании одной из школ. При оценке испытуемыми мнений приведенных в анкете, сталкивались два эмоционально насыщенных мотива:

- Убежденность в необходимости наказания за нарушение правил безопасного поведения;
- Нежелание наказывать такого же подростка, вызванное сочувствием, сопереживанием, мыслями о том, что оценивающий сам мог оказаться на месте нарушителя.

Предполагаемые ответы были ранжированы по степени согласия с позицией каждого выступающего. При оценке первого школьника ранги располагались справа на лево от -1 до +1 с шагом 0,5. Уровень бдительности оценивался как среднее арифметическое из рангов оцениваемых позиций каждого из школьников. Он варьировал от -1 до +1. Важным фактором данного измерения является отсутствие страха какого либо наказания за ответы не согласующиеся с общепринятой нормой. Испытуемый выражает свое согласие или не согласие с такими же учащимися, выступившими на собрании одной из школ.

В числе других методик использовались:

- Тест RSK для оценки склонности к риску (по Г. Шуберту.). Адаптирован для подростков;

- Экспериментально-психологическая фрустрационных реакций С. Розенцвейга. методика изучения

Проведя сравнительное исследование среди подростков с разной вероятностью травмирования были получены результаты, которые дают основание предполагать, что часто травмирующиеся дети от редко травмирующихся отличаются характером отношения к опасности.

Достоверные межгрупповые различия обнаружены по объективным и субъективным критериям, прямым и косвенным.

Результаты анкетирования родителей и преподавателей по оценке психологических качеств, позволяют предположить, что часто травмирующиеся дети более подвижны ($P < 0,01$), и склонны к риску ($P < 0,01$); менее дисциплинированы ($P < 0,001$), внимательны ($P < 0,001$), осторожны ($P < 0,001$), уравновешены ($P < 0,001$).

Достоверно значимых различий по таким психологическим качествам как общительность, сообразительность, активность, смелость, не обнаружено. Можно предположить, что данные психологические качества не оказывают влияния на частоту травмирования у подростков.

Анализируя результаты теста «Тенденция к риску» и сравнивая их с показателями склонности к риску, полученными в результате анкетирования родителей и преподавателей, мы видим что межгрупповая разница является достоверной при $P < 0,001$. Так, средний показатель склонности к риску в группе часто травмирующихся подростков значительно выше, чем в группе редко травмирующихся.

Он равен (+5,74), в то время как в контрольной (-1,7). По данным полученным в ходе опроса одноклассников, в экспериментальной группе склонны к риску 82,9% детей, а в контрольной 17,1%. Следовательно, мы можем сказать, что часто травмирующиеся дети более склонны к рискованным поступкам, что приводит к снижению осторожности.

В результате корреляционного анализа нами установлена связь между частотой травмирования и повышенной тенденцией к риску. Коэффициент корреляции (0,69) указывает на наличие положительной достоверной связи при $P < 0,05$ между частотой травмирования и тенденцией к риску.

В результате проведенного сравнительного исследования часто травмирующихся и редко травмирующихся подростков подтвердилась гипотеза о подверженности травмированию лиц с низким показателем уровня бдительности (УБ). В группе с низким УБ оказалось на 17,2% больше школьников, которые травмируются чаще 1 раза в полгода, чем в группе с высоким УБ. Для доказательства зависимости частоты травмирования от уровня бдительности были проведены сравнительные исследования. Результаты показали, что средний показатель УБ в экспериментальной группе $0,47 \pm 0,099$; а в контрольной $0,82 \pm 0,045$. Разница статистики достоверна при $P < 0,01$. Это подтверждается и достоверно большей долей лиц экспериментальной группы (в сравнении с контрольной), которые отрицательно отнеслись к наказанию нарушителя (34,2% — 11,4%). Наблюдается связь между повышенной тенденцией к риску и УБ. Коэффициент корреляции (0,34).

Значительная разница наблюдается в количестве пользующихся авторитетом в группе часто травмирующихся и редко травмирующихся подростков. Часто травмирующиеся дети менее авторитетны: из экспериментальной группы пользуются авторитетом у одноклассников 40% обследуемых, из контрольной — 69%; из экспериментальной группы не пользуются авторитетом у одноклассников 60%, из контрольной 31%. Долевая разница статистически значима при $P < 0,01$. Дети из контрольной группы пользуются большим авторитетом, здесь средний показатель авторитетности

(2,91), в то время как в экспериментальной группе (0,74). И наоборот в экспериментальной группе больше детей не пользующихся авторитетом. Средний показатель равен (2,4), а в контрольной (0,77). Коэффициент корреляции связи между авторитетностью и частотой травмирования (0,43), неавторитетностью и повышенной тенденцией к риску (0,80).

Полученные данные позволяют предположить, что среди часто травмирующихся школьников больше неавторитетных подростков при $R < 0,01$ и меньше авторитетных при $R < 0,01$.

В результате проведения анализа зависимости количества травм от уровня притязаний, нами получены результаты, позволяющие предположить, что чаще травмируются подростки с высоким уровнем притязаний.

ВЫВОДЫ

1. Сравнительные исследования подтверждают существование определенных категорий детей, предрасположенных к несчастным случаям.

2. Подростки, которые чаще травмируются, отличаются большей подвижностью и склонностью к риску, меньшей дисциплинированностью, внимательностью, осторожностью и уравновешенностью.

3. Вследствие повышенной склонности к риску часто травмирующиеся школьники менее осторожны, чаще пренебрегают опасностью, у них низкий показатель уровня бдительности.

4. Обнаружена зависимость вероятности травмирования от авторитетности: чаще травмируются подростки, которые пользуются меньшим авторитетом у одноклассников.

5. Не обнаружено статистически достоверной разницы между среднegrupповыми значениями исследуемых групп по следующим психологическим качествам: общительность, сообразительность, активность, смелость.

О.Б. Бовть, Севастополь

ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СИМПТОМОКОМПЛЕКСА АГРЕССИВНЫХ РЕАКЦИЙ И ПУТЕЙ ИХ КОРРЕКЦИИ У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ

Сегодня одной из наиболее актуальных проблем является стремительное увеличение числа отклонений в поведении и эмоциональном здоровье подрастающего поколения, в частности — рост агрессивности современных детей и подростков. Анализ педагогической практики свидетельствует, что с агрессивными проявлениями в поведении детей сталкиваются уже учителя начальной школы и даже воспитатели детских дошкольных учреждений.

Педагоги и родители все чаще обращаются к школьным практическим психологам с вопросом поиска средств и путей педагогического и психологического воздействия на детей, склонных к актуализации агрессивных форм поведения. Но, к сожалению, проблемам выяснения причин агрессивных реакций детей и подростков, факторов, влияющих на уровень их агрессивности поиска путей профилактики и психологической коррекции агрессивного поведения школьников в научной психологической литературе не уделяется достаточного внимания. Между тем данная проблематика является чрезвычайно важной и актуальной для учебно-воспитательного процесса.

Следует отметить, что интерес научных исследователей к вопросам агрессивности, агрессивного поведения в последние годы существенно вырос. Предметом рассмотрения стали особенности агрессивного поведения лиц разных возрастных групп (Н.В.Аликина, М.Дерешквичус, Л.Йовайша, Л.М.Семенов, Л.С.Славина, И.А.Фурманов и др.), проблемы агрессивности в связи с разрешением конфликтов (Т.С.Васильева, В.В.Ковалев, Е.Квятковская-Тохович, В.С.Мерлин, М.С.Неймарк и др.), в связи с эмоциями (В.К.Виллона, Т.Дембо, Д.Зилман, К.Изард, Я.Рейковский и др.), в связи с фрустрацией (А.Бандура, Д.Доулард, М.Мауэр, И.Миллер, Р.Сиге и др.). Незначительное число исследований было посвящено изучению взаимосвязи агрессивности с тревожностью, невротизмом, отдельными свойствами нервной системы человека. Однако проблемы выявления механизмов детерминации агрессивных поведенческих проявлений и наиглавнейший для педагогической практики аспект — психологическая коррекция агрессивных реакций детей и подростков — остаются практически не разработанными.

В связи с вышесказанным нами было проведено исследование, целью которого стало выяснение причин и факторов, влияющих на возникновение и протекание агрессивных реакций у детей младшего школьного возраста и выявление психологического симптомокомплекса агрессивных реакций младших школьников. Мы предположили, что агрессивность детей связана с целым комплексом личностных свойств и качеств и детерминирована ими. Путем же психологического воздействия на компоненты симптомокомплекса агрессивных реакций детей можно корректировать их агрессивное поведение.

Нами была разработана методика психодиагностического выявления симптомокомплекса агрессивных реакций у детей младшего школьного возраста, а также программа психологического тренинга коррекции агрессивного поведения младших школьников, предусматривающая психокоррекционное воздействие на структурные компоненты выявленного симптомокомплекса.

Констатирующее психодиагностическое исследование проводилось в период с 1995 по 1997 год на базе ЦШ №№ 16, 12, 21, детского дома № 2 и дошкольного учреждения № 124 г.Севастополя. В нем приняло участие около 400 детей от 6 до 12 лет, а также порядка 150 педагогов и воспитателей указанных учреждений. При этом, педагоги и воспитатели выступали как в качестве экспертов, так и в роли исследуемых.

В связи с недостаточным арсеналом и несовершенством отдельных имеющихся психодиагностических методик изучения особенностей агрессивности детей и подростков, действием различного рода факторов и для получения более достоверных результатов, нами анализировались данные, получаемые в трех направлениях: 1) при использовании стандартных методик, тестов и вопросников для детей и подростков; 2) во время анкетирования, опросов и бесед с учителями — классными руководителями и учителями-предметниками; 3) при анкетировании и беседах с родителями обследуемых детей. Кроме того, изучались психологическая обстановка и положение ребенка в семье, анализ школьной документации и продуктов деятельности детей. Таким образом, нами был принят всесторонний анализ информации об изучаемом ребенке, которую максимально возможно было получить.

Психодиагностическое исследование проводилось в три этапа.

На первом этапе исследованием были охвачены все испытуемые дети и подростки. Основными задачами этого этапа были отбор диагностически ценных тестов и методик исследования особенностей агрессивности детей и подростков, а также выявление контингента детей, тем или иным образом обнаруживающих агрессивные тен-

денции в поведении. С этой целью использовались описанные в литературе и адаптированные и разработанные нами тесты, методики и опросники.

В соответствии с анализом результатов тестирования и экспертных оценок поведения детей педагогами, все обследованные дети и подростки были разделены на четыре группы. Это испытуемые: 1) обнаруживающие высокий уровень агрессивности по результатам тестирования – группа I; 2) проявляющие агрессивные реакции – группа II; 3) обнаруживающие агрессивные тенденции в поведении как по наблюдениям педагогов, так и по результатам тестирования – группа III; 4) не проявляющие агрессивные реакции и не обнаруживающие высоких показателей агрессивности по результатам тестирования – группа IV. Итак, в ходе первого этапа констатирующего исследования одновременно были решены две важные задачи: 1) отбор и адаптация наиболее валидных и диагностических тестов и методик исследования особенностей агрессивности детей и подростков; 2) выделение экспериментальных (I, II и III) и контрольных (IV) групп.

На втором этапе работа была направлена на выявление индивидуально-личностных особенностей испытуемых I, II и III групп с помощью специально подобранного нами комплекса психодиагностических методик. Целью данного этапа являлось выделение показателей индивидуально-личностного развития детей и младших подростков, как реально проявляющих агрессию, так и потенциально (по результатам тестирования).

На третьем этапе констатирующего исследования нами выяснялся характер корреляционной связи между выявленными личностными характеристиками детей и подростков и их агрессивностью. Личностные свойства и качества, положительно коррелирующие с агрессивностью и поддающиеся коррекции, и были включены нами в психологический симптомокомплекс агрессивных реакций младших школьников.

При проведении психодиагностического исследования мы стремились использовать комплекс разнотипных методик. Совпадение смысла результатов по разным методикам, основанным на разных методических приемах, на наш взгляд, обеспечивает их достоверность и возможность построения соответствующего психодиагностического вывода. О целесообразности данного подхода свидетельствует опыт некоторых психологов-исследователей, считающих, что «взаимно перекрестная проверка результатов по разным методикам – необходимый компонент современного профессионального подхода к психодиагностике» [5; с.2].

В ходе психодиагностической работы с детьми старшего дошкольного, младшего школьного и младшего подросткового возраста нами использовалось множество различных методик, опросников, тестов. Было изучено большое количество индивидуально-личностных особенностей детей и подростков, склонных к агрессивным формам реагирования в конфликтных и фрустрирующих ситуациях. На основе анализа характера корреляционной связи агрессивности детей и с их индивидуально-личностными свойствами и качествами, нами были выделены лишь те характеристики их личности, которые существенно влияют на ее рост и поддаются психологической коррекции. Именно эти показатели и были включены в структуру симптомокомплекса агрессивных реакций детей младшего школьного возраста.

Параллельное исследование детей и подростков разных, но можно сказать смежных возрастных групп осуществлялось с целью повышения достоверности объективности психодиагностических выводов. Получаемые результаты анализировались, сравнивались и сопоставлялись. Обнаруженная повторяемость полученных данных подтвердила правильность сделанных нами выводов о наличии психологического симптомокомплекса агрессивных реакций младших школьников.

На основе анализа результатов проведенного предварительного исследования была разработана комплексная психодиагностическая методика выявления симптомокомплекса агрессивных реакций младших школьников. В нее вошли:

- 1) адаптированный нами вопросник Басса-Дарки для изучения особенностей агрессивных реакций детей;
- 2) проективный тест «Рука» (по Б.Бриклен, З.Питровски, Э.Вагнеру) для изучения потенциальной агрессивности;
- 3) методика фрустрационных реакций С.Розенцвейга (детский вариант) для диагностики направленности агрессии, уровня фрустрационной толерантности и вычисления коэффициента GCR – степени социальной адаптации;
- 4) цветовой тест Люшера для изучения особенностей эмоциональной сферы;
- 5) тест для определения уровня личностной тревожности Р.Тэмми, М.Дорки, В.Амеи;
- 6) методика Дембо-Рубинштейна «Лесенка» для определения характера самооценки и уровня притязаний детей;
- 7) модифицированная нами методика А.Белова для выявления типа темперамента. Для определения статуса каждого отдельного ребенка в детском коллективе использовалась методика «Социометрия».

И, наконец, уровень развития невербального интеллекта определялся с помощью прогрессивных матриц Равена. Остальные показатели, включенные нами в психологический симптомокомплекс агрессивных реакций младших школьников, устанавливались на основе результатов наблюдений, анализа экспертных оценок педагогов и родителей, бесед-опросов с ближайшим окружением ребенка, анализа школьной документации и продуктов деятельности детей и т.д.

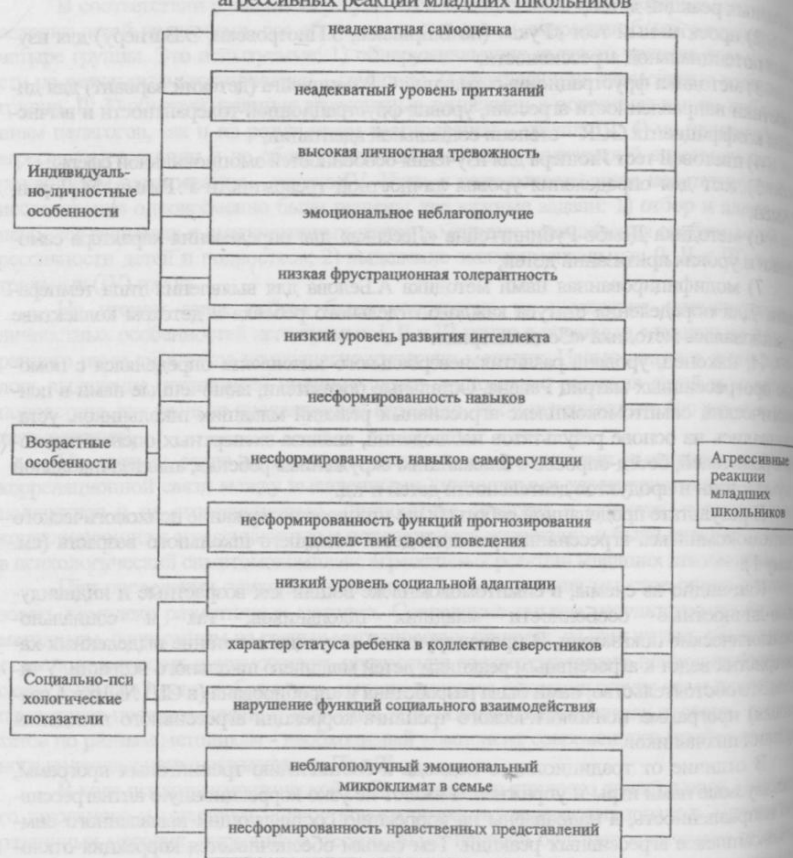
В результате проделанной работы было уточнено содержание психологического симптомокомплекса агрессивных реакций детей младшего школьного возраста (см. Схему 1).

Как видно из схемы, в симптомокомплекс вошли как возрастные и индивидуально-личностные особенности младших школьников, так и социально-психологические показатели. В провоцирующей ситуации сочетание выделенных характеристик ведет к агрессивным реакциям детей младшего школьного возраста. Учитывая это обстоятельство, нами была разработана и апробирована (в СИИ № 16 г. Севастополя) программа психологического тренинга коррекции агрессивного поведения младших школьников.

В отличие от традиционного подхода к составлению тренинговых программ, используемые нами игры и упражнения имеют не узко коррекционную антиагрессивную направленность, а направлены на коррекцию составляющих выявленного симптомокомплекса агрессивных реакций. Тем самым обеспечивается коррекция отклоняющегося поведения детей вообще, так как каждый структурный компонент симптомокомплекса неизбежно влияет на характер поведения ребенка в целом. С целью снятия негативного эмоционального напряжения и обучения детей безопасным способам разрядки, использовались специальные подвижные игры, упражнения на ауторегуляцию, саморегуляцию и самоконтроль.

Опыт проведенной нами работы в плане изучения социально-психологических детерминант агрессивных реакций детей младшего школьного возраста и их психологической коррекции свидетельствует о необходимости своевременного выявления особенностей симптомокомплекса агрессивных реакций каждого отдельного младшего школьника при первых же фактах фиксирования их проявлений. Это позволит не только осуществить раннюю профилактику агрессивного поведения детей, но и во-

Содержание психологического симптомокомплекса агрессивных реакций младших школьников



Литература:

1. Аликина Н.В. Возрастные психологические особенности агрессивного поведения несовершеннолетних. – Дисс...канд. психол. наук. – К., 1989.
2. Бэрон Р., Ричардсон Д. Агрессия. – СПб, 1997.
3. Бютнер К. Жить с агрессивными детьми. – М., 1991.
4. Маковская И. Агрессивность: проявления, причины, предупреждение // Семья и школа. – 1983. – 9. – С.36-37.
5. Практикум по психодиагностике. Психодиагностика мотивации и саморегуляции. – М., 1990.
6. Реан А.А. Агрессия и агрессивность личности // Психол. журнал, 1996. – Т. 17. – # 5. – С.3-18.
7. Румянцева Т.Г. Агрессия и контроль // Вопр. психол., 1992. – # 5-6. – С.35-40.

ПСИХОЛИНГВИСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕЧЕВОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ В ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПИИ И НЛП

До сих пор практически отсутствуют исследования, посвященные не рекомендациям как именно следует проводить психотерапевтическую работу, а тому, что именно происходит в процессе этой работы, каковы собственно механизмы речевого воздействия, как происходит изменения структур в смысловом поле реципиента и т. д. Для адекватного взгляда на данный вопрос более предпочтительным оказался психолингвистический подход, где используются лингвистические представления о языковых средствах речевого воздействия.

Терапевтическая стратегия, ориентирующаяся на воздействие и изменение, характеризуется процессом преобразования личностно-смысловых связей в информационном пространстве пациента, но механизмы конкретного уровня семиотичности терапевтического влияния, определяются самой природой границы внутреннего опыта. Семиотическая граница, по определению Ю.М. Лотмана – это сумма билингвальных переводческих «фильтров», переход сквозь которое переводит текст на другой язык. Терапевт в своей работе использует разные «языки», представленные различными направлениями и подходами, оперируя значениями (ассоциативными, коннотативными), предлагая интерпретации, терапевт изменяет структуру индивидуального пространства, кроме того возможно преобразование режима, направления и структуры информационных процессов в тексте реципиента.

Но рассмотрим детальнее речевое воздействие в нейро-лингвистического программировании, а позже и в гештальт-терапии.

Как известно, теоретическую основу НЛП составляет представление о том, что человеческое сознание моделирует окружающую действительность и исходным материалом служит сенсорный опыт, различные «сорты» которого, обусловленные модальностью восприятия подвергаются далее вербальному кодированию.[2]. Соответственно именно вербальные презентации опыта представлены в содержащейся в сознании реципиента модели мира.

Основными психологическими механизмами, вносящими искажения в модель являются: генерализация, опущения и искажения. Терапевтический принцип здесь – при помощи речевого воздействия идентифицировать вышеупомянутые механизмы, ввести расширения, дополняя и обогащая модель мира реципиента. Диагностика же изъянов в модели осуществляется при помощи психолингвистического и психосемантического анализа речи, это известно практикующему терапевту. Кроме того, в процессе естественно-языковой коммуникации, помимо диагностики изъянов в модели реципиента, осуществляется интеграция знаний, передаваемых терапевтом в данную модель. Подобный процесс интеграции носит название «онтологизация» [2] знания, основная сложность которого в том, что новое знание должно быть согласовано с уже имеющимися знаниями, что требует их модификации. Разумеется прежде всего онтологизируется знание, не противоречащее имеющимся в модели мира.

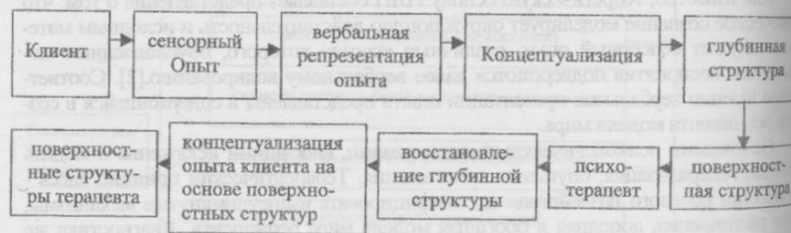
В этом проявление закона когнитивной устойчивости модели мира: ее изменение допустимо лишь в том случае, если в ней нет структуры знаний, объясняющих проблемную ситуацию.

При психотерапевтической работе с клиентом также следует учитывать, что затраты усилий при онтологизации знаний, определяются степенью их приватности, т. к. знание, над которым пришлось поработать легче интегрируется в модель мира.

В процессе речевого воздействия, его механизмы располагаются фактически на всех уровнях языковой системы и в беседе с психотерапевтом, приукрашает ли реципиент события (репрезентативный иллюзионизм) точен (авторепрезентация), или рассказывает вещи целиком вымышленные (антирепрезентация) - в любом случае языковая рефлексия обеспечивает действие механизмов переозначения и экстраполяции, выполняющих реконструкцию подлинных значений и смыслов. Но эти механизмы действуют лишь на семантическом уровне.

Синтаксический уровень задается отношением знаков к их пользователям и представлен собственным общением. Механизмы этого уровня - реляция, референция и импликация. Прагматический уровень представлен семиотикой соответствующего психотерапевтического направлению механизмов - в гештальт-терапии это семиотика слияния, ретрофлексии, сознания ухода; в НЛП - семиотика опущения, искажения, генерализации, утраченного перформатива.

Степень речевого воздействия зависит от силы защитных механизмов, прошлого опыта реципиента, его способности восприятия. Исходя из теории трансформационной грамматики, разработанной Н. Хомским [3] в основе понимания, а также конструирования человеком разнообразных речевых форм, лежит ограниченное число моделей, которые усваиваются при овладении родной речи. Эти модели он назвал глубинными грамматическими структурами языка, а высказывания на их основе поверхностными структурами. Для оказания терапевтического воздействия психотерапевту необходимо различать и сопоставлять глубинные и поверхностные структуры, т. е. это дает четкое представление об опыте, лежащем в основе высказывания реципиента. Хомским была выведена схема, иллюстрирующая несколько этапов, на которых терпится информация при восприятии ее реципиентом.



Что касается метафоры - как средства воздействия, наиболее распространенного в НЛП хотя также широко используемого в гештальт-терапии, гуманистически и экзистенциально ориентированных подходах, то метафора выполняет роль методической основы, формируя систему основных понятий. Механизм ее заключается в том, что к главному субъекту прилагается система «ассоциируемых импликаций», связанных вспомогательным субъектом. Эти импликации есть ни что иное, как общепринятые ассоциации, коннотативные смыслы, задаваемые социокультурным контекстом. [4] Благодаря этому метафора отбирает, выделяет и организует одни, вполне определенные характеристики главного субъекта и оставляет в тени другие его свойства. Эффективная работа здесь редко возможна без знания семиотических механизмов

функционирования метафоры. Психологическая теория метафоры, в отличие от лингвистической, стремится объяснить, какие механизмы позволяют «переносить» значение и смысл с одного фрагмента опыта на другой и почему это происходит не произвольно а строго определенным образом. Здесь метафора выступает в роли специфической речевой конструкции - очень позднего образования, посредством которого сознание «делит» значение между различными языковыми выражениями. Прослеживается механизм преобразования онтологических фактов в явления социального порядка а сами понятия в условные.

Среди специалистов в области психотерапии общеизвестно, что целью гештальт-терапии является разблокирование сознания и обретение способности сознательно регулировать контактную границу между личностью и средой. Можно выделить четыре типа нарушений данной границы, соответствующих невротическим защитным механизмам: проекция, ретрофлексия, слияние, интроекция. Позднее к ним добавились дефлексия и изоляция. [5] На реабилитацию подобных нарушений и направлено речевое воздействие, механизмы которого в гештальт-терапии по своей сути отличаются от механизмов в нейро-лингвистическом программировании. Однако некоторые различия можно выделить. Так например в гештальт-терапии механизмы речевого воздействия располагаются в соответствии с этапами воздействия. После установления контакта с пациентом, на втором этапе психотерапевтического процесса используется механизм актуализации, т. е. усиление ощущений и переживаний клиента; на третьем - механизм конкретизации; на четвертом этапе, при совместном поиске альтернатив, участвуют механизмы, сходные с экстраполяцией, реляцией, референцией и импликацией. Метафора, как средство воздействия, имеющее свой механизм, как уже упоминалось, используется как в НЛП так и в гештальт-терапии. Разница в направленности этих шкал психотерапии. Если механизмы речевого воздействия в НЛП направлены на расширение модели мира, то в гештальт-терапии - на завершение «незавершенных гештальтов», умение жить «здесь и теперь». Однако основные различия сосредоточены не в самих механизмах, а в их семиотической специализации, т. е. цель гештальт-терапевта - амплификация смыслового пространства межличностного взаимодействия, а НЛП-практик проверяя с точки зрения психотерапии правильность высказываний клиента, старается понять природу ограничений в модели мира и основной точкой приложения усилий являются все виды неконгруэнтностей между реальностью, ее моделью и поведением клиента.

Таким образом, не смотря на то, что речь - понятие общепсихологическое, прагматические функции речи используются как основной метод психотерапии и процесс моделирования смыслового поля реципиента являет собой сложную, поэтапную работу, направленную на изменение личностных смыслов и основанную на знаниях особенностей речевого воздействия и восприятия.

Литература:

1. Лотман Ю.М. Избранные статьи - Т.1 - Таллин 1992 г.
2. Бендлер Д., Гриндер Дж. Структура магии - СПб., 1993 г.
3. Хомский Н. Язык и мышление - М.: Наука, 1972 г.
4. Теория метафоры // ред. Н.Д. Арутюнова - М., 1990 г.
5. Перлз Ф. Гештальт - подход и свидетель терапии. - М., 1996 г.

ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО РЕАГИРОВАНИЯ ШКОЛЬНОГО УЧИТЕЛЯ ВО ФРУСТРАЦИОННЫХ СИТУАЦИЯХ И СОСТОЯНИЕ ЕГО ЗДОРОВЬЯ

Состояние здоровья школьного учителя представляет собой серьёзную как теоретическую, так и практическую проблему. Так, ряд авторов приводит данные о наличии у школьного учителя отклонений в работе сердечно-сосудистой системы [1,2]. Являясь, с одной стороны, результатом нарушения метаболизма в организме (в частности, липидного обмена) эти изменения, как было показано [4,5], являются, прежде всего, результатом постоянного и значительного напряжения всего организма и, главным образом, ЦНС [1,6]. Этот же постоянно действующий фактор в сочетании с нерегулярностью и диетической несбалансированностью питания является также причиной отклонений в работе пищеварительной системы [5]. Отклонения в работе нервной гуморальных механизмов регуляции физиологических систем могут, в свою очередь, привести к ряду эндокринных заболеваний (сахарный диабет, гипо- и гипертиреоз, нарушения функций надпочечных желез, яичников). Постоянное и чрезмерное нервное эмоциональное воздействие на организм школьного учителя приводит к неврозам, невротическим состояниям, а иногда и психозам [4,7,8]. Частыми заболеваниями в работе школьного учителя являются нарушения в работе опорно-двигательной системы: остеохондроз шейного и грудного отделов позвоночника и др. [9]. Постоянные нагрузки на голосовой аппарат часто приводят к фарингитам, ларингитам, бронхитам и пр. [1,9].

В настоящем исследовании проверялась гипотеза о связи физиологической утомленности работы школьного учителя с её стрессогенностью. В частности, проверялась способность учителя адекватно и эффективно реагировать на разнообразные фрустрационные ситуации.

Исследование проводилось на базе Харьковского Областного института усовершенствования учителей на группе школьных учителей обоего пола (133 учителей) на протяжении 1993–1997 годов. Возраст учителей колебался от 20 до 58 лет (средний – 38,2 года); стаж работы в школе – от 1 до 36 лет (средний – 17,5 лет).

Испытуемым предлагалось ответить на следующие вопросы анонимной анкеты, среди которых были такие: 1) перечислите и кратко опишите ситуации, которые вызывают у Вас негативные эмоции; 2) назовите эмоцию, которая, как Вам представляется, переживается Вами в этой ситуации; 3) перечислите, если они у Вас есть, Ваши хронические или частые заболевания, или жалобы на физическое здоровье (если Вам известен диагноз, то укажите его).

Анализировались и сами ответы на вопросы анкеты, а также связь параметров между собой. Результаты были обработаны математически. Анализ физиологической части анкеты показал следующее.

Все 133 учителя предъявили 336 жалоб на здоровье (в большинстве случаев в форме достаточно грамотно сформулированного диагноза). Количество жалоб колебалось от 0 до 7; в среднем 2,53 жалобы на человека.

Всего было упомянуто 15 групп заболеваний (по принципу вовлечённости в заболевание той или иной физиологической системы).

Восемь групп жалоб составляют вместе около 93,5 % от всех жалоб на состояние здоровья. Каждым из этих заболеваний страдает от 50 % (сердечно-сосудистая система) до 10 % (почечные заболевания). Это жалобы на работу сердечно-сосудистой

системы, на головную боль, на работу желудочно-кишечного тракта, на неблагополучия в работе опорно-двигательной, дыхательной, нервной, иммунной системы, на почечные заболевания.

Остальные семь групп жалоб (гинекологические, аллергические, псориаз, энзимные болезни и др.) вместе составляют около 6,5 %; доля учителей, предъявляющих эти жалобы не превышает 1–3,5 %.

По признаку физического благополучия было выделено три группы учителей: I – «благополучные» (не более 1–2 жалоб; всего – 25 % учителей); «промежуточная» группа (3–4 жалобы; 36 %); «неблагополучные» (5 и более жалоб, 44 %).

Анализ эмоционального сопровождения фрустрационных ситуаций показал, что практически все эмоциональные реакции могут быть подразделены на следующие группы: 1) Неопределённые («переживаю», «чувствую неудобство» и т.д.) – 4,1% всех эмоциональных реакций. 2) Реакция жалости – 1,9%. 3) Удивление – 3,5%. 4) Реакции волнения, тревоги – 5,2%. 5) Разочарование – 11,3%. 6) Реакция презрения, отвращения – 8,1%. 7) Раздражение – 30,6%. 8) Реакция гнева (злости) – 20,0%. 9) Реакция апатии – 10,3%. 10) Реакция тоски (печали) – 5,2%. 11) Реакция стыда – 0,5%.

У «благополучных» в физическом отношении учителей оказалась статистически достоверно выше реакция «раздражения» и ниже – «тоски», у «неблагополучных» – ниже реакция «гнева» и выше – «стыда».

Полученные в работе данные, таким образом, свидетельствуют, что распределённые по состоянию здоровья, все три группы учителей демонстрируют качественно различные способы эмоционального реагирования во фрустрационных ситуациях. По видимому, каждая из таких стратегий реагирования имеет свои преимущества и недостатки как для разрешения самой ситуации, так и для физического состояния субъекта этой ситуации – школьного учителя.

Литература:

1. Справочник по профессиональной патологии. Л.: Медицина, 1981. – 374 с.
2. Проблемы умственного труда. № 5. М.: МГУ, 1979.
3. Проблемы умственного труда. № 6. М.: МГУ, 1983.
4. Онтогенетические и генетико-эволюционные аспекты нейроэндокринной регуляции стресса. – Новосибирск.: Наука. 1990.
5. Нейроэндокринные корреляты стресса и адаптации. – Кишинёв.: Штиинца. 1985. – 144 с.
6. Мейсон Ф. С., Пшеничкова М. Г. Адаптация к стрессовым ситуациям и физическим нагрузкам. – М.: Медицина, 1988. – 253 с.
7. Павлов И. П. 20-летний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведение) животных. – М.: Наука. 1973.
8. Асмолов А. Г. Психология личности. – М.: МГУ, 1990. – 367 с.
9. Боянович Ю. В. Психологические особенности учебной и преподавательской деятельности. В сб.: Педагог за партией. Непрерывность образования. – Харьков: ХОИУУ, 1992, – с. 44–59.

Л.Ф. Бурлачук, И.В. Гришаева, Київ

СТАТЕВОРОЛЬОВІ ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ РИЗИКУ ІНФІКУВАННЯ ВІЛ/СНІДом

Психологічний контекст, в якому реалізується поведінка, пов'язана із інтегруванням чи, навпаки, уникненням ризику інфікування ВІЛ/СНІДом в гетеросексуальних стосунках зумовлюється багатьма взаємопов'язаними чинниками.

Головними серед них виступають ставлення індивіда до проблем, пов'язаних з ВІЛ/СНІДом та оцінка ймовірності ризику інфікування, які базуються на репрезентації в свідомості уявлень про захворювання [1,2]. Сприйняття ризику захворювання на СНІД є тим елементом в структурі моделі поведінки, який, інтегруючи попередній досвід індивіда є однією з передумов формування стратегії подальшої поведінки в ситуації потенційної загрози. В дослідженнях ставлення до ризику інфікування виділяють два аспекти — когнітивний, пов'язаний із оцінкою ймовірності інфікування та емоційний — пов'язаний із оцінкою занепокоєння щодо можливості інфікування [3]. В свою чергу, сприйняття власного ризику інфікування виступає предиктором обрання тієї чи іншої стратегії поведінки і часто є важливішою детермінантою зміни поведінки, ніж реальний ризик [4]. При цьому до потенційних факторів ризику відносять низький рівень поінформованості в питаннях, пов'язаних із ВІЛ/СНІДом, також оптимістичне сприйняття ризику інфікування, яке базується на уявленнях про власної невразливості [5].

Іншим важливим чинником формування стратегій поведінки є установи відносно розподілу ролей та прийнятності певної поведінки в міжстатевих взаєминах [6]. Від співпадання установок та взаємних очікувань партнерів залежить успішність прийняття рішення щодо дотримання правил безпеки, в той же час конфронтація уявлень потенційно підвищують небезпеку.

Окрім традиційних установок та стереотипів статевої поведінки значна роль в прийнятті модулю поведінки відіграє атрибуція індивідом відповідальності за власну безпеку та безпеку свого партнера, яка уособлюється в локусі контролю — інтегральній характеристиці особистості. Приписування відповідальності зовнішнім обставинам підвищує ризик інфікування.

Статево-рольові властивості є стрижневими характеристиками особистості [6]. Статеві відмінності, психологічна стать, засвоєні норми та моделі статево-рольової поведінки утворюють “призму”, через яку індивід сприймає, оцінює і виробляє власний підхід до проблем ВІЛ/СНІДу. Розуміння впливу статевих відмінностей в формуванні когнітивних репрезентацій ВІЛ/СНІДу та на вибір моделі поведінки поглиблює психологічне уявлення про статево-рольові аспекти когнітивної сфери та про чинники формування поведінкових стратегій в міжстатевих взаєминах. Врахування статевої специфіки проявів психологічних факторів ризику є такою важливою запорукою ефективності створення профілактичних програм.

Дослідженням було охоплено 829 осіб (374 юнаки та 455 дівчат), віком від 16 до 26 років. Вибір певної вікової групи зумовлений низькою частотою ВІЛ/СНІДу в молоді та підлітки утворюють своєрідну групу ризику по відношенню до захворювання на СНІД. Вразливість молодих людей часто зумовлена характерними особливостями цього віку. Спроби експериментувати з алкоголем, наркотиками, набуття сексуального досвіду, що нерідко співпадає з підвищенням небезпеки потрапляти в ризиковані ситуації.

Для проведення психологічного дослідження було розроблено комплекс методик, до якого разом із добре відомими були включені методики, переключені та адаптовані в рамках даного дослідження.

Одержані результати свідчать про те, що вивчаємі психологічні фактори ризику не є статевонейтральними, а мають виражену статево-рольову специфіку проявів. Аналіз результатів перехресного (за себе та за протилежну стать) оцінювання запропонованих варіантів поведінки, які, в свою чергу, є складовими моделі безпеки по відношенню до інфікування ВІЛ поведінки в гетеросексуальних стосунках, виявив певні розбіжності в установках на статево-рольову поведінку та взаємних експектаціях

респондентів різної статі. Достовірно відрізнялися уявлення щодо припустимості прийняття ініціативи, відмови від інтимних стосунків, пропозиції користуватися презервативом та обговорення негативних емоцій. І дівчата і юнаки вважали, що прийняття ініціативи та пропозиція користуватися засобами запобігання менше припустимі для жіночої статі. Водночас, висловлення негативних емоцій та відмова від інтимних стосунків менше припустимі для юнаків. Стосовно різниці в уявленнях респондентів різної статі, юнаки достовірно вище оцінювали припустимість прийняття ініціативи і юнаками і дівчатами, у порівнянні з дівчатами. В той же час, дівчата вище оцінювали можливість пропонувати користування презервативом та відмови від інтимних стосунків для своєї та протилежної статі у порівнянні з юнаками. Аналіз ефекта взаємодії перемінних виявив наявність певних непорозумінь в очікуваннях партнерів. Юнаки оцінювали припустимість ініціювання інтимних стосунків дівчатами значно вище, ніж це дозволяли собі останні, в той же час респондентки нижче оцінювали припустимість ініціативи в стосунках для юнаків. Інше непорозуміння стосувалося можливості визначення попереднього досвіду партнера. Юнаки покладалися в цьому питанні на дівчат, а ті на юнаків. Дівчата, порівняно з юнаками, нижче оцінювали для себе припустимість висловлення негативних емоцій, але вище можливість відмови від інтимних стосунків. Разом з тим, юнаки вважали менш припустимим відмову від стосунків для себе, ніж це дозволяли їм дівчата.

Для визначення рівня поінформованості в питаннях, пов'язаних із ВІЛ/СНІДом респондентам пропонувалися 29 тверджень, які потім були згруповані в три шкали: I — знання про СНІД як про хворобу; II — шляхи передачі ВІЛ; III — користування засобами запобігання. Середній відсоток правильних відповідей для шкали I — 59%, для шкали II — 61%, для шкали III — 50%. Дослідження статево-специфічних особливостей когнітивних репрезентацій ВІЛ/СНІДу показало, що загальний рівень володіння інформацією щодо захворювання на СНІД, шляхів передачі ВІЛ та засобів запобігання інфікуванню носять епізодично набутий, несистематизований характер. Відмінності когнітивних репрезентацій у представників різної статі стосувалися як рівня поінформованості, так і структури репрезентацій: дівчата виявилися краще поінформованими щодо особливостей СНІДу як захворювання та шляхів інфікування ВІЛ. Юнаки — в питаннях щодо користування засобами запобігання. Аналіз зв'язку між рівнем поінформованості та установками на припустиму поведінку показав, що краща обізнаність респондентів корелює з позитивними установками щодо користування засобами запобігання, ініціювання стосунків, визначення попереднього досвіду партнера, обговорення негативних емоцій. Не було знайдено відмінностей у рівні поінформованості респондентів, з та без досвіду статевих стосунків щодо знання про СНІД як про хворобу, але перші знали достовірно більше щодо шляхів інфікування та засобів запобігання.

Дослідження сприйняття ризику інфікування ВІЛ та можливості контролювати ситуацію показало, що оцінки власного ризику інфікування за 100 відсотковою шкалою варіювали від 0% до 85%; ризику для інших — від 0% до 100%. Для переважної більшості респондентів характерною була наявність оптимістичного сприйняття власного ризику інфікування ВІЛ — 86% вважали, що їхній власний ризик значно нижчий за ризик інфікування середньо статистичної особи їхнього віку та статі, 10% оцінювали однаковий ризик для себе та для інших і 4% — вважали власний ризик вищим за середньостатистичний.

Респонденти-чоловіки оцінювали власний ризик інфікування вище у порівнянні з жінками. Оцінка можливості контролю за ситуацією знаходилася в залежності від поведінкового ризику — чим нижчим був оцінений ризик, тим вище оцінювалася

можливість контролю. В той же час існувала тенденція до переоцінки власної можливості контролю.

Вивчення локусу контролю в даній вибірці показало, що серед респондентів чоловіків було більше екстернально орієнтованих осіб, ніж серед жінок. Дослідження реальної поведінки в гетеросексуальних стосунках виявило, що показники коефіцієнта поведінкового ризику варіювали від 0 до 10 при середньому 2.06 для чоловіків, 1.16 для жінок.

Характер зв'язку між локусом контролю та поведінковим ризиком респондентів різної статі виявився протилежним. Найвищим був поведінковий ризик чоловіків з екстернальним та у жінок з інтернальним локусом контролю в стосунках міжособистісних стосунків. Найнижчим — у чоловіків з інтернальним та у жінок екстернальним локусом контролю.

Отримані результати відкривають перспективи подальшого дослідження психологічних чинників обрання стратегій безпечної та ризикованої поведінки до інфікування ВІЛ/СНІДом. Доцільним є подальше визначення факторів, які зумовлюють позитивну динаміку установок та реальної поведінки; проведення аналогічних досліджень серед груп ризику, використання одержаних даних для моніторингових досліджень рівня поінформованості та сприйняття ризику інфікування ВІЛ/СНІДом. Доповненням до сучасних надбань гендерної психології могли б стати результати подальшого вивчення особистісних корелятивів локусу контролю у чоловіків та жінок, та особливостей формування поведінкових стратегій.

Література:

1. Fisher J.D., Fisher W.A., Williams S.S., Malloy T.E. Testing the information, motivation, behavioral skills model among minority high school students //Manuscript submitted for publication. - 1994. - 14 p.
2. St.Lawrence L.S., Jefferson K.W., Alleyne E. Comparison of education versus behavioral skills training interventions in lowering sexual HIV-risk behavior of substance-dependent adolescents //Journal of Consulting and Clinical Psychology. -1995. - No 63(1). - P.154-157.
3. Kalighman S.C., Hunter T.L., Kelly J.A. Perceptions of AIDS susceptibility among minority and nonminority women at risk for HIV infection //Journal of Consulting and Clinical Psychology. -1992. - No 60. - P.725 - 732.
4. Van der Pligt J. Risk perception and self-protective behavior //European Psychologist. - 1996. - No 1. - P.34 - 43.
5. Kelly J.A., Murphy D.A., Sikkema K.J., Kalichman S.C. Psychological interventions to prevent HIV infection are needed: New priorities for behavioral research in the second days of AIDS// American psychologist. -1993. - No 48. - P. 1023 - 1034.
6. Кон И.С. Психология половых различий //Вопросы психологии. -1981. -№ 2. - С.47 - 57.

Л.Ф. Бурлачук, В.Н. Духневич, Г.Р. Дубравинский, Киев

АДАПТАЦІЯ «ОПРОСНИКА ОБЩЕГО ЗДОРОВЬЯ»

К сожалению, к настоящему моменту в отечественной психологии всё ещё продолжает сохраняться дилетантский подход к использованию психодиагностического инструментария [3]. При этом очень часто используются инструменты, которые не являются достаточно валидными и надёжными, а большинство зарубежных методик по сей день не могут рассматриваться как адаптированные. Ещё одним существенным моментом, препятствующей эффективной работе психологов-практиков, является от-

сутствие нормативных данных, полученных на достаточно репрезентативных выборках.

Среди наиболее широко известных опросников на Западе первое место по частоте использования занимает опросник Айзенка (EPQ). Вторую позицию занимает опросник общего здоровья (GHQ). Третье место принадлежит опроснику Кеттелла - 16PF. Как указывается в литературе [9], в период с января 1990 года по июнь 1996 года вышло соответственно 571, 539 и 322 публикации, в которых есть ссылки на использование данных методик.

Сказанное обусловило выбор опросника общего здоровья для адаптации на русскоязычной выборке.

Опросник общего здоровья (General Health Questionnaire - GHQ) был разработан английскими психиатрами Дэвидом Голдбергом и Полом Вильямсом [8] как скрининговый тест, направленный на выявление психиатрических расстройств среди стационарных и амбулаторных пациентов непсихиатрических клиник. (Под психиатрическими расстройствами понимаются те расстройства психологического функционирования, которые систематически описываются клиентами психиатров.) Опросник конструировался как простой в применении, пригодный для респондентов, максимально краткий и объективный в том смысле, что не требовал бы субъективных оценок о респонденте. Он направлен на выявление тех форм психиатрических расстройств, которые могут быть релевантны для находящегося в клинике пациента, т.е. «фокусировка» сделана на психологическом компоненте («болезни-здоровья»).

В то же время, необходимо отметить, что хотя психиатрические пациенты сильно отличаются даже друг от друга, GHQ не направлен на выявление этих различий. Этот инструмент создавался для выявления различий именно между психологически здоровыми и нездоровыми людьми. Этот опросник не предназначен для клинической диагностики.

Опросник имеет 4 параллельных формы. Эти формы различаются по количеству вопросов, которые включены в опросник. Наименьшая из форм состоит из 12 вопросов; наибольшая - из 60. Две другие формы состоят из 28 и 30 вопросов.

Нами была проведена первичная адаптация двух форм опросника общего здоровья - GHQ-12 и GHQ-28. По данным авторов, с помощью формы GHQ-12 диагностируется один фактор. С помощью же GHQ-28 - четыре, в результате сложения которых получается фактор общего здоровья. Эти факторы были обозначены авторами следующим образом: «соматические симптомы» (1), «тревожность и бессонница» (2), «социальные нарушения» (3), «сильная депрессия» (4).

С помощью GHQ-12 было опрошено 74 испытуемых. Респондентами являлись курсанты Военного института при Киевском университете им. Т.Шевченко. Все обследуемые были мужчинами. Ещё одна особенность выборки заключалась в том, что все испытуемые были курсантами первого года обучения. Возраст испытуемых - от 16 лет до 21 года. Средний возраст испытуемых в выборке составил 18 лет. Среди испытуемых было 67 украинцев и 6 русских. Кроме того, 20 респондентов являются жителями села, 12 - жителями посёлков городского типа, и 42 - жителями города.

С помощью GHQ-28 было обследовано 34 человека в возрасте от 18 до 34 лет (мужского пола 8, женского - 26). Средний возраст испытуемых в выборке составил 21,5 год. Все респонденты являлись студентами 2-го курса факультета психологии и социологии Киевского университета им. Т.Шевченко. Среди испытуемых было 30 украинцев и 2 русских. Среди респондентов было представлено 2 жителя села и 32 жителя города. Исследование проводилось в январе-феврале 1999 года. Обработка данных проводилась с помощью пакета SPSS for Windows.

В качестве меры первичной адаптации данных форм опросника, полученные результаты были оценены по авторским "ключам" на внутреннюю согласованность с помощью известной формулы Кронбаха:

$$\alpha = \frac{r}{r-1} \left(1 - \frac{\sum_{j=1}^r S_j^2}{S_x^2} \right),$$

где α - коэффициент Кронбаха;

r - количество пунктов (заданий) теста;

S_j^2 - дисперсия по j -тому пункту теста;

S_x^2 - дисперсия суммарных баллов по всему тесту.

Поскольку не существует формальных способов проверки гипотезы о равенстве 0 коэффициенту Кронбаха [7], в своей работе мы использовали его лишь в качестве дескриптивной меры согласованности заданий исходных шкал. Если судить по имеющейся литературе [см., напр., 5], для шкал опросников с небольшим числом заданий чаще всего характерны значения коэффициента Кронбаха в диапазоне 0,6-0,8.

Для опросника GHQ-12 показатель внутренней согласованности составил 0,7605. Для формы GHQ-28 этот показатель равнялся 0,9028. При этом, показатель альфа по отдельным факторам составлял:

для фактора «соматические симптомы» (1) - 0,8153;

для фактора «тревожность и бессонница» (2) - 0,7540;

для фактора «социальные нарушения» (3) - 0,7739;

для фактора «сильная депрессия» (4) - 0,8364;

Как мы видим, показатели внутренней согласованности альфа Кронбаха являются значимыми для той и другой форм опросника, что свидетельствует о гомогенности и надёжности полученных результатов.

В результате обследования были получены среднее и стандартное отклонение для GHQ-12 и GHQ-28. (см. табл. 1)

Таблица 1

Нормативные данные для опросников GHQ-12 и GHQ-28.

Форма опросника	Среднее	Стандартное отклонение
GHQ-12	1,65	0,62
GHQ-28	1,95	0,83

Литература:

1. Анастаси А. Психологическое тестирование. Под ред. К.М.Гуревича, В.И.Лубовского. - М., 1982.
2. Бурачук Л.Ф., Морозов С.М. Словарь-справочник по психологической диагностике. - Санкт-Петербург: Питер, 1998. - 528с.
3. Бурачук Л.Ф. О дилетантизме в психологической диагностике // Вопросы психологии. - 1993. № 1. - с.116.
4. Клайн П. Справочное руководство по конструированию тестов. Введение в психометрическое проектирование. - Киев, 1994.
5. Общая психодиагностика. Под ред. А.А.Бодальева, В.В.Столина. - М., МГУ, 1987.
6. Boudien Krol, Robert Sandeman, Torbjörn Moum, Theo Saameijer, Dirk Doeglas, Wim Krynen, In Robinson, Serg Briançon, Anders Bjelle and Wim van den Heuvel: A Comparison of the General Health Questionnaire-28 Between Patients with Rheumatoid Arthritis from The Netherlands, France, Sweden and Norway. // European journal of psychological assessment. Vol. 10, No. 2, 1994. pp. 93-102.
7. Crocker Linda, Algina James. Introduction to classical and modern test theory. - University of Florida, 1986.

8. David Goldberg and Paul Williams. A user's guide to the General Health Questionnaire. - NEFR-NELSON, 1998.
9. Lewis R. Aiken. Questionnaires and inventories. Surveying Opinions and Assessing Personality. - New-York, 1997.

В.Н. Вишневецкая, Днепропетровск

ВЛИЯНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ АНТИЦИПАЦИИ НА РАЗВИТИЕ СЕМЕЙНЫХ ОТНОШЕНИЙ

В последнее время значительно возросло внимание к семейной проблематике. Актуальность данной проблемы обосновывается тем, что в обществе относительно семьи в настоящее время складывается парадоксальная картина. С одной стороны, результаты исследований свидетельствуют о том, что семья является одной из важнейших ценностей субъекта, намного более значимой, чем, например, интересная работа, материальное благополучие, успехи в профессиональной деятельности.[5] С другой стороны, семья - одна из наиболее неблагоприятных, кризисных сфер жизни индивида. Это проявляется в неустойчивости браков, дезорганизации общения в семье и социализации детей.[3,5]

Целью данной статьи является исследование влияния межличностной антиципации супругов на возникновение и протекание конфликтов между ними. В психологии уже достаточно хорошо изучены факторы устойчивости и стабилизации семьи [4], проанализированы различные аспекты укрепления семьи и её ролевая структура [1,2], исследованы семейные конфликты и причины их возникновения [7,8]. Однако, несмотря на большое количество психологических и социологических исследований в области брачно-семейных отношений, проблема теоретического и эмпирического изучения роли межличностной антиципации в структуре семейных конфликтов остаётся до сих пор неизученной. Между тем, на наш взгляд, одним из важнейших факторов, определяющих успешность разрешения супружеских конфликтов, является способность супругов видеть будущее своей семьи. Ведь на возникновение конфликтов между супругами влияют не только характерные для них особенности межличностного восприятия, но и их ожидания, планы на будущее. Другими словами, особенности супружеских конфликтов зависят не только от социальной перцепции, но и от социальной антиципации, а также от характера отношений обоих супругов к прошлому, настоящему и будущему своего супружества.

Особенно важным, на наш взгляд, является соотношение знаков ожиданий в отношении будущего своей семейной жизни у супругов. Это соотношение, как нам представляется, обуславливает остроту конфликтов и лёгкость их разрешения. В соответствии с данным утверждением мы выдвинули следующую гипотезу: если оба супруга имеют положительные ожидания на будущее в отношении своего супружества, тогда конфликт менее напряжён и более легко разрешим. Большей остротой характеризуется конфликт, если у одного из супругов присутствуют положительные, а у другого отрицательные ожидания. Наиболее острым и трудноразрешимым является конфликт, когда у обоих супругов отсутствуют положительные ожидания, и они не видят перспектив своей совместной жизни в будущем.

О правомерности выдвигания данной гипотезы свидетельствуют исследования американского психолога Ричарда К. Хьюсмана, который установил, что положительное ожидание в значительной мере программирует в сознании людей «самопроиз-

вольно исполняющиеся» пророчества, нацеленные на успех [9]. Результаты его исследований показали, что формирование положительных ожиданий оказывает влияние на поведение людей в процессе совместной трудовой, учебной деятельности, в семейной жизни. Положительные ожидания, по мнению Ричарда К. Хьюсмана, оказывают действие на поведение человека по двум причинам. Во-первых, они помогают бороться с теми негативными ощущениями, которые люди, переносят из одних отношений в другие: несправедливое отношение на прежней работе, неблагополучие в супружестве, и т.д. Положительные ожидания изменяют установку человека «У меня не может получиться» на «У меня получится». Вторая причина действительности положительных ожиданий заключается в том, что «во время общения с другим человеком вы как бы передаёте ему эти ожидания, позволяете получить очень важную для него отдачу» [9, стр. 45]

Исследования американского психолога Дэвида Дж. Майерса также подтверждают, что в некоторой степени то, что субъект ожидает от других, то он и получает [6]. В процессе социального взаимодействия мы, воспринимая человека как негативно настроенного по отношению к нам, вынуждены скрывать своё отрицательное отношение к нему, и он, в свою очередь, делает то же, опровергая, таким образом, наши ожидания. Однако более общие результаты исследований социальных взаимодействий свидетельствуют о том, что мы действительно в какой-то степени получаем то, что хотим. [6]

В играх, смоделированных в лабораторных условиях, враждебность почти всегда порождает враждебность — люди, воспринимающие своих оппонентов как лиц, не склонных к сотрудничеству, также вызовут реальное нежелание сотрудничать. Убеждения самоподтверждения проявляются в избытке, когда есть конфликт. Если одна сторона считает другую агрессивной, обижённой и мстительной, то другая сторона начнёт вести себя так в порядке самообороны, что создаст нескончаемый порочный круг. Таким образом, на отношение мужа к жене будет влиять то, что именно он будет ждать от неё — плохого настроения или тепла и любви, тем самым, побуждая её подтвердить его ожидания. Этот феномен получил в психологии название «бихевиоральное подтверждение», что означает «тип самореализующихся пророчеств, посредством которого социальные ожидания заставляют людей действовать так, что их поведение побуждает других подтверждать эти ожидания» [6, стр. 146]

Исследования Джона Дарли и Эллиен Бершайд, проведённые среди студентов университета Миннесоты, показали, что возникновению симпатии между людьми способствует простая антиципация взаимодействия [6]. Если вам предстоит встреча с незнакомым человеком, то положительное ожидание — антиципация того, что он или она будет приятным человеком и что вы будете прекрасно совместимы, — повышает шансы на то, что между вами сложатся самые благоприятные отношения.

Однако, как и любое социальное явление, тенденция подтверждать ожидания других имеет свои ограничения. Ожидания часто прогнозируют поведение просто потому, что они точны. Но иногда люди, которых предупредили, чего от них ждут другие, могут направить свою деятельность на то, чтобы преодолеть это. Например, если муж знает о том, что его жена считает его несообразительным человеком, то он может стараться разубедить её в этом. Если жена знает о том, что муж считает её равнодушной к нему, она может активно опровергать его ожидания.

Сами по себе положительные ожидания являются сильным побудительным началом для осуществления задуманного. Но в тоже время они не являются гарантией его осуществления. Например, ожидание того, что неудовлетворённость личной жизнью исчезнет от одного лишь факта вступления в супружеский союз — явление на-

столько распространённое, что даже получило у специалистов своё название: «психология больших ожиданий» [7]. Множество хороших пар распались только потому, что один из супругов слишком много ждал от брака и, разочаровавшись в своих ожиданиях, разрушал союз, несмотря на взаимную привязанность.

Каждый из вступающих в супружеские отношения имеет определённые представления о том, какими они должны быть (что должен делать в семье муж, что — жена, как проводить досуг и т.д.). Система подобных представлений сформировалась у них под влиянием родительского воспитания, прочитанных книг или просмотренных кинофильмов. Поэтому в первые годы совместной жизни каждый из супругов придерживается своего представления о семейной жизни, пребывая в убеждении, что именно его мнение правильное. Очень часто мнения обоих супругов не совпадают. Это приводит к несоответствию ролевых ожиданий, что также является причиной супружеских конфликтов, разъяснение которой должно выступать важным моментом психологического консультирования.

Кроме того, как показал ряд исследований, у людей присутствуют скрытые, внутренние ожидания [9]. Эти ожидания, как нам представляется, можно назвать скрытыми по двум причинам. Во-первых, люди обычно не осознают, в какой степени эти ожидания влияют на их поведение. Во-вторых, даже если они знают о существовании этих ожиданий, многие просто не дают знать о них другим людям. Таким образом, скрытые ожидания, внешне невидимые и бездействующие, на самом деле неизменно оказывают влияние на поведение индивидуума и проявляются в итоге в каком-либо событии.

Скрытые ожидания проявляются и в семейных отношениях, например, в виде ожидания положительного результата от воспитания детей, ответного сексуального понимания, согласованного соблюдения бюджета, хороших отношений с друзьями и родственниками. Некоторые начинают свою семейную жизнь, внутренне надеясь на возможность изменения характера партнёра. Однако такое изменение требует и времени и больших усилий, если оно вообще возможно.

Таким образом, весь прошлый опыт субъекта, накопленный в процессе его трудовой или учебной деятельности, в ходе семейной жизни, формирует ожидания, на основании которых он пытается предсказать действия других людей. Если в процессе социального взаимодействия субъект не сообщает свои ожидания, то его партнёр не может знать, чего от него ждут. В результате этого его поведение не соответствует ожиданиям субъекта и тем самым вызывает его негативное отношение к себе.

Литература:

1. Антолюк Е.В. Становление ролевой структуры молодой семьи и её восприятие супругами // Вестн. Моск. ун-та. Сер. 14, Психология. — 1993. - № 4. — С. 25-33.
2. Борисов И.Ю., Алёшина Ю.Е. Поло-ролевая дифференциация как комплексный показатель межличностных отношений супругов // Вестн. Моск. ун-та. Сер. 14, Психология. — 1989. - № 2. — С. 44-52.
3. Витек К. Проблемы супружеского благополучия. — М.: Прогресс, 1988. — 235 с.
4. Дмитренко А.К. Социально-психологические факторы стабильности брака в первые годы супружеской жизни // Автореф. дис. ... канд. псих. наук. — Киев, 1989. — 21 с.
5. Елизаров А.Н. Роль духовных ценностных ориентаций в процессе интеграции семьи // Вестн. Моск. ун-та. Сер. 14, Психология. — 1997. - № 3. — С. 59-66.
6. Майерс Д. Социальная психология. — Санкт-Петербург: Питер, 1998. — 688 с.
7. Супружеская жизнь: гармония и конфликты / Богданович Л.А., Полесев А.М. / - М.: Профиздат, 1990. — 189 с.
8. Сысенко В.А. Супружеские конфликты. — М.: Финансы и статистика, 1983. — 174 с.
9. Хьюсман Р., Хэтфилд Д. Фактор справедливости. — М.: Знание, 1992. — 96 с.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ИННОВАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА ЛИЧНОСТИ

Человек объективно выступает в системе бесконечно многообразных противоречивых качеств. Важнейшее из них – быть субъектом, т.е. творцом своей истории, подлинным автором своего жизненного пути. Поиск психологических закономерностей освоения инноваций лежит в фокусе рассмотрения вопросов отношения человека как субъекта собственной жизни к новому. Это позволяет говорить о необходимости расширения круга исследований, направленных на выявление тех психологических детерминант, которые лежат в основе инновационного взаимодействия человека с миром.

Теоретико-методологическим фундаментом нашего исследования складывается из основных положений системно-динамического подхода к анализу жизни личности (Рубинштейн С.Л., Абульханова-Славская К.А., Андиферова Л.И., Костюк Г.С., представлений о человеке как субъекте собственной жизнедеятельности (Узнадзе Д.Н., Брушлинский А.В., Татенко В.О. и др.) и как субъекте исторической активности (Роменец В.А.), результатов исследования человека со стороны «потенциала его бытия» (Маноха И.П.), представлений о роли самосубъектных отношений в процессе организации жизни личности (Калин В.К.).

Опираясь на тезис общей теории психического как процесса, систематически разработанной С.Л. Рубинштейном и его последователями, о том, что психика – прежде всего отражение наиболее изменчивых (динамических) существенных свойств и отношений внешнего мира, и поэтому сама является предельно подвижной, динамичной и лабильной, можно говорить об инновационном потенциале личности (ИПЛ) как о специфическом процессуальном феномене психики. Одна из главных трудностей при описании ИПЛ заключается в том, чтобы внутреннюю логику развития ИПЛ раскрыть в единстве с системой внешних условий и отношений (политических, социальных, культурных и т.д.), в которых он реализуется как целостная, целесообразным образом скоординированная система, в единстве его различных структурных компонентов и уровней (а соответственно и различных планов анализа).

Реализация системного подхода в описании этого взаимодействия предполагает:

1. Признание возможности целостного описания ИПЛ лишь в сочетании различных аспектов его анализа, как качественно самостоятельной целостности (системы), как элемента в системе взаимодействия человека с миром – с одноуровневыми объектами и в отношениях с системами более высокого уровня. Понимание многомерности этого психологического образования и, соответственно, описание его с помощью разнообразных характеристик. Рассмотрение уровня строения ИПЛ.

2. Признание ИПЛ как системы разнопорядковых и неоднородных свойств, возникающих в силу множественности связей и отношений человека с окружающим миром. Понимание системной детерминации ИПЛ как психологического явления, предполагающей множественность воздействий на него, многообразие источников и движущих сил его развития, т.е. выделение не только прямых причинно-следственных связей, но и опосредующих звеньев, их общих и специальных предпосылок, внешних и внутренних факторов при ведущей роли системообразующего фактора – имеющейся у личности ценностно-смысловой теории жизни.

3. Подчеркивание динамического характера ИПЛ, когда его целостность и дифференцированность возникают, формируются, разрушаются и воссоздаются в ходе индивидуального развития человека.

С целью экспериментального изучения ИПЛ нами был создан опросник, который получил название «Психологические особенности проявления инновационного потенциала личности». Конечный вариант опросника включает в себя 36 утверждений (по 18 прямых и обратных), позволяющий диагностировать инновационные позиции личности на разных уровнях взаимодействия ее с миром и типы осуществления этих потенций. Согласно с предложенными утверждениями испытуемым предлагается оценить по 5-бальной шкале.

Разработка осуществлялась в несколько этапов. На этапе формирования исходной информационной базы принципов перед нами стояли задачи определить методологические позиции исследования ИПЛ, структуру и статус ИПЛ в системе психологических понятий, осуществить поиск системы признаков, адекватно отражающих содержание данного понятия. Требования, которых мы придерживались в осуществлении этой работы: экономность и рациональность описания ИПЛ, четкое структурирование системы признаков.

Феноменологическое пространство проявления ИПЛ (и основанную на его принципах структуру опросника) можно представить в виде таблицы:

Интегральный показатель ИПЛ	Соответствующие аспекты взаимодействия человека с миром	уровень взаимодействия с природой как средой	уровень взаимодействия с социумом	уровень взаимодействия в рамках культуры и человеческого опыта	уровень взаимодействия с самим собой (организация собственной жизни)
потенция к обнаружению новой информации	гностологический аспект	осмысленно-интенсивный тип формально-некопительский экстенсивный тип			
потенция к адекватной оценке нового явления	аксиологический аспект	позитивно-дифференцированный тип негативно-генерализованный тип			
потенция к инновационной деятельности	праксеологический аспект	инициативно-преобразовательный тип вынужденно-приспособительный тип			

На втором этапе экспериментального исследования ИПЛ была создана методика, которая проводилась в виде стандартизированного интервью параллельно с использованием опросника. Создание и использование этой методики преследовало следующие цели: эмпирически подтвердить наличие инновационных потенций на разных уровнях взаимодействия человека с миром; получить их первичную характеристику; выделить индикативный событийный ряд и соответствующий ему диапазон возможных переживаний для дальнейшей классификации возможных проявлений ИПЛ и модификации первоначального варианта опросника. Испытуемым предлагался ряд вопросов относительно когда-либо испытанного ими нового опыта, фона соответствующего этому опыту переживания, способа разрешения проблемной инновационной ситуации.

В качестве испытуемых выступали студенты 1-3 курсов дневного отделения факультетов психологии и физического воспитания (специальность – физическая реабилитация) СИУ (24 человека), студенты-заочники этих же факультетов, получающие второе высшее образование (32 человека), преподаватели учебных заведений в Симферополе разных уровней аккредитации (27 человек), служащие госучережде-

ний с высшим образованием (19 человек), безработные, зарегистрированные городской службой занятости (17 человек). Всего было опрошено 119 испытуемых.

На основе протоколов бесед были выделены 3 группы по признаку выраженности у них инновационного потенциала: в явной, средней и слабой степени выраженности ИПЛ. Были отобраны утверждения относительно природы нового, характеристик инновационного опыта, выделенного испытуемыми ряда новых событий и соответствующих им переживаний, варианты которых наиболее часто встречались у представителей той или иной группы. Протоколы интервью обрабатывались в соответствии с принятыми в психолого-феноменологическом исследовании нормами.

Результаты исследования, полученные с помощью опросника, анализировались в нескольких направлениях (в соответствии с поставленными в ходе исследования задачами).

1 направление. Была поставлена задача проследить особенности функционирования ИПЛ в зависимости от степени его представленности в системе инновационного взаимодействия человека с миром. Выборка была разделена на две группы по степени выраженности суммарного показателя ИПЛ, определенного в количественном плане суммированием его компонентов, без учета весовой нагрузки каждого.

2 направление. Была поставлена задача проследить возрастную динамику функциональной структуры ИПЛ в процессе жизни личности. Выборка была разделена на три возрастные группы. В первую вошли испытуемые в возрасте от 18 до 25 лет, во вторую и третью – в возрасте 25-40 и 41-60 соответственно.

Объем статьи не позволяет подробно представить полученные численные данные, результатам этой части исследования будет посвящен отдельный раздел нашей диссертационного исследования.

Проведенный анализ ИПЛ позволяет сделать следующие выводы:

1. Предмет исследования – ИПЛ – синтетичен по своей природе и онтологически содержателен. Поэтому определение его сущности включает: раскрытие онтологических механизмов существования нового; обоснование психологических способов реализации инновационных потенциалов; описание социокультурной феноменологии проявления ИПЛ.

2. Как сущностная категория инновационный потенциал характеризует способность человека к осмысленному, дифференцированному восприятию инноваций в образе мира, с которым он взаимодействует. Как динамическая характеристика инновационный потенциал отражает генерализированное свойство личности осуществлять активно-преобразовательный способ взаимодействия с миром, определяя перспективу отношения человека к миру и самому себе.

3. Системное изучение реализации ИПЛ (актуализации инновационных потенциалов) требует рассмотрения сложного, разнообразного по степени успешности процесса инновационного взаимодействия человека с миром.

4. Процесс реализации ИПЛ можно представить как единство трех актуализируемых личностью в процессе взаимодействия с миром потенциалов – потенциал к обнаружению новой информации, потенциал к адекватной оценке нового явления, потенциал к инновационной деятельности, на разных уровнях этого взаимодействия – с природой как средой, с социумом, в рамках культуры и в организации человеком собственной жизни.

5. Степень реализации в конкретной инновационной ситуации той или иной актуализируемой потенции и ее вклад в общий интегративный показатель ИПЛ могут быть различными.

6. Можно выделить следующие пары типов актуализации инновационных потенциалов: осмысленно-интенсивный – формально-накопительский, позитивно-дифференци-рованный – негативно-генерализованный, инициативно-преобразовательский – вынужденно-приспособительский. Соотношения ведущих типов актуализации инновационных потенциалов могут стать основанием для выделения типов интегративного показателя ИПЛ.

7. Степень выраженности инновационного потенциала на разных уровнях взаимодействия человека с миром, актуализация тех или иных инновационных потенциалов, взаимная детерминация компонент ИПЛ имеют возрастную динамику.

И.А. Грабская, Киев

АБСОЛЮТНО ЛИ «МОЛЧАНИЕ» ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО СИМПТОМА?

Попытки выделить собственно психологические факторы развития психосоматических заболеваний сталкиваются с серьезными методологическими и методическими трудностями. С одной стороны, в последней редакции DSM не используется понятие "психосоматическое заболевание", с другой стороны по мере исследования все в большем количестве болезней обнаруживается психологический генез. Вероятно, наиболее верно было бы говорить о психосоматическом отношении, проявляющемся в любом нарушении, и представлять континуум заболеваний, полюса которого определяются в большей мере органическими или психологическими факторами. При этом различные категории заболеваний на этом континууме имеют разную этиологию и патогенез.

Обратим внимание на особенности протекания психосоматического заболевания. Его проявления не похожи на красноречивые симптомы истерии с их явной коммуникативной нагруженностью: паралич не позволяет выходить из дому, слепота мешает что-то видеть. Симптомы психосоматиков возникают во внутренних органах и более генерализованы, за ними не угадываются конкретные, специфические чувства и вытесненные желания. Как пишет психоаналитик J.McDougall, соматический симптом "молчит", и поэтому лежащий за ним внутренний конфликт с трудом "переводится" в словесную форму, не поддается вербализации (4).

Вопрос состоит в том, является ли это молчание абсолютным или лишь свидетельствует о неспособностях психоаналитика его "услышать". Возможно, психоаналитические метафоры и техники, ориентированные прежде всего на вербализацию, не позволяют симптому "заговорить". Ведь в психоаналитической литературе активно обсуждается гипотеза о том, что предрасположенность к психосоматическим заболеваниям складывается в результате конфликта на доэдиповых стадиях психосексуального развития. А это означает, что данный конфликт структурирован совершенно иначе, чем мышление взрослого. Психоаналитическая техника, обращенная к более низкому, вербализованному слою вытесненного бессознательного либо просто не может обеспечить столь глубокой клинической регрессии, либо не может ее утилизировать.

Поэтому для лечения психосоматических заболеваний стали применяться модифицированные техники, а их генез стал рассматриваться в русле теории объектных

отношений. В соответствии с концепцией М.Кляйн нарушение ранних объектных отношений (прежде всего в отношениях ребенок-мать) ведет к тому, что "сражение" между внешним объектом и Эго, которые не могут выразиться, переносятся внутрь и проявляются в соматических реакциях. Соматический симптом рассматривается как паралич символической функции.

Интересную мысль в связи с этим высказывает К.Т.Т.Врайт (7). Он выделяет два способа переживания человеком внутреннего конфликта: соматический симптом и метафора. Симптом воплощает переживание в соматическую форму. В нем нет ничего, что можно было бы трактовать в понятиях эмоций, образов, действий. Исключается исключительный язык тела.

Метафора является вербальной структурой, которая существует в понятиях образов, переживаний, мыслей. В то время как симптом - способ максимально скрытого конфликта, метафора его выявляет. Метафора представляет намек на содержание конфликта, который человек частично понимает. Понимание в общепринятой трактовке предполагает выражение в словах. Поэтому многие психотерапевтические подходы направляют клиента на словесное выражение переживания и осознание его причин и источника. Это характерно для направлений, ориентированных на инсайт.

К.Т.Т.Врайт подчеркивает, что различные стратегии переживания конфликта должны прорабатываться различным образом. Работе с метафорами в психотерапии посвящена обширная литература и мы не будем обсуждать этот вопрос специально (1, 5, 6, 7). Заметим только, что эффективная интервенция затрагивает все репрезентативные системы психики: вербальную, образную, кинестетическую. Именно поэтому в ходе психоанализа снимаются конверсионные симптомы. Метафора, начавшись на вербальном слое, обращается к разным слоям репрезентации переживания.

Представляет интерес вопрос, являются ли метафора и соматический симптом принципиально различными способами переживания внутреннего конфликта, в чем их сходство и различие. Решение этого первоначально кажущегося абстрактно-теоретическим вопроса должно дать ответ на сугубо практический вопрос о методе лечения психосоматических заболеваний.

В этой связи полезно обратиться к определению симптома, данного Ж.Лаканом. Он рассматривает симптом как метафору, в которой функция взята за означающий элемент. На то, что символическое значение симптома психосоматического заболевания не совсем скрыто, указывают многочисленные метафоры, которыми люди пользуются в повседневной практике.

Следует особо обратить внимание на метафоры, закрепляющие связь между ментальными процессами и пищеварением: "вкус к жизни", "проглотить обиду", "есть все нужно разжевать". Зависимый человек мало пережевывает пищу. Он устанавливает симбиотические связи и находится в патологическом слиянии с окружением (Ф.Перлз). Более того, в гештальттерапии лечение "психологической всеядности" (не критичного усвоения чужих мыслей, чувств) связано с коррекцией устоявшихся пищевых привычек.

Как видно, идея символического характера соматических заболеваний наконец нашла свое естественное отражение в языке, а затем стала рефлексироваться в научных теориях. Например, М.Кляйн предполагает, что нарушения во взаимоотношениях ребенка с матерью затем во взрослом возрасте создают предрасположенность к соматическим реакциям на негативные межличностные отношения. След подобной переживаний остался в высказываниях: "Я его не перевариваю", "Меня от него тошнит", "Он у меня в печенках сидит" и т.п.

Приведенные выше и другие метафоры доказывают определенный символический смысл соматических переживаний. "Молчание" соматического симптома оказывается относительным и его метафорическое значение вполне "читабельным". Поэтому можно предположить, что симптомы психосоматических заболеваний имеют символический характер и их понимание приведет к излечению.

Из сказанного выше следует, что метафора связывает различные уровни психического функционирования. Она может достигать амодальной репрезентации, проходить через уровень, на котором не дифференцированы отдельные признаки, и, наконец, выразиться на вербальном уровне, позволяющем различать отдельные качества и атрибуты. На глубинном и генетически более раннем уровне в переживании эмоции и ощущения слиты: "горькое чувство", "теплые отношения". В процессе онто- и филогенетического развития происходит дифференциация, переход от категоризации на основе видимых признаков к обобщениям, от комплексов к понятиям. Более дифференцированные способы выражения переживаний основываются на обогащении языковых средств и отражают более высокую степень развития символической функции.

Выражение чувств снимает эмоциональное напряжение и достигается катартический эффект. Символическое наполнение переживаний обогащается, но в то же время отделяется от непосредственного эмоционального опыта. Человек может говорить о чувствах или ощущениях и реально не переживать их. Не менее тягостна и другая ситуация: переживание без возможности его выразить, передать в словах или образах.

Мы предполагаем, что травматические ситуации могут блокировать связь между различными способами репрезентации опыта. "Сенсорная ткань" может отрываться от эмоций. Один из таких феноменов известен как алекситимия. Он проявляется в том, что человек не различает эмоции и ощущения, не может описать переживаний, затрудняется в фантазировании. Интересно, что алекситимия наблюдается у психосоматических больных.

Для невротиков характерно другое проявление: вербальная репрезентация отключается от ощущений, выражение эмоций подменяется разговором о чувствах без их реального переживания. Ф.Перлз, основатель гештальттерапии, указывал, что невротическая личность не имеет контакта с ощущениями. Поэтому в данном направлении много внимания уделяется работе с телом, образами для возвращения клиенту первичной насыщенности восприятия мира.

Можно сказать, что механизм психотерапевтического воздействия основан на соединении разных уровней репрезентации психического содержания, при котором снимается блокирование той или иной репрезентации. Это особенно очевидно при использовании метафор в работе с невротическими больными, когда они начинают выражать свои переживания в словах и образах.

Однако у психосоматических больных блокирована не вербальная репрезентация, нарушения сложились на ранних стадиях развития и связаны с незрелыми репрезентациями опыта. Поэтому можно ожидать больших результатов от техник, которые основываются на работе с наиболее глубинными уровнями репрезентации содержания, например, фокусингом (3). Вероятность данного допущения должна подтвердить дальнейшая работа.

Литература:

1. Горюнов Д. Терапевтические метафоры. - М., 1994. - 144с.

2. Селесник III, Александер Ф. Человек и его душа: Познавание и врачевание от древности и до наших дней. - М.: Прогресс-Культура. - 1995. - 608с.
3. Buckroyd J. Eating disorder as psychosomatic illness: the implication for treatment // Psychodynamic counselling. - 1994. - Vol.1(1). - p.106-118.
4. McDougall J. Theaters of the body: A psychoanalytic approach to psychosomatic illness. - New York: W.W.Norton Company. - 1991. - 187p.
5. Trad P.V. Previewing and therapeutic use of metaphor. - British Journal of Medical Psychology. - 1993. - No 66. - p.305-322.
6. Sledge W.H. The therapist's use of metaphor. - International journal of psychoanalytic psychotherapy. - 1977. - No 6. - p.113-130.
7. Wright K.J.T. Metaphor and symptom: A study of integration and its failure. - International Review of psychoanalysis. - 1976. - No 3. - p.97-109.

В.В. Гречко, Харьков

О ВЗАИМОСВЯЗИ НЕКОТОРЫХ ПСИХИЧЕСКИХ АНОМАЛИЙ У СЕКСУАЛЬНЫХ ПРЕСТУПНИКОВ С СОВЕРШЕНИЕМ НАСИЛЬСТВЕННЫХ ПОЛОВЫХ АКТОВ

Насильственный половой акт (изнасилование) — наиболее часто встречающееся сексуальное преступление. В местах лишения свободы на Украине за изнасилование отбывают наказание в среднем 24% от общего числа осужденных. Целью нашего обследования 130 осужденных насильников было установление связи совершенного изнасилования с видом психической аномалии у преступника.

Среди обследованных нами мужчин, совершивших изнасилование, психически здоровы были только 8%. У подавляющего большинства лиц, совершивших изнасилование, определялась психопатия, чаще всего возбудимого типа, или акцентуация характера того же типа. Нами выявлена определенная зависимость повторных сексуальных преступлений от типа психопатии или акцентуации характера: чаще всего рецидив преступления отмечается при психопатии возбудимого типа (в 72% случаев) и значительно реже (в порядке убывания) при остальных типах — неустойчивом, шизоидном и психастеническом.

Групповое изнасилование также зависит от типа психопатии или акцентуации характера: чаще всего групповое изнасилование совершают лица с возбудимой психопатией (47%), затем с неустойчивой, шизоидной, психастенической; лица с астенической психопатией участвуют только в групповом изнасиловании, никогда не совершая индивидуально.

Представляет интерес то обстоятельство, что лидерами группового изнасилования чаще всего выступают лица с возбудимой психопатией (45%), реже — с психопатией неустойчивого, истероидного и шизоидного типов. Больные с астенической и психастенической психопатией никогда не выступают в роли лидера. Изучение биологического обеспечения сексуальной функции обычно позволяет выявлять у таких мужчин наличие в прошлом сексуальных затруднений.

Проведенные нами обследования показали, что у подавляющего большинства насильников (69%) имелись нарушения психосексуального развития, чаще всего — преждевременное развитие, характерное для лиц с возбудимым и неустойчивым типом психопатии. Ретардация психосексуального развития имела место менее чем у

24% обследованных, у которых диагностировались астенический, психастенический, шизоидный и истероидный типы этой патологии.

Половое самосознание, как правило, сохранно у всех сексуальных преступников, однако у подавляющего большинства из них (83%) наблюдается нарушение полового поведения, причем его трансформация имеет место при астенической и психастенической психопатии, а гиперролевое поведение — при возбудимом, неустойчивом и шизоидном ее типах: при истероидной психопатии могут иметь место оба вида нарушений полоролевого поведения.

Трансформация полоролевого поведения обуславливается неправильным воспитанием и негативным влиянием микросоциальной среды, причем наличие психических расстройств и определенных особенностей характера способствует развитию отклонений полоролевого поведения. Мальчики в таких случаях бывают мягкими, ласковыми, послушными, избегают конфликтных ситуаций и в период формирования полового влечения часто имеют гомосексуальные контакты, а если гетеросексуальные, то, как правило, с женщинами старше себя, которые выступают инициаторами половых актов. Мужчины с фемининным поведением чаще принимают участие в групповом изнасиловании, и мотивами его служат любопытство, попытка решения внутриличностного конфликта и надежда избежать неудачи, которой они нередко опасаются.

Основными факторами формирования гипермаскулинного поведения являются микросоциальная среда и связанные с ней особенности социокультурного развития, которые способствуют выработке у мужчин потребности в беспрекословном подчинении женщины. Для лиц с психопатией, сочетающейся с гипермаскулинным поведением, характерно отсутствие в детстве тактильного и эмоционального контакта с матерью, что способствует агрессивному поведению, которое включается в структуру полового влечения в подростковом и юношеском возрасте. Для таких мужчин типичны пренебрежительное отношение к женщине и генитальный тип сексуальной мотивации, когда мотивом насильственного полового акта служит лишь получение оргастической разрядки и ощущение власти над партнершей, господства над ней.

Гипермаскулинное поведение может быть патологическим, в таких случаях оно проявляется в сексуальном садизме и представляет собой извращение, которое выражается в получении удовлетворения только при условии унижения, жестокого обращения с женщиной, нанесения ей телесных повреждений и даже умерщвления.

Указанные закономерности четко прослеживались по результатам обследования лиц, совершивших сексуальные преступления.

Анализ сексуального поведения, выявляющий особенности социальных, психологических, социально-психологических и биологических факторов, интеграция которых приводит к сексуальному преступлению, устанавливает имеющееся у преступника нарушение социализации общего и сексуального поведения, как результата негативного влияния микросоциальной среды. Процесс формирования мотивации сексуального поведения у мужчин с психопатией во многом определяется патологическими личностными отклонениями и девиациями психосексуального развития. Нестабильность позиций, мотивов деятельности, направленности личности, неправильные правовые и моральные оценки своего поведения являются следствием незрелости личности.

У подавляющего большинства мужчин, совершивших изнасилование, отмечается наличие внутриличностного и межличностного конфликта, которое привело к

формированию мотивов сексуального преступления.

Насильственный половой акт у совершивших его лиц чаще всего имеет только один ведущий мотив сексуального поведения — самоактуализацию или самоутверждение, стремление получить оргастическую разрядку или снять сексуальное напряжение и т. п., и полностью отсутствует коммуникативный мотив полового акта.

Изнасилование в подавляющем большинстве случаев совершается в состоянии алкогольного опьянения, но лишь изредка (3%) — лицами, страдающими алкоголизмом.

В первом случае алкогольное опьянение приводит к заострению агрессивного сексуального поведения. Это, как правило, отмечается у лиц с возбудимым и неустойчивыми типами психопатии, а также у больных с органическим поражением головного мозга.

Под влиянием алкогольного опьянения у них появляется сексуальная расторможенность, потеря контроля над своим поведением, они не испытывают страха перед наказанием. В связи с нарушением опосредования, а у некоторых и опредмечивания сексуальной потребности, появившаяся сексуальная потребность реализуется мгновенно, любым способом, причем морально-этические и правовые нормы во внимание не принимаются. Нередко после совершения сексуального преступления и выхода из алкогольного опьянения мужчины испытывают раскаяние.

У больных алкоголизмом причины и механизмы сексуального преступления более сложны, внутренне детерминированы, так как у них страдают, претерпевая изменения, интеллектуальная, волевая, эмоциональная сферы. Для этих больных характерны выраженная сексуальная расторможенность, пренебрежение морально-этическими и правовыми нормами, патологическое гипермаскулинное поведение и в некоторых случаях — нарушение психосексуальной ориентации по объекту и возрасту. Заострение характерологических черт и нарушение межличностных отношений способствуют выработке жестко фиксированного стереотипа сексуального поведения, который реализуется при ситуации сексуальной фрустрации без учета особенностей этой ситуации; нарушение опосредования и опредмечивания сексуальной потребности носит у больных алкоголизмом постоянный характер, а раскаяние после совершения сексуального преступления является чисто формальным.

То обстоятельство, что среди насильников встречаются до 9% олигофренов, объясняется тем, что у них к совершению преступления приводит умственная отсталость, препятствующая усвоению социальных норм, и в то же время отсутствие возможности удовлетворить свои сексуальные потребности нормальным путем, неспособность подавлять свои влечения, предусмотреть последствия своих поступков.

Необходимо отметить, что у большинства осужденных за изнасилование (62%) возникает или усиливается негативное отношение к женщинам, которых они считают виновниками наказания, а у некоторых лиц, страдающих психопатией, агрессивность по отношению к женщинам трансформируется в агрессию по отношению к другим заключенным.

В целом анализ причин и условий совершения изнасилований свидетельствует о том, что этот вид сексуального преступления является результатом нарушения мотивации сексуального поведения, обусловленного негативными факторами проявления психических аномалий, но роль этих факторов в его генезе различна.

РОЖДЕНИЕ КАТАРСИСА ИЗ АРХАИЧЕСКИХ ТЕХНИК ЭКСТАЗА

Интерес к этой теме возник у нас в процессе 20-летнего опыта практической психотерапии.

Нами установлено, что помимо независимого терапевтического действия катарсис является мощным катализатором трансфера, усиливая его терапевтический эффект [4]. Трансфер рассматривается нами в качестве одного из основных моментов процесса психотерапии [3].

Впервые наиболее полно феноменологию катарсиса описал Аристотель. По его определению "Трагедия есть подражание действию важному и законченному, совершающееся посредством сострадания и страха очищения (катарсис) подобных страстей" [1]. В данном определении прослеживается фрагментарность, ссылка на вышестоящее, не дошедшее до нас части "Поэтики". Однако, дополняя данное определение фрагментами из "Метафизики", "Политики", "Риторике" и т.д., можно представить более или менее полный перечень условий катарсиса: 1) сострадание; 2) страх; 3) узнавание; 4) подражание.

1. Сострадание.

Явление не воспринимаемое в античности (в отличие от нового времени) как атрибут добродетели. Можно предположить, что при знакомстве с трагедией возникают явления сопоставлений, проекций собственных проблем и др., описанных в психоанализе.

II. Страх.

В какой-то степени он всегда присутствует в психике. В Библии страх ассоциируется с понятием первородного греха. В психоанализе страх связан с разного рода комплексами. Считается, что страх наиболее присущ европейскому менталитету. Аристотель полагал, что немного страха должно оставаться. При знакомстве с трагедиями описаны такие явления, как ощущение трагизма всего живущего (ср. позднейший экзистенциальный ужас бытия), ощущения собственной греховности и др., которые ведут к очищению.

III. Узнавание.

Это загадочное явление, которое ведет к катарсису при самых разных обстоятельствах. Так, проф. А.Ф. Лосев считает, что Аристотель "... мыслит какое-то особое "узнавание", не просто узнавание одного человека другим после долгой разлуки ... Настоящее узнавание, которое сопровождается страхом и состраданием в трагедии, это узнавание друг друга среди родственников по крови" [8]. Здесь уместна параллель с разнообразными психоаналитическими положениями об инцесте, трансферентных отношениях и т.д.

IV. Подражание (мимесис).

Явление, основательно описанное в эстетических концепциях. Интересно замечание Аристотеля, что сам объект не всегда вызывает восхищение, а изображенный в искусстве вызывает явление катарсиса.

Нами предложена следующая практическая классификация видов катарсиса.

- 1) Катарсис во время "обычной" психотерапевтической беседы.
- 2) Катарсис во время гипнотерапии.
- 3) Катарсис при наркопсихотерапии.
- 4) Катарсис при проведении психоанализа.
- 5) Катарсис при различных методиках групповой психотерапии.

- 6) Катарсис в психодраме.
- 7) Катарсис при воздействии искусством.
- 8) Катарсис при культовых обрядах (религиозный).

У раннего Фрейда катарсис является существенным элементом терапевтического процесса. "Излечение достигается высвобождением отклонившегося от своего пути аффекта в форме разрядки, или, иначе, отреагирования" [11]. Катартический эффект Фрейд достигал посредством воспоминаний.

Аристотель указывал о важном значении в эффекте катарсиса речи, именуемой "ритм, гармония и напев ..." [1].

Задолго до Аристотеля в дионисийских древнегреческих празднествах был известен эффект катарсиса, технически осуществляемый при применении ритмических танцев, песнопений, ритуальных действий на основе соответствующего мифа. Таким мифом, по мнению В.И.Иванова, является "эллинская религия страдающего бога", бога Диониса [7]. Для сравнения можно добавить что, по мнению некоторых исследователей, психоанализ тоже является мифом. Но дионисийский миф недостаточен для объяснения культовых явлений дионисийского и прадонисийского цикла. Так, Плутарх описывает более ранние, менее цивилизованные формы этих ритуалов: "Торжества и жертвенные служения, в которых мы находим омофгии - пожирание жертвы сырым - и растерзания, посты и плачи (постылись орфики после омофгии, плачи нам известны из характеристики ночных триетерий). Часто же хуления и иступления, и, как говорит Пиндар, кликания с сильным отбрасыванием головы (черта, повторяющаяся в радениях дервишей) - эти торжества и жертвоприношения совершаются, по моему мнению, не в честь кого-либо из богов, но с целью отвращения злых демонов". Греческое мифотворчество же сыало пластически преодолеть и властно очертить хаотического характера оргий, отчасти коренившегося в темном демонизме народных и естественно тяготевшим к формам, аналогичным шаманству, хлыстовщине и средневековому сатанизму [7]. Что касается мифа об умершем и воскресшем Дионисе, здесь уместно сопоставить с древнеегипетским мифом об Осирисе и Исиде.

А вот отголоски техник, вызывающих катарсис, сохранились до нового времени. Так, Жерар де Нерваль в середине прошлого века описывает испытанный им катарсис во время путешествия по Северной Африке: "Тридцать дервишей, держались за руки, раскачивались из стороны в сторону ... постепенно входили в поэтический экстаз, в их песнях соединялись нежность и неистовство. Монотонное псалмопение порой достигало драматического звучания, куплеты явно были связаны между собой по смыслу, а пантомима, выражавшая грусть и мольбу, была обращена к неведомому мне объекту поклонения. Возможно, именно так в старину прославляли египетские жрецы тайну обретенного и вновь утраченного Осириса; таковы были, наверное, и молитвы корибантов или кибиров. Слово подчиняется ритму того древнего обряда, в котором восторг доходил до экстаза, воющие дервиши пели, притоптывая ..." [9].

Однако, древние техники экстаза возникли задолго до религий Древнего Египта и Древней Греции. Они возникли в доисторические времена. В некоторых случаях в мистицизме примитивных обществ обнаруживается "ностальгия по раю". Во время экстазов они входят в райское состояние мифического предка, предшествующее его падению [12]. Так, в сибирском шаманизме мы встречаем мотив "упадка шамана". И, что нам кажется, еще более существенным, упадок шамана следует за упадком человечества вообще - эта духовная трагедия произошла очень давно.

Экстатические техники уже в первобытном обществе не самодовлеют, а имитируют экстатические переживания некоторых исключительных личностей, "страсти" которых отражены во всех мифах, что говорит об универсальных их интересах.

Интересно также, что многие народы от наиболее примитивных до наиболее цивилизованных в качестве терапевтического средства использовали декламацию космогонического мифа. При символическом "возврате к прошлому" пациент оказывался современником сотворения, он снова жил в изобильном бытии. Изношенный организм не восстанавливается, а делается заново, пациенту необходимо родиться заново; ему нужно вернуть всю энергию и силу, которую человек обретает в момент своего рождения. И такой возврат к "началу" оказывается возможным благодаря памяти самого пациента.

В сибирском шаманизме для достижения экстаза используются танец и пение. Часто во время ритуала шаман говорит высоким голосом, показывая этим, что говорит не он, а дух или бог... Такой же высокий голос обычно используется для монотонного раздельного произнесения магических заклинаний [12].

Говоря о ритмических речевых техниках, используемых для феноменологии катарсиса интересно вспомнить высказывание Ницше по данной теме: "Слушателя, желающего отчетливо слышать слова во время пения, певец удовлетворяет тем, что он больше говорит, чем поет, и в этом полупении патетически подчеркивает смысл слов: Этим обострением пафоса он облегчает понимание слов и преодолевает ту другую, еще оставшуюся половину музыки. Действительная опасность, которая ему теперь угрожает, заключается в том, что он при случае не вовремя дает перевес музыке, отчего тотчас же должен пропал пафос речи и отчетливости слова; между тем как, с другой стороны, он все время чувствует потребность музыкального разрядки и виртуозной постановки своего голоса. Здесь ему на помощь приходит "поэт", умеющий дать ему достаточно поводов для лирических междометий, повторений слов и целых фраз и т.д., на каковых местах певец может теперь отдохнуть в чисто музыкальном элементе, не обращая внимания на слова [10].

Танец, пляска, особенно ритмические, помимо ритуального содержания обуславливают вхождение в особое состояние сознания, иногда транс, создавая биологический компонент экстаза, вызывающего катартический эффект [5]. Дионисийские ритуалы, орфические пляски, танцы элевсинских мистерий, шаманское камлание существовали еще до возникновения трагедии, о катартическом эффекте которой писал Аристотель.

ВЫВОДЫ

I. Феноменология катарсиса вообще и как терапевтического метода в частности была известна еще в доисторические времена.

II. Катарсис универсален, как в философском, так и в медицинском контексте, из чего вытекают более широкие возможности его применения (выходящие за рамки "воспоминаний - отреагирования" И.Брейера и З.Фрейда).

III. Можно говорить о рождении катарсиса из архаических техник экстаза, элементы которых вполне применимы в современной психотерапии.

Литература:

1. Аристотель "Поэтика", 1449 в.
2. Н.С.Арсеньев "Гессимизм и мистика в древней Греции". В журнале "Путь", №4,5, Париж, 1926.
3. А.С.Данилов "Новый путь гипнотерапии". В сб.: Актуальные проблемы современной психологии. Медицинская психология та психокоррекция, Харьков, 1995.
4. О.С.Данилов "Новый метод психотерапии". В сб. "Український вісник психотерапії", т.4, вип.5, Харків, 1996.
5. А.П.Зеленцов "Использование движений и окриков в практике гипнотерапии и их влияние на досознательные трансформации и катарсиса (Новый метод гипнотерапии А.С.Данилова)". В сб.: История Сабуровой дачи. Успехи психиатрии, неврологии, нейрохирургии и наркологии. Харьков, 1996.

6. Вячеслав Иванов "Дионис и прадионисийство". В изд. "Эсхил. Трагедии", М.: Наука, 1989.
7. Вячеслав Иванов "Эллинская религия страдающего бога". В издании "Эсхил. Трагедии". М.: Наука, 1989.
8. А.Ф. Лосев "История античной эстетики. Аристотель и поздняя классика". М.: Искусство, 1975.
9. Жерар де Нерваль "Путешествие на Восток". Изд. Наука, Москва, 1986.
10. Ф. Ницше "Рождение трагедии или эллинизм и пессимизм". Соч. т. I, изд. М.: Мысль, 1990.
11. З. Фрейд "Психоанализ", 1926.
12. Мирча Элиаде "Мифы, сновидения, мистерии". "Рефл-бук". "Ваклер". Москва-Киев, 1996.
13. Мирча Элиаде "Шаманизм", "София", 1998.

В.В. Егоров, Егорова Т.М., Полтава

ДИСКУССИОННЫЕ ВОПРОСЫ СУИЦИДОЛОГИИ

В последние годы внимание к проблеме самоубийств в Украине оживилось. Данное сообщение — попытка в нескольких тезисах уточнить понятийный аппарат суицидологии и предложить свою концепцию генеза суицидального поведения.

1. В ряде публикаций понятия «суицид», «аутодеструкция», «аутоагрессия» не разведены. Это вносит терминологическую путаницу, в частности, приводит к попытке отнести подвиг с самопожертвованием к суицидальному поведению [7]. Суицид, с юридической точки зрения, это осознанные и умышленные действия субъекта, направленные на лишение себя жизни [4]. Для суицидолога такое понятие суицида слишком узко. В дальнейшем под суицидальным поведением авторы понимают всякие действия с намерением лишить себя жизни либо демонстрацию таких желаний (манипуляцию собственной жизнью-смертью). Это поведение включает в себя все формы суицидальной активности (мысли, намерения, угрозы, суицидальные попытки — демонстративные, потенциальные, истинные).

2. Анализ более 300 случаев суицидального поведения привел нас к выводу, что существует «суицидальный континуум» [3] — непрерывная последовательность различных суицидальных действий, между которыми нет четких границ. В зависимости от мотивов суицидального поведения образуется ряд: истинная монологическая суицидальная попытка — истинная диалогическая суицидальная попытка — потенциальная суицидальная попытка — демонстративная суицидальная попытка. При истинных монологических суицидальных попытках субъект имеет действительное стремление лишить себя жизни, не адресуя акт суицида другим лицам. При истинных диалогических попытках также имеется истинное желание лишить себя жизни, но, кроме того, суицид используется как аргумент, «направленный на иных лиц» [1].

При «потенциальных» суицидальных попытках [3] желание умереть допускается как возможное или не исключается. В то же время, обращение к другим лицам более акцентировано, по сравнению с предыдущими типами. Этот тип суицида — «двусмысленный» — описан R.Litman (1961) и Личко А.Е. (1977) — «аффективный». Наш термин «потенциальная суицидальная попытка» представляется более полным и точным.

Демонстративные суицидальные попытки — изображение суицида без действительного намерения лишить себя жизни.

По нашим наблюдениям, в 6% случаев не удается отнести суицидальные попытки к одному из четырех описанных типов в связи с неясной, расплывчатой мотивацией суицида. Эти случаи заполняют содержательные промежутки между указанными

ными типами суицидальных действий и демонстрируют непрерывность суицидального континуума.

3. Исходя из того, что разные типы суицидального поведения отличаются по направленности реагирования (на себя и на других), следует рассматривать каждый случай с позиций преобладания интра- и экстрапунитивных реакций. Интрапунитивные реакции определяют истинное суицидальное поведение (монологические суициды); экстрапунитивные — вызывают демонстративные суициды в виде суицидальных манипуляций с целью управления поведением и системой отношений значимых лиц. Между этими полюсами суицидального континуума расположены суицидальные попытки с разным удельным весом интра- и экстрапунитивности. Если интрапунитивные реакции явно преобладают над экстрапунитивными, а цель лишить себя жизни сочетается со стремлением модифицировать поведение и отношение других самим фактом своей смерти, это истинный суицид диалогического типа. Если же доминирует экстрапунитивное реагирование, но желание умереть все же не исключается либо допускается — это потенциальная суицидальная попытка. Преобладание импунитивного реагирования предполагает снижение личностной значимости психотравм — суицидальное поведение не возникает.

4. Суицидальное поведение возможно только тогда, когда в систему отношений личности включено отношение к завершённому суициду и (или) к суицидальным манипуляциям как к допустимым в определенных жизненных ситуациях. На первый взгляд, между этими двумя вариантами поведения имеются коренные различия. Но сходство в том, что в обоих случаях жизнь выступает в качестве товара. Только при истинном суицидальном поведении этот товар для субъекта обесценен (крах, банкротство), и ради владения этим товаром не стоит жить («отрицательный жизненный баланс» [8]). При демонстративном суицидальном поведении суицидент завышает цену своей жизни-товара, манипулируя тем, что значимое для него лицо может потерять этот товар, и такой угрозой добивается изменения отношения к себе.

Компонент системы отношений личности, который делает допустимым различные варианты суицидального поведения, мы назвали «суицидальное окно». В представленной таблице схема иллюстрирует тот факт, что поведенческие реакции обусловлены действием комплекса психологических факторов: психотравма, адресованная к личностно значимому локусу в системе отношений, вызывает импунитивные, интрапунитивные либо экстрапунитивные реакции. Однако суицидальное поведение возникает только при интра- или экстрапунитивном реагировании (или их сочетаниях) и при направленности этих реакций в суицидальное окно.

Преобладание истинного либо манипуляторного суицидального поведения обозначено графически в виде соотношения ширины секторов «допустимость завершённого суицида» и «допустимость суицидальных манипуляций», включённых в результирующую реакцию на психотравму.

5. В суицидологической литературе отмечается роль агрессии в суицидальном поведении [7]. Суть агрессии не в нанесении вреда другим, а в стремлении к доминированию, подавлению других, изменении их поведения [2]. Суть аутоагрессии, следовательно, необходимо понимать как отказ от доминирования, подчинение.

Совершая демонстративный суицид, субъект отнюдь не аутоагрессивен, а, напротив, агрессивен, поскольку стремится модифицировать поведение лиц, которым адресовано суицидальное поведение. Такое поведение не столько «крик о помощи», сколько требование подчинения. Истинный (монологический) суицид есть проявление аутоагрессии как отказа от доминирования, «активного подчинения» другим или субъективно тяжёлым обстоятельством, смерть воспринимается субъектом не как на-

несение себе вреда, а как избавление от непереносимых страданий. Промежуточные типы суицидального поведения несут в себе сочетания тенденций к доминированию и подчинению имеющих разный удельный вес (или их амбивалентного сосуществования в тех случаях, когда мотивы суицида остаются неясными).

6. По нашим данным [3], средняя частота совершения завершенных суицидов за 1 день в марте-сентябре в 1,6 раза выше, чем таковая в октябре-феврале. (Понятно, что к завершеному суициду, как правило, приводят истинные суицидальные попытки). Анализ мотивов незавершенных суицидальных попыток свидетельствует о доминировании частоты демонстративных суицидальных попыток ($p < 0,05$) в темное время года по сравнению со светлым. Тенденция к учащению истинных суицидов в светлое, а демонстративных — в темное время года отмечена и другими авторами. Механизм влияния гелео-метеорологических факторов на такое сложное социально обусловленное поведение остается труднообъяснимым. Наше исследование позволяет высказать гипотезу о том, что сезонные перестройки организма (преобладание — дефицит медиаторов и других эндогенных психоактивных веществ) влияют непосредственно на физиологическую основу агрессивности — подчинения, а, следовательно, склонности к экстра- либо интрапунитивному реагированию. Такое воздействие на эти компоненты суицидального поведения соответствующим образом модифицируют последнее.

7. Известно, что в 10-30% случаев суицидов эти действия совершаются повторно. Динамика мотивов суицидального поведения при последующих попытках изучена мало.

«Суицидальное развитие» первого вида характеризуется тем, что исходный суицид является истинным или потенциальным, а последующие попытки становятся все более демонстративными вплоть до суицидального шантажа. Такая динамика обусловлена тем, что постсуицидальный период дебютного суицида «играет на повышение» цены жизни субъекта вплоть до избыточной ее стоимости. Данная динамика суицидального поведения присуща девиантным подросткам [6].

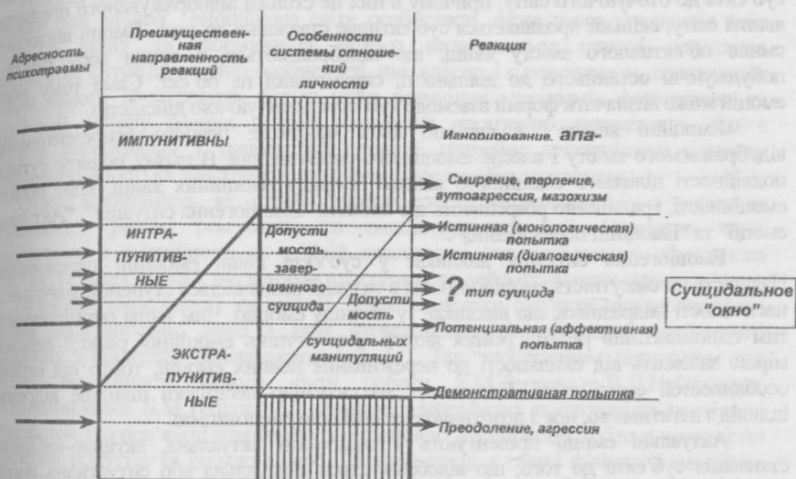
Суицидальное развитие второго вида встречается в старости: после инициального, явно демонстративного суицида, совершивший покушение убеждается, что изменить окружение он не в силах, «его акции падают». Следует потенциальная суицидальная попытка, а при дальнейшем «падении курса жизни» — и, несомненно, истинный суицид.

Возможность суицидальных развитий двух видов подтверждает адекватность понятия «суицидальный континуум» и требует учета возможности динамики суицидальной мотивации при превенции, интервенции и поственции суицидов.

8. Попытки альтернативной постановки вопроса: «Самоубийство — осознанное решение или результат болезненного состояния?» — в некоторых публикациях [5] представляются непродуктивными. Диапазон психического состояния в момент суицида чрезвычайно велик: от ситуативных реакций непатологического уровня до выраженного психоза. Причем различные варианты психического здоровья (акцентуации характера) могут как предрасполагать к самоубийству (сенситивные), так и препятствовать ему (гипертимы). То же следует сказать о психопатологических синдромах: депрессивный бред ведет к высокому суицидальному риску, а мания и слабоумие снижают таковой. Каждый суицидальный акт необходимо анализировать на предмет силы личностно значимой психотравмы, степени девиантности личности суицидента, степени осознанности и ограниченности волеизъявления (в частности, психическим заболеванием).

9. Как принято считать, наибольший суицидальный риск наблюдается при депрессиях. Следует уточнить, что «стержневой» эмоцией суицидального поведения и у антиманиакально психически здоровых и психически больных суицидентов является тревога в «чистом» виде либо как компонент сложных психологических (психопатологических) феноменов: фрустрация, дисфория, тоскливо-тревожная депрессия, кататимный либо персекуторный бред.

КОНТИНУУМ СУИЦИДАЛЬНЫХ ПОПЫТОК, ДРУГИХ РЕАКЦИЙ И УСЛОВИЯ ИХ ВОЗНИКНОВЕНИЯ



Литература:

- Амбрумова А.Г. Психология самоубийства. // Социальная и клиническая психиатрия. — М., 1996. — т. 6, вып. 4, с. 14-19.
- Антонян Ю.М., Гурьдан В.В. Криминальная патопсихология. — М.: Наука, 1991. — 248 с.
- Егоров В.В., Егорова Т.М., Миных Ю.Н. Клинико-психологическое исследование суицидентов, госпитализированных в психиатрический стационар. // Суицидология: теория и практика (збірник наук. статей / За ред. О.М.Морозова, А.П.Чуприкова. — Київ, 1998. — с. 89-91.
- Жабокрицкий С.В. Визначення поняття "самогубство" та його диференціація з іншими випадками смерті: Метод рекомендації. — Київ, 1996. — 18 с.
- Загніборода О.В. Самоубийство — осознанное решение или результат болезненного состояния? // Суицидология: теория и практика (збірник наук. статей/За ред. О.М.Морозова, А.П.Чуприкова. — Київ, 1998. — с. 185-187.
- Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. — Л.: «Медицина», 1977. — 208 с.
- Морозов А.М. Психодинамика суицида. // Суицидология: теория и практика (збірник наук. статей / За ред. О.М.Морозова, А.П.Чуприкова. — Київ, 1998. — с. 5-10.
- Фромм Э. Мужчина и женщина. — М. ООО «Изд-во АСТ», 1998. — с. 129-299.

РОЛЬ ЕМОЦІЙНОСТІ У ПЕРЕЖИВАННІ ПСИХОТРАВМУЮЧИХ СИТУАЦІЙ

Емоційність як одна з фундаментальних характеристик індивідуальності є комплексом індивідуально стійких якостей, що відображають особливості виникнення і протікання емоційних переживань.

Вивчення характеристик емоційності дає можливість пояснити специфіку глобальної взаємодії суб'єкта з дійсністю, адже емоції характеризують ставлення суб'єкта до оточуючого світу, причому в них не стільки відображуваного предмету явища світу, скільки проявляється суб'єктивне ставлення до них. Емоції виражають смисл об'єктивного змісту явищ, що відображаються, з точки зору суб'єкта, побуджуючи останнього до діяльності, спрямованої на об'єкт. Саме тому якість емоцій може визначати форми взаємодії суб'єкта з оточуючою дійсністю.

Емоційні явища є єдністю двох моментів: певного репрезентованого відображаемого змісту і власне емоційного переживання. В цьому полягає сутність подвійності цілісного емоційного явища. В ряду емоційних явищ, крім поняття емоційності, традиційно розрізняють ще поняття "Емоціогенна ситуація", "Актуальні емоції" та "Емоційні переживання".

Емоціогенна ситуація викликає у суб'єкта певні емоційні переживання. Наявність чи відсутність емоціогенності в ситуації визначається ступенем значущості, насиченості подразника, що викликає ту чи іншу емоцію. Чим вища емоціогенність, тим одноманітніші реакції різних людей. Але ступінь емоційної реакції великою мірою залежить від схильності до переживання певних емоцій, тобто від стійких особливостей емоційності. Наприклад, на ситуацію небезпеки швидше відреагує індивід з негативною, ніж з позитивною емоційною диспозицією.

Актуальні емоції презентують у свідомості актуальне, активно-вибіркове ставлення суб'єкта до того, що відображується. Актуальна або ситуативна емоція (тобто актуальна емоційна реакція, що виникла у певній ситуації) реалізується в емоційних переживаннях і станах.

Стійка схильність до переживань емоцій певної модальності, що характеризує тип емоційності, впливає на вихідний рівень, "порог" емоційної чутливості, на фоні якого розгортаються актуальні (ситуативні) емоційні переживання, що виникають в процесі життя при мінливих умовах середовища. Актуальні емоційні переживання при частому та тривалому повторенні закріплюються і, в свою чергу, можуть переходити у стійкі стани, певною мірою підтверджуючи або маскуючи вихідну індивідуальну структуру емоційності.

Одним з найважливіших з перелічених положень для даного дослідження є поєднання категорій стану та переживання, що описане Кириленко Т.С., адже саме ця єдність є основою розуміння суті психічної травми.

Переживання виразно представляють психічну реальність як мінливий внутрішній досвід особистості і через переживання людина як суб'єкт оцінює значущість того чи іншого факту.

Категорія ж стану аналізується через співвідношення понять сталості і зміни, а чому розкривається суперечливість психічного відображення.

Найбільш яскраво ця суперечливість виявляється саме в емоційній формі відображення як відображення ставлення суб'єкта до світу як зовнішнього, так і

внутрішнього, і тому ставлення людини, зокрема, до власних психічних явищ пов'язане з закріпленням сталості певної цілісності і водночас протікання змін у психічному відображенні зовнішнього світу.

В умовах травматичних ситуацій, що можуть спричинити розвиток психологічної травми, ця суперечливість розкривається через переживання усталеного цілого і спрямованість динамічного вектора активності стану на виникнення (формування) нового, іншого стану [1].

Отже, в психічній травмі як формі переживання відображається значимість травматичних факторів для особистості, а як у формі психічного стану - ставлення до власних психічних явищ і до тих змін, що в них відбуваються.

Розгляд психічної травми особистості як єдності переживань і стану є необхідним для аналізу емоційного світу особистості, адже через поєднання змін психічного стану та формування нового визначаються шляхи подолання травматичних ситуацій в житті особистості, що, власне, і є результатом, практичним виходом даного дослідження. Більш чітке розуміння механізмів формування та детермінації вибору певних шляхів подолання негативних переживань, що є результатом перебування у травмуючій ситуації, потребує детальнішого розгляду природи емоційності як властивості, що обумовлює перебіг переживань.

Отже, емоційність як стійка властивість індивідуальності є вихідним (визначальним) рівнем реагування на емоціогенні ситуації. Очевидно, саме властивостями в емоційності як стійкій властивості індивідуальності обумовлена наявність актуальних емоцій, що виникають у різних людей в однакових ситуаціях.

Значення емоційності як стійкої характеристики суб'єкта підкреслювалося багатьма дослідниками, деякі з яких ототожнювали індивідуальні особливості емоційності з поняттям темпераменту [2, 5]. Так, теоретичним підґрунтям для вивчення емоційності можуть бути роботи Б.М.Теплова, В.Д.Небиліцина, А.Е.Ольшаннікової. Б.М.Теплов [5] визначав темперамент як сукупність психічних особливостей, що пов'язані перш за все з емоційною збудливістю, тобто зі швидкістю виникнення почуттів та їхньою силою. Пізніше праці в галузі фізіології емоцій та психології онтогенетичного розвитку дозволили В.Д.Небиліцину та А.Е.Ольшанніковій виділити такі стійкі емоційні характеристики як якість основних емоцій та змістовні особливості. Таким чином, емоційність як одна з найважливіших характеристик індивідуальності є комплексом властивостей, що містить: 1) динамічно-динамічні параметри емоційних переживань (силу, інтенсивність, швидкість протікання і зміни) та експресивність (зовнішній вияв емоцій); 2) якісні характеристики, що несуть інформацію про модальність та знак емоційного переживання; 3) змістовні характеристики емоційності (містяться у самому об'єкті).

Найважливішими серед усіх параметрів рядом авторів [3, 4] визнаються якісні особливості емоційності (модальність), оскільки саме в них відображена психологічна сутність емоцій - ставлення до відображуваного. Крім того, оскільки емоційність відображає формально-динамічний аспект і як універсальна характеристика індивідуальності проявляється у всіх її сферах, її можна розглядати як системостворюючу якість в структурі особистості.

Враховуючи існуючі підходи до дослідження структури особистості (Л.А.Анан'єв, Л.С.Виготський, Г.С.Костюк, С.Л.Рубінштейн) для вивчення місця емоційності в цій структурі ми використовуємо модель, що її запропонувала Л.П.Санікіна. Особистість розглядається як макросистема, що створена з взаємодіючих підсистем зі специфічними характеристиками і де виділяються такі

рівні: 1) формально-динамічний; 2) змістовно-особистісний; 3) соціально-імперативний [4]. До першого рівня відносяться сукупність усіх властивостей динаміки протікання психічних явищ та індивідні властивості конституціонального характеру, другий рівень включає власне особистісні властивості (спрямованість, мотиваційна сфера і т.п.), третій рівень - характеристики, що відображають уявлення особистості про суспільство, мораль, норми, культуру, знання і саму мораль особистості. Саме через третій рівень відбувається взаємодія особистості як відкритої системи з оточуючим світом.

Процес індивідуального становлення особистості поєднує в собі риси перервності та безперервності у вирішенні протиріч, що виникають на різних структурних рівнях при порушенні рівноваги між зростаючими вимогами оточуючого світу та реальними можливостями особистості. Вирішення протиріч є або конструктивним, таким, що сприяє розвитку особистості, або деструктивним. Позитивному вирішенню сприяє: 1) на соціально-імперативному рівні - набуття знань про особливості взаємодії зі складними життєвими ситуаціями; 2) на змістовно-особистісному - формування відповідної мотивації та інших важливих якостей; 3) на формально-динамічному - формування індивідуального стилю життєдіяльності. Цей процес може регулюватися як свідомо, так і неусвідомлено.

Це дозволяє нам зробити припущення про те, що емоційність як риса особистості, що формується на певний момент психічного розвитку під впливом як біологічних, так і соціальних факторів, не лише селективно впливає на формування формально-динамічних, змістовно-особистісних і соціально-імперативних характеристик особистості, але й визначає певні межі та діапазон реакцій індивіда на оточуючу дійсність, що найбільш яскраво проявляється при перебуванні у напружених ситуаціях, що потенційно містять передумови для розвитку психологічної травми.

Нами проведено дослідження на матеріалі спортивної та учбової діяльності, що спрямоване на виявлення зв'язку між типом емоційності та особливостями переживання травматичних ситуацій, де брали участь молоді люди віком від 18 до 25 років. Для виявлення вказаних особливостей переживання була розроблена спеціальна анкета, а також використані методика О.П.Саннікової для визначення типу емоційності, особистісні опитувальники та методики для вивчення особливостей емоційної сфери.

На основі викладених теоретичних положень та виявлених емпіричних тенденцій можуть бути намічені шляхи розробки учбових семінарів, тренінгових занять по виявленню змістовних особливостей травматичних переживань особистості, а також комплексів психокорекційних заходів, що сприяли б формуванню та вибору ефективних шляхів подолання травмуючих ситуацій.

Література:

1. Кириленко Т.С. Проблемність переживання травматичних ситуацій // Вісник Київського університету імені Тараса Шевченка. Соціологія. Психологія. Педагогіка. - К., 1998. - Вип. 5
2. Небылицын В.Д. Темперамент // Психофизиологические исследования индивидуальных различий. - М., 1976
3. Опышанникова А.Е. К психологической диагностике эмоциональности // Проблемы общей, возрастной и педагогической психологии. - М., 1978
4. Санникова О.П. Эмоциональность в структуре личности. - Одесса, 1995
5. Теплов Б.М. Избранные труды. - М., 1985. - Т.2

ОСОБЕННОСТИ МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЙ ПОДРОСТКОВ С ЛЕГКОЙ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ

Проблема умственной отсталости привлекала и привлекает внимание медиков, психологов, педагогов и криминологов прежде всего в 3-х ее аспектах:

- в аспекте ранней диагностики умственной отсталости и своевременной, адекватной ее терапии;
- в аспекте обучения, воспитания и социализации детей с данной патологией;
- в аспекте предупреждения преступности среди лиц с умственной отсталостью.

В рамках третьего направления, интенсивно разрабатываемого в последние годы криминальной психопатологией, можно выделить несколько основных задач, одной из которых является изучение причин возникновения нарушений поведения, в том числе преступного, у олигофренов [1]. Анализ литературы показывает, что существует несколько точек зрения по данному вопросу [4, 5].

Одни исследователи ведущее значение в возникновении нарушений поведения у лиц, страдающих олигофренией, придают именно интеллектуальному недоразвитию, в частности слабости критики, отсутствию интеллектуального контроля над поведением, трудностям адаптации к переменам, требующим интеллектуальной гибкости и прочее.

Другие исследователи ставят акцент на психогенном происхождении нарушений поведения при олигофрении, указывая на большую чувствительность таких лиц к психотравмирующей ситуации. В рамках этого направления такие формы поведения, как воровство, повышенная сексуальность, рассматриваются как психогенные компенсаторные реакции.

Третья группа исследователей сводит нарушения поведения к органической неполноценности самой нервной системы.

В работах современных авторов, посвященных анализу криминогенной роли олигофрении, показано, что интеллектуальное снижение олигофренов, проявляющееся в скудном запасе знаний, неспособности к абстрактному мышлению, дефектах речи, внешнем облике, манере вести себя, существенно ограничивает их социальные психологические контакты, нередко вызывая озлобленность и замкнутость. Окружающий мир воспринимается ими как непонятный, враждебный (часто в силу реально существующего отношения к ним окружающих). В результате у больных формируется психологическая дистанция между ними и социальной средой, что, с одной стороны, выполняет функцию психологической защиты, а с другой стороны, затрудняет усвоение и аккумуляцию социального опыта, подавляет его регулирующие функции, способствует нарушениям интеллектуального и волевого самоконтроля, детерминирует конфликты с внешним миром. При этом указывается на отчужденность как ведущее личностное свойство лиц, страдающих умственной отсталостью [1, 2].

По мнению ряда авторов, процесс формирования отчужденности как свойства личности при олигофрении наиболее интенсивен в подростковом возрасте, что обусловлено специфическими психологическими особенностями данного возрастного этапа. Однако, специальные исследования по данной проблеме практически отсутствуют.

Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей межличностных отношений подростков с легкой степенью умственной отсталости (дебильностью). В данных тезисах представлены результаты первого этапа исследования.

Было обследовано 20 подростков 14-16 лет обоего пола, учащихся 7-8 классов вспомогательной школы-интерната № 3 г. Харькова. Все испытуемые имели объективный диагноз «олигофрения в степени дебильности». Академическая успеваемость подростков в целом характеризовалась как достаточно хорошая (в рамках программы вспомогательной школы).

Психодиагностическое исследование проводилось с использованием следующего методического инструментария:

- цветового теста отношений (ЦТО) А.М.Эткинда, предназначенного для изучения эмоциональных компонентов отношений человека и отражающего как сознательный, так и неосознаваемый уровни отношений [6]. В качестве стимулов цветовые ассоциации использовались следующие понятия: мама, папа, брат, сестра, бабушка, дедушка, друг, враг, учительница, я сам, мое настроение дома, мое настроение в школе, каким я хочу стать (мое будущее), одноклассники, подростки противоположного пола, друг (подруга) противоположного пола;
- методики Рене Жиля, позволяющей объективизировать как конкретно-личностные отношения подростка с другими людьми, так и особенности личности самого подростка [3].

Результаты исследования.

Анализ сопоставления цветов, ассоциируемых с предъявленными подросткам понятиями и их рангов в раскладе по предпочтению (метод ЦТО) позволил выделить средние ранги данных понятий (лиц). Минимальные ранги имели такие понятия как «Я» (1,09), «мама» (2,06), «будущее» (2,73), «мое настроение в школе» (3,26), «одноклассники» (3,35), «мое настроение дома» (3,4). Это свидетельствует об эмоционально положительном отношении испытуемых к вышеперечисленным лицам, эмоциональном их принятии. Восприятие подростками данного социального окружения можно оценить как благоприятное. Негативные отношения и эмоциональное отвержение регистрируется к таким людям как: «сестра» (4,4), «дедушка» (4,5), «друг» (4,6), «бабушка» (4,78), «враг» (6,36).

Аналогичные результаты получены и по методике Рене Жиля. Наиболее благоприятное отношение выявляется по отношению к матери (60% ответов с явным к ней приближением). Минимальный выбор ответов зафиксирован к таким членам семьи как, отец (15%), бабушка и дедушка (0%), а также к семье как к родительской чете (20%). Эти данные свидетельствуют о конфликтном восприятии собственной семьи по типу: мать - хорошая, отец - негативный, семья в целом вызывает чувство эмоциональной отверженности. Напротив, отношения в школе и, прежде всего с одноклассниками, воспринимаются испытуемыми как доброжелательные. При этом подростки не считают себя отгороженными, отчужденными. В данной социальной среде, которую мы можем обозначить как искусственно созданную специально для этой категории детей, они чувствуют себя комфортно, проявляются такие качества как активность, общительность, социальная адаптивность. Естественная же социальная среда воспринимается ими конфликтно. Так, указывая на наличие друзей вне школы, подростки выбирают для них цвета со сравнительно большим средним рангом (4,6), по сравнению с цветом, включающим активность и агрессию и занимающим в ряду по предпочтению одно из последних мест наряду с понятием «враг» (6,36).

Таким образом, межличностные отношения подростков с легкой умственной отсталостью достаточно противоречивы. С одной стороны, они комфортны в искусственном социальном окружении (среди равных), с другой стороны, конфликтны в есте-

ственном социуме. Благоприятный прогноз их социальной адаптации представляется достаточно проблематичным.

Литература:

1. Антонян Ю.М., Бородин С.В. Преступность и психические аномалии. - М.: Наука, 1987.
2. Антонян Ю.М., Гульдан В.В. Криминальная психопатология. - М.: Наука, 1991.
3. Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М. Словарь-справочник по психологической диагностике. - СПб.: Питер Ком, 1999.
4. Лебединская К.С., Райская М.М., Грибанова Г.В. Подростки с нарушениями в аффективной сфере. - М.: Педагогика, 1988.
5. Лебединский В.В. Нарушения психического развития у детей. - М.: МГУ, 1985.
6. Цветовой тест отношений: Методические рекомендации. - Сост. Е.Ф.Бакин, А.М.Эткинд. - Ленинград, 1985.

Т.Г. Журавлева, Харьков

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ СИМПТОМОКОМПЛЕКСА МУСКУЛИННОСТИ-ФЕМИНИННОСТИ У МАЛЬЧИКОВ-ПОДРОСТКОВ ИЗ «НЕБЛАГОПОЛУЧНЫХ СЕМЕЙ»

Проблемы подрастающего поколения, всегда бывшие предметом пристального внимания ученых и педагогов-практиков, в настоящее время становятся особенно актуальными. Ведь произошедшие в Украине изменения общественно-политической и экономической ситуации имеют неоднозначные последствия. Это проявляется в частности, в смещении ценностных ориентаций общества, нарушении исконно присущих украинскому менталитету этических традиций семейного воспитания, что приводит к снижению общей культуры молодежи, в том числе культуры бытового поведения.

А нарушения поведения, его неадекватность, проявляющиеся в отношениях со взрослыми и с ровесниками, становясь привычным стереотипом, дают основания для одной из следующих характеристик подростка: «недисциплинированный», «проблемный», «трудный», «трудновоспитуемый», «педагогически запущенный», «с отклонениями /асоциальным/ поведением» и т.п. [2-4]. Отметим, что указанные термины обозначают практически одну и ту же психологическую реальность и изначально не отличаются четкой семантической дифференцированностью.

Целью настоящего исследования является изучение структурных и функциональных особенностей симптомокомплекса маскулинности-фемининности у «проблемных» подростков из так называемых «неблагополучных» семей. При этом понятием «неблагополучные» мы обозначаем дисфункциональные полные семьи, т.е. семьи, в которых: а) нет близкого эмоционального контакта ребенка с родителями; б) отсутствуют близкие эмоциональные контакты между супругами; в) отношения между членами семьи характеризуются наличием частых ссор и конфликтов. Подростков же из таких семей, не имеющих выраженных психосоматических расстройств и патологических реакций, но регулярно проявляющих в поведении такие черты, как неадекватность, безответственность, агрессивность, конфликтность, негативизм, мы характеризуем как «проблемных».

Таким образом, исследовательскую выборку составили 20 подростков мужского пола из дисфункциональных полных семей /ДПС/ в возрасте 14-15 лет. В контрольную группу вошли соответственно мальчики-подростки того же возраста из

функциональных полных семей /ФПС/. Выявление соответствия семей подростков указанным выше критериям функциональности осуществлялось при помощи беседы и на основе результатов проективных рисуночных тестов «Рисунок семьи» и «Рисунок несуществующего животного».

Методики исследования: проективные рисуночные тесты («Рисунок семьи» и «Рисунок несуществующего животного»), полоролевая АСЛ-шкала А.В. Нейлун [5], опросник Басса-Дарки, опросник диагностики тревожности Ч. Спилбергера – Ю. Ханина, опросник уровня субъективного контроля Е.Ф. Бажина, Е.А. Голынкиной, А.М. Этקיнда, методика диагностики стилей реагирования на конфликт Томаса-Килмана, опросники диагностики потребности в одобрении и склонности к риску, опросник изучения эмпатии И.М. Юсупова, опросник изучения мотивации достижений А. Меграбяна [1].

Результаты исследования.

С целью выявления функциональной структуры симптомокомплекса маскулинности-фемининности проведен корреляционный анализ полученных данных, результаты которого представлены в таблицах 1 и 2.

Результаты корреляционного анализа в группе мальчиков-подростков из ФПС (Кендалла при $p < 0,05$).

	МЯ	МЯ+	МО	ММ	ФЯ	ФЯ+	ФО	ФМ
Р	0,50406	0,52688	0,33781	0,48795	0,41509	0,42783	0,32396	-
ИМ	0,41874	0,49452	0,35510	0,35510	0,40329	-	-	0,35230
ИП	-	-	-	-	-	-	0,35076	-
ИЗ	-	-	-	-	0,32672	0,31776	0,32672	-
ОА	-	-	-0,38704	-	-	-	-	-
КА	-	-	-	-	-	-	-	-0,35514
ФА	-	-0,42203	-	-	-	-	-0,3594	-0,37801
ВА	-	-	-0,37819	-	-	-	-	-
ЛТ	-0,35816	-0,34981	-	-	-	-	-	-
МД	-	0,37433	-	-	-	-	-	-
ИЗБ	-	-0,37578	-	-	-	-	-	-
ЭМ	-	-	-	-	-	-	-	0,38901

Таблица 2

Результаты корреляционного анализа в группе мальчиков-подростков из ДПС (т Кендалла при $p < 0,05$).

	МЯ	МЯ+	МО	ММ	ФЯ	ФЯ+	ФО	ФМ
ЛТ	-	-0,42204612	-	-	-	-	-	-
ИМ	-	-	-	-	-	0,33697181	-	-
ВРЖ	-	-	-	-	-0,34304326	-	-	-
ОБ	-0,45227679	-	-	-	-0,4415569	-	-	-
РЗД	-	-	-	-	-0,32536917	-	-	-
СОТ	-	-	-	-	0,39237204	-	-	-
ИЗБ	-	-	-	-	0,33220484	-	-	-
ЭМ	-0,32885173	-	-	-	-	-	-	-

Примечание. В таблицах использованы следующие сокращения: МЯ – реальная маскулинность, МЯ+ – идеальная маскулинность, МО – маскулинность отца, ММ – маскулинность матери, ФЯ – реальная фемининность, ФЯ+ – идеальная фемининность, ФО – фемининность отца, ФМ – фемининность матери, Р – склонность к риску, ИМ – межличностная интернальность, ИП – производственная интернальность, ИЗ – интернальность здоровья, ОА – общая агрессия, КА – косвенная агрессия, ФА – физическая агрессия, ВА – вербальная агрессия, ВРЖ – враждебность, ОБ – обиды, РЗД – раздражительность, СОТ – личностная тревожность, МД – мотивация достижений, СОТ – сотрудничество, ИЗБ – избегание, ЭМ – эмпатия.

Как видим, образования реальной маскулинности и идеал-маскулинности в указанных группах функционально неэквивалентны. Реальная маскулинность (на уровне «Я»-концепции) для мальчиков-подростков из ФПС предполагает склонность к риску, интернальность в области межличностных отношений и отсутствие личностной предрасположенности. Маскулинная же «Я»-концепция мальчиков-подростков из ДПС отличается тем, что МЯ определяется ими чисто негативно (каким быть не следует) как отсутствие обиды и эмпатии.

В свою очередь, идеал маскулинности для мальчиков-подростков из ФПС связан с наличием склонности к риску, интернальности в области межличностных отношений, мотивации достижений и отсутствием физической агрессии и избегания как способа реагирования на конфликт. Иными словами, их маскулинная «Я»-концепция соотносится с социальной нормой. Действительно, идеальный мужчина, согласно традиционным представлениям, – это мужчина, который берет на себя ответственность за количество контактов с другими людьми, имеет высокую мотивацию достижений, не боится риска и не считает, что лучший способ решения разного рода проблем и конфликтов – избегать их вообще. Единственное отличие от традиционной трактовки маскулинности – это отсутствие в образе идеального мужчины физической агрессии. Очевидно, в ФПС мужчины (отцы) предпочитают другие, неагрессивные, способы решения конфликтных ситуаций и приучают к этому своих сыновей. В группе же мальчиков-подростков из ДПС идеальная маскулинность, также, как и актуальная, определяется негативно: быть идеальным мужчиной – значит быть нетревожным. Следует также отметить несовпадение в их представлениях актуальных и идеальных образцов маскулинности, их диссоциированность.

Возможно, выявленная функциональная неэквивалентность маскулинных образований у мальчиков-подростков из ФПС и ДПС может быть объяснена тем, что в семьях с эмоционально неблагоприятным климатом, отсутствием единства и взаимопонимания мальчики не чувствуют тепла и принятия, не ощущают себя в безопасности и не видят объекта для подражания.

Косвенным подтверждением этому может служить несформированность у них личностных представлений как о маскулинности отца, так и о маскулинности матери. Для подростков из ФПС и отца, и мать воспринимают как либидинальные объекты, не несущие опасности и не способствующие фрустрации, то в группе подростков из ДПС отсутствовало место существенные проблемы полоролевой идентификации с обоими родителями.

Аналогичная ситуация наблюдается и в отношении фемининных образований полоролевой «Я»-концепции подростков.

Для мальчиков из ФПС реальная фемининность включает склонность к риску, интернальность в области межличностных отношений и интернальность здоровья и практически совпадает с идеал-фемининностью. Такое понимание опять-таки соответствует традиционным социальным нормативам, согласно которым женственность предполагает наличие женской зрелости, ответственности за здоровье ребенка и качество контакта с ним, готовности к самопожертвованию и совершению рискованных поступков ради благополучия и счастья близких.

Подростки же из ДПС реальную фемининность на уровне «Я»-концепции определяют негативно: женщина не должна проявлять враждебность, обиду и раздражительность. (Очевидно, именно с этими невротическими по своей сути качествами им приходится чаще всего встречаться в собственных семьях.) Отметим, что отсутствие обиды является в их представлениях и маскулинной чертой, т.е. можно говорить о не-

которой недифференцированности полоролевой концепции мальчиков-подростков и ДПС.

Интересным представляется также тот факт, что мальчики из ФПС из образа идеальной женщины изъяли такое качество, как интернальность в области межличностных отношений, а мальчики из ДПС, наоборот, выделяют его как основное и существенное качество идеал-фемининности. Очевидно, объяснить это можно тем, что в ФПС мальчиков воспитывают в духе традиционного понимания роли и места мужчины в семье и в обществе, в духе ответственности, и именно такой стиль взаимоотношений они могут постоянно наблюдать. А в ДПС семейные роли запутаны, мальчики не могут четко различать мужское и женское поведение, не готовы правильно строить отношения с другими людьми и принимать ответственность за наличие проблем в общении с ними на себя. Поэтому им проще, удобнее и привычнее передать эту ответственность в женские руки, тем более, что и в школе подавляющее большинство учителей – женщины. Косвенным подтверждением сказанному выше может служить и то, что подростки из ДПС не называют ни одной фемининной черты матери, зато фемининными чертами отца считают наличие сотрудничества и избегания как ведущих стилей поведения и решения конфликтных ситуаций. Подростки же из ФПС характеризуют фемининный образ отца через такие качества, как интернальность, склонность к риску и отсутствие физической агрессии, а фемининный образ матери – через отсутствие агрессивности, некоторую мечтательность и ИМ. Иными словами, фемининные образы родителей в представлениях мальчиков-подростков из ФПС достаточно зрелы и непротиворечивы, а представления о них у мальчиков-подростков из ДПС не сформированы либо несут оттенок невротичности, что дает основания утверждать, что фемининность в двух рассматриваемых группах также функционально неэквивалентна.

Таким образом, рассмотренные структурные компоненты симптомокомплекса маскулинности-фемининности у подростков, воспитывающихся в полных функциональных и полных дисфункциональных семьях, функционально неэквивалентны. В последних имеет место проблема идентификации мальчиков-подростков с отцом и матерью, которая, возможно, способствует и формированию «проблемности» их поведения и личностных особенностей.

Литература:

1. Бурлачук Л.Ф., Савченко Е.П. Психодиагностика. К., 1995.
2. Диагностика педагогической запущенности учащихся / Под ред. А.С. Белкина. Свердловск, 1979.
3. Кочетов А.И., Верцинская И.Н. Работа с трудными детьми. М., 1986.
4. Прихожан А.М., Толстых Н.Н. Выделение категории «трудных» детей // Рабочая книга школьного психолога. М., 1991. – С. 163-179.
5. Heilbrun A.B. Human sex role behavior. New York, 1981.

Д.И. Иванов, Симферополь

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ФОНОВЫХ УСЛОВИЙ МЕЖПОКОЛЕННЫХ СЕМЕЙНЫХ ТРАНСМИССИЙ

Проблема детско-родительского взаимодействия, восприятия и ассимиляции прогрессирующей психикой ребёнка интроектов родительского воспитания занимает одно из центральных мест в различных направлениях, парадигмах и школах психоло-

гии. Однако актуальность выделенной проблематики в настоящий момент не является дискуссионной.

Данная работа посвящена исследованию процесса детско-родительских отношений в парадигме глубинной психологии. При этом наша задача заключается в том, чтобы через *деактуализацию* видимых противоречий в среде психоаналитических школ и парадигм выработать обобщённую точку зрения на *системный* характер бесконечных механизмов процесса взаимодействия детей и родителей. Эта точка зрения предполагает рассмотрение детско-родительского взаимодействия в качестве *дуального процесса отношений к объекту*, в основании которого лежит бессознательная мотивационно-потребностная сфера детей и родителей (воспитателей), структурирующая и организующая пространство отношений. Данный подход предполагает трансформацию, с учётом вклада различных психоаналитических школ, опирающегося на фрейдовскую концепцию влечения представления об *объекте* и *объектных отношениях*.

В таком случае в качестве основания выбирается Фрейдовская теория структуры влечений, поскольку в ней заложены первые психоаналитические представления об объекте и его роли в жизни ребёнка (вернее жизни и «судьбе» бессознательных влечений детской психики). (см. 2 и 3) Исходя из представления о влечениях и их типах, Фрейд говорит об объекте как о том, в чём или посредством чего влечение может быть удовлетворено, поскольку желание опредмечивается в объекте и является первичным отношением к нему. (см.2 и 3) Т.е. здесь идёт речь о субъективной интенции взаимодействия с объектом, предопределённой динамикой инстинктивных процессов в бессознательном ребёнка. Именно бессознательные желания и фантазии ребёнка, направленные на родителей, могут, по мнению Фрейда, придать характер травмирующего нейтрального отношения с объектом, оставляя при этом в детской душе след драматических переживаний «опыта» взаимодействия с родителями. Поэтому в рамках фрейдовской теории вернее говорить о *субъективном* выборе объекта, *субъективном* переживании утраты объекта и т.д., а не о дуальных, то есть учитывающих реальный исход со стороны субъекта и объекта, отношениях.

Ситуация, в которой внимание аналитика преимущественно направлено на анализ процессов, принадлежащих отдельно, изолированному от реального (не ограниченного сферой фантазмов и аффектов) взаимодействия индивиду изменяется, когда в психоаналитическую теорию и практику, благодаря работам М. Кляйн, Х. Ганнана, Д.В. Винникотта, М. Маллера, Э. Якобсона, О.Ф. Кернберга, Д. Боулби и др., входит представление об объектном отношении в качестве феномена, модифицирующего динамику субъективных психических процессов. Такой подход даёт больше оснований говорить о *взаимозависимости* субъектов взаимодействия (детей и родителей), поскольку, согласно утверждению М. Кляйн, «объекты в некоторой степени становятся представителями Эго» (1, стр.70) в качестве фантазматически изменённых образов реальных объектов, с которыми взаимодействует ребёнок.

Примерно на том же основании строится теория Д.В. Винникотта, обогатившая психоанализ концепцией «истинного» и «ложного Я», формируемого в процессе взаимодействия ребёнка с матерью. Значительно дополняет концепцию объектных отношений теория «сепарации-индивидуации», предложенная М. Маллер, и выводы других авторов.

Однако большинство теорий, принадлежащих парадигме объектных отношений, разделяют высказанную М. Кляйн гипотезу (что по сути сближает многих представителей школы объектных отношений с ортодоксальной психоаналитической позицией), согласно которой объектное отношение инициируется первыми пережива-

ниями ребёнка и оформляется его бессознательной мотивационно-потребностной сферой. То есть субъективные психические процессы, относящиеся к душевной сфере ребёнка, рассматриваются в качестве источника отношений. Следовательно, психическая практика, основанная на таких теоретических положениях, главным образом ориентирована на анализ бессознательной мотивационно-потребностной сферы ребёнка, признавая за родителями роль косвенных участников взаимодействия.

Центральная гипотеза настоящего исследования строится на основании анализа перечисленных теорий. При этом мы убеждены, что поиск причины конфликта между констелляцией родительских образов и самостоятельностью ребёнка, между проявлениями либидо и вытеснением (и всей совокупности связанных с этим феноменов) возможно ограничивать анализом душевного мира ребёнка. Необходимо понять какую роль в указанных процессах играют родители (реальные объекты) и их ассимилированные образы. Ведущую роль в этом играют *фоновые условия*, складывающиеся в ситуации детско-родительского взаимодействия.

Под фоновыми условиями родительского воздействия мы понимаем совокупность не реализованных (фрустрированных на одном из этапов развития) желаний и потребностей, которые достигают своей реализации (на символическом уровне) в объединении с бессознательным ребёнком. В связи с этим необходимо ответить на вопрос, в каком случае или почему фрустрированная сексуальность или не прожитая родителями жизнь становится частью душевного мира ребёнка. То есть мы задаёмся вопросом о механизмах *трансмиссии* (передачи из поколения в поколение) аффективных комплексных образований и патологических паттернов взаимодействия с окружающим миром, связанных с не реализованными родительскими надеждами и ожиданиями.

При этом анализ мотивационно-потребностной сферы ребёнка (источников структуры влечений и аффектов направленных на родителей) позволяет понять природу установки прогрессирующей психики ребёнка на восприятие феноменов родительского воздействия. Это анализ одной из составляющих фоновых условий родительского воздействия, поскольку прогрессирующая психика ребёнка рассматривает родителей в качестве объекта реализации или удовлетворения собственных желаний и потребностей (по Фрейду это опредмечивание в объекте бессознательного желания). Такая интенция детской психики определена первичным для психического аппарата принципом наслаждения. (см. 3) Однако в процессе объектного взаимодействия, обусловленного стремлением реализовать опредмеченные в объекте желания, ребёнок сталкивается с невозможностью прямой и немедленной реализации части из них. Таким образом через родителей (поскольку желание опредмечено в них и они же одновременно являются источником запрета) в жизнь ребёнка входит принцип реальности, вынуждающий подчинять собственные желания и потребности требованиям функции реального, в понимании П. Жана, либо искать возможность их символической реализации в игровой или проективной деятельности, отодвигающей на второй план принцип реальности и его функции. Перечисленные формы взаимодействия ребёнка с окружающим миром релевантны для детской психики в силу того, что присутствующие в них косвенным образом функция реального не требует от ребёнка подчинения потребности и её мотива требованию получения *нормативно одобренного* результата. Это конечная цель без цели, действие разворачивающееся по собственным законам, основанное главным образом на принципе наслаждения (по крайней мере здесь не так очевиден контраст между принципом наслаждения и принципом реальности). Следовательно, это адекватная форма символического удовлетворения фрустрированных потребностей, либо ритуальных способов разрядки напряжения, связанного с

травмирующим сознание ожиданием (предчувствием) наказания за реализацию либидинозных потребностей. Одновременно мы рассматриваем игровую, проективную деятельность и восприятие сказок как область, в которой активизируются фоновые условия родительского воздействия во-первых потому, что ни одна из этих форм взаимодействия с миром не может сложиться без активного участия в них родителей (воспитателей) и во-вторых в силу того, что в этой области родители, в качестве объектов желаний, становятся более доступными ребёнку и менее травмирующим становятся табу на инцест. Именно здесь складываются благоприятные условия для ассимиляции родительских образов. Однако мы не можем ограничиться изучением роли родителей как объектов желаний и одновременно источников фрустрации. Выдвигаемый в данной работе принцип *дуальности* объектных отношений требует признания и рассмотрения того факта, что ребёнок может выступать в роли *объекта* бессознательных желаний родителей. Это составляет вторую часть анализа фоновых условий детско-родительского взаимодействия. Ответы родителей на адресованный им вопрос о том, почему и во что (в какие игры с какими сюжетами и ролями) они играют с детьми, почему и какие сказки они рассказывают детям позволяют укрепиться этой точке зрения. Многообразие ответов сводится к единому утверждению: *мы играем в любимые игры или рассказываем любимые сказки потому, что этого хотим*. Следовательно, предметом анализа должна стать бессознательная мотивационно-потребностная сфера родителей, реализуемая в объектном отношении с ребёнком.

Психика взрослого человека, в силу большей чем у ребёнка развитости сдерживающих и контролирующих функций Эго, в большей степени вынуждена подчинять бессознательные мотивы и потребности принципу реальности. Конфликт между принципом реальности и принципом наслаждения будет тем более острым, чем больше в бессознательном взрослого человека неотреагированных комплексов, связанных с фрустрированными сексуальными потребностями или не сбывшимися надеждами, связанными с организацией собственной жизни. Ситуация складывается следующим образом: принцип наслаждения требует реализации (удовлетворения) этих потребностей, причём в соответствии с функцией реального, требующей получения *нормативно одобренного* результата, а столкновение с принципом реальности демонстрирует невозможность прямого удовлетворения опредмеченных в объекте потребностей. В такой ситуации движимая принципом наслаждения психика взрослого человека *регрессирует* на уровень не предъявляющий жёстких требований со стороны функции реального, следовательно не так остро будет переживаться конфликт между двумя ведущими принципами психической жизни.

Взрослый, аналогично ребёнку, совместно с ребёнком в деятельности, отодвигающей на второй план функцию реального и её требования, в символической форме достигает реализации выраженных в объекте (ребёнке) фрустрированных потребностей. Зачастую бессознательной надеждой на реализацию объективированных в ребёнке потребностей, по нашему мнению, определяется на первый взгляд сознательный выбор родителями сюжетов и правил игры, мотивов рассказываемых ребёнку сказок и т.д. Мы играем с ребёнком потому, что *хотим* (хотим, почувствовав себя ребёнком, реализовать то, что фрустрировано условиями и требованиями нормативной деятельности), при этом символически реализуем часть наших бессознательных потребностей, которые в силу актуальных для детской психики механизмов интроективной и проективной идентификации становятся желаниями и потребностями ребёнка. Ассимиляция родительских образов, сопровождающаяся интроекцией объективированного в ребёнке родительского желания, есть то, что в данном исследовании определяется в качестве *ментальных трансмиссий*.

Описанный механизм распространяется не только на сферу не реализованной (фрустрированной) сексуальности в сфере супружеского взаимодействия. Идентификация ребёнка с желанием родителей выражает суть разнообразных в основаниях и проявлениях межпоколенческих семейных трансмиссий, когда из поколения в поколение передаются *ментальные комплексные образования*, ограничивающие сферу собственной активности ребёнка, либо задающие интенцию в формировании и реализации собственных мотивов и потребностей.

Психоаналитическая точка зрения в данном случае раскрывает лишь один аспект многоуровневого процесса детско-родительского взаимодействия. И позволяет сделать вывод: всякому взрослому, ставшему однажды отцом или матерью, необходима постоянная внутренняя работа, направленная на осознание и отреагирование бессознательных симптомокомплексов, чтобы последние не могли, используя фоновые условия, стать конфликтами детской души.

Литература:

1. Психоанализ в развитии/сост. А. П. Поршенко, И. Ю. Романов.- Ек., 1998.
2. Фрейд З. Основные психоаналитические теории в психоанализе.- СПб., 1998.
3. Фрейд З. "Я" и "Оно".- Тб., 1991.

Н.Ф. Калина, Симферополь

ОСНОВЫ ТИПОЛОГИИ ДИСКУРСИВНЫХ ПРАКТИК ПСИХОТЕРАПИИ

Психотерапевтическая деятельность с самых первых моментов своего становления развивалась как *talking cure*, лечение беседой. Большинство ее направлений формировались как речевые практики — в особенности психоанализ, экзистенциально-гуманистические школы, НЛП. Коммуникация, в результате которой целенаправленно изменяется система личностных смыслов (как осознаваемых, так и бессознательных), есть атрибут любого вида психологической помощи. Фактически все многообразие форм, направлений, школ и подходов психотерапии можно рассматривать как *систему дискурсивных практик*, объединенных родственными принципами.

В качестве такой системы предметная область психотерапии представляет собой *семиосферу* — ограниченное, гетерогенное семиотическое пространство, вне которого психотерапевтические цели и ценности не работают и не живут. Именно семиосфера, обладающая связностью и структурой, управляет процессами семиозиса в психотерапевтической деятельности, обеспечивает возможность взаимопонимания терапевтов различных школ. Она же задает "русла возможной речи" о предмете, целях и задачах терапевтического воздействия. Расширение последних заметно любому профессионалу — в пример можно привести изменение взглядов на природу и сущность нарушений в рамках клинических категорий психоза и пerversии, равно как и на возможность психотерапевтической работы с этими расстройствами, появившуюся после работ представителей теории объектных отношений и структурного психоанализа.

Семиосфера психотерапии включает не только совокупность соотносительных с друг с другом элементов психотерапевтической теории и практики, но и ее *эпистемическое* общее пространство знания, задающее способы фиксации и осмысления этих элементов. Вне такого пространства (и даже на периферии его) способы восприятия практики и познания, конституирующие специфику психотерапевтической деятельности, лишаются своего смысла, а критерии ее эффективности утрачивают основания

Время для методологической рефлексии в этой сфере давно пришло, и предлагаемая вниманию читателей статья есть попытка эксплицировать и описать основы анализа дискурсивных практик психотерапии. Представляется чрезвычайно важным выявить тот диапазон, ареал бессмысленного семиозиса, за пределами которого коммуникативные и речевые практики нельзя считать психотерапевтическими в собственном смысле этого слова. Кроме того, интересно было бы выделить и рассмотреть своего рода "нулевую степень" дискурса, служащую водоразделом между семиосферой психотерапии и внеположным ей семиотическим пространством ортодоксально-нормативной формы психического моделирования реальности, опирающейся на представления о единственно возможном способе описания действительности, не зависящем от особенностей языка такого описания.

Психотерапевтический дискурс в качестве речевой формы целенаправленного социального действия одной своей стороной обращен к конкретной прагматической ситуации, обуславливающей его импликацию, связность, коммуникативную адекватность набор устойчивых пресуппозиций и т.п., а другой — к ментальным процессам терапевта и клиента, их субъективным стратегиям понимания и порождения речи. Он представлен множеством конкретных форм, точнее — дискурсивных формаций (термин М.Фуко), определяемых различными психологическими теориями, концептами, тематическими выборами и правилами применения. В отличие от дискурса, *дискурсивную практику* можно рассматривать как устойчивую традицию особых способов оперирования языком с целью осуществления семиотических трансформаций психической реальности, выступающей в качестве денотата (референта) дискурса (-ов) субъектов межличностного взаимодействия. Применительно к психотерапии следует постулировать единую целевую функцию упомянутых трансформаций — помощь в разрешении психологических проблем и актуализации резервов личностного роста. Существующее многообразие таких не пересекающихся традиций предполагает, что каждая дискурсивная практика имеет свои правила накопления, исключения, реакции, формообразующие структуры и характерные виды сцепления (семиотических связей) в различных дискурсивных последовательностях.

Структурно-семиотический подход к созданию типологии дискурсивных практик психотерапии требует вычленения оснований, по которым выделяются типы. В их необходимом и достаточное число входят следующие параметры:

- дейктические позиции субъектов дискурса;
- предпочитаемые типы речевых актов и речеповеденческих действий;
- семиотические механизмы производства смыслов и их трансформации;
- нормы символической референции и метафорической коммуникации;
- дескриптивные и/или прескриптивные стратегии достижения цели;
- легитимирующий метадискурс.

Выделение этих параметров не является произвольным, а обусловлено спецификой психотерапевтического общения. Последняя определяется прежде всего распределением коммуникативных ролей и позиций участников терапевтического процесса, их адресованными друг другу ожиданиями, динамикой речевых инициатив, общепринятой или установившейся в конкретном случае очередностью говорения, слушания и молчания. Дейктические параметры, указывающие на роли, статус, единство или конфронтацию участников речевого акта, определяющие временную и пространственную локализацию объектов высказываний, в наибольшей степени апеллируют ко внеязыковой действительности, лежащей в основе дискурса; они ответственны за формирование контекста терапевтического взаимодействия, обеспечивая семан-

тическую связность дискурсов их участников. Определяя специфику референции конкретной ситуации психотерапевтического взаимодействия, действительные категории фактически определяют прагматику этой формы общения. Этим обусловлен выбор *первого* из типологических критериев.

Второй параметр подчеркивает характерную для психотерапии особо тесную связь речи и поведения. Обилие тесно слитых друг с другом речевых и внеречевых актов, преимущественное использование истинных параметров высказываний для регулирования межличностных отношений адресата и адресанта, а не только расширения их знаний и представлений – все это присутствует в речевых практиках психотерапии. Речевые акты терапевта и клиента в качестве единиц нормативного социального поведения, рассматриваемые в рамках прагматической ситуации, являются наиболее удобными и естественными единицами членения психотерапевтического дискурса.

Трансформации и порождение смыслов, активный семиозис составляют основное содержание психотерапевтической деятельности, обусловившее выбор *третьего* основания. Целенаправленное изменение системы значений и личностных смыслов, представленных в индивидуальном опыте клиента происходит благодаря формированию единого семиотического пространства, структуру, внешнюю и внутреннюю границу которого контролирует психотерапевт. Опираясь значениями (в том числе ассоциативными, коннотативными), предлагая интерпретации, он изменяет структуру индивидуального ментального пространства, вписанного в общее (совместное) пространство психотерапевтического дискурса. Кроме того, он может действовать также и как пансемиотический субъект, преобразуя режим, направление и структуру информационных процессов в тексте, описывающем жизнь клиента.

Текст, создаваемый высказываниями клиента, по-разному относится к представляемой им жизненной реальности. Клиент может сознательно или неосознанно приукрашивать или придавать протекские черты событиям своей жизни (*презентивный иллюзионизм*), быть точным (*авторепрезентация*) или рассказывать вещи целиком выдуманные (*антирепрезентация*) – в любом случае взаимная рефлексия в общении обеспечивается действием механизмов переозначения и экстраполяции, выполняющих реконструкцию подлинных значений и смыслов. Эти механизмы описывают психотерапевтическую технику на семантическом уровне, тогда как прагматический и синтаксический уровни представлены иначе.

Синтаксический уровень психотерапевтического семиозиса задается отношениями между его знаками и представлен собственно общением, коммуникацией терапевта и клиента, его динамикой в единстве с семиотической специализацией дискурса. В качестве механизмов на этом уровне работают *реляция, референция и импликация*, обеспечивающие правилами семиотической системы избранного терапевтом направления или подхода. Прагматический уровень, задающий отношения знаков к их пользователям или интерпретаторам, представлен семиотикой соответствующих терапевтическому направлению или подходу психологических механизмов (в гештальт-терапии это семиотика слияния, ретрофлексии, сознания, ухода, в НЛП – семиотика опущения, искажения, генерализации). Единая для всей психотерапевтической семиосферы предметная область функционирования целостного человека неодинаково членится и описывается на разных языках, с использованием различных метафор.

Психотерапевтический дискурс по своей природе метафоричен, что обусловлено семиотическими свойствами метафоры: слияние образа и смысла; контраст с обозначенным названием или обозначением сущности предмета; категориальный сдвиг;

актуализация случайных связей (ассоциаций, коннотативных значений и смыслов); несводимость к буквальному перефразированию; допущение различных интерпретаций, отсутствие или необязательность мотивации; апелляция к воображению или интуиции, а не к знанию и логике; выбор кратчайшего пути к сущности объекта. Все эти характеристики находят применение в той спонтанной, почти неуловимой игре личностных смыслов и значений, которая и составляет динамику психотерапевтического процесса. Поэтому метафорическая (и шире – символическая) коммуникация и референция выбраны в качестве *четвертого* типологического параметра.

Пятый критерий соотносит общие представления о целях психотерапии, т.е. профессиональной помощи при психических и личностных расстройствах легкой и средней степени тяжести, содействии в разрешении проблем и преодолении психологических затруднений, в актуализации резервов личностного роста, и конкретные формы их достижения, зависящие от специфики направления или подхода. Наконец, необходимость выделения *шестого* параметра продиктована многочисленными попытками сторонников различных психотерапевтических школ легитимизировать свои «правила игры». Легитимирующий дискурс научной теории в отношении собственности статуса принято называть философской методологией (Ж.-Ф. Лиотар). В психотерапии этот метадискурс весьма специфичен. Например, психоаналитики обвиняют сторонников калифорнийских школ (НЛП, эриксоновство) в антиинтеллектуализме, друг друга – в мистицизме (юнгианство), в упрощении и примитивизме аналитической практики вследствие измены духу фрейдовского учения (Ж. Лакан об американо-психоаналитическом движении и эго-психологии) и т.п.

Типологический анализ дискурсивных практик должен учитывать, что внутри одной и той же дискурсивной практики могут существовать различные, противоположные, а то и взаимоисключающие мнения, противоречащие друг другу выборы – именами словами, наряду с таблицей различий следует описать и *систему рассеиваний* (термин М. Фуко), формы распределения дискурса внутри отдельных практик и семиосферы в целом. Действительно, на чем основана общность, целостность семиотического пространства психотерапии? На полной, содержательно очерченной, обособленной и логически непротиворечивой классификации объектов, составляющих ее предметную область? Нет, скорее речь идет о лакунарных сцеплениях и рядах, о разнородных взаимодействиях, отстраненностях, замещениях и трансформациях. Приняты ли определенные, нормативные типы речевых речевых актов и пропозиций, существуют ли тематические постоянство? Лишь отчасти. В большинстве конкретных случаев формулировки столь отличны, функции их столь гетерогенны, что трудно представить себе, как они сводятся в единые законы структурирования дискурса. В психотерапии как нигде приходится сталкиваться с концептами различной семиотической природы, правила применения которых игнорируют и исключают друг друга, так что эти понятия не могут входить в логически обоснованные общности (например, трактовка категориальных *желания* в классическом и структурном психоанализе, или представления о человеческой экзистенции в даэрин-анализе и сэлф-теориях (control-mastery theory)).

Поэтому при анализе дискурсивных практик психотерапии необходимо, описывать как рассеивания сами по себе, так и вычленять среди элементов указанных практик такие, что не организуются ни в виде постоянно выводимой системы, ни в виде устойчивого гено-текста; в отношении которых регулярность и последовательность появления, взаимное соответствие и функционирование, обусловленные и иерархические трансформации установить трудно. Эти правила распределения, *рассеивания дискурса* являются важными сторонами семиосферы психотерапии, их описание наряду с

правилами *формации дискурса* позволит дать полную картину этой области психотерапевтической теории и практики.

С.Я. Карпиловская, Киев

КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ К ПСИХОКОРРЕКЦИИ ТЕРМИНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ

В настоящей статье мы попытаемся предложить обобщенное видение основ причин тех психологических изменений, которые имеют место в терминальном состоянии. В значительной степени это является результатом бескончаемых бесед с чудесным психологом Полиной Гончар, жизнь которой оборвалась на полуслове. П. Гончар обладала даром “прозревать сквозь психологическую ткань”, и поэтому её помощь в концептуализации нашего опыта, её идеи бесценны и ни с чем не могут быть сравнимы.

Все разноплановые симптомы реагирования на терминальную ситуацию, как нам представляется, являются проявлением единого системного психологического феномена. Весьма условно, его можно было бы назвать “качеством жизни”. Согласно наблюдениям, возникает это явление в процессе перехода человека под воздействием смертельного заболевания в иной режим активности, к принципиально иной стратегии жизнеосуществления. Надо полагать, что это “качество жизни” обладает своей логикой и организацией, отличной от качества жизни людей, живущих за пределами терминального периода.

В самом общем виде, в качестве механизма и причины такого перехода выступает субъективная “картина мира”, которая в процессе переживания терминального состояния претерпевает существенные изменения (“Что-то случилось с окружающим ее — его миром”). Одновременно с изменением картины мира наблюдается нарушение структурирования времени-пространства, а также острое переживание потери “авторства жизни”, возникают трансцендентальные темы в психологической реальности больного, осуществляется “пересмотр” жизненных опор личности.

Что мы имеем в виду, когда говорим о “картине мира”? При этом, очевидно, что всякое определение условно и не выражает существа предмета в целом. Картина мира — центральный ядерный момент — это система представлений (осознанных или неосознанных) личности о мире, своем месте в нем, о действующих причинно-следственных закономерностях и вытекающих из этих представлений стратегиях управления (самоорганизации) своей жизнедеятельностью на всех уровнях — от физического до социального. Вполне понятно, что у каждого человека своя внутренняя модель (картина, образ) внешней реальности.

Итак, картина мира — это необозримый комплекс представлений человека о мире, как социальном, так и природном, его представления о самом себе. Она (картина мира) дана человеку языком, воспитанием, средой, различными путями воздействующими на психику, личным опытом, религией, наукой, искусством. По мнению некоторых ученых, в частности медиевистов, личность как таковая есть вместилище социо-культурных систем своего времени. При таком понимании, личность выступает как микрокосм социально-культурной системы. Различают концептуальную и языковую картины мира. Концептуальная гораздо богаче, поскольку в ее создании принимают участие различные типы мышления. В том числе и невербальные.

Отраженная в сознании человека, картина мира представляет собой чрезвычайно сложное явление. Она необычно вариативна, изменчива и непостоянна. Картина мира может быть пластичной и ригидной, объемной и фрагментарной, различаться по степени дифференцированности и осознанности и т.п. Большинство людей, как мы знаем, зачастую характеризуются очень невысоким уровнем осознанности картины мира, прочти бессознательно осуществляя свои поведенческие акты, живут и действуют как бы “не приходя в сознание”.

Главная функция картины мира — упорядочивание информации о внешнем и внутреннем мире субъекта, о процессах этого мира, а также организация поведения на всех уровнях прогнозирования, антиципации, когнитивной регуляции деятельности.

Центральный механизм функционирования картины мира, как модели внешней и внутренней реальности — вероятностная организация и упорядочивание опыта. Действие картины мира распространяется на очень широкий спектр активности человека — от элементарных настроенческих актов восприятия до глобальных жизненных выборов и решений.

Архитектоника (структура и содержание) картины мира в значительной степени определяется доминантами в сознании человека, а также его установками, отношениями, мотивами и т.п. Как отмечал А.А. Ухтомский, каковы доминанты человека, таков и его интегральный образ мира, картина мира, таково его поведение, таковы счастье и несчастье, таково его лицо для другого и установка его на лицо другого.

Одновременно с изменением картины мира и взаимосвязанно с этим процессом происходит процесс изменения социальных позиций субъекта (социальное пространство) — переход к социальной бесструктурности — позиции человека без какой-либо позитивной социальной идентичности. Многие исследователи, работающие со смертельно больными, отмечают этот фактор, как чрезвычайно травмирующий, отягчающий состояние больного (К. и С. Саймонтоны, Ян Гоулер и др.). “Он был человеком общества, семьи, жизни, а теперь вдруг настала смерть, и ему никто не может помочь”, — пишет о. А. Сурожский.

Таким образом, сразу изменяются одновременно все основные системы организации, структурирования жизни субъекта — порядок и структура уходят из внутренней жизни и из внешней ее организации — наступает внешняя и внутренняя бесструктурность, неопределенность. Возможность прогнозировать и управлять жизнью исчезает. Происходит потеря уверенности в том, что ты есть автор своей жизни. Приобретается опыт одиночества, униженности и богооставленности.

Разрушение картины мира и означает нарушение и непредсказуемое по последствиям разрушение основных кодов, основных систем, в которых структурируются все жизненные процессы человека. В самых тяжелых случаях разрушение картины мира сопровождается нередко и переменой жизненного пространства, потерей “дома”, привычного, освоенного, окультуренного пространства, “выброс” во внешнее, не заполненное для субъекта, не отмаркированное “чувственной тканью” жизненных событий личности — фактически потерей личностной идентичности.

Освоение нового пространства требует достаточных усилий и напряжения, и само по себе является достаточно энергозатратным и психологически небезопасным процессом. Этнографии известны случаи, когда изменение только пространственного способа структурирования людей вело к деструкции всех социальных и экономических связей и иерархий (см. В. Тернер, К. Леви-Стросс и др.).

В психологических исследованиях времени общепризнанной является событийная концепция личностного времени, смысл которой состоит в том, что время вос-

принимается личностью в зависимости от его событийной наполненности и от того смысла, который эти события имеют для основных целей человеческой жизни. Психологическая ситуация, связанная со смертельным заболеванием, ведет к переживанию времени, которое «вышло из своей колеи» (В.Шекспир), к ощущению распада единого текста жизни, к потере временной самоидентичности. Личностное время-пространство образует некоторую единую сеть структурирования жизни, систему координат – хронотоп личности (М.М.Бахтин). Жизнь личности всегда разворачивается в личностном хронотопе и резко, внешне обусловленное, разрушение хронотопа ведет к потере опор человеческой жизни.

Одной из сущностных черт распада главных смысловых опор привычных категорий, порядка и закономерностей восприятия является выравнивание вероятностной структуры мышления, восприятия, памяти, внимания и т.д., переход как бы в случайный, вероятностный режим видения. Одно из доказательств тому – большое число расстройств на начальном этапе прохождения через «информационный кризис» тяжелого заболевания по невротическому типу. Затем происходит как бы вхождение в новую реальность – происходит разупорядочивание смыслов.

Существуют данные о нарушении психических функций, но они констатируют только факт патологии, факт деструкции, но не показывают характера этой патологии. По мнению Полины Гончар, эти нарушения строго определенного порядка (нарушение именно произвольной памяти, связанной с иерархией смыслов личности, с вероятностным упорядочиванием опыта; то же в отношении внимания, мышления, речи – по принципу лакун – какие-то темы табуированы, какие-то, наоборот, преобладают в речи, специфические речевые построения, не встречающиеся в норме – тоже по невротическому типу). Если это действительно так, – считала П.Гончар, то эти нарушения могут быть обратимы и скорректированы вследствие психокоррекционной работы, направленной только на формирование (выравнивание) картины мира как иерархии смыслов и значений.

Состояние социальной и когнитивной бесструктурности достаточно хорошо описано в социологической (этнографической) литературе. Там оно определяется понятием лиминальности (В.Тернер). В психологии с этим понятием много работал П.Гончар, мучительно искавшая природу невроза.

Проявление лиминальности (лиминал – человек перехода, порога, предела) обязательно включает целый ряд признаков, среди которых главные – физическая слабость, нездоровье, истощаемость, отсутствие определенной позиции в градации социальной иерархии (отсутствие какого-либо социального статуса), несчастные, неудачные любовные отношения, своеобразное интуитивно-индуктивное мышление, присутствие темы смерти как сущности. «Лиминальные существа», пишет В.Тернер, – ни здесь, ни там, ни то, ни се, они в щелях и промежутках. Их амбивалентные свойства выражаются большим разнообразием символов, и лиминальность часто уподобляется смерти, утреннему существованию, невидимости, темноте, двуполости, пустыне, затишью солнца и луны» (В.Тернер, 1983, с.81).

Лиминальность является как бы антистратегией жизни по отношению к «структурным» людям, составляющим структуру общества. Лиминальность – состояние перехода и кризиса. Это качество жизни определенных страт социума, но одновременно – это свойство переходных периодов в жизни любого члена общества (подростковый период, климактерический период и т.д.).

Можно предполагать, по-видимому, что лиминалы как люди перехода представляют собой, по И.Пригожину, неравновесную систему. Условием лиминальности

является деструкция картины мира и связанное с этим процессом пребывание в состоянии смысловой и семантической неупорядоченности и хаоса. Это состояние разлагается либо а) снижением уровня организации системы, и тогда ему соответствует хаотическая (осколочная) картина мира, т.е. фактическая жизнь в неупорядоченной среде – переход к стратегии выживания (только подкрепленные реакции, ситуативное реагирование и т.п.); либо б) формирование новой картины мира, и в этом случае она должна быть только картиной более высокого уровня сложности и упорядоченности, включающей и новый опыт личности и те новые смыслы, которые этот опыт содержит.

В первом случае мы имеем дело с деградацией сознания, с регрессией, с сужением поведенческого спектра, рентности и состояния социальной смерти как главного системнообразующего фактора качества жизни. Во втором – с расширением сознания, с увеличением поведенческого реагирования.

Все, представленные выше, особенности реагирования на терминальное состояние представляют собой уникальную психологическую ткань переживаний, и потому требуют применения особых методов психологической поддержки. Терминальный человек, находясь в лиминальном состоянии, ибо является человеком порога и предела, стоит на краю бездны, на пороге гибели. Поэтому ему необходимо помогать искать спасение, опору, которые лежат над бездной, границей выше жизни.

Е.С. Клюева, Харьков

ПРИНЦИПЫ И ФОРМЫ ОКАЗАНИЯ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ УЧАСТНИКАМ ЛИКВИДАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧАЭС

После аварии на ЧАЭС, значительная часть ликвидаторов оказалась в ситуации, которую можно охарактеризовать как психотравмирующую – резкое изменение всей жизненной ситуации, ухудшение состояния здоровья и психологического состояния. Все это затрудняет формирование устойчивой линии поведения, поддерживает неуверенность, приводит к фиксированию на своих проблемах, неспособности отделиться от них. Многие ликвидаторы чувствуют свою «ненужность», «покинутость». Это чувство усиливается сворачиванием программ социальной поддержки, уменьшением количества льгот и компенсаций. В связи с этим, встает проблема оказания социальной и психологической помощи, которая смогла бы вернуть ликвидаторов к активной жизнедеятельности и избавиться от комплекса «жертвы» ситуации.

Действенная социально-психологическая помощь ликвидаторам является одним из факторов их адаптации. Опыта оказания такой помощи в нашей стране крайне мало: отсутствует развитая инфраструктура социально-психологической помощи, недостаточно квалифицированных кадров для ее оказания, а у самих ликвидаторов отсутствует готовность принять помощь, которая не имеет материального измерения.

Специалистам до сих пор не удалось выработать теоретическую модель взаимодействия человека и социальной среды, которая учитывала бы все изменения в человеке при воздействии экстремальных факторов. Нарушение психической деятельности является результатом экстраординарного психотравмирующего события, которое превышает адаптационные возможности человека. Чем дольше индивид подвергается влиянию травмирующей ситуации, тем большая вероятность развития посттрав-

матического стрессового расстройства (ПТСР).[2;50с.] Массовое бедствие является наиболее опасной причиной возникновения ПТСР. Следует отметить, что антропогенные несчастные случаи вызывают более тяжелые психологические результаты, чем природные. Чернобыльская катастрофа - это массовое бедствие, фактор развития посттравматического стресса не только у непосредственных участников травмирующего события - ликвидаторов, но и у членов их семей. Для развития ПТСР у ликвидаторов последствий Чернобыльской катастрофы сыграли главную роль такие факторы: 1) непредвиденность травмирующего события; 2) внезапность; 3) продолжительность напряженности, угроза для здоровья и самой жизни (хронический стресс при нахождении на радиационно загрязненной территории); 4) чувство психической и физической беспомощности, комплекс жертвы; 5) наявность истощения, ранений, заболеваний, вызванных в результате бедствий; 6) недостаточный уровень социальной защиты. Существуют и другие факторы, усиливающие психическую травму, - это реальная угроза смерти, потеря трудоспособности, неопределенность будущего, несвоевременность и недостаточное качество медицинской помощи, социальной поддержки, чувство беспомощности.

Недооценка властными структурами значения социально-психологических аспектов Чернобыльской катастрофы помешала своевременной разработке научно обоснованной концепции преодоления ее последствий, что значительно снизило эффективность социальной и психологической адаптации ликвидаторов.

Решение проблемы оказания социально-психологической помощи ликвидаторам должно соответствовать таким принципам:

- доступности социально-психологической помощи (как территориально, так и финансово, последнее не означает, что помощь обязательно должна быть бесплатной);
- оперативности, своевременности, адекватности стадиям развития ситуации и переживаниям субъекта;
- систематичности; ведь единичные эпизоды оказания помощи отдельным лицам только подчеркивают недостатки системности в этой работе;
- комплексный подход, который предусматривает работу на разных уровнях: с ликвидатором, семьей, с группами ликвидаторов;
- компетентности и ответственности тех, кто берется помогать другим;
- активности субъекта, ограничения помощи только необходимой и достаточной;
- приемлемости методов оказания помощи, их вариабельности к запросам ликвидаторов.

Исходя из приведенных принципов оказания социально-психологической помощи ликвидаторам целесообразно направить усилия на поиск простых, дешевых, компактных методов оказания социально-психологической помощи, которые были бы доступны не только квалифицированным специалистам (психологам, социальным работникам), но и непрофессионалам, не требующих чрезмерных затрат времени, средств или специального оборудования, не имеющих негативных последствий при массовом внедрении, а также могут быть использованы на базе уже существующих учреждений социальной сферы.

Успешность адаптации в большей степени зависит от активности местных социальных служб, чем от уровня радиационного поражения потерпевших. Ликвидаторам присущ пассивный тип адаптации, большая часть из них не адаптировалась к новым условиям, многие смирились с сегодняшним своим состоянием и страдают апатией, тоскуют по утраченному прошлому.

Нереализованная личная активность ликвидаторов может привести к возникновению «заученной беспомощности» и укрепления «рефлексных» установок. Не случайно у ликвидаторов наблюдается «тоска» по директивным способам вмешательства в их жизнь.

Выйти из этого состояния можно с помощью:

1. Непрофессиональной само- и взаимопомощи ликвидаторов, которая является наиболее доступной, оперативной и достаточно эффективной.
 2. Профессиональной прямой помощи, которая оказывается силами психологов, работающих в учреждениях охраны здоровья, работниками социальной сферы, других ведомств, а также специалистов различных региональных центров уже созданных и вновь создаваемых.
 3. Профессиональной опосредованной помощи, которая осуществляется на уровне страны, области, города, района и включает:
 - 1) подготовку кадров для работы с ликвидаторами;
 - 2) разработку разного уровня целевых программ социально-психологической адаптации и правовой защиты потерпевших;
 - 3) разработку рекомендаций по созданию условий для активной адаптации ликвидаторов как по месту работы, так и по месту жительства:
 - а) вовлечение в работу общественных организаций;
 - б) создание условий ликвидаторам для проявления их творческих желаний - это организация выставок, фотосалонов, спортивных мероприятий, изучения истории родного края;
 - в) привлечение к решению проблем трудоустройства ликвидаторов, с учетом их состояния здоровья общественные организации, фирмы, акционерные общества и другие различные предприятия и учреждения;
 - г) повышение использования потенциала авторитета местных лидеров для формирования продуктивных моделей поведения в постчернобыльской ситуации.
- Ликвидаторы в своей повседневной жизни сталкиваются с понятием «преодоление». Согласно теории («психической защиты»), личность при помощи защитных механизмов способна сохранить свою целостность, хотя бы и дорогой ценой. Защитные механизмы характеризуются как «автоматические, неосознанные, недостаточные, неадаптивные и др.» Более перспективным есть путь преодоления трудностей, который позволяет активно адаптироваться к изменениям реальной ситуации, противостоять трудностям.[1; 363с.]

Преодоление - это сознательная, целенаправленная линия поведения, которая осуществляется на самоактуализации, разностороннем изучении обстоятельств и личностных возможностей, активном поиске резервов, ресурсов, готовности принять и использовать помощь, в отличие от попыток избежать решения собственных проблем, перекладывая ответственность на других, «регрессии жертвы обстоятельств».

Такое понимание категории преодоления жизненных неурядиц предопределяет активную работу субъекта жизнедеятельности над личной психикой. Это не означает, что должен остаться «один на один» с личными проблемами; он имеет право рассчитывать на поддержку и помощь других людей, в том числе и профессионалов.

Большая часть ликвидаторов сегодня не в состоянии самостоятельно справиться с создавшейся ситуацией, им необходимо оказание психологической помощи, создание условий для снятия состояния напряженности, тревоги, страха - по месту работы и жительства.

Так как большинство ликвидаторов находятся в посттравматическом стрессовом состоянии, а проживают в семьях, которые на себе испытывают все тяготы такого

состояния, необходимо уделять патронажное внимание этим семьям медицинскими, социально-страховыми службами. К решению возникающих проблем в семьях, где ликвидаторами проживают дети дошкольного и школьного возраста, должны заниматься не только государственные структуры, органы образования, но и различные независимые организации. Увеличение количества патологических реакций на жизненные трудности выдвигает на первый план необходимость создания методов экспресс-диагностики семей ликвидаторов.

Для решения проблемы адаптации ликвидаторов необходимо: 1) значительно повысить уровень информированности населения через средства массовой информации о состоянии решения социально-политических, экономических и экологических вопросов; 2) преодолеть барьер отчужденности между местной властью и ликвидаторами; 3) значительно повысить качество подбора и подготовки служащих «социальных отраслей»; 4) начать целенаправленную подготовку профессиональных социальных работников, развивать инфраструктуру социальной сферы; 5) создать научно-методический центр по проблемам адаптации ликвидаторов аварии на ЧАЭС; 6) обобщение результатов экспериментального изучения психического состояния ликвидаторов, отслеживания его динамики путем проведения мониторинга, лонгитюдных исследований; 7) обобщение опыта социально-психологической и психолого-педагогической помощи ликвидаторам, что находились в экстремальных ситуациях, разработки рекомендаций по обеспечению условий по их полной адаптации и реабилитации.

Чтобы достичь успеха в этой работе, необходимо продолжать научно-исследовательскую работу с целью ее уточнения и адекватной интерпретации данных, поднятие этого вопроса на всех уровнях власти, так как вызывает большую тревогу постоянное сокращение затрат на ликвидацию последствий Чернобыльской катастрофы, особенно в социальной сфере, их нерациональность. Необходимо теоретическое и методологическое объединение различных специалистов для анализа реакций и поведения людей во время техногенных катастроф, изучения их влияния на здоровье, а также для планирования помощи пострадавшим.

Литература:

1. Соціальні наслідки Чорнобильської катастрофи (результати соціологічних досліджень 1986-1995рр.) / Відп.ред.: В.Ворона, Є.Головаха, Ю.Сасенко. – Харків: «Фоліо», 1996. – 414с.
2. Яковенко С.І. Психологія людини за умов радіоекологічного лиха. – К.: «Чорнобильінтерінформ», 1996. – 173с.

Е.П. Колесников, Симферополь

ПРОБЛЕМНАЯ СИТУАЦИЯ В КОНТЕКСТЕ ИЗУЧЕНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ЖИЗНИ ЛИЧНОСТИ

В отечественной психологической науке проблема организации жизни личности не нова и в том или ином виде прорабатывалась различными учеными (1), (8), (9). В. К. Калинин предложил изучать организацию жизни личности как специфический вид деятельности. Продуктивность этой идеи, на наш взгляд, достаточно высока, так как сама категория деятельности в отечественной психологии разработана наиболее полно

и, следовательно, многочисленные наработки в этой области могут быть применены для изучения организации жизни личности.

Мы полагаем, что психологическая специфика деятельности, организующей жизнь, в наиболее явной форме проявляется при столкновении субъекта с проблемной ситуацией, связанной с актуальными жизненными трудностями. В таких случаях, человек необходимо совершает действия и поступки, направленные на преодоление этих трудностей. Поэтому, когда мы говорим о действии, организующем жизнь, мы имеем в виду, прежде всего, действие, направленное на преодоление проблемной ситуации, которая связана с актуальными жизненными трудностями.

Выяснение системы детерминант, которые, в конечном счете, определяют поведение субъекта в проблемной ситуации, как это признают большинство психологов, – задача достаточно сложная. На данном этапе исследования, необходимо отметить, что в момент времени, связанный с началом действия или поступка, мы полагаем, система детерминант оказывается в снятом виде и представлена, с одной стороны – в субъективном психическом состоянии, отражающем актуальные самосубъектные отношения (3) а, с другой стороны – в предметном содержании проблемной ситуации.

Исследование действия, организующего жизнь, может быть начато с изучения предметного содержания проблемной ситуации. Такое направление исследования во многом совпадает с тенденцией, существующей ныне как в зарубежной так и в отечественной психологии личности: внимание переносится с субъекта на ситуацию, в которой он действует, так как «именно ситуация во многом определяет логику поведения человека и меру ответственности за результат его поступка» (6, 20). Однако, перенесение внимания с субъекта на ситуацию, будет адекватным только на начальных этапах изучения действия, организующего жизнь, с целью получения как можно большего количества информации объективного характера. Разделение субъекта и ситуации возможно, лишь на уровне научной абстракции. Реальное жизненное единство ситуации и субъекта, точнее всего выражено в тезисе о том, что «психологическая ситуация представляет собой единство внешних условий и их субъективной интерпретации...» (6, 21).

Понимание психологической конкретики такого рода единства может быть достигнуто благодаря поэтапному рассмотрению взаимодействия субъекта с интересующими нас (в связи с тематикой исследования) ситуациями его жизни и деятельности. В конечном итоге, необходимо выяснить: 1) набор ситуаций, воспринимаемых субъектом как наиболее трудных для разрешения или преодоления и 2) набор индивидуальных способов взаимодействия с проблемными ситуациями жизни.

Очевидно, что в изучении данной проблемы интерес представляет не только психологическое описание различного рода проблемных ситуаций и способов взаимодействия с ними, но, также, и выяснение специфики такого взаимодействия, которое, по-видимому, имеет чисто психологическую природу.

На наш взгляд, искомая специфика содержится в определении психологических механизмов, посредством которых формируется, планируется и осуществляется действие, организующее жизнь.

Дальнейшая наработка системы понятий требует анализа самого термина «ситуация» применительно к данной работе.

В соответствии с современными психологическими представлениями, ситуация – это «система внешних по отношению к индивиду условий, побуждающих и опосредствующих его активность» (7, 87). Она выступает как «внешняя система условий в трех аспектах: 1) в пространственном – ситуация внеположена субъекту; 2) во времен-

ном – ситуация предшествует действию субъекта; 3) в функциональном – ситуация задает условия, которые не зависят от субъекта в момент его действия (там же).

Однако, как известно, ситуацию составляют не только внешние условия, но и внутренние состояния субъекта, предшествующие ее возникновению, так как она в большинстве случаев оказывает влияние на последующее поведение человека. Таким образом, в структуру ситуации входят события прошлого, настоящего и будущего поведения субъекта. Ситуация, в связи с этим, выступает не как отдельное событие, а скорее как совокупность или система событий (5). Неповторимость событий, происходящих в жизни человека, обуславливает уникальную совокупность факторов прошлого, настоящего и будущего, которые, накладываясь на индивидуальные особенности субъекта, образуют многоуровневую систему детерминации его поведения и деятельности в различных ситуациях. Б.Ф. Ломов, говоря о системной природе детерминации поведения, отмечал, что «...действительной причиной [поведения – Е.К.] оказывается целый ряд событий, предшествующий изучаемому поведенческому акту. Каждое из них само по себе не вызывает эффекта – эффект дает лишь их накопление (и сохранение информации об этих событиях в памяти)» (5, 123).

Руководствуясь целями и задачами нашего исследования, в системе детерминант поведения субъекта в проблемной ситуации необходимо обозначить только те из них, которые в наибольшей степени обуславливают «запуск» и ход выполнения действия, организующего жизнь. Мы придерживаемся того мнения что, эти детерминанты, представлены не только во внешних условиях проблемной ситуации, но сознательно и / или бессознательно формируются самим субъектом.

Поскольку в парадигме отечественной психологии, действие рассматривается как процесс, подчиненный сознательной цели (4), то при изучении действия, организующего жизнь, нас интересует именно сознательное участие субъекта в разрешении проблемных ситуаций его жизни.

Как уже отмечалось, в наиболее явном виде, психологическая специфика сознательного влияния субъекта на ход ситуации, наблюдается при его столкновении с *проблемными ситуациями жизни*. Эта специфика, по мнению В.К. Калина, выражается в способности субъекта, во-первых, вообще обнаруживать проблемную ситуацию; во-вторых, возводить ее в ранг задачи, которую необходимо решить, и, в-третьих, собственно, разрешать данную проблемную ситуацию.

Проблемные ситуации, благодаря определенным, аксиологическим, гносеологическим и прагматическим характеристикам, выступают для субъекта как в той или иной степени стрессогенные. Причины этому, как известно, могут быть самыми разными: как объективными (например, ситуации, связанные с реальной угрозой для жизни) так и субъективными, обусловленными, уникальным содержанием событий прошлого, настоящего и будущего субъекта. Кроме того, проблемная ситуация, как правило, содержит в себе неопределенность в отношении возможного варианта действий, которые можно предпринять, с целью наиболее эффективного ее преодоления.

Так как тематика нашего исследования предполагает изучение целостного жизненного процесса, то необходимо встает задача выделения единиц анализа, с помощью которых мы могли бы определенным образом структурировать многообразие проявлений жизни человека. Мы полагаем, что понятие ситуации может рассматриваться в качестве одного из наиболее приемлемых вариантов, претендующих на статус единицы анализа целостного жизненного процесса, при условии дальнейшей тщательной проработки этого термина. В этом смысле наиболее адекватной интерпретацией ситуации как единицы анализа целостного жизненного процесса, является определение, данное А.В. Филипповым и С.В. Ковалевым: «...ситуация является понятием,

высказывающим субъективную, личностно и деятельностно опосредуемую концептуально объективных взаимодействий человека со средой его жизнедеятельности» (10, 15).

Ситуации, составляющие целостный жизненный процесс, в самом общем виде можно разделить на ситуации повседневности и проблемные ситуации.

Ситуации повседневности – это типичные, возникающие изо дня в день, ситуации жизни и деятельности субъекта. Ситуации повседневности выступают как совокупность внешних условий не представляющих для субъекта актуальную новизну и для взаимодействия с которыми у него существуют готовые, наработанные ранее способы, выражающиеся в определенном наборе действий или поступков. Ситуации повседневности, ожидаемы, могут прогнозироваться и планироваться субъектом и, в большинстве случаев не выступают для него в качестве стрессогенных.

Изучение организации жизни личности путем анализа ситуаций повседневности, является тем путем исследования, который дает необходимые, но не достаточные представления о ее психологической специфике именно по причине готовности, наработанности у субъекта способов взаимодействия с ситуацией. Вследствие этого, раскрытие реальных психологических механизмов, посредством которых формируется и осуществляется действие, организующее жизнь, весьма затруднено. Уже проблемная ситуация для своего разрешения требует от субъекта сознательной активности в выстраивании способов ее преодоления, и, следовательно, здесь существует гораздо больше возможностей для выяснения упомянутых механизмов.

Как уже отмечалось, первый этап изучения действия, организующего жизнь, может быть начат с выяснения набора ситуаций, воспринимаемых субъектом как наиболее трудных для разрешения или преодоления. Набор проблемных ситуаций по своему количественному и качественному составу у каждого человека различен. Однако в ходе исследований удалось выявить основные виды проблемных ситуаций, классификацию которых мы предлагаем ниже.

В качестве оснований для классификации проблемных ситуаций мы предлагаем следующие их характеристики:

1. *Принадлежность к определенной сфере жизнедеятельности субъекта.* В соответствии с этим основанием можно выделить проблемные ситуации:

- взаимодействия с нереперентной группой;
- связанные с материальным и социальным статусом субъекта (его изменением, понижением, повышением и т.п.)
- взаимодействия с реперентной группой;
- профессиональной деятельности;
- внутрисемейных взаимоотношений;
- валеологические;
- связанные с процессами самоактуализации.

2. *Степень проблемности.* По этому основанию можно выделить:

- неproblemные ситуации (ситуации повседневности);
- проблемные ситуации временного (проходящего) характера;
- проблемные ситуации, связанные с поворотными событиями жизни (кризисные ситуации);
- проблемные ситуации, связанные с психотравмирующими событиями.

3. *Частота возникновения.* Здесь мы различаем проблемные ситуации:

- единичные;
- возникающие лишь при определенном стечении обстоятельств;
- частые;

— каждодневные.

- разрешенность инконгруэнтно (ситуации явного несоответствия действий субъекта целям его деятельности);
- разрешения которых субъект избегает;
- разрешенные неэффективно (не принесшие желаемого результата);
- разрешенные нерадикально (требующие возврата к ним);
- разрешенные радикально.

5. Область психического, в котором происходит разрешение проблемной ситуации. Соответственно выделяются проблемные ситуации:

- разрешающиеся на уровне переживаний;
- разрешающиеся на уровне самосубъектных отношений;
- разрешающиеся во внешнем предметном содержании деятельности.

Вероятно, дальнейшие исследования позволят выделить некоторые другие классы проблемных ситуаций, однако главная задача дальнейших исследований — выяснение набора индивидуальных способов взаимодействия с проблемными ситуациями жизни, то есть, в нашей интерпретации — создание классификации действий, организующих жизнь. Предположительно, такая классификация может быть выстроена по двум основаниям: по специфике проблемной ситуации и по предмету регуляции. Следуя логическим соображениям, по первому основанию можно выделить три класса действий, организующих жизнь: как относящиеся либо к когнитивной сфере, либо — к аксиологической, либо — к праксиологической (или поведенческой). По основанию предмета регуляции можно выделить два вида действий: регулирующие предметное содержание проблемной ситуации и регулирующие самосубъектные отношения в структуре проблемной ситуации (регуляторные действия сознания).

В случае дальнейшей успешной разработки приведенных положений, мы получим возможность конструирования методики, позволяющей выявить личностный профиль по организации жизни, в котором, с одной стороны представлен перечень проблемных ситуаций жизни субъекта, а с другой — набор индивидуальных способов взаимодействия с ними.

Литература:

1. Абульханова — Славская К.А. Стратегия жизни. — М.: Мысль, 1991. — 299 с.
2. Калин В.К. Автореферат докторской диссертации. — М., 1989.
3. Калин В.К. Анализ психологической структуры деятельности с позиций системного подхода // Эмоционально-волевая регуляция поведения и деятельности. Тезисы всесоюзной конференции молодых ученых. Симферополь, 1983. С. 143 — 151.
4. Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. Москва: Политиздат, 1977г. — 304 с.
5. Ломов Б.Ф. Методологические и теоретические проблемы психологии. — М.: Наука, 1984. — 444 с.
6. Нартова-Бочавер С.К. «Coping behaviour» в системе понятий психологии личности // Психол. журн. 1997. Т. 18. № 5. С. 20 — 30.
7. Петровский В.А. Личность в психологии: парадигма субъективности. — Ростов-на-Дону: «Феникс», 1996. — 512с.
8. Разумная организация жизни личности: проблемы воспитания и саморегулирования // Л.В. Сохань, В.А. Тихонович, О.А. Киселева и др.; Ред. кол. Л.В. Сохань, В.А. Тихонович, Н.И. Михальченко; АН УССР. Ин-т философии. — Киев: Наук. думка, 1989. — 328с.
9. Татенко В.А. Психология в субъектном измерении: Монография. — К.: «Просвіта», 1996. — 404 с.
10. Филиппов А.В., Ковалев С.В. Ситуация как элемент психологического тезауруса // Психол. журн. 1986. Т. 7. № 1. С. 14 — 21.

О.В. Корнієнко, Київ

ПСИХОСОМАТИЧНЕ ЗДОРОВ'Я ЛЮДЕЙ СЕРЕДНЬОГО ВІКУ ЖИТТЯ: ПРОБЛЕМИ ВИКЛАДАННЯ ДИСЦИПЛІНИ, НАУКОВІ ДОСЛІДЖЕННЯ, ПРАКТИЧНА РОБОТА

Виділення проблеми психосоматичного здоров'я людей середнього віку життя на сьогоднішній день, набуває особливої актуальності з різних причин, але основними на нашу думку є наступні:

Перше, особливості щоденного життя населення України найбільш працездатного віку 35-45 років характеризуються існуванням в кризових соціально-політичних, економічних умовах, професійно-орієнтованої діяльності на нових ринкових засадах, що пред'являють постійно зростаючі вимоги, як до фахівців, так і до середньопересічних громадян та опосередкованого негативного впливу на інтелектуальну, емоційно-вольову, фізичну сфери особистості складного біопсихосоціального середовища, непростих міжособистісних стосунків.

Друге, очевидним є те, що високий потенціал духовної, фізичної та розумової працездатності людей є підґрунтям їх повноцінного життя. Значною мірою здоров'я людей впливає на якість трудових ресурсів, продуктивність суспільної праці, а тим самим на економічний розвиток України.

Третє, за сучасних умов, коли народне господарство та всі сфери життя суспільства охоплено глибокою кризою, відчувається різке падіння рівня життя, розповсюдження масового безробіття, втрати важливих життєвих цінностей, мети життя та відсутності обнадійливих перспектив на майбутнє, то стає зрозумілим чому питання охорони здоров'я населення набувають особливої гостроти. За даними В.І. Куденко (1994) пошук шляхів підтримання, оновлення та укріплення здоров'я в наш час стає проблемою, яка потребує термінового розв'язання. Активний пропагандист здорового способу життя на Україні — академік-кардіологір М.М.Амосов (1987), перше проголосив ідею необхідності формування нової філософії життя — моди на здоров'я.

Четверте, ми розглядаємо, людей середнього віку життя, як загалом «практично здорових людей» — здатних до виконання своїх повсякденних професійних, сімейних обов'язків, але проживаючих більшу частину свого життя, в так званому «проміжному стані», «психосоматичному стані», «третьому стані» між здоров'ям та хворобою, котрий може бути викликаний комплексним негативним впливом, як зовнішніх, так і внутрішніх факторів середовища проживання людини (Брехман, 1980; Чазов, 1988; Войтенко, 1991).

П'яте, існує авторитетна думка спеціалістів щодо переважачого впливу психосоматичних факторів на здоров'я людини (Тарасова, Черненко, 1979; Березіна, 1980; Нотробін, 1980; Дільмана, 1981). Необхідно звернути увагу на поширення передхворобних психічних розладів. За даними статистики існує розподіл людей на здорових, хворих та тих, хто знаходиться в проміжному стані. За даними різних авторів, узагальнених С.Б.Семічевим (1986), психічні розлади було діагностовано у 20-26%, помірні симптоми (третій стан) — у 40-62% та відсутність будь-яких розладів у 13-25% обстежених людей. В.Д.Тополіанський, М.В.Струковська (1986) писали по те, що не менше 30%, а на думку більшості авторів, не менше 50% хворих, які звертаються з соматичними скаргами до поліклінік та стаціонарів є практично здоровими, їм необхідно провести тільки корекцію емоційного стану, мінімум 20% з

дійсно соматичними симптомами клінічний діагноз котрих значною мірою пов'язаний з невротичними явищами. Дуже важливим є діагностика станів на межі норми та патології, чи «третього стану». Вирішення цієї задачі присвячені багаторічні дослідження Р.М.Баєвського (1979), В.П.Казначеева (1980). Результати обстеження робітників та службовців «Сибільмашу» показали, що серед практично здорових людей кількість осіб з напруженням механізмів адаптації та не задовільною адаптацією, тобто осіб у «третьому стані», становлять від 52 до 82%, причому найвищий показник припадає на вік від 26 до 40 років (у групі старших за 40 років цей показник є відносно нижчим за рахунок 32-40% осіб з відсутністю адаптації). Таким чином, очевидно, що люди котрі знаходяться в «третьому стані», становлять більшість половини всього населення.

Предметом - викладацької, наукової, практичної діяльності є пошук шляхів діагностики, розвитку, формування, корекції та підтримання критеріїв психосоматичного здоров'я населення України (міжнаціональний аспект). **Об'єктом** нашої діяльності виступає «здоров'я практично здорової людини» передставники середнього віку життя чоловіків та жінок 35-45 років (проміжний стан між здоров'ям та хворобою).

На факультеті соціології та психології, кафедри психодіагностики та медичної психології Національного Університету Тараса Шевченка протягом 1997 - 1999 навчальних років проводиться апробація нової навчальної дисципліни для студентів п'ятого курсу «Психосоматичне здоров'я людей середнього віку життя». Першим кроком було видання відповідних методичних настанов викладачем О.В.Корнієнко (1998) на тему «Основи безпеки життєдіяльності та підтримання здоров'я людей середнього віку». Автор закладає основи формування засад для продовження змістовної частини розділу «Вікової психології», котрий закінчується дослідженнями підліткового та юнацького періоду. Доречним буде короткий огляд змістовної частини навчального курсу під назвою «Введення до проблем людей середнього віку життя» (соціально-психологічні, психофізіологічні, медико-біологічні аспекти). Як відомо, цей вік характеризується як «вік кризи середини життя» (Юнг, 1964; Братусь, 1981) і крім комплексу психологічних проблем в цей період виникають різні розлади: ендокринної, серцево-судинної і нервово - психологічної сфери. Цей період може бути визначений як суміжний між здоров'ям та хворобою, а звідси очевидна суспільна і індивідуальна необхідність «утримання здоров'я». В зв'язку з цим у монографії В.В.Ніколаєвої (1987) була відмічена обмежена кількість вітчизняних психологічних досліджень проблем розвитку психіки особистості дорослої людини (Анциферова, 1981; Зейгарнік, Братусь, 1980). Кризи дорослого віку мають цілий перелік особливостей при порівнянні з кризами розвитку у дітей. На думку деяких авторів вони не мають жорсткої віднесеності до віку, можуть бути зпровоковані ситуаційно; динаміка їх проходження також буває різною: вони можуть накопичуватися поступово, але допустимо раптові їх виникнення при появі різких змін в соціальній ситуації розвитку. Загальним підсумком кризів розвитку, також, і у дорослої людини є виникнення деяких психологічних новоутворень не характерних для попередніх етапів.

В працях зарубіжних дослідників проблема людей середнього віку життя представлена більш широко. Так, на думку Е.Н. Еріксон (1950) людина протягом життя проживає вісім психосоціальних кризів, специфічних для кожного віку та сприятливість чи не сприятливість завершення останніх визначає можливість наступного розвитку особистості. В свою чергу R. Peck (1968) відстоює особливу

важливість двох останніх кризів життя людини, котрі вона відповідно переживає в молодшому віці та в старості і описує їх характерні проблеми. Сьома криза переживається людиною в сорокалітньому віці. Цей вік характеризується розвитком відчуття обмеженого роду (генеративності), що виражається головним чином в інтересі до виховання наступного покоління та його вихованні. Цей період життя відрізняється високою продуктивністю та творчістю в самих різних галузях. Якщо навпаки, еволюція людського життя розвивається іншим шляхом, то вона може затриматися у стані застою (стагнації), що прирікає подружжя на існування тільки для самих себе з ризиком занепаду міжособистісних стосунків. Восьма криза, переживається під час старіння, вона представляє собою завершення попереднього життєвого шляху, а її завершення залежить від того, як цей попередній період був прожитий. Досягнення повноцінності цілісності базується на підведенні нею підсумків свого минулого життя та усвідомленості його, як єдиного цілого, в якому вже нічого не можна змінити. Якщо людина не може звести всі свої вчинки в одне ціле, вона завершує своє життя в стані кризи перед смертю та у відчаї від неможливості почати нове життя.

Американські психологи (Mussen, Conger, Kagan, 1979) посилаються на думки деяких авторів, котрі описують поняття складного періоду в житті людини, як «кризи життєвої фатальної межі» (Ший, 1976), «кризою середини життя» (Джекс, 1965). Її основною характеристикою є усвідомлення в розходженні між мріями та життєвими реальностями людини і реальністю її існування. Піддослідні після тридцяти років переживають та тяжку депресію, втому. Вони усе більше спираються на «розум», а не на «серце», знаходять нові переваги в знаннях, які акумулюють життєвий досвід та цінності мудрості. Після п'ятидесяти років увага людини ще більше фокусується на проблемах здоров'я, а також на сімейних та економічних повсякденних турботах. М.М. Кабанов (1989) стверджує, що в усьому світі зростає кількість проміжних творів, у тому числі психічних, ось чому підвищується інтерес до вивчення проблем стресу, кризових екстраемальних станів, передхвороби.

Література:

- Анциферова Л.И. К психологии личности как развивающейся системы - // Психология формирования и развития личности. - М., 1981.
- Амосов Н.М. Раздумья о здоровье. 3 изд., перераб и доп. - М.: Физкультура и спорт - 1987 - С.64.
- Баевский Р.М. Прогнозирование состояний на грани нормы и патологии. М., 1979.
- Братусь Б.С. К изучению смысловой сферы личности - // Вест. Моск. ун-та. Серия 14. Психология. - 1981. - №2.
- Брежнев И.И. Валология: начало пути. - // Сов. Россия. - 1980. - 29 мая.
- Войченко В.П. Здоровье здоровых (введение в санофизиологию). - К.: Здоров'я, 1991. С.24,38.
- Кабанов М.М. Медицинская психология // Тенденции развития психологической науки / Под ред. Б.Ф. Ломова, Л.И. Анциферовой. - М., 1989.
- Куденко В.И. Сфера видворення здоров'я населення (соціально-економічний та регіональний аспекти). - К.: «Наукова думка», 1994. - С.8-16.
- Основи безпеки життєдіяльності та підтримання здоров'я людей середнього віку: Методичні настанови для студентів відділення психології факультету соціології та психології Університету О.В. Корнієнко. - К.: РВЦ «Київський університет», 1998. - 32с.
- Томпсонський В.Д., Струковська М.В. Психосоматические расстройства. - М., 1986. - С.6.
- Юнг К.Г. Человек и его смыслы. - Нью-Йорк, 1964.
- Еріксон Е.Н. Childhood and society New York, W.W. Norton & C., 1950.
- Mussen P., Conger J., Kagan J., and Geiwitz J. Psychological development: A Life-Span Approach. N.Y., 1979.

А.С. Кочарян, И.Л. Леванова, Харьков

ОСОБЕННОСТИ СОВЛАДАНИЯ СУПРУГОВ С СЕКСУАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИЕЙ

Сексуальные дезадаптации супружеской пары снижают качество супружеской жизни и часто являются причиной разрыва супружеских отношений. Сексуальные дезадаптации исследованы в клиническом контексте в школе В.В. Крипшала [3,4]. Вместе с тем психологические исследования этиопатогенетических факторов формирования сексуальных дезадаптаций и способов совладания с ними супругов практически отсутствуют.

Цель настоящей статьи - выявить особенности психологических стилевых защитных механизмов у супругов из пар с наличием сексуальной дезадаптации. В качестве методического инструментария был использован опросник «Реакции супругов на конфликт», предложенный А.С.Кочаряном [2]. Опросник включает восемь шкал. Две шкалы диагностируют психологические защиты - протективные (ПМ) и дефензивные (ДМ) механизмы. Под протективными механизмами понимаются наиболее простые виды защит, приводящие к недопущению психотравмирующего содержания в сознание человека. Это такие виды защит как выпеснение, регрессия и т.п. Под дефензивными механизмами понимаются такие виды защит, которые связаны с ослаблением психотравмирующего содержания за счет реинтерпретации, рационализации и т.п. Кроме того, опросник включает следующие шкалы: неконструктивные установки на брак (НУ), депрессия (Д), агрессия (А), соматизация тревоги (СТ), фиксация на психотравме (Ф), контрольная шкала. В таблице 1 представлены полученные данные.

Таблица 1

Совладание супругов с сексуальной дезадаптацией

Формы сексуальной дезадаптации	НУ	Д	ПМ	Т-баллы ДМ	А	СТ	Ф
Коммуникативная							
Мужчины	79,1	53,4	64,7	48,1	81,2	52,8	52,1
Женщины	64,5	71,5	65,5	65,2	54,4	74,1	67,2
Сексуальная аверсия							
Мужчины	80,1	52,1	50,4	74,4	80,2	52,1	70,5
Женщины	82,2	70,1	68,8	78,8	75,6	74,5	71,8
Полоролевая							
Мужчины	80,2	70,1	70,4	72,2	72,4	54,2	75,4
Женщины	81,2	72,4	81,3	71,3	75,2	78,1	76,8
Сексуально-эротическая							
Мужчины	72,1	48,1	41,2	61,1	78,8	45,4	75,1
Женщины	71,1	71,1	52,4	70,1	51,2	72,5	78,8
Отсутствие дезадаптации							
Мужчины	52,4	52,2	62,2	64,4	75,4	51,1	56,6
Женщины	70,1	70,1	58,4	65,4	58,4	75,4	70,5

Из таблицы 1 видно, что неконструктивные установки на брак у супругов высоки при всех формах сексуальной дезадаптации. У мужчин из дисфункциональных

супружеств с отсутствием сексуальной дезадаптации неконструктивные установки на брак находятся в пределах нормы. Из этого можно заключить, что усугубление дисфункциональности супружества сексуальной дезадаптацией для женщин не сказывается на увеличении неконструктивных установок на брак. Женщины скорее реагируют на дисфункциональность супружеских отношений. У мужчин же неконструктивные установки на брак возникают как реакция на сексуальное неблагополучие в браке. По второй шкале также выявились гендерные особенности: женщины склонны отвечать депрессией на ситуацию дисфункциональности супружеских отношений. Причем, сам факт формирования сексуальной дезадаптации дополнительно ничего не вносит. У мужчин же выраженные депрессивные реакции на ситуацию супружеской психотравмы обнаруживаются только в случае полоролевой формы сексуальной дезадаптации, так как именно в рамках этой дезадаптации затрагивается основной вопрос брака - вопрос супружеской власти. Полоролевые образования, являясь стержневыми личностными структурами, тесно связаны с интимными сторонами личности, с ее мотивационной стороной [1]. По известной теории «фрустрации-депрессии» и формируются депрессивные реакции у мужчин. В выборке женщин выраженные протективные механизмы наблюдаются также в парах с полоролевой формой сексуальной дезадаптации. Как показал А.С. Кочарян [2], актуализация защитных процессов возникает на втором этапе реагирования на психотравму - на личностном этапе. Следовательно, фрустрация потребностей, связанных с отношениями власти, близости, зависимости и т.п. (что отражено в полоролевых структурах личности), является важным для мужчин и женщин.

Выраженные дефензивные механизмы у мужчин отмечаются в парах с сексуальной аверсией и полоролевой формой сексуальной дезадаптации. У женщин актуализация дефензивных защитных механизмов происходит в парах с сексуальной аверсией, с полоролевой формой сексуальной дезадаптации, а также в парах с сексуально-эротической формой сексуальной дезадаптации. В целом женщины более склонны совладать с супружеским стрессом дефензивными механизмами, а мужчины - протективными. Это объясняет тот факт, что мужчины менее ориентированы в семейных проблемах и часто не понимают «чего не хватает жене». Этот вывод согласуется с данными по шкале «фиксация на психотравме». Оказывается, что женщины более фиксированы на конфликтной ситуации, демонстрируя совладающую стратегию типа преопределения и рационализации.

Одной из совладающих стратегий является агрессия, понимаемая как катартическое действие. Оказывается, что мужчины из дисфункциональных пар как с наличием сексуальной дезадаптации, так в ее отсутствии имеют тенденцию агрессивного ответа на психотравму. Это поведение вполне описывается известной теорией «фрустрации-агрессии». Женщины обнаруживают агрессивное поведение только при двух формах сексуальной дезадаптации - при полоролевой и сексуальной аверсии. Это подчеркивает большую личностно-смысловую значимость полоролевых проблем супружеской коммуникации и сексуальной аверсии.

Одной из совладающих стратегий для женщин является соматизация тревоги, которая проявляется у женщин при всех формах сексуальных дезадаптаций и в дисфункциональных парах без сексуальных проблем. У мужчин этот механизм защиты практически не актуализируется.

Таким образом, наиболее серьезными с точки зрения вовлечения личностных, а не ситуативных механизмов совладания являются полоролевая форма сексуальной дезадаптации и сексуальная аверсия.

Литература:

1. Кочарян А.С. Личность и половая роль. - Х.: Основа, 1996. - 127 с.
2. Кочарян Г.С., Кочарян А.С. Психотерапия сексуальных расстройств и супружеских конфликтов. М.: Медицина, 1994. - 224 с.
3. Кришталь В.В., Григорян С.Р. Клиническая сексология мужчин. - Х.: "Академия сексологических исследований", 1998. - 192 с.
4. Кришталь В.В., Григорян С.Р. Клиническая сексология женщин. - Х.: "Академия сексологических исследований", 1998. - 176 с.

Г.С. Кочарян, Харьков

ГИПНОСУГГЕСТИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПСИХОГЕННОГО РАССТРОЙСТВА ЛЮБРИКАЦИИ, АССОЦИИРОВАННОГО С ПСИХОГЕННЫМ РАССТРОЙСТВОМ ОРГАЗМА

Любрикация играет большую роль в обеспечении комфортного для сексуальных партнеров полового акта. Она свидетельствует о готовности женщины к его проведению, способствует нарастанию ее сексуального возбуждения и достижению оргазма. Любрикат делает стенки влагалища скользкими, что облегчает ввод пениса, обеспечивая его безболезненность для женщины. Увлажнение вагины усиливает специфические сладострастные ощущения при половом акте. Кроме того, в течение орально-генитальных сексуальных контактов некоторые мужчины наслаждаются эротическим запахом и привкусом лубриката [4]. Однако при различных гинекологических заболеваниях он, напротив, может приобретать неприятный запах, что создает определенные проблемы при половых контактах. Отсутствие или малое количество лубриката может не только обусловить болезненность при вводе пениса и фрикции, что, естественно, исключает должный комфорт, а тем более наслаждение, но также вести к раздражению влагалища и даже, более того, к мелким его надрывам. Вместе с тем наблюдаются и случаи гиперлюбрикации, когда очень обильное увлажнение влагалища создает во время сношения ощущение, что половой член как бы "плавает" в нем. Как правило, лубрикация наиболее интенсивна в фазе оргазма или при приближении последнего. Выделения могут быть настолько обильными, что во время "оргастических спазмов" лубрикат изливается наружу, что напоминает семяизвержение мужчины [5].

В клинической практике приходится встречаться с расстройствами лубрикации различного происхождения: психогенными, соматогенными, смешанными. Международная классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем 10-го пересмотра помещает эту сексуальную дисфункцию в рубрику "Недостаточность генитальной реакции" [1].

Нами наблюдалась больная Б., 26 лет, которая состоит во втором браке в течение 3 лет. При обращении жаловалась, что увлажнение влагалища при ласках и поцелуях возникает редко (примерно в 10% всех интимных контактов). Если же лубрикация отсутствует в предварительном периоде, то во время собственно полового акта она так и не появляется. В тех же случаях, когда увлажнение влагалища имеет место во время прелюдии, оно все равно нивелируется через очень непродолжительное время после начала фрикций. По этой причине в течение всех 3-х лет супружеской жизни во втором браке систематически использует вазелин, но мужу это не нравится.

Оргазм возникает у нее только в 2-3-х из 10 половых актов. Муж негативно относится к сексуости влагалища ("изредка говорит, что ему это не нравится").

Когда обследуемой было 18 лет, как-то она возвращалась домой с другими девушками после танцев. У выхода из дворца культуры сидели ребята, которые присоединились к ним и они пошли все вместе. Другие девушки с ребятами оказались в паре, а они с другим парнем, который был старше ее на 3 года, по его предложению "надо поговорить" несколько отстали. Шли, разговаривали. Дорога домой проходила через лес. Молодой человек воспользовался этим и изнасиловал ее, хотя она и сопротивлялась (до этого была девственницей). Тогда было страшно и лубрикация, а также оргазм, что вполне естественно, не возникли. Удалось выяснить, что до этого увлажнение влагалища имело место всякий раз при ласках и поцелуях. Этот молодой человек был влюблен в нее и в течение года безуспешно набивался стать ее парнем. Когда пришла домой, то по ее виду можно было догадаться, что произошло что-то ужасное. Она во всем призналась отцу и матери. На следующий день мать пошла к родителям того парня, который ее изнасиловал, и поставила ультиматум, что если он не женится на ее дочери, то его посадят. Он, однако, сам этого хотел ("был влюблен" в ее дочь) и, поэтому, его "не пришлось долго уговаривать". Дочь, напротив, вначале отказывалась, так как он ей не нравился и до изнасилования. В конце концов, согласилась, так как парень, с которым она встречалась и за которого собиралась выйти замуж (они были одногодки), узнав о случившемся с девушкой, не захотел с ней больше встречаться. Спустя 1-2 месяца после изнасилования состоялась свадьба. Через 1 год после этого родился сын, которому сейчас 7 лет. Прожила в первом браке 3 года. В течение всего супружества неизменно шла на половые контакты с неохотой и отвращением и лубрикация никогда не появлялась. Затем сама ушла от мужа, так как ее "терпение лопнуло". Помимо того, что муж ей не нравился, он был самодовольным человеком и очень грубым и неумелым в сексе: думал только о себе и не проводил предварительной подготовки перед половым актом, а также игнорировал значительный период. И хотя потенция у него была нормальной, оргазм у нее никогда не возникал. Мастурбацией в этот период не занималась.

В течении 1 года после развода у нее были половые контакты с пятью мужчинами. С четырьмя из них было всего по одному половому акту, а с пятым, который был женат и старше ее на 15 лет, она встречалась полгода и 1 раз в неделю жила с ним половой жизнью. При сексуальных контактах с каждым из мужчин наступала скудность, но все же достаточная для проведения полового акта, лубрикация. Оргазм, однако, наступал только с одним из мужчин, с которым она встречалась в течение полугода (т.е. в этот период времени речь шла только о расстройстве лубрикации!). Спустя год после развода перестала с ним встречаться, так как познакомилась со своим будущим мужем. Через месяц они поженились. Половая жизнь со своим вторым мужем практически с самого начала их знакомства. Тогда в течение более месяца всякий раз при сексуальных контактах возникала скудная, как и при сексуальных контактах, которые имели место после развода, лубрикация, а половое состояние ухудшилось и стало таким, как описано в жалобах. Это объясняет тем, что с мужчиной, с которым жила 0,5 года после развода, была больше раскрепощенность. Это связывается с тем, что повседневно контактирует с мужем и сказывается влияние проблем, связанных с повседневными житейскими проблемами. Вместе с тем отмечает, что у мужа нормальная потенция, а его сексуальная техника лучше, чем у мужчины, с которым у нее были регулярные сексуальные отношения до вступления во второй брак. Поэтому во всем винит только себя.

Платоническое либидо пробудилось в 12 лет. В этом же возрасте в пионерском лагере влюбилась в парня, который был на два года старше. Он предложил ей дружбу, и они встречались во время ее пребывания в лагере. С 14 лет и до изнасилования встречалась с одноклассником. Они были влюблены друг в друга и собирались пожениться. Эротическое либидо пробудилось в 15 лет, однако начало реализовываться (ласки, поцелуи) только год спустя. Сексуальное либидо пробудилось в 18 лет. Соматически здорова. Менструации с 13 лет по 6 дней через 21 день, установились среднерегулярные, безболезненные. Их цикличность никогда не нарушалась.

На основании клинического анализа было сделано заключение о психогенной природе нарушений lubrication и оргазма. О психогенной природе расстройства lubrication свидетельствовал тот факт, что до изнасилования при ласках и поцелуях она всегда была обильной. В фиксации ее расстройств принимали участие такие факторы, как отсутствие любви к первому мужу, обида на него за то, что он ее изнасиловал, изъяны в его сексуальной технике (игнорирование им при сексуальных контактах предварительного и заключительного периодов), его грубое поведение. О психогенной природе расстройства lubrication также свидетельствовало ее возобновление при сексуальных контактах между первым и вторым браком, а также усугубление расстройства после повторного замужества (влияние семейно-бытовых факторов). Заключение о психогенной природе расстройства оргазма могло быть сделано на основании резкого снижения процента оргастичности во втором браке (влияние небольшого количества приятных психологических факторов, связанных с супружеством) по сравнению с периодом регулярной половой жизни с женатым мужчиной непосредственно перед этим браком, несмотря на то, что при нормальной потенции у обоих партнеров, сексуальная техника мужа лучше. Кроме того, хотелось бы (с акцентом на анализ именно расстройства lubrication в контексте задач данной публикации) особо обратить внимание на тот факт, что при интимных отношениях с названным выше женатым мужчиной оргазм наступал всякий раз, хотя lubrication всегда была скудной.

В связи с вышеизложенным, было решено проводить психотерапевтическое лечение. Более того, мы решили ограничиться только им, так как не видели какой-либо необходимости в использовании биологически ориентированной терапии. Кроме разъяснительной работы, дважды в неделю приблизительно с равными интервалами проводилась гипносуггестивная терапия. Всего проведено 5 сеансов гипноза. На первом сеансе осуществлялась техника гипносуггестивного программирования [3], которая предполагала проведение в гипнотическом состоянии внушений, направленных на формирование нормальной поведенческой программы интимной близости. На этом же сеансе также применялась техника гипносуггестивного моделирования [2], использование которой в данном случае было направлено на переживание пациенткой в гипнотическом состоянии нормально протекающего предварительного периода с хорошей lubrication. Проведенный после сеанса опрос показал, что ощущаемое в гипнотическом состоянии увлажнение влагалища оказалось недостаточным. Моделируемые ласки и поцелуи мужа были неприятны, так как выяснилось, что у них в настоящее время натянутые отношения после того, как он признался, что "переспал" с тремя женщинами, так как хотел "попробовать по нормальному, без сухости" (дополнительное существенное доказательство психогенной природы расстройства оргазма!). После этого была проведена беседа с супругом, на которой ему разъяснили, что при таких взаимоотношениях нормальной lubrication быть не может. На 2-м сеансе гипноза (к этому времени пациентка уже помирилась со своим мужем) прове-

дены те же самые воздействия, что и на первом. После сеанса отметила, что lubrication при моделировании предварительного периода была нормальной. После первого гипнотического сеанса полового акта не было из-за сделанного ей мини-аборта. После второго сеанса гипносуггестивной терапии нельзя было проводить половой акт, так как у нее началось маточное кровотечение. Отметила, что после этого сеанса была достаточная lubrication в предварительном периоде, которая нивелировалась после начала фрикций. На третьем сеансе была проведена гипнокатартическая техника. Пациентку "погрузили" в ситуацию, когда ее насиловали, и она вновь пережила все связанное с ней. Затем в гипнотическом состоянии было проведено программирование, направленное на нормализацию сексуальных функций. После 3-го сеанса состоялся опрос гинекологического кровотечения) только орально-генитальный (minette) контакт. На 4-ом сеансе было проведено моделирование полового акта в целом (и предварительного, и основного, и заключительного периодов), которое завершилось программированием нормально протекающего полового акта с lubrication и оргазмом. После этого сеанса отметила, что хорошая lubrication была как во время предварительного, так и при фрикциях. Отметила также усиление полового влечения к мужу в соответствии со сделанными внушениями. Пятый гипнотический сеанс протекал по такому же сценарию.

Анализ полученных результатов показал, что проведенное лечение привело к восстановлению обильной lubrication при сексуальных контактах и возникновению оргазма в 100 % половых актов. Более того, теперь при проведении одного полового акта с мужем пациентка нередко переживает 2 оргазма. Отмечает также повышение к нему сексуального влечения.

Контрольный опрос, проведенный спустя 2,5 месяца после окончания лечения, свидетельствовал об устойчивости полученных результатов.

Литература:

1. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр. Всемирная организация здравоохранения. Женева. - М.: Медицина, 1995. - Том 1. (часть 1.) - 698с.
2. Кочарян Г.С. Новые психотерапевтические приемы и методики в сексологической практике: Методические рекомендации. - М.: Упр. Спец. мед. помощи МЗ СССР, 1991. - 20с.
3. Кочарян Г.С. Гипносуггестивная терапия // Г.С. Кочарян, А.С. Кочарян. Психотерапия сексуальных расстройств и супружеских конфликтов. - М.: Медицина, 1994. - С.47-66.
4. Crooks R., Baur K. Our Sexuality. Fourth Edition. The Benjamin/Cummings Publishing Company, Inc. - 850p.
5. Lew-Starovich Z. Seks partnerski. - Warszawa: PZW, 1991-343s.

Г.С. Кочарян, Харьков

СПОСОБ КОРРЕКЦИИ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ПРОГРАММ В ТЕРАПИИ СИНДРОМА ТРЕВОЖНОГО ОЖИДАНИЯ СЕКСУАЛЬНОЙ НЕУДАЧИ У МУЖЧИН

Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи (СТООН) очень часто встречается у мужчин, обращающихся за сексологической помощью. Существуют различные психотерапевтические приемы для его ликвидации: "метод минимого за-

прета", который также называют "методом запретного плода" ([4,11,12]); "охрана грамота" [4]; метод контрастного самовнушения по М.Д. Танцоре [5], являющийся одним из вариантов метода негативного воздействия, тождественного методу парадоксальной интенции [9]; методы "гинекологическое положение" и "медовый массаж" [10,11]; "вербальное раскрепощение" [2]; эмоционально-стрессовое самовнушение с использованием идеомоторной маятниковой пробы [11]; "чистосердечное признание в сексуальных затруднениях благожелательной партнерше [12]; "система эротической сенситизации" [3] и др. Однако значимость СТОСН, обусловленная высокой частотой его обнаружения среди мужчин с сексуальными расстройствами, обуславливает необходимость разработки новых психотерапевтических приемов и методов для его устранения.

Нами разработан способ лечения ряда психогенных расстройств, который был апробирован в основном у мужчин со СТОСН. Он был назван нами **способом коррекции поведенческих программ (СКПП)**. Его характеризуют: 1) быстрый и стойкий лечебный эффект; 2) малая продолжительность сеанса (процедура занимает по времени от 5 до 10 мин, а собственно терапевтический ее компонент исчисляется 3-5 мин); 3) отсутствие необходимости в создании каких-либо специальных условий (например, сенсорной депривации); 4) возможность оценивать тяжесть состояния больного и прогнозировать эффективность применяемых психотерапевтических воздействий; 5) отсутствие каких-либо осложнений.

Способ объединяет возможности разработанного нами варианта применения нейролингвистического программирования (НЛП) с возможностями суггестии (с обусловливанием) и опосредованную внушением работу с визуальными образами (репродуцируемыми и конструируемыми). Для разработки предлагаемого способа психотерапевтических воздействий нами из арсенала НЛП был, в частности, использован метод якоря [7], являющийся в данном подходе основой для некоторых терапевтических техник [8]. Сущность этого метода заключается в формировании условных рефлексов, однако с этой целью не используются ни рвотные средства, ни электрические разряды, ни какие-либо другие вспомогательные средства. В данном случае обусловливание осуществляется с помощью якоря, представляющего собой определенный стимул (кинестетический, аудиальный, визуальный и т. д.), который в процессе психотерапии ассоциируется с определенным переживанием. После того как это произошло, стимул сам по себе может вызвать сдвоенное с ним переживание. Так, например, если попросить пациента вспомнить возникающие у него в психотравмирующей ситуации переживания и связанные с ними ощущения и прикоснуться к его правому плечу, то в последующем одно такое прикосновение сможет вызвать данные переживания и ощущения. Это в равной степени касается и влияния прикосновения к левому плечу, если, например, указанное действие предварительно сочеталось с ощущением уверенности в себе, возникающим в определенных обстоятельствах, которые были репродуцированы с помощью воображения. Процесс использования стимула носит название постановки на якорь. Таким стимулом, помимо прикосновения к определенной части тела (применение кинестетического якоря), могут быть определенная фраза, изменение тона голоса или его силы, какой-то зрительный стимул (например, выражение лица человека, с которым осуществляется коммуникация), запах (например, духов или одеколона) и т. д. Отсутствие знаний о якорях и их действиях подчас может играть крайне отрицательную роль как в лечебном процессе, так и в обыденной жизни. В связи с этим R. Bandler и J. Grinder [7] сообщают о курьезе, произошедшем с психотерапевтом, который в течение сеанса убрал и вернул на место

якорю 9 раз. В конце этого сеанса он сказал: "Да, в следующий раз мы должны поработать над этим еще больше". Человек не может делать ничего, что нельзя было бы пережить с помощью якоря. Якоря можно расставлять как с вовлечением сознания, так и без его вовлечения. Ценность метода якоря заключается в том, что он обеспечивает возможность доступа к поистине неисчерпаемым ресурсам человеческой психики. Помимо этого метода нами из арсенала НЛП использовались приемы субмодальных вмешательств [6]. Мы работали с визуальными субмодальностями.

После этой необходимой для понимания техники проведения способа коррекции поведенческих программ преамбулы опишем его непосредственно.

Он реализуется в два этапа. *Целью первого этапа* является диагностика устойчивости патологических программ и определение способности к реабилитации или формированию нормальных поведенческих сексуальных стереотипов (в основном идет о прекоитальном периоде и самом коитусе). Одновременно проводится работа по разрушению старого и реабилитации или формированию нового стереотипа. *Во втором этапе* оценивается интенсивность положительных сдвигов, наступивших в результате проведения процедуры, что дает возможность прогнозировать скорость формирования лечебных результатов.

Технология процедуры (как на первом, так и на втором этапах большой и врач лежат или стоят напротив друг друга) следующая.

Первый этап. Врач охватывает кистью левой руки запястье правой руки больного и просит его как можно более четко представить себе неудачный половой акт. После наступления визуализации делается внушение, что сейчас образ неудачного полового акта потеряет свою яркость, потом начнет мелькать, а затем и вовсе исчезнет. При этом врач просит пациента, чтобы он не был пассивен, а всеми силами старался удержать образ. Одновременно внушается, что чем больше пациент будет стараться удержать его, тем меньше это будет ему удаваться, так как его организму (памяти, психике, нервной системе) не нужна данная патологическая программа и он будет избавляться от нее. Поэтому, заключает врач, образ некачественного или неудавшегося полового акта полностью сотрется.

Такой порядок ожидаемых изменений образа (снижение яркости - мелькание - исчезновение) предполагается на том основании, что именно он чаще всего возникал при осуществлении описанных воздействий. Следует подчеркнуть, что во избежание потери доверия больного к врачу в том случае, если реализации суггестии не наступит, что бывает редко, или будет частичной, рекомендуется включать в формулу внушения слова: "... и может так случиться, что ...". После этого называют желательные изменения. Такого принципа построения внушений целесообразно придерживаться на протяжении всего лечебного сеанса. При произнесении внушения смысловое ударение надо делать именно на словах, следующих за указанной вводной фразой. Как правило, в результате описанной выше суггестии наступают обещанные изменения, которым он пытался противостоять, удерживая образ некачественного или даже неудавшегося полового акта. Лишь изредка конечным результатом является мелькание поблекшего образа или его тусклость.

После того как удалось произвести уничтожение образа, мы даем больному инструкцию по его восстановлению. Больной трижды пытается воспроизвести стертый образ. Перед каждой такой попыткой проводится внушение, что чем настойчивее он будет пытаться сделать это, тем меньше это будет ему удаваться, и может так случиться, что образ вообще больше не появится, поскольку патологическая программа не нужна организму. Обычно так и происходит. Реже образ возникает в значительно

потускневшем виде либо отмечается мелькание данного поблекшего представления. Исключительно редко происходит полное восстановление его яркости.

Затем врач охватывает своей правой кистью запястье левой руки пациента и просит его представить последний нормально протекавший половой акт с женщиной. При этом речь может идти как о половом акте с нынешней партнершей, так и с другой, если с нынешней партнершей полноценного сближения никогда не было. Если яркость возникшего образа недостаточна, ее следует суггестивно усилить (точно так же мы поступаем и при недостаточной яркости визуального воспроизведения некачественного или неудавшегося полового акта). При достижении хорошей яркости некачественного представления делаются внушения следующего содержания. Отмечается, что сейчас больной будет пытаться избавиться от данного образа, и чем больше он будет стремиться к этому, тем меньше это будет ему удаваться, так как его организму (психике, нервной системе) нужна нормальная ("здоровая") программа. Суггестируется, что образ будет устойчивым, непоколебимым и, вопреки стараниям пациента, может случиться так, что он не исчезнет. Попытка уничтожения образа проводится трижды. Как правило, образ действительно не исчезает, а его яркость либо остается прежней, либо, что встречается реже, несколько уменьшается.

В том случае, когда полноценные половые акты наблюдались лишь с предыдущими партнершами, а с нынешней таковых не было, прежде чем начать воздействовать на образ, пытаясь его ликвидировать, следует в воображении произвести замену прежней партнерши на нынешнюю, с которой нормального полового акта никогда не было. Желательно, чтобы ликвидации этого нового образа предшествовало несколько сеансов по укреплению новой программы ("... программа, подобно дереву, пускает глубокие корни, укрепляется, становится прочной" и т. д.). Описанный вариант психотерапии технически несколько труднее предыдущего и требует большего количества лечебных сеансов. Еще большую трудность представляют случаи, когда пациент вообще никогда в течение жизни не совершил полноценного полового акта или, более того, в его сексуальной практике наблюдались только истинные или кажущиеся попытки. Тогда мы просим больного конструировать визуальный образ полноценного полового акта с той женщиной, с которой он встречается. Как и в предыдущем варианте, нецелесообразно сразу идти на уничтожение образа нормально протекающего полового акта. Эту хрупкую формирующуюся программу следует предельно суггестивно укрепить в течение нескольких сеансов, а затем уже попытаться ликвидировать образ.

Завершается первый этап работы в каждом из указанных вариантов суггестий, что в преддверии и во время интимной близости пациент будет совершенно спокоен и уверен в себе. Далее проводятся внушения, направленные на программирование нормально протекающего полового акта. Больному внушается, что половые акты будут протекать так же, как и воображаемые. Это делается следующим образом. Врач говорит пациенту, что отныне перед интимной близостью и во время нее он будет совершенно спокоен и уверен в своих сексуальных возможностях, так же, как и сейчас, в своем зрительном представлении. Точно таким же образом обыгрываются отдельные функциональные характеристики копулятивного цикла и возникающие при половом акте ощущения.

На втором этапе, целью которого является определение эффективности лечебной процедуры, а следовательно, и возможность прогнозирования улучшения здоровья и их сроков, мы прибегаем к использованию кинестетических якорей, сочетающемуся с просьбой увидеть всплывающий при этом образ полового акта.

Вначале врач охватывает левой кистью запястье правой руки пациента и спрашивает его, образ какого полового акта он видит. Обычно при хорошей реакции на лечебные воздействия всплывает образ полноценного полового акта. Затем врач одновременно охватывает правое и левое запястье больного своими кистями и вновь спрашивает, образ какого полового акта при этом возникает. Очень часто пациент опять видит хороший половой акт. В заключение врач охватывает левое запястье пациента правой кистью и в очередной раз повторяет свой вопрос. Больной, как правило, снова отвечает, что возник образ полноценного интимного сближения. На этом лечебный сеанс заканчивается.

Следует подчеркнуть, что об особой прогностической благоприятности можно говорить в тех случаях, когда отмечается полная или выраженная реализация суггестивных воздействий. При отборе пациентов для проведения данного способа лечения необходимо исключать лиц, которые в силу различных причин испытывают трудности направленной визуализации образов и сюжетов, что определяется уже в самом начале его использования, а также больных со снижением интеллекта, которые не способны понять, а следовательно, реализовать инструкции врача при проведении описанных психотерапевтических воздействий.

СКПП был использован нами для лечения 34 больных мужчин с синдромом тревожного ожидания сексуальной неудачи невротического генеза в возрасте от 16 до 66 лет. В 2 набл. он был применен для закрепления положительных результатов, достигнутых после психотерапевтически насыщенного обследования и разъяснительной беседы. В остальных 32 набл. (у 40,6 % пациентов) он применялся в сочетании с малыми дозами дневных транквилизаторов (триоксазина, грандаксина), назначаемых за 2 ч до предполагаемого полового акта. В пяти случаях результаты лечения не были учтены по объективным причинам, а в одном оно было прекращено из-за того, что супруга отказала мужчине в интимных контактах. Оценка терапевтической эффективности СКПП у 26 оставшихся пациентов выявила следующее. Положительные результаты зафиксированы у 24 больных (92,3 %). В 20 набл. (76,9 %) отмечалось улучшение, в 2 набл. (7,7 %) значительное улучшение, в 2 набл. (7,7 %) улучшение. Лечебный эффект отсутствовал всего в 2 набл. (7,7 %). В одном из этих случаев зафиксировано неосознаваемое больным психическое сопротивление проводимой терапии, наличие которого подтвердилось и при последующем гипнотическом сеансе. В другом наблюдении с аналогичным исходом отмечалась плохая реализация внушений, что объяснялось пожилым возрастом больного (66 лет) и заметным ухудшением его в связи с этим пластичности психических процессов.

В заключение следует отметить, что СКПП содержит в себе большие возможности при его творческом применении и может быть использован для лечения различных (не только сексологических) заболеваний, где требуется создание или восстановление нормальных программ каких-либо поведенческих актов.

Литература:

1. Гринин А.В. Эмоционально-стрессовая психотерапия в комплексе лечения психогенных сексуальных расстройств: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 1988. - 21 с.
2. Грошев С.И. Из опыта психотерапевтического лечения психогенного преждевременного семяизвержения // Актуальные вопросы сексopatологии: Тр. Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. - М., 1967. Т. 51. - С. 414-432.
3. Коварин Г.С. Новые психотерапевтические приемы и методики в сексологической практике: Методические рекомендации. - М.: Упр. Спец. мед. помощи МЗ СССР, 1991. - 20с.
4. Савилов А.М. Неврозы. - М.: Медицина, 1982. - 366 с.

5. Танпюра М.Д. Опыт лечения больных навязчивым неврозом методом активного возбуждения патологической инертности // Сов. мед. - 1956. - № 11. - С. 80-84.
6. (Andreas K., Andreas S.) Андреас К., Андреас С. Измените свое мышление - и воспользуйтесь результатами. Новейшие субмодальные вмешательства НЛП.: Пер. с англ. - Санкт-Петербург: Ювента, 1994. - 240с.
7. Bandler R., Grinder J. Frogs into princes. Neurolinguistic programming. -San-Francisco, 1979. - 193 p.
8. (Cameron-Bandler L.) Кэмерон-Бандлер Л. С тех пор они жили счастливо: простая и эффективная психотерапия сексуальных проблем и трудностей во взаимоотношениях. - Воронеж: НПО "МОДЭК", 1993. - 256 с.
9. (Frankl V.) Франкл В. Человек в поисках смысла: Сборник: Пер. с англ. и нем. / Общ. ред. Л.Я. Гозмана и Д. А. Леонтьева. - М.: Прогресс, 1990. - 368 с.
10. Imielinski K. Modyfikacja psychoterapii nerwowych zaburzen wzrodu czlonka // Pol. Tyg. Lek. - 1971. - T. 26, N 24. - S. 910-912.
11. Imielinski K. Leczenie zaburzen psychoseksualnych // Sexuologia kliniczna // Pod red. T. Bilikiewicza, K. Imielinskiego. - Warszawa: PZW, 1974. - S. 323-346.
12. (Kratochvil S.) Кратохвил С. Терапия функциональных сексуальных расстройств: Пер. с чешск. - М.: Медицина, 1985. - 159 с.

О.О.Кочемировська, Харків

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОСЕМАНТИЧНОЇ СТРУКТУРИ ПЕРЕЖИВАННЯ НАСИЛЬСТВА УКРАЇНСЬКИМИ ПІДЛІТКАМИ ТА ЮНАКАМИ У ПЕРІОД ТРАНСФОРМАЦІЇ СУСПІЛЬСТВА

Нестійкість сучасного соціального середовища України, суперечний вплив засобів масової інформації призводять до поширення соціальних явищ конфліктного характеру. (Іващенко, 1998) Одним із наслідків такої соціальної конфліктної ситуації слід вважати значну маргіналізацію та криміналізацію поведінки підлітків во всіх сферах їх міжособистісних стосунків у середовищі перебісників.

Результати соціологічного дослідження, яке було проведене Харківським центром жіночих досліджень в 1995 р. серед харківських підлітків, показують, наприклад, що пряме фізичне насильство у міжособистісних відносинах, бійки є прийнятними для 70% хлопчиків та 20% дівчат; вживання образливих та нецензурних виразів – для 88% хлопців та 34% дівчат. (ХІРКД, 1995).

Треба зазначити, що агресивній складовій насильницької поведінки (Бэрон, Ричардсон, 1997), об'єктивним витокам та причинам агресивної та кримінальної поведінки (Кочарян, 1996) присвячено багато досліджень. Але суб'єктивна система уявлень про насильство, властива підліткам, залишалась за межами цих досліджень.

Об'єктом дослідження, проведеного у парадигмі аналізу суб'єктивного переживання насильства, є різноманітні форми насильницької поведінки, що переживається і реалізується підлітками та юнаками у сім'ї й серед ровесників.

Мета дослідження - виявити вікові особливості психосемантичної структури переживання насильства у молодших підлітків та юнаків.

Задачі дослідження:

1. Виявити поняття, максимально насичені семантикою насильства для двох вікових груп: підлітків та юнаків;
2. Провести психосемантичну класифікацію різноманітних форм насильства, що переживається підлітками та юнаками;

Виявити вікову динаміку змін у психосемантичній структурі понять, навантажених біогентною семантикою;

Матеріал дослідження - підлітки 12-13 років (27 осіб), юнаки та дівчата 16-17 років (15 осіб), які навчаються у російських школах м.Харкова (як державних, так і приватних).

Методи дослідження: суб'єктивне шкалювання понять, навантажених семантикою насильства за 7-бальною шкалою Лайкертівського типу; вільна класифікація понять, насичених семантикою насильства (за методом Дж.Міллера) (Літеренко, 1983); Мальований Аперцептивний Тест, модифікований Л.Собчик (Собчик, 1996).

Для дослідження були відібрані 186 понять російської мови, які за лексичними (семантичними) значеннями відносяться до категорії проявів насильства. На етапі підготовки методів дослідження, підлітки 12-13 років відібрали з цього переліку 122 поняття, а юнаки й дівчата 16-17 років - 113 слів і виразів, насичених, за їхньою думкою, семантикою насильства. Ці дві групи слів й були використані у подальшому дослідженні.

За результатами суб'єктивного оцінювання за 7-ми бальною шкалою Лайкертівського типу визначилися групи понять, максимально насичених семантикою насильства (ті, що набрали 6-7 балів) для кожної вікової категорії.

Обробка масива даних була проведена із використанням факторного аналізу методом Варимакс. Результати представлені в Таб. 1 і Таб. 2.¹

Таблиця 1

Фактори максимального насильства (вікова група 12-13 років)

М1. Липить жизни	Липить жизни, Зарезать, Утопить, Перерезать горло
М2. Подчинение	Подчинять

Як видно, до групи понять, максимально насичених семантикою насильства потрапили слова, пов'язані з позбавленням людини життя, але це далеко не весь список слів, що описують смертоносні діяння, який був використаний у дослідженні. Навіщо, підлітки 12-13 років віднесли до значущого фізичного насильства лише ті форми, які безпосередньо призводять до летального ісходу. Насильство, що не веде до миттєвої, очевидної смерті, суб'єктивно не переживається підлітками як тяжке і входить до групи максимального насильства. Це може свідчити про неповну усвідомленість у цієї вікової групи адекватного уявлення про смерть та реальну активність для життя того чи іншого прояву насильства.

Таблиця 2

Фактори максимального насильства (вікова група 16-17 років)

М1. Насилие с летальным исходом	Застрелить, Убить, Изуродовать, Перерезать горло
М2. Насилие, требующее много времени	Казнить, Задушить, Зарезать, Оторвать голову, Насиловать
М3. Мучительное, долгое наказание	Утопить, Полосовать, Расчленить
М4. Не давать жить	Удавить, Не давать жить
М5. Свести в могилу	Свести в могилу

У дослідженні використовувався російськомовний стимульний матеріал (набір понять, насичених семантикою насильства), тому результати обробки не перекладались, щоб уникнути викривлень психосемантичного матеріалу, які не можуть не виникнути при зміні мовного середовища.

Найпершим трьом факторам дали самі обстежувані під час дослідження.

До переліку слів, максимально насичених семантикою насильства ввійшло й поняття «Подчинятъ», що, як видно, пов'язано з нетерпимістю підлітків до дій, які можуть бути розцінені ними як намагання підкорити їхню волю.

Якщо в підлітків 12-13 років до блоку понять, максимально насичених семантикою насильства, входить усього 6 слів (4% від загального списку), то в юнаків їх вже 21 (20% відповідно). Таким чином, можна говорити про вікове звуження суб'єктивних рамок насильства, що переживається та оцінюється як відносно нешкідливе для людини.

При цьому група максимально віогентних понять формується юнаками не за рахунок якісного зміння відповідного семантичного блока, який існує у підлітків, а за рахунок його розширення, внесення до нього нових понять, значимих для обстежуваних старшого віку.

Але є й певні якісні зміни. По-перше, внесення до блоку максимально віогентних понять ті, що описують необоротні, але не смертоносні діяння («Насиловать», «Изуродовать»). Очевидно, це пов'язано як з віковим збільшенням понятійної сфери, так і зі зростанням спроможності до адекватної оцінки сили та оборотності того чи іншого діяння. По-друге, виключення зі списку слів, максимально насичених семантикою насильства, понять, що описують моральне, психічне насильство (насамперед, поняття «Подчинятъ»). Це, як видно, свідчить про підвищення толерантності до необхідності підпорядковувати свою поведінку вимогам оточення, суспільним нормам і зниження рівня негативізму щодо цієї необхідності, характерного для підлітків.

Для юнаків є характерним високий рівень диференціації понять (в межах блоку максимально віогентних), які позначають необоротні діяння (Фактори 1-3 – прояви насильства, пов'язані з нанесенням тілесних ушкоджень, Фактори 4-5 – прояви насильства, що необхідно не призводять до тілесних ушкоджень). Однак розподіл понять за факторами, проведений на основі класифікації, запропонованої самими юнаками та дівчатами, базується на неадекватному до соціокультурних норм підрунті, а саме: «Тривалість діяння».

Цей факт може свідчити про амбівалентність юнаків та дівчат щодо соціокультурних норм оцінки насильницької поведінки. З одного боку юнаки знайомі з цими нормами та схильні їх принімати, а з іншого, вони все ж такі не повністю усвідомлюють сутність підстав, на яких ці норми виникли. Очевидно, можна зробити висновок про наявність феномена поляризації переживання насильства, який полягає в існуванні розрива між необхідністю прийняття соціокультурної норми насильства (яке є соціально бажаним і дає можливість «вписатися» до суспільства) та неможливістю справжнього прийняття цієї норми з-за неусвідомлення її сутності.

Основні висновки щодо вікових особливостей психосемантичної структури переживання насильства молодшими підлітками та юнаками є такими:

1. Очевидно, існує фактор вікового зниження віогентності поведінки підлітків, яке пов'язане із усвідомленням ними рівня прийнятності/неприйнятності того чи іншого прояву насильства (фізичного, психологічного, обмеження свободи тощо). К 16 рокам звужується коло понять, що описують прояви насильства, оцінені як відносно нешкідливі для людини, в той час як для віку 12-13 років це коло набагато ширше.
2. Можна говорити про феномен поляризації переживання насильства та амбівалентність у ставленні до соціальних норм оцінки насильницької поведінки, характерні для юнаків.

Віковий період 12-16 років є сензитивним до формування адекватних уявлень про насильство та до прийняття існуючих соціокультурних норм оцінки насильства та насильницької поведінки.

Література:

- Вещенко О. Сексуальні зловживання щодо дітей та підлітків в Україні/Практична психологія та соціальна робота/4, 1998., сс. 43-45.
- Насилие в семье и дети (анализ результатов социологического исследования): реферативная работа. - Харьков, Центр женских исследований, 1995.
- Борон Р. Ричардсон Д. Агрессия - СПб: Питер, 1997. - 32-45
- Кочарян А.С. Личность и половая роль (симптомокомплекс маскулиности/феминности в норме и патологии)/Отв.ред. член-корр. АПН України Л.Ф.Бурлачук. - Х.: Основа, 1996 - сс.72-78
- Петренко В.Ф. Введение в экспериментальную психосемантику: исследование форм репрезентации в бытовом сознании. - М.: Изд-во МИ У, 1983.-с.43-44
- Собняк Л.А. Методика «Рисованный Апперцептивный Тест» (для работников службы проф. консультирования): реферативная работа. - Харьков, 1996.

Т.И. Краско, Харьков

КОРРЕКЦИЯ СТИЛЕЙ ЛИЧНОСТНО-СИТУАЦИОННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ КАК ОСНОВА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЛЮДЯМ, ПОТЕРЯВШИМ РАБОТУ

В новых социально-экономических условиях ситуация потери работы является одной из самых распространенных психотравм, провоцирующих самые различные нарушения уровня успешности личностного и социального функционирования человека. Тем не менее, для многих людей эта ситуация в результате приводит не к восстановлению дезадаптивных расстройств, а напротив - становится стимулом роста социальной активности и поиска новых форм самореализации.

Основной целью исследования, проводимого при поддержке Research Support Scheme of the OSI/HESP (грант № 1130/1997), стало выяснение того, на каких теоретических основаниях должна строиться психологическая и психотерапевтическая помощь человеку в социально-травматичной ситуации, направленная на то, чтобы помочь ему преодолеть эту ситуацию без ущерба для психологического здоровья и, кроме того, - приобрести необходимый внутренний опыт продуктивного преодоления неизбежных жизненных коллизий.

Основная теоретическая часть исследования строилась на предположении, что успешность преодоления любой психотравмирующей ситуации (в том числе и потери работы) зависит от специфических взаимоотношений:

- а) характеристик самой ситуации, субъективно преломляющихся в сознании конкретного человека в те или иные психотравмирующие детерминанты;
- б) сложившегося стереотипа той стратегии совладания, которая применяется этим человеком практически в любых сложных для него обстоятельствах.

Присущий конкретному человеку специфический паттерн взаимоотношений (а) и (б) и определяет тот стиль личностно-ситуационного взаимодействия (ЛСВ), который обычно используется этим человеком при преодолении трудных жизненных ситуаций.

Были выделены критерии 4-х возможных рангов субъективной значимости си-

туации потери работы: кризиса (1), конфликта (2), фрустрации (3) и стресса (4) (Ф.Е.Василюк, 1984) и определены их психодиагностические корреляты.

Объективные критерии психотравмирующей ситуации потери работы, субъективно преломляясь в сознании человека, порождают у разных людей различные стратегии личностно-ситуационного взаимодействия (ЛСВ), от степени состоятельности которых и зависит восстановление психологической защищенности и достижение психологического благополучия. Эти реализуемые людьми стратегии отражают относительно устойчивые стилевые особенности ЛСВ, зависящие от множества predispositional факторов, таких как степень личностной зрелости, атрибуция ответственности, особенности самосознания и самоотношения, индивидуальный жизненный опыт по преодолению психотравмирующих ситуаций, место данного события в индивидуальной внутренней картине жизненного пути, общий уровень "биографического стресса" и так далее. Такие сложившиеся индивидуальные стили проблемно-разрешающего поведения являются достаточно жесткими, и потому могут в определенных условиях становиться преградой для совладания с психотравматическим событием.

Поэтому были определены и разработаны психодиагностические критерии трех различных психологических стратегий ЛСВ, различающихся по

- направленности (т.е. по содержательным характеристикам стиля ЛСВ: а) избегание тех детерминант ситуации, которые являются психотравмирующими; б) попытка приспособления к ним; в) преобразование психотравмирующих обстоятельств;
- содержанию интрапсихических действий (т.е. по процессуальным характеристикам стиля ЛСВ: а) борьба с негативными эмоциями; б) восстановление и поддержание позитивного самоотношения; в) преобразование ценностно-смысловой сферы;
- уровню личностного функционирования: III. самосохранение; II. саморегуляция; I. самореализация.

В соответствии с этим была разработана специальная модификация техники репертуарных решеток Дж.Келли, позволяющая оценить индивидуальные стилевые характеристики тех механизмов, которые определяют присущие человеку особенности стратегий ЛСВ, и те критерии психотравмирующей ситуации потери работы, которые являются определяющими для ее субъективной оценки.

На основе теоретической модели исследования и соответствующего психодиагностического контроля посредством техники репертуарных решеток был проведен формирующий эксперимент. Он был построен следующим образом: в процессе группового тренинга лиц, потерявших работу, применялись коррекционные техники и психотерапевтические приемы, направленные на а) определение и переосмысление психотравмирующих критериев ситуации потери работы и на б) переоценку той роли, которую играют любые сложные жизненные коллизии в судьбах людей. Таким образом, каждому участнику тренинговой группы предоставлялась возможность а) принять и оценить саму ситуацию потери работы не как несчастье или несправедливость, а как потенциальной возможности нового этапа самореализации; б) произвести в связи с этим ревизию и переоценку своих индивидуальных ценностей и личностных установок. Используемые методы группового воздействия и взаимодействия позволяли каждому участнику преодолеть "жесткость" индивидуального стиля ЛСВ и трансформировать его в более адекватный для данного человека в данных обстоятельствах. Основным направлением этого процесса было представление ситуации потери рабо-

ты как "условно благоприятной": дающей потенциальную возможность самореализации, "испытать себя на прочность", "узнать, на что ты способен", что (согласно модели исследования) должно было позволить снизить ранг индивидуальной психотравмирующей значимости ситуации потери работы. Предварительной гипотезой являлось предположение, что принятие ситуации как потенциально-позитивной - может трансформировать индивидуальные стратегии ЛСВ (из III - во II, из II - в I и т.д.) и тем самым позволит перевести ЛСВ на более высокий уровень. Эту гипотезу и должен был подтвердить или опровергнуть психодиагностический контроль посредством техники репертуарных решеток.

Были отобраны четыре группы испытуемых (всего 60 человек, давность потери работы от 2-х недель до месяца, 33 женщины и 27 мужчин в возрасте от 24 до 46 лет). С каждой из групп проводился курс из 10 занятий по 1,5 часа каждое. Дважды - до начала и после окончания курса - каждый испытуемый заполнял специальную репертуарную решетку, обработка и анализ которых позволил получить следующие результаты.

Стратегии ЛСВ, сложившиеся в результате предшествующего индивидуально-опытного преодоления жизненных трудностей, у 36 (60%) испытуемых основывались на стратегии самосохранения (III), состоящей в избегании проблем и пассивном отказе от необходимости предпринимать какие-либо действия по преодолению психотравмирующего влияния обстоятельств. Эти люди воспринимали ситуацию потери работы как незаслуженное наказание, как личную обиду и как несправедливый по отношению к ним "удар судьбы", а потому и основным содержанием их интрапсихического функционирования становилась исключительно борьба с негативными эмоциями и уклонение от необходимости принятия каких-либо решений. Основными субъективными психотравматическими детерминантами ситуации, определяющими ее ранг, для них являлись такие крушения устоявшихся планов и необходимость ломки сложившихся стереотипов, которые представляли угрозу значимым ценностям и что соответствует рангу 4 - стресс, или непреодолимые препятствия в реализации актуальных потребностей (соответствует рангу 3 - фрустрация).

Для 21 человека (35%) основной predispositional стратегией ЛСВ являлась стратегия саморегуляции (II), основывающаяся на попытке приспособления к сложившейся ситуации, на убеждении себя в том, что все не так плохо как кажется, что к любым обстоятельствам и их последствиям можно приспособиться, а в дальнейшем ход событий подскажет какую-либо возможность выхода. Эти люди воспринимали факт потери работы как случайность, как результат неблагоприятного стечения обстоятельств. Основными психотравматическими детерминантами ситуации для них явились столкновение несовместимых потребностей и разнонаправленных мотивов (соответствует рангу 2 - конфликт), а содержанием интрапсихических действий - процесс выбора в пользу одного из них, принятия решения о том, который из этих мотивов является наиболее актуальным.

Только 3 человека (5%) воспринимали ситуацию утраты работы как начало какого-то нового этапа, как некую закономерную часть жизненного пути, требующую от них активной переоценки и самой ситуации, и сложившихся установок, и дальнейших планов. Предиспозиционной стратегией ЛСВ являлась для них стратегия самореализации (I), а в качестве субъективных психотравматических критериев ситуации для них выступала порожденная ситуацией необходимость перестройки смысловых структур и переориентации на иные ценности и цели (что соответствует рангу 1 -

кризис), требующая активных конструктивных действий для реализации основных мотивов и потребностей. Эта переоценка ценностно-смысловых приоритетов и являлась для таких людей основным содержанием интрапсихических действий.

В процессе формирующего эксперимента после проведения группового тренинга у 19-ти испытуемых (31,7%) действительно изменились ранее сложившиеся стратегии ЛСВ. У каждого из этих испытуемых уровень стратегии ЛСВ повысился на одну ступень: у восьмерых с III на II и у одиннадцати со II на I, что дает основание предположить невозможность "перескакивания" через ступень (от III к I). Соответственно изменились и ранги актуальных для них психотравматических критериев ситуации потери работы.

Анализ корреляций между рангами субъективной значимости ситуации и уровнями стратегий ЛСВ, а также конкретные данные репертуарных решеток тех испытуемых, у которых в результате группового тренинга повысился уровень стратегии ЛСВ, - позволили подтвердить одну из основных гипотез проводимого исследования: успешная трансформация стилевых особенностей ЛСВ может произойти только тогда, когда у испытуемого, находящегося в психотравматичной для него ситуации, уровень стратегии ЛСВ превышает существующий ранг субъективной оценки психотравмирующих критериев ситуации, то есть в тех случаях, когда они изначально находятся в отношениях 1/4, 1/3, 1/2, 2/4, 2/3, 3/4.

Основные выводы проводимого исследования (помимо концептуального подтверждения применяемой теоретической модели, практического эффекта специального группового тренинга и соответствующих методологических рекомендаций относительно направлений психокоррекционной помощи людям, потерявшим работу) позволяют понять то, каким образом трудные социальные ситуации отражаются в сознании и поведении людей, а также оценить, насколько люди готовы принять происходящие сложные и неоднозначные события своей жизни в качестве потенциально-позитивных, содержащих в себе возможность самореализации в новых социально-экономических условиях. К сожалению, эта оценка приводит к констатации того факта, что распространенная ныне ситуация потери работы (а на Украине уровень реальной или скрытой безработицы сейчас неуклонно растет от месяца к месяцу) воспринимается большинством людей как "личная обида", а не как стимул к активизации своей социальной активности или к изменению сложившихся жизненных представлений и установок. Однако такой достаточно объяснимый и понятный подход к восприятию происходящего парализует личностную и социальную активность, позволяет видеть только саму проблему, а не поставленные ею задачи, что тем самым практически лишает человека возможности конструктивного решения актуальной для него проблемы. Сложившиеся в предшествующих условиях и в результате влияния иных реалий стилевые особенности ЛСВ препятствуют продуктивному подходу к преодолению трудностей и накоплению позитивного жизненного опыта выхода из сложных ситуаций.

Но из этого следует также понимание того, насколько актуальной и необходимой является для множества людей квалифицированная психологическая помощь, которая может реально помочь человеку продуктивно преодолеть негативное жизненное событие и извлечь из этого преодоления тот опыт личностно-ситуационного взаимодействия, который пригодится в дальнейшем при разрешении последующих неизбежно возникающих на жизненном пути сложностей, препятствий и проблем.

ПСИХОКОРЕКЦІЯ СТРЕСОВИХ СТАНІВ

Сучасні соціально-економічні умови України, різноманітні негаразди, пов'язані з війною, є реальною основою для виникнення стресових ситуацій та стресових станів. Висока психологічна культура спілкування, з одного боку, відсутність необхідних знань у населення відносно того, як запобігти стресовим ситуаціям, як не провокувати їх, а коли вони вже виникли, то як вийти з них з найменшими втратами, з другого, є тим життєвим фоном, який суб'єктивно зумовлює значну поширеність психологічних проблем серед різних верств населення.

Стресові стани мають тенденцію набувати хронічного характеру і становити певну загрозу здоров'ю. Вони провокують невротичні розлади та психосоматичні захворювання. Зовнішніми проявами стресових станів є відчуття фізичної втомленості, хронічної втоми, неадекватні психоемоційні реакції, хвороблива нервозність, агресивність, депресивність, неврівноваженість, відчуття власної неможливості, неповноцінності, внутрішня дисгармонія та інші.

Психосоматичні захворювання слід віднести до найбільш неприємних і тривалих стресових станів. Їх ознакою є те, що вони погано піддаються лікуванню звичайними медикаментозними засобами і зникають внаслідок наданої психотерапевтичної допомоги. При відсутності такої допомоги вони несприятливо впливають на особистість, змушуючи її змінювати у негативний бік погляд на себе та власний спосіб життя.

Давно помічено те, що людина, яка перебуває у тривалому стресовому стані, відкидає від емоційної пригніченості, байдужості, втрачає смак життя. Це, як правило, закріплюється на рівні підсвідомості у вигляді умовного захисного рефлексу, який зберігає психіку від сильних, хворобливих перевантажень. Крім того, деякі люди після сильних стресів свідомо уникають ситуацій, станів, думок, почуттів, які б могли спровокувати травмуючі переживання. Особливо це притаманно людям, які хворіли на важкі соматичні захворювання. Для багатьох з них характерним є постійне заперечення наявності хвороби. Вони намагаються вести життя здорових людей і не звертати уваги на лікарський діагноз і поради близьких. Такі ж обмеження зустрічаються тоді, коли з вини людини загинули інші.

Хоча в літературі, яка присвячена проблемі стресів, основна увага, як правило, приділяється простим засобам позбуття стресу та саморегуляції, варто підкреслити необхідність кваліфікованої психологічної, психотерапевтичної допомоги людям, що перебувають від хронічних стресових станів. Існують багато засобів, технік та методик виведення людини із тривалого стресового стану. Вдаючись до власного досвіду, слід зазначити, що до найбільш ефективних методів психологічної допомоги при хронічних стресових станах слід віднести тілесно-зорієнтовану терапію та дихальні техніки. Їх переваги над іншими полягають у тому, що вони дають можливість одразу відчути психологічне і фізичне полегшення, демонструють результативність терапії, поглиблюють його довіру до психолога та психологічної допомоги як такої. Крім того, за принципом зворотного зв'язку ці методи через певну релаксацію впливають на більш глибоку психофізичну основу стресового стану і готують ґрунт для подальших здійснюваних психотерапевтичних та психокорекційних дій.

Відомо, що психічне напруження, пов'язане з тривалими стресовими станами, спричиняє постійне фізичне напруження тих чи інших м'язів, своєрідні блоки у відповідних зонах тіла, чого як правило, сама людина часто не усвідомлює, оскільки живається з ними, і вважає їх цілком нормальними особливостями свого організму. Блокуватися можуть різні м'язи - лицеві, горла, рота, шиї, грудей, живота, стеген та інші. В.Райх та його послідовники, найбільш відомим із яких є А.Лоуен, у ході своїх досліджень прийшли до висновку про те, що «м'язовий панцир» складається з семи основних захисних сегментів, котрі утворюються із м'язів і органів, які відповідальні за вираз відповідних психофізичних функцій і станів. Ці сегменти створюють ряд приблизно горизонтальних кілець, розташованих під прямим кутом до тулуба і хребта. Основні сегменти панциря розташовуються у зонах: 1) очей, 2) рота, 3) шиї, 4) грудей, 5) діафрагми, 6) живота, 7) стеген.

Як свідчить практика, ці сегменти у свою чергу мають свої больові сигнальні точки. Кожен блок пов'язаний з відповідними характерними негативними емоціями, притаманними людині у зв'язку з її стресовим станом. Під час сеансу завдання психолога полягає у визначенні стресових зон і своїми діями (інтонація голосу, масаж, акупресура, теплова дія), а також шляхом залучення саморегулюючих зусиль самого клієнта, добитися м'язового розслаблення цих зон та загальної релаксації організму клієнта.

Критерієм успішності спільних дій є зникнення, або ж значне ослаблення больових відчуттів у відповідних точках, загальний стан психологічного спокою та комфорту у клієнта, відновлення сил, позитивні почуття звільнення від тягаря, задоволеності, впевненості у собі, повернення смаку життя.

У певних випадках для виведення із стресового стану потрібні більш дієві засоби до яких можна віднести засоби дихальної терапії. На сьогодні існує багато різновидів цієї психотехніки. Можна говорити про те, що це певний напрям у психотерапевтичній роботі загалом і засіб ефективного виведення із стресового стану зокрема. Серед різноманітних дихальних психотехнік увагу привертає методика розроблена С.Грофом. У розумінні сутності того факту, що деякі люди потрапляють у ситуацію тривалого стресового стану С.Гроф є послідовником О.Ранка, який вважає, що значну роль у формуванні певної схильності до майбутніх уражень психіки відіграє процес народження і безпосередньо, переживання фізичної родової травми.

С. Гроф систематизував основні фізичні та психічні переживання, що мають місце під час процесів дихальної терапії, які він пов'язує саме з пам'яттю про процес індивідуального народження. Ці переживання утворюють чотири базові перинатальні матриці.

Кожна людина має певну специфіку у реагуванні на стресові ситуації та інші зовнішні події, яка зумовлена саме особливостями тих психоемоційних переживань яких вона зазнала разом з матір'ю під час породу. Ці переживання утворюють комплекс певних програм реагування, сукупність умовних рефлексів, які реалізуються автоматично, безвідносно до того, усвідомлюються вони людиною, чи ні. На цю психоемоційну основу накладається досвід переживання життєвих проблем, які уражають слабкі місця, в наслідок чого можуть утворюватися тривалі стресові стани та відповідні їм неадекватні психоемоційні реакції. У роботі з стресовими станами за допомогою дихальних психотехнік вирішується ряд завдань.

У процесі дихання відбувається швидке занурення клієнта у досвід своїх глибинних психоемоційних переживань та фізичних відчуттів, які є слайдом його первісної родової програми та набутого травматичного життєвого досвіду. Психолог

при цьому виконує роль акупера, який допомагає клієнтові пережити його травматичний досвід.

При цьому відбувається десенсібілізація стресового стану, переструктурування позитивних настанов, своєрідних кліше (власних обмежуючих переконань) типу: «я ніколи не зможу...», «у мене завжди нічого не виходить...», «це не для мене...» і таке інше. Таким чином негативний досвід реагування на стресогенні ситуації не просто відпадає, а ефективно переживається на глибинному психоемоційному рівні аналогічно процесу переосмислення і разом з ним.

Особливістю дихальних процесів є те, що під час їх реалізації клієнт може досягти глибоких позитивних духовних переживань спокою, радості, любові, свободи та інших, які цілою впливають на психіку в цілому і безпосередньо на стресовий стан. Одним із спеціальних завдань психолога є кваліфікована терапевтична допомога клієнту у цьому з тим, щоб досягти найбільшого позитивного ефекту від спільних зусиль.

Слід додати, що розглянуті психотехніки є важливими засобами не тільки психологічної допомоги, але й профілактики стресових станів та пов'язаних з ними соматичних захворювань. Вони можуть бути ефективно використані для підвищення якості життя оскільки не потребують значних затрат часу та матеріальних ресурсів як з боку психолога так і з боку клієнта і дають швидкий і досить стабільний позитивний результат. В зв'язку з цим вони мають певну перспективу свого розвитку у сфері психологічної допомоги різним верствам населення.

Література:

- Азон Б. Стресс излечим. М. 1994.
- Виткин Дж. Мужчина и стресс. СПб. 1996.
- Виткин Дж. Женщина и стресс. СПб. 1996.
- Лоуэн А. Биоэнергетика. СПб. 1996.
- Лоуэн А. Язык тела. СПб. 1997.
- Гроф С. Путешествие в поисках себя. М. 1994, с. 27-54.
- Свободное дыхание. Еще один шаг / Под. Ред. Козлова В.В. / Москва - Ярославль 1992.

И.Л. Леванова, Харьков

РОЛЬ ПСИХОСЕКСУАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ В ФОРМИРОВАНИИ СЕКСУАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ

В литературе приведены различные факторы, способствующие снижению удовлетворенности браком: чувство вины, определяемое как тенденция наказывать себя за реальное или предполагаемое нарушение норм сексуального поведения (Moser, 1965, 1966); обсуждались также личностные факторы, влияющие на сексуальную адаптацию (D'Augelli & Cross, 1975; Gettard, 1987c.). Показано [2], что сексуальная тревожность, эротофобия (установка реагировать отрицательными эмоциями на сексуальные ситуации), низкая оценка собственных сексуальных возможностей в сравнении с возможностями других, сексуальная депрессия (тенденция к переживанию печали и уныния по поводу собственных способностей и возможностей в сексуальной сфере), высокая сексуальная озабоченность (тенденция думать только о сексе)

в значительной степени определяют качество сексуальных отношений в супружеской паре. Поэтому нами использована шкала сексуальности W.E. Snell и D.R. Parry, включающая три субшкалы: 1) самооценка своих сексуальных возможностей; 2) сексуальная озабоченность; 3) сексуальная депрессия. По этой методике диагностировались мужчины и женщины из дисфункциональных супружеских пар с сексуальной дезадаптацией (68 пар).

Выявлено, что мужчины из дисфункциональных пар в отношении вышеприведенных сексуальных факторов не представляют однородную группу. Об этом свидетельствуют высокие показатели ошибки среднего. Можно выделить две группы мужчин:

- 1) мужчины с высокими показателями собственных сексуальных возможностей и сексуальной озабоченности, а также низкой сексуальной депрессией;
- 2) мужчины с низкими показателями собственных сексуальных возможностей и сексуальной озабоченности, а также высокой сексуальной депрессией.

У мужчин первой из приведенных групп актуализируется механизм гиперкомпенсации: сексуальное расстройство атрибутируется партнеру, а собственные сексуальные возможности оцениваются высоко. В этом случае число мужчин, изменяющих жене, достигает 69,4%. Кроме того, высока частота сексуальных фантазий. Ниже в таблице 2 приведены виды и частоты сексуальных фантазий по группам.

У мужчин второй из приведенных групп сексуальное расстройство приписывается самому себе. При этом низки и оценка своих сексуальных возможностей, и частота мыслей о сексе, частота и разнообразие сексуальных фантазий (см. табл. 2), и частота измен (34,3%).

Жены из дисфункциональных пар с наличием сексуальной дезадаптации более однородны по показателю сексуальная оценка. Их показатели значимо ниже, чем у мужчин ($t=2,72$; $p<0,01$). Это означает, что атрибутирование сексуального расстройства партнеру (мужу) отмечается значимо реже, чем у мужчин. Вместе с тем, по показателям сексуальной депрессии и сексуальной озабоченности женщины указанной группы образуют две подгруппы. Первую подгруппу образуют женщины с высокими показателями фиксированности на сексе (сексуальной озабоченности) и низкими - по сексуальной депрессии. Преимущественно мужчины второй из указанных групп являются их мужьями. Для этих женщин характерно более частое и разнообразное сексуальное фантазирование (коитальное и внекоитальное), чем у женщин следующей (второй) подгруппы. Вторую подгруппу составляют женщины с высокими показателями сексуальной депрессии и низкими показателями сексуальной озабоченности. Как правило, это происходит тогда, когда мужья атрибутируют сексуальное расстройство жене.

По-видимому, имеется связь между шкалами сексуальной оценки, сексуальной депрессии и сексуальной озабоченности мужей и их жен. В таблице 2. представлена соответствующая корреляционная матрица.

Таблица 2

Связь показателей по трем шкалам опросника между мужьями и их женами

Шкалы	Женщины		
	СОц	СД	Соз
Мужчины	-0,28**	-0,22*	0,12

Примечание: * - $p<0,05$; ** - $p<0,01$.

Таким образом, показатели сексуальной депрессии и сексуальной оценки мужей негативно коррелируют с этими показателями у их жен. Иначе говоря, сексуальная оценка и сексуальная депрессия являются выражено парными функциями. Это означает, что в таких супружеских парах существует конфликт: мужья атрибутируют ответственность за сексуальные "неполадки" в паре на жен. И чем выше мужчина оценивает свои сексуальные возможности, тем ниже он оценивает возможности супруги. При сохранении супружеских отношений жена принимает эту точку зрения мужа.

По специальному опроснику были проанализированы особенности сексуальных фантазий и сновидений в супружеских парах. В таблице 2 представлена частота различных типов коитальных фантазий и сексуальных сновидений в супружеских парах. В опросном листе мы использовали классификацию фантазий приведенную У.Мастерс, В. Джонсон, Р. Колодны [1]. Еще в работе Кинзи, выполненной более тридцати лет назад, установлено, что 64% женщин имели эротические фантазии при мастурбации. В более поздней работе Крепо эта доля достигла уже 94%, по данным У. Мастерс и соавт. [1] это число составляет 86%. Следовательно, учет сексуальных фантазий важен, так как они, во-первых, достаточно распространены, и, во-вторых, выполняют функции сексуальной стимуляции и сексуальной разрядки. Оказалось, что различия между мужчинами и женщинами, с одной стороны, из функциональных и, с другой, дисфункциональных пар не значимы (соответственно $U_p=1,31$ и $U_p=1,12$). Поэтому нас интересовал не вид фантазии, а степень ее адаптивности в супружеской паре. В таблице 2 приведены коитальные сексуальные фантазии и сновидения в супружеской паре по двум рубрикам: в указанных группах мужчин и женщин: 1) адаптивные (комплементарные) фантазии, улучшающие качество сексуальности в супружеской паре; 2) дезадаптивные фантазии, затрудняющие адекватную реализацию сексуальной функции в супружеской паре.

Таблица 2

Частота коитальных сексуальных фантазий у супругов (в %/абс. число)

Фантазии	Функциональное супружество (n=27)	Дисфункциональное супружество (n=68)
Адаптивные		
Мужчины	33,3/9	27,9/19
Женщины	40,7/11	25,0/17
Дезадаптивные		
Мужчины	25,9/7	29,4/20
Женщины	29,6/8	51,5/35

Как видно из таблицы 2, в функциональных супружествах не существуют полевые различия в частоте коитальных сексуальных фантазий (критерий углового преобразования Фишера, $U_p=1,80$, $n_1=n_2=27$, $p<0,05$), тогда как в дисфункциональных - существует ($U_p=2,39$; $n_1=n_2=68$; $p<0,01$). В последнем случае женщины чаще прибегают к коитальным сексуальным фантазиям, чем мужчины. Разница между мужчинами из функциональных и дисфункциональных супружеств в отношении частоты коитальных фантазий не достигает значимого уровня ($U_p=1,21$, $p>0,05$). Разница же между женщинами из функциональных и дисфункциональных супружеств в отношении частоты коитальных фантазий достигает значимого уровня ($U_p=2,06$, $p>0,05$) - женщины из дисфункциональных супружеств чаще пользуются фантазиями при ко-

тусе. Причому, сексуальна імагінальна структура у них така, що в більшій мірі вони використовують дезадаптивні фантазії ($U_p=3,05, p<0,01$).

Література:

1. Мастерс У., Джонсон В., Колодны Р. Мастерс і Джонсон о любові і сексе. Частина 1.- С.-Петербург: СП "РЕТУР", 1991.- 260 с.
2. Snell W.E., Papini D.R. The sexuality scale: an instrument to measure sexual-esteem, sexual-depression and sexual preoccupation // J. Sex Research.-1989.-vol. 26, N2.- P. 256-263.

Н.Ф. Литовченко, Київ

ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНУВАННЯ ІНТЕРПРЕТАЦІЙНИХ ПРОЦЕСІВ ПСИХОЛОГА ТА КЛІЄНТА В СИТУАЦІЇ НАДАВАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ

Онтологічною характеристикою сучасної людини є прагнення до осмислення багатогранного світу, який її оточує. У процесі інтерпретації як осмислення й переосмислення дійсності розкриваються відношення між елементами інформації, встановлюються зв'язки нового знання зі сформованими в попередньому досвіді суб'єкта знаннями; саме інтерпретація забезпечує принциповий приріст знання (2, 9, та ін.). Синтезований у результаті творчого процесу інтерпретації зміст суб'єктивно унікальний, проте суворо обумовлений історично-науковими, соціокультурними умовами, в яких протікає реальна життєдіяльність особистості та загальнолюдським значенням знання, а також необхідно для суб'єкта репрезентувати для інших (і для себе) результат творення смислу. Інтериоризація знання передбачає приведення в систему інформації про світ, організацію цієї інформації в цілісну структуру, які, в свою чергу, виступають основою нового етапу або окремого акту пізнання.

Такі цілісні структури суб'єктивного досвіду зручно представляти та описувати у вигляді інтерпретаційних схем (9) або інтерпретаційних матриць (2) та ін. Інтерпретаційні схеми не тільки задають характер роботи суб'єкта з інформацією, але задають і саму структуру інформації, змужуючи суб'єкта досягати й оцінювати лише ті аспекти дійсності, які визначаються нею як значимі. Водночас інтерпретаційні схеми не тільки звужують можливості аналізу інформації, але й здатні перевести пізнавальну діяльність суб'єкта на якісно новий рівень завдяки застосуванню нових, нетрадиційних інтерпретаційних схем, розширенню смислового простору обробки інформації (Н.В.Чепелєва, 1997).

Таким чином, функціонування інтерпретаційних схем забезпечує адекватну адаптацію й успішну орієнтацію суб'єкта в світі завдяки вільному оперуванню отриманою інформацією: інтерпретаційні схеми надають можливість суб'єкту реконструювати те, що існує насправді й «добудовувати» інформацію у випадку її недостатності.

Проте саме функціонування інтерпретаційних схем в індивідуальній свідомості не є стабільним і в першу чергу - внаслідок нестабільності, мінливості умов життєдіяльності суб'єкта. Прискорення загального темпу життя в ХХ сторіччі, коли умови існування змінюються швидше, ніж самі покоління, призводить до того, що «інформаційні, технологічні, соціальні зміни набувають характеру і відповідно назву «вибухів». Впливаючи на життя окремих людей, вони втілюються у «вибухах»

біографічних: у необхідності перекваліфікації, безперервної освіти, переорієнтації цінностей, у сімейних колізіях, у перебудові усталених стилів мислення і стилю життя (6;213). Ця картина індивідуального буття особливо характерна для посттоталітарних країн, що переживають труднощі становлення істинної демократії. Таким чином, інтерпретаційні схеми, наявні в індивідуальному досвіді суб'єкта, мають тенденцію до стабільності, в той же час під впливом інформаційних, технічних та соціальних «вибухів» можуть бути уражені ентропією. Крім того, для багатьох членів посттоталітарного суспільства такі «вибухи» змушують переглядати індивідуальну ієрархію цінностей (усвідомлених смислів), що не може не супроводжуватись різноманітними порушеннями гомеостазу психічного життя.

Саме тому актуалізація потреби суспільства в інституті психологічної допомоги відбувається за рахунок прямої націленості його завдань на «забезпечення емоційної, смислової та екзистенційної підтримки людини чи спільноти в ситуаціях утруднення, що виникають у ході їх особистісного чи соціального буття» (3;10).

Розуміння та інтерпретація як процедури попереднього структурування практичним психологом інформації (яку транслює клієнт у ході надання йому психологічної допомоги) з подальшим її осмисленням виступають найважливішими психотерапевтичними процедурами (Н.В.Чепелєва, 1997).

У найбільш загальному вигляді процес інтерпретації практичним психологом проблемної психологічної ситуації клієнта виглядає як гетерохронний динамічний процес.

Людина, яка звернулася за психологічною допомогою, в процесі взаємодії з консультантом чи психотерапевтом актуалізує свою «базову життєву концепцію» (9), що є результатом інтерпретації навколишньої дійсності взагалі та подій власного життя зокрема. Практичний психолог покликаний на початку психотерапевтичної чи консультативної роботи відтворити суб'єктивний локус переживання клієнтом певної проблемної психологічної ситуації та її реальні параметри і детермінанти (етап конструктивної інтерпретації) з тим, щоб повернути клієнту це «інтегруюче бачення» (5) для використання в якості каталізатора організації ним власних переживань на новому рівні свідомості (М.Боуен, 1992).

Індивідуальна професійна свідомість психолога-практика зумовлює бачення конкретної проблемної психологічної ситуації клієнта, всієї ситуації надання психологічної допомоги в рамках певної теоретико-практичної концепції, установок діяльності практичного психолога, які й задають виникнення, розвиток і трансформацію конкретних інтерпретаційних схем у професійній діяльності практичного психолога (етап концептуальної інтерпретації). Одним із найважливіших напрямків формування професійних інтерпретаційних схем є інтериоризація психологом-практиком цілісної системи психологічних (теоретичних і практичних) знань, а також поступове (у процесі учбової та професійної діяльності) оформлення індивідуальних моделей (7) психологічного здоров'я особистості та процесу надання психологічної допомоги: професійні інтерпретаційні схеми є результатом ідентифікації психолога-практика з конкретною парадигмою надання психологічної допомоги. Професійні інтерпретаційні схеми практичного психолога органічно поєднують у собі різні види інтерпретаційних схем як свої компоненти. Н.В.Чепелєва виділяє три основні види інтерпретаційних схем - смислові, культурні і когнітивні та наголошує на особливу роль когнітивних схем у діяльності психолога-практика, а також на те, що саме ціми схемами, вміння грамотно їх використовувати - найважливіша основа професійної компетентності практичного психолога (9).

На етапі продуктивної інтерпретації психолог у процесі діалогічної взаємодії з клієнтом спонукає його до переосмислення себе і своєї проблемної психологічної ситуації, каталізує виявлення та прояснення неусвідомлених фактів психічного життя, що викликають викривлення або ентропію різноманітних інтерпретаційних схем, використовуваних клієнтом у власній життєдіяльності.

Н.В.Чепелева справедливо наголошує на тому, що практичний психолог працює не з реальною життєвою ситуацією, комплексом обставин, в які потрапила людина, а з відображенням цієї ситуації в свідомості клієнта. Функціонування суб'єктивної сфери смислів знаходить своє відображення в індивідуальних особливостях інтерпретаційних схем. Можна припустити, що серед усіх видів інтерпретаційних схем особливої уваги в діяльності практичного психолога заслуговують смислові інтерпретаційні схеми, оскільки саме вони, вірогідно, конституують створення і структурування життєвого простору індивідуальності. Смислові інтерпретаційні схеми є втіленням цілісної системи смислових утворень особистості.

Отже, фактичним предметом діяльності психолога-практика в процесі надання психологічної допомоги є зміст і структура ціннісних переживань клієнта, які задають видозміну семантичної структури свідомості та соціальної позиції особистості (4). Саме тому досить логічно постає необхідність переструктурування, переієрархізації, трансформування системи смислів у процесі надання психологічної допомоги з метою усунення викривлень чи суперечностей у функціонуванні смислових інтерпретаційних схем і таким чином досягнення психічного гомеостазу клієнта.

Поштовхом до розгортання смислодинамічних процесів є організація консультантом чи психотерапевтом у ситуації рівноправної, рівновідповідальної діалогічної взаємодії з клієнтом аналізу не тільки безпосереднього змісту, але й усталених інтерпретаційних схем, які використовує клієнт для забезпечення оптимальної адаптації в соціумі. Крім того, необхідно виявити, в чому переваги та недоліки використовуваних інтерпретаційних схем, як у нинішньому житті клієнта відобразились результати минулих інтерпретацій і як вони відобразяться на його життєдіяльності в майбутньому. У разі досягнення поставленої мети клієнт має змогу дійсно побачити реальний зв'язок своєї проблеми з існуючими неадекватними дійсності власними інтерпретаційними схемами.

Слід зазначити, що серед трьох основних смислодинамічних процесів (8) процес смислоутворення визначається відсутністю змістовної трансформації смислів: «залишаючись принципово інваріантним, вихідний смисловий зміст знаходить для себе нові перетворені форми і, перебігаючи в них і підкорюючись їх «формууючим закономірностям», змінює лиш форму свого прояву в діяльності суб'єкта» (8;15). Ось чому психолог-практик має «утримувати» в професійній свідомості можливість інших смислодинамічних процесів - смислоусвідомлення та смислопобудови.

Позитивний терапевтичний ефект усвідомлення клієнтом смислових структур чи смислових зв'язків забезпечується за рахунок того, що у першому випадку «усвідомлення наявності відповідних внутрішніх регуляторів відкриває перед суб'єктом потенційні можливості для свідомої перебудови своїх стосунків зі світом» (8;17), а в другому - шляхом рефлексивної роботи свідомості, спрямованої на вирішення задачі «на смисл», тобто усвідомлення смислових зв'язків, ширшого контексту, в якому існує певна проблема суб'єкта. Розширення контексту осмислення виступає детермінантою усвідомлення смислу (4, 8, 9), а значить, і передумовою

трансформування системи смислів. Перебудова глибинних смислових структур - суть і мета процесу смислопобудови.

Розглядаючи необхідність динаміки смислів у ході надання психологічної допомоги, практичному психологу слід враховувати як мінімум два важливі аспекти проблеми трансформації глибинних смислових структур клієнта. По-перше, згідно з результатами до-слідження О.Ф.Бондаренка (1991), смислові трансформації особистості поведінкової, когнітивної та екзистенційної природи, які викликаються в ході психотерапії, відносно незалежні один від одного і детермінуються психологічним впливом у різній мірі: найменше піддаються змін екзистенціальні основи. По-друге, глибинні, «ядерні» внутрішньоособистісні проблеми часто не усвідомлюються і не приймаються за причини власних невдач чи конфліктів тими, хто звертається за психологічною допомогою. Проте кількість звернень з проблемами, пов'язаними з труднощами в між особистісних стосунках, в принципі значно перевищує число звернень, викликаних особистісними проблемами, хоча останні частіше всього слугують ґрунтом для перших і успішне вирішення «зовнішніх» проблем часто пов'язане з деяким спеціальним впливом, спрямованим на вирішення «внутрішніх» конфліктів (4,7 та ін). В подібних випадках людина, яка звернулася за психологічною допомогою, неспроможна прийняти допомогу, орієнтовану на вирішення не поточних, а глибинних проблем; просто немотивована на «глибину» допомогу, відчуваючи замість суб'єктивного психологічного полегшення страждання когнітивний диссонанс, а значить, і розчарування від результатів наданої психологічної допомоги. Тому готовність до перебудови вже складеної системи ставлень до дійсності та конструювання нових лабільних інтерпретаційних схем виступає не-обхідним чинником формування реального Запиту клієнта на психо-логічну допомогу; без сумніву, «умовами смислогенезу є персоналізація, тобто процес появи і зростання якості суб'єктності «Я» у соціального індивіда, ріст особистісної самосвідомості та відповідних їм засобів вираження» (4;99).

Смислогенез, детермінований спільною діалогічною взаємодією психолога з клієнтом забезпечує, крім іншого, «вписування» смислів-результатів інтерпретаційної діяльності обох учасників консультативного чи психотерапевтичного процесу в особистісний досвід взаємодії суб'єкта з реальністю, в досвід прийняття рішень, у структуру та особливості функціонування індивідуальних інтерпретаційних схем клієнта. Одночасно відбувається процес уточнення, корекції практичним психологом наявних професійних інтерпретаційних схем, збагачення професійного досвіду взагалі.

Орієнтація інтерпретаційної діяльності психолога-практика на стимулювання смислодинамічних процесів у суб'єктивній сфері смислів клієнта забезпечує не лише продуктивну інтерпретацію його проблеми і вибір психологом на основі інтерпретаційної схеми напряму психокорекційної роботи, але й формування частково, а може, навіть по суті нової життєвої концепції особистості, яка звернулася за психологічною допомогою, а також детермінує актуалізацію суб'єктом власної основної «життєвої стратегії» (1), оскільки, «зберігаючи і захищаючи свої цінності, а особливо вибираючи шлях їх реалізації в житті, людина повинна уміти одне - кожний раз обдумувати, зважувати, приймати потрібні рішення в нових обставинах» (1;276).

Література:

1. Абульханова-Славская К.А. Стратегия жизни. - М., Мысль, 1991. - 299с.

2. Атьмянских А.С. Проблема интерпретации в историческом познании: методологический аспект: Автореф. дисс. ... канд. филос. наук / Свердловск, 1988. - 19с.
3. Бондаренко А.Ф. Психологическая помощь: теория и практика. - К.: Укртєкспрес, 1997. - 216с.
4. Бондаренко А.Ф. Социальная психотерапия личности (психо-семантический подход). - К.: КПИИЯ, 1991. - 189с.
5. Боуэн М. Духовность и личностно-центрированный подход // Вопросы психологии. - 1992. - N 3. 4. - С. 24-33.
6. Головаха Е.И., Кроник А.А. Прогностное проектирование новых образцов психической культуры: принципы конструктивной психологии // Прогностное социальное проектирование: теоретико-методологические и методические проблемы. - М.: Наука, 1994. - С. 209-218.
7. Колпачников В.В. Индивидуальные модели консультативного процесса и психологического здоровья в консультировании // Журнал практического психолога. - 1997. - N 5. - С. 18-26.
8. Леонтьев Д.А. Динамика смысловых процессов // Психологический журнал. - 1997. - N 6. - С. 13-27.
9. Чепелева Н.В. Процессы понимания и интерпретации в деятельности практического психолога / Практичная психология: теория, методы, технології: Матеріали наукового семінару 9-10 червня 1997. - К.: НКА-ЦЕНТР, 1997. - С. 102-108.

С.О. Лобанов, Київ

ОСОБЛИВОСТІ ВІДНОШЕННЯ ДО МАЙБУТНЬОГО ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ХВОРИХ

На сьогоднішній день в Україні спостерігається тенденція збільшення кількості ВІЛ-інфікованих хворих та хворих на СНІД [2]. Оскільки СНІД вважається хворобою невиліковною та смертельною, то постановка діагнозу "ВІЛ-інфікований" викликає у хворого почуття страху, безнадії, розпачу [3]. В деяких випадках усвідомлення обмеженості строку життя викликає реакції обурення, почуття несправедливості, бажання помститися (відомі випадки навмисного зараження ВІЛ-інфікованими хворими здорових людей), підвищення тривоги, порушення настрою та самооцінки.

Емоційні розлади, що виникають у ВІЛ-інфікованих хворих та хворих на СНІД, погіршують їх соматичний стан, і тому пацієнти потребують психологічної допомоги [1].

Нами було проведено дослідження, мета якого - вивчити вплив емоційного стану ВІЛ-інфікованих хворих на оцінку своїх особистісних перспектив.

Досліджені 42 ВІЛ-інфіковані особи на I та II стадії ВІЛ-інфекції, соматичний стан яких дозволяв їм вести активний спосіб життя. Так більшість пацієнтів навчалися чи працювали, утримували себе і сім'ю. Середній вік хворих 28,9 роки. Тривалість ВІЛ-інфікування від 1 до 5 років.

У хворих в I стадії ВІЛ-інфекції клінічних проявів не спостерігалось. Лабораторні дослідження доводили наявність антитіл до ВІЛ. Показники імунітету (CD4<500) загалом відповідали нормі. У хворих у II стадії як наслідок зниженого імунітету спостерігались різні інфекційні захворювання - запалення легенів, бронхіти, кандидози, запалення слизових оболонок ротової порожнини, шлунку та ін. Показники імунітету коливалися в межах 500>CD4>200.

Предметом дослідження був вплив емоційного стану хворого, а саме рівню особистісної та ситуативної тривожності, настрою, самопочуття, активності на оцінку своїх майбутніх перспектив.

Рівень особистісної та ситуативної тривожності вивчався за допомогою

методики Спілберґера; дослідження самопочуття активності та настрою здійснювалося за допомогою методики САН. Відношення хворого до свого майбутнього з'ясувалось при бесіді, метою якої було надання йому рекомендацій щодо подальшого лікування та способу життя в умовах певних обмежень.

З урахуванням особливостей відношення до майбутнього та оцінки особистісних перспектив хворі були розподілені на 4 групи. Слід зазначити, що ВІЛ-інфіковані хворі у I та II стадіях рівномірно були представлені у всіх 4 групах.

У хворих I групи оцінка майбутнього була негативною. Пацієнти заперечували будь-які перспективи у своєму житті. Так, один досліджуваний не бачив доцільності продовжувати навчання в університеті; ще одна хвора говорила про неможливість створити сім'ю та народити дитину і, у зв'язку з цим, не бачила сенсу життя. Одна з пацієнток була стурбована тим, що може "бути заразною" для своєї дитини. У хворих цієї підгрупи за методикою Спілберґера спостерігалось підвищення рівня ситуативної та особистісної тривожності $CT = 51,3 \pm 5,9$ бала, $OT = 49,1 \pm 4,4$ бала, зниження показників активності, настрою та самопочуття (за методикою САН) - $C = 2,7 \pm 0,7$; $A = 2,9 \pm 0,9$; $H = 3,3 \pm 1,2$.

Слід зазначити, що оцінка свого самопочуття не завжди мала пряму залежність від об'єктивного стану хворого. Так деякі хворі в I стадії, які не мали соматичної обмеженості, інколи оцінювали себе нижче, ніж особи з соматичною патологією в II стадії. Самооцінка таких пацієнтів в більшій мірі залежала від ступеня вираженості депресивного компонента.

Соматичний стан пацієнтів 2 групи був у цілому задовільним. Частина з них перебувала на амбулаторному лікуванні. Хворі цієї групи виконували всі вимоги лікарів, але не схильні були до обговорення власних проблем, пов'язаних з ВІЛ-інфікуванням. Зовнішні прояви тривоги та хвилювання були відсутні. Пацієнти кмітали, що вже "справилися зі своїми емоціями", пов'язаними з усвідомленням факту захворювання. Але, не зважаючи на такі заяви, у їх висловлюваннях інколи мали місце окремі суїцидальні думки, відсутність будь-яких перспектив у майбутньому. За зовнішніми проявами рівноваженості та спокою спостерігався досить високий рівень емоційної напруженості (що проявлявся в мімічних реакціях, м'яких, голосових модуляціях), яку вони намагалися приховати. Тема майбутнього для хворих була "як табу". Досліджувані показали наступні результати: за методикою Спілберґера $CT = 49,5 \pm 4,8$ бала, $OT = 47,2 \pm 5,1$ бала; за методикою САН - $C = 2,9 \pm 0,9$; $A = 3,0 \pm 1,0$; $H = 3,5 \pm 1,1$ бала.

У хворих 3 групи спостерігався агресивний спосіб захисту від усвідомлення факту захворювання. При обговоренні можливостей та перспектив лікування, певних обмежень, що можуть виникнути у їх житті, вони виявляли вербальні агресивні реакції, звинувачували всіх у своїх негараздах. При дослідженні за методикою Спілберґера спостерігалось підвищення рівня ситуативної та особистісної тривожності $CT = 48,1 \pm 4,5$ бала, $OT = 45,4 \pm 4,6$ бала, за методикою САН - $C = 3,1 \pm 1,2$; $A = 3,0 \pm 1,2$; $H = 3,8 \pm 1,2$.

Пацієнти 4 групи, серед яких в основному були ВІЛ-інфіковані хворі, що страждають на наркоманію, байдуже ставилися до опитування, заперечували наявність проблем, пов'язаних з інфікуванням. Їх оцінка свого стану залежала від наявності чи відсутності наркотичної речовини. Якщо соматичний стан хворого погіршувався у зв'язку з відсутністю наркотиків, то пацієнт активно скаржився на стан здоров'я, говорив, що оскільки він ВІЛ-інфікований, то потребує активного лікування та призначення великої кількості медичних препаратів, серед яких снодійні засоби, на

його думку, повинні займати провідне місце. В стані наркотичної інтоксикації пацієнти некритично ставилися до свого майбутнього, заперечуючи наявність будь-яких проблем. Їх оцінка своїх перспектив більшою мірою залежала від психопатологічного стану (абстиненція, інтоксикація), в якому вони знаходилися на момент обстеження.

При дослідженні за методикою Спілбергера спостерігались наступні рівні ситуативної та особистісної тривожності $ST = 32,1 \pm 6,9$ бала, $OT = 33,5 \pm 6,2$ бала, за методикою САН показників активності, настрою та самопочуття – $C = 4,7 \pm 1,6$; $A = 4,5 \pm 1,8$; $H = 5,1 \pm 1,7$. Слід зазначити, що у хворих цієї групи була велика розбіжність показників навколо середньої, що свідчило про лабільність оціночних суджень та їх залежність від психопатологічного стану.

Незважаючи на те, що соматичний стан хворих усіх 4 груп в кінці лікування покращився, їх емоційний стан залишався незадовільним. Хворі потребували психологічної допомоги.

З цією метою в малих групах (2-3 особи) проведено обговорення питань, які були для хворих найбільш психотравмуючими (страх перед болювим синдромом, що чекає на них у майбутньому; невизначеність строку життя у зв'язку з захворюванням; почуття образи, приреченості, неприйняття хвороби; проблеми спілкування з близькими, знайомими, що можуть виникнути у зв'язку з їх діагнозом). Сама можливість відкрито говорити про найбільш болючі питання приводила до виникнення почуття полегшення. В процесі роботи пацієнти доходили висновку, що їх життя має сенс, що є багато важливих справ, які вони повинні зробити, що при виконанні певних гігієнічних навичок та здійсненні профілактичних заходів вони можуть вести активний спосіб життя. При обговоренні велика увага приділялася темі прийняття пацієнтом своєї хвороби – усвідомленню обмеженості власних можливостей у зв'язку з ВІЛ-інфікуванням та згідно цього побудовою власних планів.

ВІЛ-інфіковані хворі позитивно реагували на психотерапевтичні втручання. Спостерігалось зниження емоційного напруження, зменшення тривожності, покращання самопочуття, настрою, зростання самооцінки.

Слід відзначити, що ставлення до хвороби ВІЛ-інфікованих осіб з ознаками залежності від наркотичних речовин визначалося їх психопатологічним станом в рамках наркоманії. Це, на нашу думку, пов'язано з тим, що особи, які страждають на наркоманію, схильні заперечувати проблеми, пов'язані як із вживанням наркотиків, так і з ВІЛ-інфікуванням, і потребують психокорекційних втручань, спрямованих на подвійні розлади.

Проведена психокорекційна робота дала можливість покращити емоційний стан хворих, а її аналіз дозволив сформулювати основні напрямки психокорекційних втручань, необхідних ВІЛ-інфікованим пацієнтам.

Література:

1. Беляева В.В., Бучкина Е.В., Покровский В.В. Психосоциальное консультирование при инфекциях вызванной вирусом иммунодефицита человека. // Здравоохранение Рос. Федерации. - М.: Медицина. - №3, - 1996. - с. 44 - 45.
2. Бюлетень Українського Центру профілактики та боротьби зі СНІДом. (А.Шербинська, Ю.Круглов). - Київ, №11, 1998. - 16с.
3. Nabais I., Gonzalves G., Domingos R., Gomes P., Ouakinin S., M. Figueira L. The HIV Diagnosis - An Existential Crisis and a New Sense for Life // X World Congress of Psychiatry. - Madrid, August 23-28, 1996. - V.2. - p.3.

Н.Ю. Логвинова, Харьков

О НЕКОТОРЫХ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЯХ СЕМЕЙ «ЧЕРНОБЫЛЬЦЕВ»

Психология семьи – достаточно разработанная и хорошо изученная область психологии. Существует большое количество самых разных исследований по структуре семьи, семейным конфликтам, удовлетворенности супружескими отношениями, совместимостью в браке и т.д., не говоря о многочисленных работах в области психотерапии и коррекции семейных отношений [1,3,4,7].

Достаточно много работ посвящено и изучению психологических и психосоматических последствий Чернобыльской аварии [2,5,6,8,9].

Прошло более 10 лет после аварии на Чернобыльской атомной электростанции (ЧАЭС), которая оставила след не только в экологии, но в большой степени повлияла на судьбы людей, причем не только непосредственных участников ликвидации последствий аварии на ЧАЭС, пожарников, военнослужащих, персонал станции и т.д., но и на их семьи.

Большинство жертв аварии на ЧАЭС и сейчас переживает ситуацию хронической травматизации, когда каждая последующая травмирующая ситуация наслаивается на предыдущие, когда жизнедеятельность меняется и не может вернуться в докатастрофический режим. В данной ситуации психическое состояние потерпевших можно характеризовать, как полимодальный жизненный кризис [5,6].

Были выделены основные социальные и психологические факторы, влияющие на успешность адаптации лиц, имеющих психическую травму: отсутствие физических последствий травмы (инвалидность), прочное финансовое положение, сохранение прежнего социального статуса, наличие социальной поддержки со стороны общества и особенно группы близких людей. При этом последний фактор влияет на успешность преодоления последствий травматического стресса в наибольшей степени [6].

Новизна предложенной нами проблемы заключается в установлении и исследовании связи между психологическими изменениями индивида, вызванными последствиями Чернобыльской катастрофы, и различными особенностями взаимоотношений в его семье.

Было обследовано 50 человек, подвергшиеся воздействию ионизирующего излучения (до 25 БЭР) при ликвидации аварии на ЧАЭС.

По возрастным группам они распределились следующим образом: 30-40 лет – 7 человек (14%), 40-50 лет – 42 человека (84%), 50-60 лет – 1 человек (2%).

46 человек (92%) имеют диагнозы ВСД (вегетососудистая дистония) и ДЭ (дисэнцефалопатия) I-II степени, 4 человека (8%) имеют диагноз ГБ (гипертоническая болезнь).

Основными методами исследования явились: психодиагностические методы, методы беседы и наблюдения, а также методы математической статистики.

Данное исследование проводилось с использованием теста на удовлетворенность браком (адаптированный вариант опросника Locke H.J.), теста на распределение ролей в семье (разработанный Е.Ю. Алешиной, Л.Я. Гозманом), методики «Общение в семье», модифицированного варианта методики диагностики ценностных ориентаций М. Рокитча, предложенного Фанталовой Е.Б., цветового теста отношений М. Эткинда.

Все 100% испытуемых состоят в браке. Состав «чернобыльской семьи» - группа небольшого размера - от 2 до 6 человек, гетерогенная по полу и возрасту (представители двух поколений).

Следует отметить, что поскольку большинство испытуемых находятся в возрасте от 40 до 50 лет, то они имеют четкие представления о том, какой должна быть семья, в каком возрасте ее нужно создавать, какими должны быть отношения между супругами, детьми и родителями, как должны распределяться обязанности.

Понятие «семьи» - одно из наиболее значимых для данной категории испытуемых как на осознаваемом (5 место в иерархии ценностей по привлекательности) уровне, так и на неосознаваемом (1 место). При этом «семья» наиболее эмоционально многозначная ценность, которая включает в себя всю палитру цветоэмоционального отношения, от полного принятия до отвержения.

На осознаваемом уровне имеет место ценностно-смысловой блок: «семья», «любовь», «друзья», «активность».

По мнению испытуемых, семейная жизнь и дружеские взаимоотношения строятся на чувстве любви, духовной и физической близости с другим человеком, что в свою очередь является определенной формой активности человека, во внешнем (физическом) аспекте и внутреннем (идеальном) плане. Таким образом, основным фактором, скрепляющим супружеские союзы, является эмоциональная привязанность, любовь.

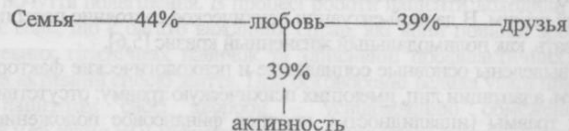


Рис. 1. Ценностно-смысловой блок.

В соответствии с этим можно предположить, что субъективная удовлетворенность - неудовлетворенность браком - это обобщенная эмоция, а не рациональная оценка успешности брака по тем или иным параметрам. Брак, супружеские отношения относятся к наиболее важным для человека, наиболее личностно значимым. Поэтому рациональное истолкование отношений является психологической защитой от неудовлетворенности собственным браком, ослабляющим отрицательные переживания.

Результаты удовлетворенности браком в «чернобыльских семьях».

Возрастные группы	30-40 лет	40-50 лет	50-60 лет	Общее среднее
Среднее значение	21,57±5,47	25,6±9,80	21	24,94±9,1

В «чернобыльских семьях» средний показатель составил - 24,94±9,1, что входит в стандартные отклонения. Данные результаты свидетельствуют об удовлетворенности браком. Однако понятие «удовлетворенности браком» на сознательном уровне часто подменяется термином «стабильность брака». В таком случае «не в разводе, значит семья устойчивая и я этим удовлетворен».

Из беседы с испытуемыми можно сделать вывод о том, что субъективная удовлетворенность и объективная успешность - различные явления по целому ряду причин. Во-первых, в целом удовлетворенный браком человек и в недостатках может увидеть достоинства. Во-вторых, субъективная эмоциональная удовлетворенность формирует оценки тех или иных сфер жизни, приводя их к «общему позитивному

оценк». В-третьих, отвечая на опросник, обследуемые, не желая давать истинную информацию о своей семейной жизни, могли называть социально ожидаемые ответы.

Одной из центральных тем для семьи является ее ролевая структура, отражающая какие обязанности в семье выполняются каждым из супругов.

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что 6 из 7 социальных ролей реализуются женой, т.е. в «чернобыльской семье» супруга отвечает за принятие и реализацию решений в большинстве сфер функционирования семьи. А именно: роль хозяйки (4±1,51), эмоциональный климат в семье (3,3±0,89), организация развлечений (3,3±1,22), организация семейной субкультуры (3±1,27), воспитание детей (2,6±0,82), материальное обеспечение семьи (1,6±0,98).

Единственной мужской социальной ролью явилась роль «сексуального партнера» (1,6±0,98). Предшествующие исследования лиц, подвергшихся воздействию радиационного фактора свидетельствуют о психологических семейных проблемах, связанных с деторождением, с сексуальными взаимоотношениями [5,8,9]. Поэтому, на наш взгляд, этот результат обусловлен действием психологической защиты (по типу «активное образование»).

Таблица II.

Распределение ролей в «чернобыльских семьях».

№ роли	Роли в семье	Возрастные группы			Общее среднее
		30-40 лет	40-50 лет	50-60 лет	
1	Воспитание детей	3,43±0,43	2,48±0,91	2	2,6±0,82
2	Эмоциональный климат	3,86±0,54	3,21±0,93	3	3,3±0,89
3	Материальное обеспечение	2,43±1,52	2,64±1,83	2	2,6±1,65
4	Организация развлечений	4,14±1,01	3,14±1,50	4	3,3±1,22
5	«Хозяйка»-«хозяйка»	4,86±1,44	3,86±1,61	4	4,1±1,51
6	Сексуальный партнер	1,71±0,92	1,57±1,00	2	1,6±0,98
7	Семейная субкультура	4±1,02	2,81±1,32	4	3±1,27

Данное распределение ролей показывает, что в «чернобыльских семьях» отсутствует взаимосвязь между семейными ролями и полоролевым поведением. Например, традиционно мужская роль - «материальное обеспечение семьи», является женской. Следовательно, основанием для распределения ролей в «чернобыльских семьях» служат не социальные нормы и стереотипы поведения, не интересы и предпочтения супругов, а тот факт, что большинство участников ликвидации последствий аварии не работали по причине соматического нездоровья и соответственно, не могут обеспечить семью.

На основе полученных результатов можно говорить о том, что «главой семьи» является супруга, поскольку именно она фактически определяет все, что происходит в семье.

Особый акцент следует сделать на женской роли «эмоциональный климат в семье». Ее реализация связана с активностью, направленной на решение личностных проблем партнера - выслушать, выразить свое мнение, симпатию, помочь разобраться в проблеме, эмоционально поддержать. Она имеет особое значение в «чернобыльских семьях», когда супруг очень зависим от микросоциума и постоянно нуждается в поддержке супруги, поскольку травматические события зачастую воздействуют таким образом, что разрушают именно те социальные структуры, которые эту поддержку обеспечивают. В этом случае сложное психологическое состояние «жертвы» приводит к еще большей изоляции. От отсутствия поддержки, как правило, прежде всего стра-

дают именно "слабые" люди, часто имеющие посттравматические стрессовые нарушения личности, т.е. те, кому она больше всего необходима [5,6].

Взаимоотношения между супругами осуществляются через вербальное и невербальное общение, которое нормативно задано как эмоционально положительное. В действительности, хотя эмоциональный компонент всегда присутствует, он бывает и отрицательным, и, что очень распространено, амбивалентным. Как свидетельствуют полученные результаты, супруги считают, что в их общении доминируют: сочувствие, сопереживание, эмпатия. В семье выработаны определенные правила и символы общения. И при этом все же практически отсутствует доверительность, искренность общения. Супруги отрицают наличие полного самораскрытия друг другу («у каждого есть тайны, которые ты никому не рассказываешь»). Данные результаты, во-первых, подтверждают амбивалентность и противоречивость внутрисемейных отношений. Во-вторых, высокая оценка психотерапевтичности возможно обусловлена тем, что обследуемые описывали то, что должно проявиться в ходе успешности общения.

Результаты исследования характера общения в «чернобыльской семье».

№ п/п	Характеристика общения		Возрастные группы			Общее среднее
			30-40 лет	40-50 лет	50-60 лет	
1	Доверительность общения	Я	4,86±1,40	1,48±1,62	4	2±1,50
		парт.	5,57±0,71	2,5±1,00	6	3±0,90
2	Взаимопонимание	Я	7,86±1,20	5,64±1,40	8	6±1,30
		парт.	4,86±1,17	3,86±1,61	4	4±1,51
3	Сходство во взглядах		9,29±1,90	4,29±1,50	5	5±1,76
4	Общие символы семьи		10,14±1,4	5,26±1,12	8	6±1,47
5	Легкость общения		5±1,09	3,81±1,14	5	4±1,11
6	Психотерапевтичность		9,86±2,01	6,48±2,60	9	7±2,34

Если придерживаться типологизации нарушений семейных взаимоотношений (Ackerman N., 1958, Мишина Т.М., 1976 1979), в которой выделяются описательный, генетический и динамический (соперничество, псевдосотрудничество и изоляция) уровни, то взаимоотношения в «чернобыльской семье» определяются как псевдосотрудничество. Отношения внешне ровные и спокойные, согласованные с элементами преувеличенного выражения заботы. Супруги отрицают наличие затруднений в семейных взаимоотношениях, значительно преувеличивая положительность и успешность брака.

Настоящее исследование имеет теоретическое и практическое значение, поскольку получены данные, которые могут быть использованы для семейного консультирования, при создании и проведении психокоррекционных мероприятий в «чернобыльских семьях».

Литература:

- Алешина Ю.Е., Гозман Л.Я. Дубовская Е.М. Социально-психологические методы исследования супружеских отношений. М.: МГУ. - 1987. - 119 с.
- Иванова Е.Ф., Логвинова Н.Ю. Особенности системы ценностей в условиях хронического психоэмоционального напряжения // Наукові записки Харківського військового університету. Соціальна філософія, психологія, педагогіка. Харків, ХВУ, Випуск 1, 1998. С. 181-186.
- Мишина Т.М. Сравнительный анализ супружеских отношений в «невротической» и здоровых парях // Социально-психологические исследования в психоневрологии. - Я., 1980. - С. 101-105.

Сиряев А.Г., Маковецкий М.С. Современная семья и ее проблемы (социально-демографическое исследование). М., 1978. - 198 с.

Школенко С.И. Психология людини за умов радіоекологічного лиха // Київ. "Чернобыльинтеринформ", 1986. - 172 с.

Школенко С.И. Принципы и формы оказания психологической помощи пострадавшим вследствие Чернобыльской катастрофы // Адукація: виховання. - 1994. - №12. - С.86-90.

Ackerman N.W. The family approach to marital disharmony. Free Press, 1965. - p.153-167.

Richard G. Dubreuil. Un premier bilan des effets psychiques et sociaux de l'accident de Tchernobyl // Radioprotection. - 1994. - Vol. 29. - №3. - p.363-376.

Vander P., Bard D. Dix ans après Tchernobyl // La Recherche, mensuel №286, avril 1996. - p.28-30.

М. Ю. Лотоцкая, Харьков

ОСОБЕННОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ МЕТОДИКИ «ВЫБОР СХОДНЫХ ИЗОБРАЖЕНИЙ» БОЛЬНЫМИ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Методика «Выбор сходных изображений» была разработана нами для исследования эмоциональной сферы [3].

Стимульный материал представлен 10 карточками, каждая из которых содержит изображения. Данные рисунки могут быть объединены попарно как минимум тремя способами: на основании эмоциональных, либо конкретных, либо абстрактных признаков. Испытуемому предлагается из 4 изображений выбрать два, наиболее сходных между собой, и объяснить свой выбор.

Методика «Выбор сходных изображений» была проведена на группе психически здоровых лиц (30 женщин и 30 мужчин) и на больных параноидной формой шизофрении.

Больные были разделены на две группы.

В 1 группу вошли 66 человек (31 мужчина и 35 женщин), впервые поступивших психиатрическую больницу № 15 г. Харькова; с давностью заболевания до 1,5 года.

2 группу составили 35 человек (17 мужчин и 18 женщин). Давность заболевания от 2-х до 5 лет. В результате шизофренического процесса эти больные стали утрачивать трудоспособность, поэтому возник вопрос об их инвалидизации.

Между группами не было существенных различий по возрасту и образованию.

При обработке подсчитывалось число «эмоциональных», «абстрактных» и «конкретных» ответов для каждого испытуемого. Затем данные усреднялись по группам.

Надо заметить, что в показателе «эмоциональные» ответы включались и эмоционально-адекватные, и эмоционально-нестандартные решения.

Полученные результаты показали следующее.

Хотя количество выборов по каждой карточке не ограничивалось, испытуемые чаще всего 1 ответ (среднее арифметическое всех ответов в контрольной группе составило: X ср. = 10,97; в 1 группе больных шизофренией - X ср. = 10,38; во 2 группе - X ср. = 10,06).

Здоровые испытуемые ориентировались преимущественно на эмоциональные признаки (X ср. = 7,17 у мужчин; X ср. = 6,97 у женщин). Такие «эмоциональные» ответы составляли 65,35 % от общего числа выборов в подгруппе мужчин и 65,5 % в подгруппе женщин.

Абстрактные признаки выделялись здоровыми испытуемыми в меньшей степени (X ср. = 1,8 у мужчин; X ср. = 1,33 у женщин), чем эмоциональные. Выборы на ос-

новании конкретных признаков также были малочисленны ($X_{\text{ср.}} = 2$ у мужчин; $X_{\text{ср.}} = 2,3$ у женщин).

Отмечалось статистически значимое преобладание эмоциональных ответов над абстрактными ($p < 0,000001$ и у мужчин, и у женщин по t – критерию для зависимых выборок) и над конкретными ($p < 0,000001$ у мужчин, $p = 0,000001$ у женщин). Надо сказать, что женщины контрольной группы давали конкретных решений значительно больше, чем абстрактных ($p = 0,0360$).

Что касается 1 группы больных, то, устанавливая сходство 2-х изображений, они также использовали эмоциональные признаки чаще, чем конкретные или абстрактные. Количество эмоциональных ответов было:

$X_{\text{ср.}} = 5,35$ у мужчин, $X_{\text{ср.}} = 4,74$ у женщин; абстрактных: $X_{\text{ср.}} = 2,58$ у мужчин, $X_{\text{ср.}} = 1,51$ у женщин; конкретных: $X_{\text{ср.}} = 2,32$ у мужчин, $X_{\text{ср.}} = 3,63$ у женщин. Эмоциональные выборы у мужчин 1 группы составляли 51,23 % от числа всех ответов, у женщин – 45,98 %.

Эмоциональные решения значимо преобладали над абстрактными ($p = 0,0082$ в подгруппе мужчин; $p = 0,000001$ в подгруппе женщин по t – критерию). Однако, если у мужчин различия между эмоциональными выборами и конкретными были значимыми ($p = 0,00077$), то у женщин преобладание эмоциональных ответов над конкретными наблюдалось лишь в виде тенденции ($p = 0,1518$).

Следует подчеркнуть, что по сравнению с контрольной группой количество эмоциональных решений у больных 1 группы значимо уменьшилось ($p = 0,0169$ у мужчин, $p = 0,000127$ у женщин).

Наряду со снижением ориентации больных 1 группы на эмоциональные признаки наблюдался рост числа конкретных, абстрактных и нестандартных ответов. У женщин 1 группы количество конкретных выборов было больше, чем у мужчин этой группы ($p = 0,0439$); а мужчины давали несколько больше абстрактных ответов, чем женщины ($p = 0,0785$ – на уровне тенденции). Кроме того, у женщин 1 группы конкретные ответы преобладали над абстрактными ($p = 0,0041$), у мужчин 1 группы значимых различий между абстрактным показателем и конкретным выявлено не было. Надо сказать, что по сравнению с контрольной группой женщины 1 группы использовали конкретные признаки значимо чаще ($p = 0,0462$).

Особое внимание следует обратить на появление нестандартных ответов у больных 1 группы ($X_{\text{ср.}} = 0,29$ у мужчин; $X_{\text{ср.}} = 0,74$ у женщин). Часть нестандартных выборов составили эмоционально-нестандартные. В контрольной группе наблюдался всего 1 нестандартный ответ: $X_{\text{ср.}} = 0,033$ у женщин; $X_{\text{ср.}} = 0$ у мужчин.

По сравнению со здоровыми испытуемыми количество нестандартных решений в 1 группе значимо возросло ($p = 0,012$ у мужчин; $p = 0,0016$ у женщин по точному методу Фишера). Женщины 1 группы ориентировались на нестандартные признаки несколько чаще, чем мужчины этой группы ($p = 0,1262$ – на уровне тенденции по ТМФ).

Нестандартные ответы встречались также у больных 2 группы ($X_{\text{ср.}} = 0,94$ у мужчин; $X_{\text{ср.}} = 0,44$ у женщин). По сравнению с 1 группой у мужчин 2 группы число нестандартных решений несколько повысилось ($p = 0,07$ – на уровне тенденции по ТМФ); а у женщин даже слегка понизилось (но различия не значимы). Женщины 2 группы руководствовались нестандартными признаками в своих выборах несколько реже, чем мужчины этой группы ($p = 0,1524$ – на уровне тенденции по ТМФ).

Важно отметить, что число эмоциональных ответов у больных 2 группы значимо снизилось по сравнению с 1 группой ($p = 0,0043$ у мужчин; $p = 0,0053$ у женщин по t – критерию).

Женщины 2 группы давали в среднем 2,94 эмоциональных ответа, а мужчины – 2,82. Эмоциональные решения составляли лишь 27,9 % от числа всех ответов у мужчин 2 группы и 29,3 % у женщин. Теперь эмоциональные выборы не преобладали по количественному показателю ни над конкретными, ни над абстрактными.

По сравнению с 1 группой увеличилось число абстрактных ответов у женщин 2 группы ($X_{\text{ср.}} = 3,17$; $p = 0,0180$ по t – критерию). У мужчин количество абстрактных решений почти не изменилось ($X_{\text{ср.}} = 2,47$; $p = 0,89$), но значимо возрос показатель конкретных ответов ($X_{\text{ср.}} = 4,06$; $p = 0,0115$).

У женщин 2 группы количество конкретных решений практически не увеличилось ($X_{\text{ср.}} = 3,83$; $p = 0,799$).

В результате, у мужчин 2 группы выявилось некоторое преобладание конкретных ответов над абстрактными ($p = 0,0798$, на уровне тенденции) и над эмоциональными ($p = 0,1660$, на уровне тенденции). У женщин этой группы значимых различий между показателями эмоциональных, абстрактных и конкретных решений не наблюдалось. Не отмечалось значимых различий между мужчинами и женщинами 2 группы по количеству эмоциональных, абстрактных и конкретных ответов.

Корреляционный анализ показал, что существует отрицательная линейная связь между числом выборов на основании эмоциональных признаков и степенью шизофренического дефекта (коэффициент корреляции рангов Кендалла $r = -0,4256$, $p < 0,000001$ у мужчин; $r = -0,4967$, $p < 0,000001$ у женщин). По мере нарастания болезненного процесса происходит увеличение конкретных ответов ($r = 0,2472$, $p = 0,0013$ у мужчин; $r = 0,2067$, $p = 0,0056$ у женщин) и нестандартных решений ($r = 0,4566$, $p < 0,000001$ у мужчин; $r = 0,2924$, $p = 0,000091$ у женщин).

Нами был также проведен качественный анализ нестандартных ответов. Все нестандартные решения оценивались по критерию «адекватный – неадекватный». При этом нестандартных, но адекватных ответов могут служить такие:

«И дерево, и цветок сходны тем, что цветут; на дереве тоже цветы бывают»; «Девочка и мальчик сходны тем, что это дети, а мужчина и женщина – взрослые»; «Бабочка и паутинка похожи тем, что красивые. Паутинки на солнышке красиво блещут».

Среди нестандартных решений, которые были охарактеризованы как неадекватные, можно выделить следующие виды.

Нестандартно-формальные. В роли значимых признаков выступали цвет, форма рисунков, количество персонажей. Например: «Бабочка и паутинка закругленные».

Нестандартно-ситуативные. Сходство изображений устанавливалось на основании произвольно созданной ситуации. Так, одна больная объединила вместе рисунки «царевны» и «старухи» (из «Сказки о рыбаке и рыбке»): «Пусть бабка будет у царевны лаборанткой». Другая назвала сходными изображения плачущей женщины и улыбающегося мужчины: «Пусть мужчина успокоит женщину» (эмоционально-ситуативный).

Следующий вид неадекватных ответов составили отдаленные ответы. Здесь изображения обобщались «через ступень», вводились или промежуточный предмет, или понятие, связывающее данные изображения: «Дерево и вазу объединяет труд. Дерево вырастить трудно, и вазу сделать трудно, этим они похожи (введено промежуточное понятие «труд»).

Среди нестандартных ответов были также паралогичные: «Старуха и царевна похожи тем, что они во всем являются антиподами».

Следующий вид неадекватных решений можно назвать символическим. В этом случае изображения воспринимались больными как символы, знаки. Вот как объяснил

один больной сходство «крысы» и «паутины»: «Крыса означает год Крысы. Паутина — это тоже астрологический знак. Всё это астрология».

Некоторые обобщения строились на основании латентных («неочевидных», трудно выделяемых, чрезмерно абстрактных свойств): «Старуха и дракон сходны тем, что движений могут совершать больше, чем рыбка и царевна. Они быстрее двигаются»; «И у золотой рыбки, и у царевны течёт царская кровь».

Ещё один вид неадекватных ответов образуют выборы на основании выделения мелких, несущественных деталей изображения. Среди ответов данного вида особенно место занимает эмоционально-неадекватные. Так, одна больная объединила вместе изображения «кота» («Кот в сапогах») и «плодоеда»: «Кот одет в сапоги со шпорами. Шпоры означают смерть, так как они острые; пораниться можно. У плодоеда в руках дубинка. Это тоже смерть».

Следующие два вида неадекватных выборов относятся к эмоционально-неадекватным. Это «аутичные» и «игнорирующие» ответы.

При аутичных ответах больные руководствовались не объективными, существенными признаками предметов, а личными вкусами и установками. Надо заметить, что такие установки носили случайный характер и были настолько лабильны, что вызвали амбивалентное отношение к изображениям. Например, больная объединила вместе двух женщин, «так как женщины всегда приятней мужчин». При предъявлении другой карточки эта же больная назвала сходными изображения двух мальчиков. «Мальчики хорошие. Мужчины приятны, а женщины хуже, так как иногда ссорятся».

В случае «игнорирующих» ответов больные хоть и ориентировались на эмоциональные признаки, но воспринимали их неадекватно или просто игнорировали. Надо заметить, что чаще всего неадекватно интерпретировались эмоционально-выразительные жесты персонажей. Примером игнорирования эмоционального подтекста может служить следующий ответ. Больная назвала похожими изображения двух мужчин (рукопожатие) и двух женщин (ссора), «так как дружить лучше вдвоём, вот они и дружат».

Следует сказать, что такие ответы могут свидетельствовать о снижении потенциальной способности больных правильно распознавать эмоционально-значимые признаки, в частности, жесты и мимику других людей.

Появление эмоционально-неадекватных ответов может говорить о диссоциации эмоциональных процессов при шизофрении. С одной стороны, эмоционально-значимые признаки игнорируются, с другой — несущественные свойства, мелкие детали изображений получают «эмоциональный» заряд и становятся эмоционально-значимыми. Аналогичная картина была получена при исследовании познавательных процессов у больных шизофренией многими авторами [1, 2, 4, 5, 6].

Для объяснения нарушений мышления и восприятия у данных больных была выдвинута концепция, согласно которой в результате нарушения актуализации прошлого опыта происходит нарушение селективности информации [1, с. 104 — 116; 4]. При этом наблюдается уравнивание стандартных и нестандартных, значимых и несущественных свойств предметов по вероятности их использования при решении различных задач. Иными словами, семантическая структура понятий у больных шизофренией оказывается аморфной, «размытой».

Можно ожидать, что такая аморфность присуща и эмоциональным понятиям. Мы находим этому подтверждение, обращаясь к эмоционально-неадекватным ответам больных.

Обнаружено, что больные психозом игнорируют эмоционально-существенные признаки, руководствуются малозначимыми свойствами и деталями изображений, которые приобретают характер эмоционально-значимых.

Итак, обобщая полученные результаты, можно заключить следующее.

Методика «Выбор сходных изображений» оказалась довольно чувствительной к эмоциональным нарушениям у больных параноидной формой шизофрении.

Здоровые испытуемые устанавливали сходство 2-х изображений, опираясь преимущественно на эмоционально-значимые признаки, нежели на конкретные или абстрактные.

У больных количество эмоциональных ответов значимо уменьшалось по мере развития психоза. Больные психозом ориентировались в большей степени, чем здоровые, на конкретные и нестандартные свойства рисунков.

У больных психозом наблюдалось некоторое снижение потенциальной способности правильно распознавать эмоционально-значимые признаки (особенно жесты других людей).

Игнорирование эмоционально-значимых свойств и одновременное использование несущественных признаков в качестве эмоционально-значимых может свидетельствовать о диссоциации эмоциональных процессов при психозе.

Литература:

- Блейхер В. М. Расстройства мышления. — Киев.: Здоровье, 1983. — 192 с.
Зейгарник Б. В. Патопсихология. — М.: Изд-во МГУ, 1976. — 238 с.
Лотоцкая М. Ю. Методика «Выбор сходных изображений» как косвенный метод исследования эмоциональной сферы // Вестник ХГУ. — 1998. — № 419. — С. 105 — 108.
Полъяков Ю. Ф. Патология познавательной деятельности при психозе. — М.: Медицина, 1974. — 168 с.
Тихомиров О. К. Структура мыслительной деятельности человека. — М.: Изд-во МГУ, 1969. — 304 с.
Фейсберг И. М. Порог вероятностного прогноза и его изменения в патологии // Вероятностное прогнозирование в деятельности человека. — М.: Наука, 1977. — С. 169 — 188.

В.И. Мозговой, Чернигов

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЕ ИЗУЧЕНИЯ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ - СТРЕССОУЯЗВИМОСТИ ЛИЧНОСТИ

Сфера повреждающих личность и организм воздействий чрезвычайно разнообразна: это и межличностные, и внутриличностные конфликты, жизненные кризисы, хирургические воздействия, потеря близких людей или разрыв контактов с ними, фрустрация основных жизненных потребностей, эмоциональная депривация и т.п. Конечно, эти ситуации представляют собой некоторое жизненное испытание, с которым личность должна справиться, с которым должна совладать. В литературе [1] имеются термины "эмоциональная устойчивость" и "стабильность - помехоустойчивость". Под первым понимается адекватность эмоциональной оценки стрессовой ситуации; второй термин трактуется как "степень сформированности той системы действия, которую необходимо реализовывать в экстремальной ситуации". Фактически речь идет о "стрессоустойчивости" личности. Свойство альтернативное стрессоустойчивости мы

обозначили как "стрессоустойчивость". В литературе имеются различные концептуализации "стрессоустойчивости - стрессоустойчивости" личности.

Рассмотрим три основных подхода к концептуализации стрессогенных влияний на личность:

1. подход, связанный с анализом роли защитных механизмов и совладающих стратегий;
2. когнитивный подход, интерпретирующий успешность переживания стресса с помощью адаптивных когнитивных стратегий (когниций);
3. "эмоционально - личностный" подход, согласно которому особенности переживания стресса и поведения обусловлены рядом эмоционально-личностных показателей - тревогой, сенситивностью, гиперсоциальностью, тревожно - мнительностью, ригидностью и т.п.

Согласно первому подходу устойчивость к стрессу рассматривается как производная от работы защитных механизмов и совладающих стратегий. В литературе можно встретить как минимум, три трактовки механизма совладания:

1. механизм совладания тождественен механизму защиты;
2. механизм совладания - это форма проблемного поведения, т.е. поведения, направленного на решение задач. Аспект редукции эмоционального напряжения в механизме совладания или отсутствует, или очень незначителен;
3. механизм совладания выполняет функцию редукции эмоционального напряжения, причем он не отождествляется с механизмами защиты.

В стрессовой ситуации кроме реактивных поведенческих реакций возникают активные - совладающее поведение. Эти механизмы по Лазарусу [2] понимаются очень широко: это и поведение, направленное на активное воздействие на ситуацию, так и как защитное поведение. Первый тип поведения определяется как реалистические механизмы, а второй тип - как нереалистические механизмы. Теоретический анализ нереалистических механизмов (защит) был проведен в школе психоанализа. Фрейд в своих работах [3] выделил следующие механизмы защиты: 1) вытеснение, 2) проекция, 3) смещение, 4) идентификация, 5) компенсация, 6) фиксация, 7) регрессия, 8) реактивное образование. Тревога, которая возникает в связи с конфликтом id - superego, или под влиянием внешних угроз может быть притуплена (подавлена) механизмами защиты. Подавление приводит к тому, что настоящие источники тревоги становятся неизвестными. Но уйти от тревоги полностью нельзя, кумуляция постоянного напряжения приводит к неврозу т.е. "стрессоустойчивости" (прим.-автора). Взгляды других представителей психоаналитической школы, например, Адлера и Юнга отличались от взглядов Фрейда на защитные механизмы. Адлер сделал упор на 2-х защитных механизмах - сверхкомпенсация и фантазирование. Эти механизмы позволяют удовлетворять основную потребность - стремление к власти. Юнг значительное место отвел механизму подавления. Но подавление понимал как нормальный механизм регуляции.

Неопсихоанализ - частично отошел от ортодоксальных взглядов на защитные механизмы. Карен Хорни [4], например, считала, что механизмы обороны запускаются под влиянием интрапсихического конфликта обусловленного не биологическими влечениями, а социальными стремлениями: "от людей", "к людям", "против людей". Новым элементом ее концепции является определение влияния механизмов защиты на отношения между людьми (например, повышение впечатлительности невротической личности отсюда вторичное воздействие интерперсональных отношений на рост тревоги). Хорни также показала, что механизмы защиты могут выступать и отдельно и в системе друг с другом, что создает

специфический защитный паттерн. Подытоживание взглядов психоаналитиков на механизмы защиты содержит монография Анны Фрейд "The Ego and the Mechanisms of Defence" (1937). Механизмы защиты она понимает, как "борьба эго с болезненными импульсами или аффектами" и классифицирует их по 2-м направлениям: 1) борьба с внутренней угрозой; 2) борьба с внешней угрозой. Анна Фрейд считала, что механизмы защиты можно упорядочить в пары, т.е. каждому механизму, который борется с внешней угрозой соответствует параллельный механизм, борющийся с внутренней угрозой. В целом психоаналитическое понятие защитных механизмов оказалось теоретически односторонним.

Одна из глубоких теоретических концепций реакций на фрустрацию была развита Розенцвейгом. Он выделил три уровня защиты организма: 1) на когнитивном уровне; 2) на органическом уровне; 3) на психологическом уровне. Фрустрацию (по Розенцвейгу) вызывают как неудовлетворенные потребности (ситуация первичной фрустрации), так и препятствие (ситуация вторичной фрустрации). Розенцвейгом были определены виды реагирования на фрустрацию: 1) упорное сохранение потребности (need persistence); 2) реакция защиты эго (защитные механизмы), выступает в ситуации активного препятствия или угрозы эго. В реакции защиты эго включаются три вида реакций: 1) экстрапунитивные реакции; 2) интрапунитивные; 3) импунитивные. С каждым из этих видов связаны специальные защитные механизмы. С экстрапунитивными реакциями - проекция; с интрапунитивными - смещение агрессии на себя, реактивное образование; а также ekspiacja при импунитивных реакциях - механизм рационализации. Реконструируя понятие защитного механизма, использованного Розенцвейгом, его можно определить как замещающую и неадекватную технику обеспечения психического равновесия.

Согласно второму подходу ряд исследований показывают, что многие эмоциональные и поведенческие проблемы связаны с нарушенными когнитивными процессами. Например, такие психопатологические состояния как фобии, тревога, гипоманиакальные расстройства, ипохондрия, нервная анорексия, суицидальное поведение и т.п. являются формами проявления нарушенных когнитивных процессов. Мысли, мешающие справиться с жизненными ситуациями, вызывающие внутреннюю дисгармонию и болезненные эмоциональные реакции, А.Бек [5] называет неадаптивными мыслями. Неадаптивные мысли характеризуются "автоматичностью", "эго"-синтонностью, слабой осознанностью, трудной доступностью и устойчивостью. Наличие таких мыслей делает человека уязвимым к определенным психотравмирующим ситуациям. Причем, имеется связь между типами неадаптивных когниций и теми экзогенными ситуациями, в которых проявляется психическая и социальная дезадаптация. Существуют различные когнитивные приемы совладающего со стрессом поведения. Таким может быть "переопределение ситуации" ("situation redefinition"), "уклоняющееся мышление" ("avoidant thinkin") [6], в котором человек стремится уклониться от мыслей о возможной неудаче и изменить свое отношение к ней, используя механизмы когнитивного самоконтроля. Имеются исследования роли "когнитивной подготовки" в совладании с такой психотравмирующей ситуацией как принятие смерти близкого человека и т.п. Широко известны работы D.H. Meichenbaum [6], касающиеся когнитивных факторов совладания со стрессом, и, в частности, исследования эмоциональной динамики (динамики тревоги) у парашютистов. В работе А.С. Кочаряна [7] показано, что такой когнитивный фактор, как "когнитивная сложность - простота социальной перцепции" является одной из детерминант поведения человека в эмоционально трудных ситуациях (семейные конфликты, сообщение психотравмирующих результатов обследования, ожидание удара электрическим током и т.п.).

В рамках третьего подхода предполагается, что существуют некоторые характерологические и эмоциональные черты, которые predisponируют к неустойчивости в стрессовых ситуациях. В концепциях акцентуированных личностей А.Е. Личко [8] и К. Леонгарда представлена идея "слабой почвы", или "места наименьшего сопротивления". Для личности с гипертимной акцентуацией, например, характерно наличие таких "мест наименьшего сопротивления" как ситуации монотонии, ограничения диапазона социальной активности, подавления личности. В неврологии такой подход приводит к идее соответствия определенных типов акцентуаций и черт характера определенным типам невротических расстройств. Так, Б.Д. Карвасарский [9] в этой связи отмечает, что "неврастеническое звено в структуре личности больных истерией, вероятно, имеет значение в развитии астенической симптоматики". А.И. Захаров [10] выявил, что предрасполагающими к развитию неврозов у детей являются такие их характерологические особенности, как сензитивность, гипернормативность и тревожная мнительность. Д.Н. Исаев [11] "среди индивидуальных особенностей личности, способствующих возникновению заболеваний в результате внешних воздействий, выделяется темперамент. Такие его особенности, как низкий порог чувствительности к раздражителям, интенсивность реакции, трудности адаптации к новым впечатлениям с преобладанием отрицательных эмоций и другие, делают ребенка чувствительным к стрессам. Согласно Ф. Александеру [6], существует специфический эмоциональный конфликт, корреспондирующий с определенным типом психосоматического расстройства. Неотреагированный гнев, подавленная агрессия, реализуясь через симпатическую нервную систему, приводят к гипертонической болезни, артриту, мигрени, гипертерию, диабету. Неутоленные стремления к зависимости, признанию, удовлетворению сексуальных потребностей посредством парасимпатической нервной системы преобразуются в язвенную болезнь, язвенный колит, бронхиальную астму.

В.С. Мерлин [1] в качестве психодинамических свойств человека рассматривает тревожность и эмоциональную устойчивость. Тревожность характеризуется готовностью реагировать реакцией тревоги на многочисленные ситуации. Причем, психодинамическая тревожность не связана с семантикой ситуаций. Это означает, что тревожные на психодинамическом уровне люди склонны отвечать реакцией тревоги на самые разные, семантически не связанные стрессогенные ситуации. Поэтому тревожность следует рассматривать как многоуровневое образование, включающее как личностный, так и психодинамический уровни, между которыми существуют многозначные связи. Обобщая вышесказанное, хотелось бы отметить, что в каждом из анализируемых концептуальных подходов, стрессоустойчивость - стрессоуязвимость личности, на уровне защитных механизмов, когнитивном и эмоционально - личностном, встречает широкий спектр дифференциации этих понятий и нюансирования трактовки этих понятий. Вместе с тем это отражает современную сложную и противоречивую теоретическую реальность в данном вопросе, где само понятие стресса является полисемантическим и работающим на психологическом и физиологическом уровнях анализа. В связи с этим хотелось бы высказать предположение, что возможные эмпирические исследования данного вопроса будут наиболее плодотворными, если анализ полученных данных будет проводится не на уровне симптоматического подхода, а на уровне синдромального подхода, который бы позволил исследовать стрессоустойчивость - стрессоуязвимость личности как некое структурное образование на уровне симптомокомплекса.

Литература:

1. Ханян Ю.И. Исследование тревоги в спорте. - *Вопр. психологии*, 1978, №6, с. 94-96.

2. Лазарус Р. Теория стресса и психофизиологические исследования. Эмоциональный стресс. Под редакцией Л.Л. Левина. Пер. с англ. - Л. 1970 - с. 178-208.
3. Фрейд З. Введение в психоанализ. Лекции - М. Наука, 1989. - 455 с.
4. Хорни К. Женская психология. - Санкт-Петербург: Восточно-Европейский Институт психоанализа, 1993. - 222 с.
5. Beck A.T. Cognitive theory and emotional disorders. - New York, 1976. - p.356
6. Александер, Ф. Селесник Человек и его душа: познание и врачевание от древности и до наших дней: Пер. с англ. - М.: Прогресс - Культура; Изд-во "Яхтсмен", 1995 г. - 608 с.
7. Кочарян Г.С., Кочарян А.С. Психотерапия сексуальных расстройств и супружеских конфликтов. - М. Медицина, 1994 - 224 с.
8. Личко А.Е. Подростковая психиатрия. - М. Медицина. - 2 изд. - 1985. - 416 с.
9. Карвасарский Б.Д. Неврозы. - 2 изд. - М. Медицина, 1990. - 572с.
10. Захаров А.И. Психотерапия неврозов у детей и подростков. - Л. Медицина, 1982. - 216 с.
11. Исаев Д.Н. Психосоматическая медицина детского возраста. - СПб. Специальная Литература, 1996. - 454с.

О.В. Москвцева-Бойко, Харьков

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ «ВОПРОСНИКА ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ЭКСПРЕССИИ» ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ РАЗЛИЧИЙ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ У БОЛЬНЫХ РАЗНЫХ НОЗОЛОГИЧЕСКИХ ГРУПП

В структуре каждого психического расстройства, независимо от того, относится оно к «невротическому» или «психотическому» регистру, присутствуют многообразные и достаточно отчетливо выраженные эмоциональные нарушения (апатия, неживость, грусть, взрывчатость; снижение, повышение или лабильность общего эмоционального фона и др.) Такие нарушения достаточно описаны на клиническом, психологическом уровне (Гельгорн Э., Луфборроу Дж., 1966) и, в гораздо меньшей мере, целостно патопсихологически (Курек Н.С., 1996).

Данное исследование, организованное в настоящий момент по типу квазиэксперимента (Корнилова Т.В. с соавт., 1998), ставит своей целью комплексное патопсихологическое описание характеристик эмоциональной сферы человека с точки зрения ее представленности в различных проявлениях.

Пилотажное исследование диагностических характеристик эмоциональной сферы по «Опроснику Рабинович» (в модификации Санниковой (Ольшанникова А.Е. с соавт., 1974, 1976)) и «Вопроснику эмоциональной экспрессии» (Ольшанникова А.Е., 1981) проводилось в «отделении неврозов» (взрослое психиатрическое отделение) Харьковского государственного университета на контингентах больных (группы по 10-15 человек):

1. с пограничным типом психических расстройств (невротические расстройства неустойчивого характера);
 2. с нозологическими группами «большой» психиатрии.
- В группе невротических расстройств (1) рассматривались нарушения, в структуре которых преобладают
- неврастенический компонент;
 - истерический компонент.
- В группе с расстройствами «большой» (2) психиатрии отдельно рассматривались:
- шизофрения (преимущественно простая, вялотекущая или приступообразная, на момент обследования больные находились в состоянии ремиссии, т.е.

практически у всех больных был хотя бы частично сформирован специфический личностный дефект);

- эпилепсия (генерализованные приступы различной частоты, отчетливые изменения когнитивной и личностной сферы по эпи-типу).

В отдельную группу были выделены больные с синкопальными состояниями различной частоты, генеза, характера, в т.ч. — эпилептиформного (по типу генерализованных приступов).

Заполнение больными соответствующих (вышеуказанных) опросников проводилось в комплексе с общим психопсихологическим обследованием в первые 2-4 дня после поступления в клинику.

В качестве контрольных были использованы данные, полученные на выборке здоровых испытуемых в возрасте 18-50 лет (80 человек).

При анализе результатов особое внимание уделялось характеристикам, полученным при помощи «Вопросника Эмоциональной Экспрессии» («ВЭЭ») — факторам речевой и двигательной активности, «узнаваемости» эмоциональных состояний больных другими людьми, нарушениям — «ошибкам» — поведения при проявлении разных эмоций.

Для каждого больного формировался особый «бланк результатов ВЭЭ», куда заносились как факторные показатели, так и отдельные баллы «экспрессии» по модальностям (*страх, радость, гнев*).

Сравнительный анализ производился как по отдельным параметрам, так и по их модальностным комплексам («факторный профиль», «общий профиль», «экспрессивный профиль модальности», элемент экспрессии, «модальностный профиль» элемента экспрессии — напр., «характеристики речи», «характеристики движения» и т.д.)

По параметру «общий экспрессивный профиль» («характеристики речи», «громкость», «темпл», «образность», «ошибки», «интонация»; «характеристики движения», «общая двигат. акт-ть», «лишние движения», «мимика»; «без дифференциации каналов») сравнивали с использованием программного пакета «Stadia» 4 группы больных с диагнозами: неврастения (1); истерический невроз (2); шизофрения (3); эпилепсия (4). Полученные результаты приведены в Табл.1.

Таблица 1.

Коэффициенты ранговой корреляции Спирмена «общих экспрессивных профилей» больных разных нозологических групп.

РАДОСТЬ	(2)	(3)	(4)	норма
(1)	0,755	0,393*	0,477*	0,893
(2)		0,484*	0,716	0,902
(3)			0,359*	0,661
(4)				0,514*
СТРАХ				
(1)	0,734	0,52*	0,552*	0,607
(2)		0,573*	0,543*	0,689
(3)			0,377*	0,702
(4)				0,836
ГНЕВ				
(1)	0,725	0,534*	0,527*	0,889
(2)		0,666	0,877	0,718
(3)			0,67	0,341*
(4)				0,57*

* - различимость на уровне $p > 0,05$

Очевидны различия экспрессивности (данный результат приводится без акцента на направленность экспрессивных проявлений — речевых, двигательных, «без дифференциации») и пр.):

- для модальности *радость* между больными шизофренией и неврастениями, неврастениями и эпилепсией, шизофренией и истерическим неврозом, шизофренией и эпилепсией, а также — эпилепсией и нормой;

- для модальности *страх* между больными шизофренией и неврастениями, шизофренией и эпилепсией, а также — между эпилепсией и нормой, шизофренией и нормой;

- для модальности *гнев* — между больными неврастениями и шизофренией, неврастениями и эпилепсией, истерией и шизофренией, а также — эпилепсией и нормой.

Таким образом при использовании анализа только лишь одного параметра «общего экспрессивного профиля» для разных нозологических групп были получены достоверные различия для отношений

- шизофрения/эпилепсия — по модальностям радость, страх;
- шизофрения/неврастения — по модальностям радость, гнев, страх;
- шизофрения/истерический невроз — по модальностям радость, страх;
- эпилепсия/истерический невроз — по модальности страх;
- эпилепсия/неврастения — по модальностям радость, страх, гнев;
- неврастения/истерический невроз — ни по одной из модальностей.

Сравнение «факторных профилей» (при помощи того же статистического метода) показало достоверные различия экспрессивных характеристик как между профилями нормы и нозологических групп, так и между профилями самих нозологических групп.

При анализе остальных элементов эмоциональной экспрессии наблюдается более тонкая нюансировка структур эмоциональности и эмоциональной экспрессии больных каждой нозологической группы, что, в свою очередь, позволяет тоньше и целенаправленнее воздействовать на них с психотерапевтической, психокоррекционной целью.

Литература:

1. Гельгорн Э., Луфборроу Дж. Эмоции и эмоциональные расстройства. — М., «Мир», 1986.
2. Курек Н.С., Дефицит психической активности: пассивность личности и болезнь. — М.: ИП РАН, 1996.
3. Олимпаникова А.Е., Рабинович Л. А. Опыт исследования некоторых индивидуальных характеристик эмоциональности // Вопросы психологии, 1974, №3.
4. Олимпаникова А.Е. Диагностические возможности вопросника по эмоциональной экспрессии // Проблемы дифференциальной психофизиологии. Под ред. Э.А. Голубевой, И.В. Равич-Щербо. - М., «Педагогика», 1981.
5. Оценка методик, диагностирующих эмоциональность // Вопросы психологии. - 1976 - №5.
6. Методы исследования в психологии: квазиэксперимент / под ред. Т.В. Корниловой, — М, 1998.
7. Поляков Ю.Ф., Курек Н. С. К вопросу о нарушении положительных эмоций у больных шизофренией: обзор исследований, (проблемы, гипотезы) // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 1985 - Т.85. - №12. С.1857-1862.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПОСЛЕ ПСИХОТРАВМЫ В РАННЕЙ ЮНОСТИ

Роль психолога в преодолении последствий психических травм остается достаточно неопределенной, хотя и признанно — необходимой. Особенно это касается тех случаев, когда объектом выступают молодые люди /старшие подростки или юноши/, перенесшие первую острую вспышку психологического расстройства и прошедшие курс лечения в клинике. До обострения они не проявляли явных отклонений, а после него — сохранили интеллект и саморегуляцию поведения, хотя и в очень преобразованном виде. В условиях нашей культуры эти люди после лечения оказываются в весьма острой жизненной ситуации, и, на наш взгляд, еще глубже травмируются. "Большая" психиатрия временно перестает видеть в них пациентов; психотерапевты есть далеко не везде, да и эффективность их работы с данным контингентом уж очень невысока, а что такое социальная реабилитация — мы и вовсе не знаем. Но такое "зависшее" состояние объясняется не только социальной неразвитостью общества, а и еще и тем, что в лице этих молодых людей мы имеем собственно научную проблему: мы действительно не знаем, что же с ними происходит. Во всяком случае, наши наблюдения и работа с подростками и юношами, пережившими первое обострение, позволяют сделать вывод, что совершенно невозможно ответить на главный вопрос — имеем ли мы дело с психическим заболеванием? Симптомы, с которыми они попадали в клинику, и которые обобщаются жутковатыми терминами "дебют" или "манифестация", как правило, одни и те же — реактивное состояние, бред, галлюцинации. Это, конечно, симптомы психического заболевания. Но обязательно ли? Во-первых, еще со времен Э.Кремера известно, что в период полового созревания отдельные индивиды на определенных этапах развиваются "по типу" начала психоза. Удивительно, но яркие и убедительные описания Э.Кремером индивидуальных особенностей этого пути у психически здоровых молодых людей полностью соответствуют описаниям наших клиентов, полученным от врачей, родителей, их самих. Во-вторых, мы не можем очень полагаться на скоропалительный медицинский диагноз, потому что хорошо знаем, что такое хиндсайт, которому подвержены и очень опытные врачи /5/. В силу наличия хиндсайта, нельзя слишком доверять и реконструкции развития в раннем детстве, потому что совершается она после обострения. А это значит, что мы видим историю детства больного ребенка, т.е. скорее не объективно, а как бы находя в ней подтверждения болезни. Не дают ответа на вопрос и особенности переживаний и поведения в раннем посттравматическом периоде. Они очень сходны у разных лиц, очень отличаются их от нормы, но о чем они говорят? Многочисленные и убедительные исследования /главным образом, американские/ показывают, что все эти особенности, включая даже конституциональные /замедленность движений, ступорность, специфическая "шаркающая" походка/, которые издавна считаются признаками шизофрении, с абсолютно равной вероятностью могут быть следствием нахождения в весьма специфических условиях психиатрической клиники, а вовсе не показателем болезни /4; 9/. Таким же следствием могут быть и данные биохимических анализов.

Конечно, в конце концов исковый вопрос решится — на него ответит время. Однако здесь мы сталкиваемся с острейшей нравственной проблемой: человеку мучительно плохо сейчас ему нужна помощь и нет дела до научных дискуссий. Кроме того, последствия травмы, условия клиники и остро осознаваемая социальная дезадаптация и неполноценность могут способствовать тому, что в результате будем-таки иметь за-

болевание. Из этого следует необходимость психологической помощи. Однако мы сталкиваемся здесь с тремя большими трудностями. Первая уже описана — невозможность установить диагноз и, как следствие, неопределенность во взаимоотношениях психолога с психиатром, которые, на наш взгляд, обязательно должны быть. Вторая сложность связана с посттравматическим состоянием клиента и практической невозможностью, в силу этого, достоверно установить его основные личностные и характерологические особенности. Шок психотравмы почти всегда как бы взламывает, спускает эти черты, и они перестают быть надежными и очень важными опорами для психолога. Третья проблема касается самой модели психотерапевтической работы: позиция психолога, цели и способы деятельности и т.п. По нашим данным, большинство моделей индивидуальной терапии неприемлемы для работы с описываемым контингентом, поскольку они провоцируют бред, могут дать толчок галлюцинациям и не решают острую проблему клиента — социальную дезадаптацию. Групповые методы кажутся адекватными в данном случае, но тоже далеко не все. Такие модели, как гештальт-группы, группы встреч, психодрама, не подходят совсем, но и те, которые можно было бы использовать должны проводиться очень осторожно и квалифицированно, что в наших условиях возможно только в ведущих клиниках.

Перечисленные трудности кажутся слишком существенными, и тем не менее, они преодолеваются в модели психологической помощи, которая разрабатывается на основе теоретических положений Л.С.Выготского. Его идеи относительно аномального развития, изложенные в двух основных работах /2; 3/, мы рассматриваем как основание новой и очень эффективной психотерапии. Выготский задает своеобразное пространство видения психологом пациента, и оно резко отличается от общепринятого.

Существенным есть то, что это пространство не застывшее, а представляет собой специфическую зону развития индивида. Очень важно для психолога осознать этот феномен — человек, с которым мы встречаемся, в данный момент существует в трех измерениях: здесь и теперь; как следствие предыдущего развития; как начало дальнейшего развития /3,261/. С точки зрения практической, здесь важно учесть два момента: во-первых, пережитое болезненное состояние должно быть понято как составная структура всего развития, входящая /органично, для данной личности/ в его общий контекст. Это не какой-то обособившийся "лишний" комплекс, а часть жизни личности. Во-вторых, встреча — это всегда резкое изменение не только наличного состояния клиента, но и дальнейшего пути его развития.

Основными координатами пространства восприятия пациента, по Выготскому, должны быть: социальная ситуация развития, особенности высших психических функций, ведущая деятельность и психические новообразования, индивидуальность. Изучение по данным параметрам наших пациентов позволяет сделать некоторые обобщения. Основные особенности социальной ситуации развития: разрушения взаимоотношений с социальным окружением, фрустрация потребности в социальной полноценности как доминирующей в ранней юности, разрыв в социальной жизни, связанный с обострением, сильное влияние условий психиатрической клиники. Существенно и то, что в норме в ранней юности социальная ситуация развития дополняется еще одним звеном. Если до этого она представляла собой особенности взаимоотношений ребенка с социальным окружением, то сейчас возникают "взаимоотношения" со своим внутренним миром. У наших пациентов этот элемент практически отсутствует, т.е. внутренний мир как бы "склеен" с Я.

Состояние высших психических функций вызывает наибольший интерес. В тех случаях, когда познавательные процессы сохранены, бывает очень трудно установить нарушения, поскольку психология и психиатрия на практике все же мало опираются

на культурно-историческую теорию. Пациент может очень успешно выполнять весьма сложные тестовые задания, демонстрируя хорошее развитие всех познавательных процессов и их составляющих. На уроках в школе он легко и абсолютно грамотно записывает все, что необходимо, но, выясняется, что эта загадочно соединяется с тем, что он совершенно не может подготвиться к урокам, прочитать больше 2-3 предложений в книге, разобраться в элементарной фабуле фильма и т.п. При этом он явно хочет достичь успеха, но не хочет сделать ничего для этого. Тщательные исследования позволяют предположить, что здесь мы имеем дело со специфическим "выпадением" функций опосредования и произвольности. Относительно последней, Л.С. Выготский уточняет, что имеет место не слабость воли, а слабость цели, т.к. дети очень упорно не желают изменить безуспешное поведение. Центральной мы считаем проблему именно опосредования /описанное противоречие объясняется тем, что в условиях контакта взрослый выступает средством управления процессами/.

Ведущая деятельность в ранней юности все еще является предметом научных исследований, но можно предположить, что она представляет собой определение жизненного пути личностью и протекает в двух формах: как учебно-профессиональная и как деятельность самопознания. Обе формы у нашего контингента блокируются — учебно-профессиональная из-за состояния высших психических функций, а самопознание по причине травматической "склейки" Я и внутреннего мира. Строго говоря, замкнутость наших пациентов это не "погружение в себя", а скорее, попытка отделения себя от внутреннего мира. Попытка для них непосильная, но, поскольку она имеет характер ведущей деятельности, то является очень притягательной и ... провоцирует бред и галлюцинации. В принципе, блокирование ведущей деятельности есть остановка развития, а поскольку в действительности оно неостановимо, то через вот такие "погружения" может легко приобретать патологическое направление.

В области индивидуальных особенностей нас интересует, главным образом, два момента. Во-первых, "ключевое переживание", которое, как пишет Л.С. Выготский, "подходит к личности, как ключ к замку" /3, 312/.

Нам необходимо открыть в ребенке наиболее значимые осознанные переживания, воздействуя на которые можно упорядочивать и нормализовывать внутренний мир личности. Во-вторых, важным является наличие или отсутствие акцентуаций характера, т.к. хорошо известно, что в случае акцентуаций коррекция сильно облегчается, даже если мы имеем дело с психическим заболеванием. Наш опыт, правда, убеждает, что так бывает не всегда. Так, один из наших пациентов, выраженный истероид, у которого обострение проходило по пути "дебюта" параноидальной психоза /диагноз врача/ действительно очень легко поддавался коррекции. Другой подросток, с таким же диагнозом, но с педантизмом, являл собой очень серьезную проблему.

Проведенный анализ позволяет установить центральное направление психологической помощи: восстановление высших психических функций, и главное, опосредование психических процессов. Эту работу следует начинать как индивидуальную и на учебном /но не коммуникативном/ материале. Интенсивность терапии определяется степенью поражения, но путь всегда один, он тот же, что и для собственно возникновения высшей психической функции. Если следовать логике Л.С. Выготского, здесь мы имеем как бы "третье" ее рождение. Такая терапия является не "причинной", а терапией "последствий" /терминологией Л.С. Выготского/, и мы встречаемся в своей работе с подтверждением удивительного, на первый взгляд, положения Выготского о том, что она может содействовать социальной полноценности даже действительно психически больных детей /3/. Еще один принцип, который обязательно учитывается, — ориентация на сохранившиеся структуры. Наши пациенты лишь на первый взгляд "ниче-

го не хотят" и ни к чему не стремятся. Мы находим, даже в весьма тяжелых случаях, специфическое стремление к овладению поведением. Так, в работе с Сереей К., перенесшим очень тяжелый кризис, "защепкой", явилось его постоянное стремление написать день и час, с которого он начнет учить уроки, бросить курить и т.п. Такое "планирование" было очень частым и заканчивалось нервным срывом, т.к. в действительности мальчик ничего не начинал и осознавал это. В начале мы относились к этим явлениям как к навязчивости и бредовому состоянию. Лишь после того, как стало понятно, что на самом деле это тяга к средству, удалось коренным образом преобразовать ситуацию и быстро добиться прогресса. В целом, намечается такая схема: создаем ситуацию, в которой лишь применение средства управления психическим процессом приводит к переживанию успеха. Оно, в свою очередь, питает потребность в социальной полноценности, которая есть у всех наших пациентов и является доминантной. Устранение остроты фрустрации заметно смягчает эмоциональные проблемы, появляется дополнительный шанс к успешности обучения.

Конечно, "терапия опосредования" не ограничивается только описанной схемой. Осуществляется работа по упорядочиванию переживаний, капсулированию бреда, формируется внутренняя оппозиция болезни. Последнее очень важно, т.к. это — состояние здорового человека. У больных же, как отмечается, "усилия ориентированы на избегание, направленное на смягчение тревоги, вызванное основным расстройством, 22/2. Специфических усилий и направлений требует данная модель в работе с семейными пациентами и с учебным заведением.

В целом, следует отметить, что модель терапии опосредования находится в стадии разработки, хотя мы имеем ряд безусловно позитивных результатов коррекционной работы. Видимо, данная модель может иметь более широкое применение, не ограниченное лишь контингентом лиц, перенесших обострение психического состояния.

Литература:

- Бурменская Г.В., Карабанова О.А., Лидерс А.Г., «Возрастно психологическое консультирование», М., МГУ, 1990 г.
Выготский Л.С. «К вопросу о компенсаторных процессах в развитии умственно отсталого ребенка», — Собр. соч. в 6-ти томах, т.5, М., «Педагогика», 1983 г., стр. 115-136.
Выготский Л.С. «Диагностика развития и педагогическая клиника трудного детства», там же, стр. 257 — 321.
Голдштейн М., Голдштейн Ф. «Как мы познаем», М., 1984 г.
Майерс Д., Социальная психология, - СПб, 1998 г.
Полыков Ю.Ф., Алфимова М.В. Проблемы и перспективы участия психолога в прогнозировании заболевания психозами — «Вестник МГУ» 1993 г., #1, стр. 17-23.
Раттер М. Помощь трудным детям — М., Прогресс, 1987 г.
Рудестам К. Групповая психотерапия, - М., Прогресс, 1990 г.
Barton R. Institutional Neurosis. Chicago 1976.

Б.К. Пашнев, Харьков

ОСОБЕННОСТИ СИМВОЛИКИ КОШМАРНЫХ СНОВИДЕНИЙ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Анализ сновидной продукции является эффективным методом изучения бессознательных уровней психики. Для понимания природы различных психических за-

болеваний имеет определенное значение раскрытие символического содержания их бессознательной сферы.

Нами была сделана попытка, с одной стороны, определить наиболее часто встречающиеся, типичные образы и ситуации кошмарных сновидений, а с другой стороны, определить специфичность символики данного типа сновидений у различных групп испытуемых: детей и взрослых, здоровых и психически больных.

На основе собственных исследований и литературных источников был составлен специальный опросник, который состоит из 30 символических образов и 45 сюжетных ситуаций. В опросник включались только те образы и ситуации, которые хотя бы дважды присутствовали в кошмарных сновидениях наших респондентов (около 100 человек) или встречалось указание в специальной литературе на их типичность.

С помощью данного опросника было обследовано содержание кошмарных сновидений у шести групп испытуемых (всего 457 исп.): здоровые дети, мальчики и девочки, в возрасте 9-16 лет (212 чел.); здоровые взрослые мужчины и женщины (46 чел.); больные дети, мальчики и девочки с невротическими и невротизированными нарушениями в возрасте 9-16 лет (52 чел.); больные взрослые (мужского и женского пола) с невротическими и невротизированными нарушениями (54 чел.); больные хроническим алкоголизмом мужчины (51 чел.) и больные с диагнозом шизофрении (42 чел.) мужского пола в возрасте 20-50 лет с различными формами и типом течения этого заболевания.

Проведенный нами сравнительный анализ насыщенности сна (среднеарифметический показатель) кошмарными образами и ситуациями показывает, что наименьшая насыщенность сна характерна для больных алкоголизмом (8, 1), а наибольшая для больных шизофренией (16, 8) и для больных детей с невротическими и невротизированными нарушениями.

В сравнение с другими группами, для больных шизофренией характерны следующие образы и ситуации, снявшиеся им в кошмарных сновидениях: видели страшную свинью (7); змею (8); страшные глаза (20); страшные солнце, луну или звезды (26); яркий необычный свет, рай или ад (35); своего двойника (38); глядя на себя в зеркало они совсем не видели своего отражения в нем, или видели кого-то или что-то другое (39); испытывали страх от того, что их убивали, они погибли по какой-то причине (43); попадали в тюрьму, милицию или в концентрационный лагерь, или больницу, или их заперли, лишали свободы (46); испытывали страх смерти без какой-либо причины для этого (48); испытывали страх от чего-то необычного (49); испытывали страх от чего-то черного (51); испытывали страх от того, что попали в какое-то страшное место (53); испытывали страх от того, что оказывались в совершенном одиночестве (57); не могли говорить, или слышать, или двигаться (63); чувствовали, что отдельные части тела отделились, стали чужими, что их "Я" уже больше, не их "Я" (65).

Проведенный сравнительный анализ позволяет раскрыть определенную динамику, трансформацию сновидных образов: от сновидений детей больных неврозами и невротизированными расстройствами, через смешанную группу больных детей и больных шизофренией, к образам и ситуациям, характерным только больным шизофренией.

Таким образом, динамика образов указывает на определенное сходство символов у различных групп испытуемых, их усложнение, нарастание состояния тревоги и утяжеления психопатологической симптоматики в сторону преобладания инстинктов смерти над инстинктами жизни по Фрейду, при переходе от одной группы больных к другой.

Если проанализировать отдельные образы и ситуации кошмарных сновидений больных шизофренией, входящие, как в специальный, так и в смешанные факторы, то можно найти близкое сходство между их содержанием и определенными психопатологическими симптомами шизофренического заболевания.

Так видение во сне страшных глаз, которые значительно чаще снятся больным шизофренией, чем другим группам испытуемых, может быть связано с характерным для шизофрении "глазным симптомом".

При анализе преморбидного периода жизни будущих шизофреников у клиников возникает впечатление, что эти больные были как бы изначально закрепощены, они никогда не чувствовали себя свободными и, что вспышка психоза становится для них как бы прорывом к свободе. Это ощущение утраты внутренней свободы, вероятно, отражается в характерных для больных шизофренией снах, когда они попадают в тюрьму, милицию, концентрационный лагерь или их запирают, лишают свободы (46).

Переживание в сновидении ситуации, когда сновидец не может говорить, или слышать, или двигаться (63), которая наиболее характерна для больных шизофренией, связана, видимо, с ощущением потери власти над собой, безусловно напоминает кататоническое состояние.

Расщепление в сфере "Я" относится к одной из самых тяжелых форм психического расстройства и, видимо, вполне естественно, что симптомы аутопсихической персонификации с наибольшей частотой представлены в сновидной продукции у шизофреников. Ощущение "расчленения", "разрезания" тела является достаточно распространенным симптомом в клинике шизофрении. Важно отметить, что первые признаки этого симптома, также как и "голоса" и "превращения" появляются в сновидениях у больных детей с неврозами и невротизированными расстройствами.

Исходя из выше изложенного, можно сделать вывод, что если типичные образы ситуации кошмарных сновидений являются преобразами симптомов развивающегося психического расстройства, то раннее их выявление в сновидной продукции может быть направлено на решение профилактических задач.

По результатам проведенного исследования была разработана диагностическая процедура позволяющая разграничить здоровых испытуемых от больных шизофренией.

Т.Ю.Родіонова, Київ

ДЕЯКІ РЕЗУЛЬТАТИ ТА АНАЛІЗ ВИКОРИСТАННЯ ПРОГРАМИ "12 КРОКІВ" У ПСИХОТЕРАПІЇ АЛКОГОЛНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ

Дослідження іноземної та вітчизняної літератури останніх років з проблем залежності виявило зростання інтересу фахівців до аналізу та оцінки ефективності різноманітних психотерапевтичних підходів та окремих методів, застосованих при лікуванні залежностей. Поряд з традиційними, науково обґрунтованими підходами, - увагу спеціалістів сьогодні привертає підхід, що виник як результат діяльності груп самопомогі Анонімних Алкоголіків (АА). І хоча принципи існування цього руху не дають змоги статистично оцінити його ефективність, але результати вражають: за 60 з лишком років групи Анонімних Алкоголіків з'явилися більш, ніж у 100 країнах світу, допомагаючи

мільйонам людей одужувати від алкогольної хвороби, і не потребуючи при цьому жодних матеріальних ресурсів (Анонімні Алкоголіки, 1989). Ці результати в свою чергу стали причиною тієї уваги, що привертають сьогодні спеціалісти до програми "12 кроків", за якою працюють АА (Perez J.F., 1992). В багатьох клініках та реабілітаційних закладах США ця програма офіційно впроваджується для лікування залежностей. Часто вона є основою для побудови професійної програми психотерапії, якими, наприклад, є модель Мінесота, або Первинна реабілітаційна програма Хезелден (Spicer J., 1991). В деяких країнах (наприклад, у Польщі) програма "12 кроків" є навіть офіційною програмою, що застосовується при лікуванні залежностей у державних закладах.

В чому полягають особливості підходу, оснований на поглядах Анонімних Алкоголіків? По-перше – це концепція хвороби алкоголізму (Меллібруда Є., 1994, Тихорський Є., 1997). Згідно з АА алкоголізм – це хвороба *хронічна, прогресуюча та невиліковна*. Це означає, що людина, у якої був діагностований алкоголізм, вже ніколи (навіть після багатьох років тверезості) не зможе повернутися до контрольованого вживання алкоголю. Тобто одужання для алкоголіка – це процес, який не може бути завершений, але який може повернути його до нормального повноцінного життя. Друга особливість підходу АА полягає в застосуванні з метою одужання цілісної програми "12 кроків" – програми, що допомагає якісно змінити життя залежної людини. Важливою рисою цієї програми є її духовний компонент, який спрямований на відновлення цінностей та моральних відносин кожної окремої особистості. Програма, виходячи з її назви, складається з 12 кроків:

1. Ми визнали, що ми безсилі перед алкоголем, що наше життя стало неконтрольованим.

2. Повірили, що Сила, вища за нас, може повернути нам психічне здоров'я.

3. Вирішили передати свою волю й життя під опіку Бога, як ми Його розуміємо.

4. Провели дослідження й дали собі відверту моральну оцінку.

5. Визнали перед Богом, перед собою та іншою людиною справжню природу своїх помилок.

6. Були повністю готові до того, щоб Бог усунув усі ці вади характеру.

7. Покірно попросили його усунути наші недоліки.

8. Склали список тих, кого ми скривдили, й погодилися відшкодувати всім їм завдані збитки.

9. По можливості розкаялися безпосередньо перед тими людьми, окрім випадків, коли це могло пошкодити їм чи іншим.

10. Продовжували особисту оцінку і, коли були неправі, швидко визнавали це.

11. Через молитву і медитацію прагнули поліпшити свідомий контакт з Богом, як ми Його розуміли, молячись лише про те, щоб визнати Його волю відносно нас і бути здатними виконати її.

12. Духовно пробудившись під впливом цих кроків, ми намагалися донести що звідку до алкоголіків і здійснювати ці принципи у всіх своїх справах.

Враховуючи те, що концепція хвороби та принципи програми Анонімних Алкоголіків не суперечать і не виключають будь-яких інших методів втручання нашої офіційної наркології при лікуванні алкоголізму, ми спробували застосувати програму "12 кроків" як психотерапевтичний метод до пацієнтів Київського обласного наркодиспансеру.

Психотерапевтична робота з хворими на алкоголізм проводилась у термін 23 днів з залученням пацієнтів до групової та індивідуальної роботи. Нашою метою було

зосередження розуміння хворими хвороби алкоголізму, а також згоди взяти на себе відповідальність за своє одужання та слідувати 12 крокам програми АА. В процесі роботи ми також мали можливість виявити особливості впливу алкоголізму на особистість хворих та її зміни в процесі участі в груповій та індивідуальній психотерапевтичній роботі.

Оскільки часто головною перешкодою при лікуванні хворих на алкоголізм є анагнозизія, яка, з нашої точки зору, є проявом механізмів психологічного захисту, то метою першого етапу нашої роботи було послаблення цих механізмів, і сумісна постановка діагнозу алкоголізму психологом разом з пацієнтом. Це досягалось в процесі збору анамнезу захворювання, через виявлення деяких сторін життя пацієнтів, а також обговорення їх особистісного відношення до хвороби.

Важливою умовою для ефективної реалізації програми було залучення пацієнтів до групової роботи, що з самого початку сприяло посиленню у них ідентифікаційних процесів. Необхідним для хворих було доброзичливе, рівне ставлення до них психолога, створення атмосфери безпеки в групі. Певну роль в цьому відігравало також введення правил роботи групи. Це зменшувало занепокоєння пацієнтів щодо можливості викрити поза межами групи деяких неприємних сторін їх власного життя, а також щодо можливості почути критику до себе.

Розглядання концепції хвороби згідно поглядам АА надавало можливість прослідкувати не тільки, як розвивалося захворювання, але й те, як вживання алкоголю впливало на всі сфери життя пацієнтів: зміни стану фізичного здоров'я, емоційної сфери, соціальних стосунків і правових відносин, ціннісної та духовної сфери. Важливим було те, що завдяки переказу історії власного життя, а також виявленню прикладів втрати контролю та зміни толерантності, пацієнти поступово свідомлювали свою алкогольну залежність.

Після обговорення з пацієнтами концепції хвороби та її основних характеристик, їм пропонувались для опрацювання 5 перших кроків 12-крокової програми.

Перший крок, який передбачає визнання, з одного боку – безсилля перед алкоголем, а з другого – втрату контролю над власним життям, – є умовою для того, щоб пацієнти здійснили власний вибір: продовжувати життєзагрожуючі експерименти з алкоголем чи припинити вживання. Найчастіше новий чесний погляд на своє життя зменшував внутрішні конфлікти хворих, і сприяв виявленню в них сильного бажання лікуватися, щоб змінити своє життя.

Другий крок програми – є визнанням існування окремої від них сили, на яку вони могли б спиратися, і яка б їх підтримувала. Цей крок один з найважливіших для пацієнтів, але й один з найважливіших. Він надає їм можливість прийняти свої обмеження та шукати допомогу поза власними межами: у товаристві АА, серед родичів та друзів, у спеціалістів медичних закладів та соціальних працівників, звертаючись до будь-якої релігійної віри тощо, – саме те, що так потрібно хворим, для яких довгий час існувала єдина віра: в алкоголь. *Третій крок* робить наголос на тому, що вища сила, або Бог, для кожного має бути своїм – "як ми його розуміємо".

Четвертий крок – це необхідність проведення пацієнтами власної "моральної інвентаризації", або "переоцінки". Проведення власної моральної оцінки – це по суті визнання того факту, що алкоголіки страждають від почуття провини та сорому, пов'язаних з їх поведінкою. Визнання та розділення цих почуттів мали для хворих велику цінність.

П'ятий крок програми – це є перші активні дії алкоголіка, які підтверджують справжнє бажання йти шляхом тверезіння, звільнитися від впливу алкоголю на життя,

і по-друге - це практично перша спроба серйозної та широї довіри хворого іншої людини.

Зараз вже можна казати, що поступове здійснення кроків програми - це шлях, який має пройти алкоголік, відбудовуючи своє життя: від знаходження причин руйнування (визнання хвороби алкоголізму), через досягнення злагоди у своєму внутрішньому світі (визнання своїх обмежень і згода звертатися про допомогу до інших), до налагодження стосунків з зовнішнім світом (проведення моральної самооцінки і початок активних дій).

Ще одним з важливих досягнень руху АА є накопичення досвіду трезвих алкоголіків щодо того, як дотримуватися трезвості. Згідно АА рецидив хвороби - одна з важливіших характеристик алкоголізму, і кожен алкоголік має про це пам'ятати і вживати необхідних заходів (Жити трезвими, 1990). У роботі з пацієнтами виявилося корисним обговорювання тих станів, що загрожують трезвості (голод, злість, самотність, втомленість), різних способів виходу з цих станів, лозунгів АА, що допомагають трезвоті: "Спочатку - головне", "Тихіше йдеш - далі будеш", та інші. Як один з найкращих способів запобігання рецидивам було рекомендовано відвідування зборів АА.

Аналізуючи результати застосування програми "12 кроків" в психотерапії алкоголічної залежності, можна говорити про такі два досягнення. По-перше - це можливість подолання анозогнозії хворих завдяки способу розкриття концепції хвороби алкоголізму. Безпосереднім результатом цього є бажання пацієнтів лікуватися та готовність брати на себе відповідальність за власне одужання. По-друге - це якісне відтворення особистості хворих пацієнтів. Завдяки послабленню механізмів психологічного захисту і усвідомленню головної причини зруйнованого життя пацієнти здатні по-новому оцінити реальність і себе, і на цій основі починають процес власних змін.

Література:

1. Анонимные Алкоголики. - Нью-Йорк, 1989.
2. Жити трезвими. - Нью-Йорк, 1990.
3. Меллбруда Е. Таємниця ЕТОН. - В-во Міжнар. Ф-ду "Відродження", 1994.
4. Тихорский Е. Как бросить пить. - Санкт-Петербург, 1997.
5. Perez J.F. Alcoholism: Causes, Effects, and Treatment. - USA, 1992.
6. Spicer J. Does Your Program Measure Up? - Hazelden Foundation, 1991.

І.Ю. Романов, С.Г. Дурас, Харьков

ТЕОРИИ АГРЕССИВНОСТИ И ДЕТСКАЯ АГРЕССИЯ

Существующие в рамках психологии теории подходят к рассмотрению агрессивных проявлений человека с различных, зачастую полярно противоположных позиций. Разногласия возникают уже на этапе определения основного понятия. Термин «агрессия» действительно описывает достаточно широкий спектр действий. Агрессивность определяют и как «попытку нанесения другим телесных или физических повреждений», и как «форму поведения, нацеленного на оскорбление или причинение вреда другому живому существу, не желающему подобного обращения» и как «поведение, содержащее угрозу или наносящее ущерб другому», и т.п. Каждое существующее определение имеет свои ограничения. Так, согласно большинству определений,

поведение, приводящее к возникновению скорее психологической, нежели физической боли, нельзя отнести к агрессии. Многие формулировки существенно упрощают феномен агрессии, определяя основное понятие с позиций обыденного сознания. По разным определениям предполагают, что агрессии следует понимать лишь как модель поведения, а не как эмоцию, мотив, влечение и т.п. Более того, подобным определением область употребления термина «агрессия» ограничивается сферой исключительно сознательного, злого намеренного поведения. С нашей точки зрения, агрессия способна выражаться не только в прямом действии разрушения или насилия. Любое поведение, как негативное (например, отказ от помощи), так и позитивное, символическое (например, ирония) при определенных обстоятельствах может выполнять функцию агрессии. Вне всяких сомнений, результат агрессивного действия не всегда заключается в нанесении реципиенту телесных повреждений. Такие проявления, как выставление кого-либо в невыгодном свете, публичное осмеяние и унижение, ирония, лишение кого-то необходимого и даже отказ в любви и нежности могут в определенном контексте быть причислены к агрессивным. Кроме того, необходимо учитывать область намерений и фантазий субъекта (в том числе, бессознательных), способных придать агрессивную окраску даже внешне нейтральным действиям. Учитывая это, представляется, что одним из наиболее адекватных способов построения пригодного для исследования агрессивности целей определения агрессивности может стать формулировка, использующая категорию «тенденция» или «группа тенденций», тогда как большинство существующих в психологии определений агрессивности построены на использовании категорий «поведение», «поступок», «намерение» и др.

Психологические теории агрессивности и агрессии можно условно разделить на следующие категории: (1) теории, относящие агрессию в первую очередь к потребностям, активизируемым внешними стимулами; (2) теории, относящие агрессию к эмоциональным процессам; (3) теории, связывающие агрессию с актуальными социальными условиями в сочетании с предшествующим научением; (4) теории, рассматривающие агрессию как врожденную тенденцию, инстинктивное поведение. Каждая из теоретических перспектив имеет свое видение сущности и истоков агрессии. Одна из древнейших и, возможно, наиболее известная теория агрессии, теория инстинкта, рассматривает агрессивное поведение как врожденное. Идея об инстинктивной природе агрессии часто приписывается З. Фрейду. Однако психоаналитическое понятие влечения принципиально отличается от инстинкта и скорее может быть отнесено к организации аффективных и энергетических составляющих человеческой мотивации. Взгляды Фрейда относительно агрессивности или в более широком плане - «наличия у всего живого неискоренимого влечения к смерти» - наиболее сложный и трудноуловимый элемент психоаналитической теории. В соответствии с ними агрессия берет свое начало во врожденном и ненаправленном влечении смерти. Тем самым Фрейд отклоняет традиционное понимание агрессивности как насилия над другими. Источник влечения смерти усматривается в самом субъекте, а основа агрессивного поведения - в отклонении «первичного мазохизма». К собственно инстинктивным теориям относятся учения эволюционистов - Лоренца и Ардри. Представители этого направления выделяют в животном, включая человека, теории побуждения предполагают, что источником агрессии является, в первую очередь, позыв или побуждение причинить вред другому, вызываемый внешними условиями. Наиболее широкую известность среди теорий этого направления приобрела теория фрустрации-агрессии, автором которой является Липпарт. Из-за чрезвычайной простоты и смелости положения этой теории в свое время получили очень широкое признание среди ученых и публики. И хотя сильное и

заманчивое по своей простоте определение, согласно которому фрустрация всегда ведет к агрессии, было отклонено его создателем и обнаружило свою несостоятельность, эта запоминающаяся формулировка по-прежнему имеет широкое хождение и часто встречается в дискуссиях и частных беседах. Когнитивные модели агрессии уделяют внимание прежде всего эмоциональным и когнитивным процессам, лежащим в основе этого вида поведения. Согласно теориям данного направления характер осмысления или интерпретации индивидом чьих-то действий имеет решающее значение и оказывает сильное влияние на его чувства и поведение. Теории социального научения фокусируются прежде всего на исследовании факторов, провоцирующих проявление агрессии, условий, способствующих закреплению данного вида поведения и путей усвоения моделей агрессивного поведения.

Два психологических направления, в рамках которых были осуществлены наиболее серьезные исследования человеческой агрессивности - бихевиористское и психодинамическое, - противостояли друг другу как в изначальных посылах, так и в понимании практических перспектив. Психологи, испытывавшие на себе влияние поведенческой теории, в своих исследованиях уделяли основное внимание различным способам реагирования на стимулы внешней среды, изучению различного рода эффектов, процессу научения и т.д. Благодаря усилиям этих ученых были исследованы особенности влияния на уровень агрессивности таких факторов, как прямое и vicарное научение такому поведению, уровень фрустрации и провоцирующего стимула, система поощрений и наказаний. Благодаря исследованиям, проведенным учеными-бихевиористами на данный момент имеется огромное количество научной информации о «стимулах», способных вызвать агрессивную реакцию человека. Однако отчетливо выступает и определенная ограниченность этого подхода в плане объяснения некоторых аспектов человеческого поведения. Психодинамическая теория в большей степени апеллировала к жизненному и клиническому опыту, пренебрегая экспериментальной верификацией собственных гипотез. Разрабатываемые в психоанализе генетические модели объяснения агрессивности опирались на ее связь с развитием влечений и аффектов, ранними процессами сепарации-индивидуации ребенка, динамикой инфантильных конфликтов. Данный подход в большей степени учитывал внутренние и межличностные компоненты агрессии (агрессивные фантазии, защитная агрессивность и др.).

Агрессия в детском поведении является одной из наиболее важных проблем во всем спектре агрессивного поведения людей. Ребенок не может справиться со своей агрессивностью самостоятельно и при отсутствии адекватной реакции со стороны взрослых проблема ее контроля может надолго сохранить свою актуальность. От умения взрослого человека различать в детском поведении здоровую агрессивность (упрямство, настойчивость) и деструктивную агрессивность (враждебность, ненависть) во многом зависит направление развития личности ребенка. В проведенном нами экспериментальном исследовании была предпринята попытка выявить специфику влияний, оказываемых на развитие детской агрессивности особенностями семейной ситуации ребенка, стилем семейного воспитания, темпом развития ребенка и некоторыми другими факторами. Ставилась задача выявить четко очерченный круг причин, по вине которых агрессивные проявления в поведении и фантазиях ребенка способны приобретать большую частоту и интенсивность. Применялись следующие методы и методики: контролируемое наблюдение за индивидуальным и групповым поведением детей в стандартной обстановке; анкетирование (для родителей и воспитателей детей); социометрическая оценка; интервьюирование (включая адаптированный для использования с детьми раннего возраста вариант интервью и интервью для взрослых о при-

чинностях); Детский Апперцептивный Тест (с дополнением). Подобный набор экспериментальных методик во многом определялся возрастными особенностями испытуемых и невозможностью использования более сложных формы совместной работы. Выборка экспериментального исследования состояла из двух групп детей. В каждой группе было по 25 человек. Средний возраст испытуемых, входивших в состав группы № 1: 3,5-4 года, детей из группы № 2: 4-4,5 лет. По заключению специалиста никто из испытуемых не демонстрировал явных отклонений от установленных для этого возраста норм развития. На основании полученных результатов были сделаны следующие выводы относительно факторов, способных оказывать влияние на частоту и интенсивность агрессивных проявлений в поведении ребенка. Дети из неполных семей, в которых чаще всего (90%) отсутствовал отец, значительно чаще других испытуемых демонстрировали пассивно-агрессивные формы поведения в сочетании с неожиданными и резкими вспышками физической, прямой, активной агрессии. Физическая агрессия таких детей менее строго пресекалась в семье, т.к. матери были обеспокоены способностью своего ребенка «поглотить за себя». И все же, периодически случавшиеся приступы ярости связаны не столько с отношением матерей к физической агрессивности своего ребенка, сколько с переживанием ребенком чрезмерного неудовольствия и неумением родителя помочь ему справиться с проблемой. Матери, воспитывающие ребенка без супруга в ходе исследования часто демонстрировали глубокую убежденность, что их жизнь «посвящена» ребенку и воспринимали приступы ярости, случавшиеся с ребенком, как проявление «избалованности», что мешало им объективно оценить состояние сына/дочери и разобраться в причинах подобного поведения. Обнаружилась достаточно четкая связь системы ограничений, устанавливаемой в семье, с общим уровнем его агрессивности. Высокий уровень агрессивности ребенка в большинстве случаев сочетался с непостоянством системы запретов, устанавливаемых в семье. Устанавливаемые пределы разрешенного в таких случаях не учитывали степени активности ребенка, были абсолютно непонятны детям и никак не комментировались родителями. Наказание и поощрение и отличались непоследовательностью и непредсказуемостью.

Серьезной сложностью в ходе проведения исследования стало отсутствие адекватных методик и методов для изучения детской агрессивности. В этой сфере исследований традиционно применяются либо адаптированные методики, предназначенные для работы со взрослыми, либо проективные методы, использование которых в работе с детьми проблематично по ряду причин. Исходя из вышеприведенных соображений психодинамическая трактовка агрессивного поведения и переживаний ребенка должна опираться на «мягкие» исследовательские методы, учитывающие контекст взаимодействия со сверстниками и значимыми взрослыми. Подобный подход может быть дополнен экспериментально-психологическими методами, заимствованными из других теоретических моделей агрессивности (поведенческой, когнитивной, личностной).

Литература:

- Борон Р., Ричардсон Д. Агрессия. - СПб., 1997.
Бютнер К. Жить с агрессивными детьми. - М., 1991.
Кериберг О. Агрессия при расстройствах личности и перверсиях. - М., 1998.
Лапшин Ж., Понталис Ж.-Б. Словарь по психоанализу. - М., 1996.
Паренс Г. Агрессия наших детей. - М., 1997.
Фрейд А. Психология «Я» и защитные механизмы. - М., 1993.
Фрейд З. По ту сторону принципа удовольствия. - СПб., 1994.

8. Фрейд З. Размышления о войне и смерти // Бондаренко Л.И., Таглин С.А., Баженов А.В. Психологический анализ и культурология. - Харьков, 1991.
9. Холличер В. Человек и агрессия. - М., 1975.
10. Handbook of psychological and educational assessment of children. - N.Y., 1990.
11. Pearson H.J. Emotional problem of living. - N.Y., 1945.

О.І. Сердюк, Харків

РОЗЛАДИ ПСИХОЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ У ХВОРИХ НА СОМАТИЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ТА ЇХ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНА КОРЕКЦІЯ

Останніми роками звертає на себе увагу зростання невротизації соматичних захворювань і соматизації неврозів [1,2].

З одного боку, будь-яке соматичне страждання, особливо хронічне і таке, що створює потенційну загрозу для життя хворої людини, є могутнім психотравмуючим фактором і не може бути байдужим для людини [8], з іншого - неврозоподібні напластування не тільки самі по собі є небажаним доповненням соматичного страждання, а і негативно впливають на свою соматичну основу, чим ускладнюють лікування [4].

Це обумовлює важливу роль психотерапії в соматичній медицині, значення психологічної реабілітації хворих на хронічні соматичні захворювання [5,6].

Однак, за своїм змістом, призначенням, місцем в лікувальному процесі психотерапія в соматичній клініці суттєво відрізняється від такої в клініці неврозів [3,7].

Проведене нами дослідження 992 хворих на хронічні захворювання серцево-судинної системи, органів дихання, травлення, сечовиведення та цукровий діабет, дозволило виділити у них три основні групи несприятливих розладів психічної сфери, специфіка яких потребувала диференційованих підходів при побудові схем психотерапевтичної корекції: 1). Соматогенний астеничний симптомокомплекс, який сформувався в наслідок нейротоксичного та психотравмуючого впливу соматичного захворювання; 2). Гострі неврози, що виникли у соматичних хворих в наслідок перенесених психотравм; 3). Затяжні неврози та невротичні розвитки, на фоні яких розвинулося соматичне захворювання.

Враховуючи тісний зв'язок соматогенного астеничного симптомокомплексу з давністю та важкістю соматичного захворювання, головну роль в побудові схем психотерапевтичної корекції цих хворих ми відводили раціональній та непрякій психотерапії, спрямованій на: дезактуалізацію страхів несприятливих наслідків соматичного захворювання; зниження його соціальної значущості в уявленні хворих; потенціювання високої ефективності лікування соматичного захворювання та професійних якостей лікаря - інтерніста.

Переважаючи у більшості цих хворих ергопатичного типу реагування на захворювання і висока соціальна значущість його впливу на відношення до хворого в трудовому колективі та обмеження кар'єри, свідчили про наявність достатньо високих трудових установок. Тому корекція була спрямована, в першу чергу, на розвінчування негативного впливу хвороби на трудову діяльність хворих.

Для активної перебудови особистісного реагування хворих на захворювання важливо було якомога швидше зняти явища астєнії, домогтися підвищення

емоційного фону, що само по собі потенціювало, підтверджувало в уявленні хворого ефективність лікування.

Тому вже з першого етапу важлива роль відводилася гіпносутиєстивній психотерапії та навіюванню наяву. Для напрацювання психопрофілактичних навичок 3-5-6 заняття активно використовувалися методи психічної саморегуляції.

Диференційовані схеми психотерапії соматичних хворих з гострими неврозами будувалися, виходячи з природи невротичних розладів, безпосередньо пов'язаних з актуальними психотравмами, характерних особистісних особливостей хворих, а також більш вираженої інтенсивності явищ астєнії та емоційної насиченості їх переживань.

У хворих на неврастенію психотерапевтичний вплив починався одразу після встановлення емоційного контакту з гіпносутиєстивної психотерапії. Згодом підключалися раціональна та колективно-групова психотерапія, які поступово ставали основними в системі патогенетично спрямованого впливу і були зорієнтовані на корекцію характерологічних особливостей, напрацювання моделей адаптивних форм емоційного реагування, зміну відношення до психотравм і соматичного захворювання.

Після 4 - 5 занять хворі починали освоювати навички психічної саморегуляції. Враховуючи наявність досить вираженої трудової установки (ергопатичний тип реагування на захворювання, значущість в уявленні хворих впливу захворювання на відношення до них в трудовому колективі), тут, як і в першій групі, соціальний тренінг був більше спрямований на реадптацію в трудовому колективі, однак тісно зв'язувався до психотравми, а не до соматичного захворювання.

Особливе значення надавалося роз'ясненню механізмів виникнення невротичних розладів, фізіологічної суті процесів, що призвели до розвитку патологічних форм емоційного реагування.

При істеричному неврозі у соматичних хворих психотерапевтична тактика будувалася з урахуванням характерних особистісних особливостей: егоцентризм, демонстративність, рентні установки, завищений рівень самооцінки та претензій).

Головними завданнями першого етапу роботи з цими хворими були необхідність встановлення емоційного контакту і формування адекватного відношення до психотерапії, ліквідація гострої невротичної симптоматики, потенціювання лікаря - інтерніста та лікувального комплексу в цілому.

Основними методами в перші 4-5 сеансів були гіпносутиєстивна, непряма психотерапія та імперативне навіювання наяву.

Ліпше після досягнення певної динаміки емоційного стану, нормалізації сну та формування адекватного відношення до психотерапії поступово підключалася патогенетична психотерапія і можна було перейти від співчутливо седативного впливу до обговорення емоційних проблем хворих, розтлумачення суті неврозу та корекції поведінкових реакцій хворих.

Оволодіння навичками психічної саморегуляції у цих хворих було затруднено через їх емоційну лабільність та неспроможність до тривалої концентрації активної уваги то ж для полегшення цього завдання використовувалося моделювання психологічно важких індивідуально-значущих для хворих ситуацій і напрацьовувалися психопрофілактичні навички адаптивної поведінки, які закріплювалися навіюванням наяву.

Характерні для хворих на невроз навіязливіх станів особистісні особливості (високий рівень тривожності, помисловість), а також специфіка емоційних порушень (інтравертованість та імпресивність емоційних проявів, їх депресивний

відтінок) вимагали, насамперед, раціональної психотерапії, що підкріплювалася навіюванням наяву.

Основу психотерапії становило ретельне відпрацювання індивідуальних формул самонавіювання, по суті коротких імперативних самонаказів седативного характеру, спрямованих на дезактуалізацію конкретних симптомів в складних психологічних ситуаціях, а також функціональний тренінг. Метою раціональної психотерапії було роз'яснення механізмів виникнення нав'язливості, зміна відношення хворих до своїх страхів, побоювань та неприємних відчуттів, відпрацювання індиферентного відношення до них.

Гіпносугестивна терапія носила седативний характер лише на перших заняттях, а потім набувала все більш явної тонізуючої спрямованості. Для активації хворих з 4-5 заняття широко практикувалася колективно-групова психотерапія.

Корекція відношення до соматичного захворювання здійснювалася з урахуванням індивідуальної значущості його впливу на різні сфери соціального статусу (найчастіше - формування відчуття ізоляції, закомплексованості, віддалення від людей, "я не такий як усі"), а також обесивно-паранойяльного типу реагування на захворювання, з самого початку поєднувалася із самонавіюванням, а також підкріплюлася навіюванням наяву та функціональним тренінгом.

При побудові психотерапевтичних схем лікування хворих на затяжні невротичні та невротичні розлади, на фоні яких виникло соматичне захворювання, виходили із найбільшої інтенсивності астенічних проявів; наявності елементів психопатизації особистості з найбільшою соціальною дезадаптацією; втрати зв'язку невротичних розладів з актуальними психотравмами; обтяження їх перебігу проявами соматичного захворювання; невідповідності ступіню важкості соматичного захворювання інтерпретації його хворими.

Гіпносугестивна психотерапія носила пролонгований яскраво виражений седативний характер з навіюваннями заспокоєння, нормалізації сну, зникнення головного болю. Починаючи з 4-5 заняття підключалися колективно-групова і раціональна психотерапія; згодом починали відпрацьовувати навички психічної саморегуляції, підбиралися індивідуальні формули самонавіювання.

В колективно-груповій психотерапії широко використовувалися прийоми психотерапевтичного риколету, дзеркала, емоційної підтримки.

Зміст індивідуальних занять також диктувався особливостями невротичних розладів, вираженістю соціальної дезадаптації та психопатизації особистості хворих.

Таким чином, при загальних закономірностях побудови системи психотерапевтичної корекції емоційного стану та особистісного реагування соматичних хворих з несприятливими розладами психічної сфери психотерапевтичний вплив при різних формах порушень має свої особливості, які витікають із природи цих порушень та особистісних особливостей соматичних хворих.

Література:

1. Абабков В.А. Клинический психоморфоз невротоз и его причины // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. Санкт-Петербург, 1992. - № 3. - С.16-26.
2. Марута Н.А. Невротическая болезнь // Международный медицинский журнал. - 1997. - Т. 3, № 3. - С. 16-19.
3. Михайлов Б.В. Психотерапия : аналитический очерк // Международный медицинский журнал. 1998. - Т.4, №3. - С.48-51.
4. Напряженко О.К. Соматопсихичні розлади // Український вісник психоневрології. - Харків, 1996. - Т. 4, вип. 5 (12). - С. 292-294.

5. Палеев Н.Р. и др. Проблемы психосоматики и соматопсихиатрии в клинике внутренних болезней // Вестник Российской Академии медицинских наук. Москва, 1998. - № 5. - С.3-7.
6. Прокудин В.Н. и др. О психотерапевтической и психиатрической службе в соматическом стационаре // Независимый психиатрический журнал. Москва, 1998. - № 11. - С. 62-66.
7. Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б.Д.Карвасарского. - СПб.: Питер Ком., 1998. - 752 с.
8. Смуглевич А.Б. и др. Клинические и психологические аспекты реакции на болезнь (к проблеме воззрений) // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. - 1997. - Т.97, № 2. - С.4-9.

Ю.В. Слесаренко, Київ

ПСИХОСОМАТИЧНА ПРОБЛЕМА: ГЛИБИННО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ ПІДХІД

На ранніх етапах розвитку медицини до лікування будь-якого захворювання підходили з позиції єдності душі ("психо-") та тіла ("сома-"). Ще Гіппократ дивився на хворобу як на порушення відносин між суб'єктом та світом. Саме йому належить постулат про те, що лікувати треба не хворобу, а хворого і що лікар повинен знати, досліджувати, враховувати індивідуальні особливості пацієнта (його поведінку, мову і навіть мовчання). Висловлюючись у зв'язку з різними теоретико-методологічними обґрунтуванням сучасною мовою, можна сказати, що медицина в той час була "психосома-сома-тичною".

Західний та вітчизняний підходи щодо визначення психосоматики кардинально розрізняються проблеми.

Психосоматика як напрям в західній психології та психіатрії вивчає походження соматичних захворювань з позиції психоаналізу. Скарги соматичного характеру розглядаються як прояви символічної мови внутрішніх органів, які відбивають побідоносні тенденції, витиснені комплекси. Подавлення такого рода неприємних неусвідомлених потягів ще більше загострює чи створює ланцюг негативних впливів на організм.

Психосоматика, яка получила широке розповсюдження у нашій країні, являє собою направлення в медицині, психології, яке вивчає роль психічних, в першу чергу особистісних факторів у виникненні та перебігу групи хвороб. Вітчизняні автори досліджували вплив особистісних особливостей хворих дійсними психосоматозами, проте не знайшли в профілі особистості у хворих всіх досліджених груп значимих розрізень. "Нема підстави говорити про притаманне кожному з цих захворювань специфічного профілю особистості". Отже, на наш погляд, вітчизняна теорія психосоматики опинилась під значним впливом біохворальних ідей, дослідження, які проводилися, являють собою значний емпіричний досвід, але оскільки теоретична і методологічна основи недостатньо розроблені, ці дослідження в принципі не можуть відповісти на питання - який механізм виникнення психосоматичного захворювання.

Ми будемо притримуватися тієї думки, що і в походженні, і в перебігу практично усіх захворювань беруть участь психогенні компоненти. Емоційні переживання впливають на морфологічні структури через гормональну і імунну системи. В свою чергу, соматичні розлади впливають на психічний стан. Таким чином, захворювання, яке має соматичну, тобто фізичну, органічну чи фізіологічну природу, вторинно викликає патологічні психічні реакції, його можна назвати "сомато-психічним" розладом. Якщо ж первинні психічні причини вторинно призводять до фізіологічних порушень, то такі захворювання називають

«психосоматичними». Серед більшості психосоматичних захворювань традиційно виділяють найбільш досліджену групу із, так званих, «семи священних корів» психосоматики, до якої відносяться:

виразка шлунку і дванадцятипалої кишки; неспецифічний виразковий коліт; бронхіальна астма; тіреотоксикоз; есенціальна гіпертонія; ревматоїдний артрит; нейродермیت.

Глибинно-психологічні теорії генезису психосоматичних захворювань.

Конверсійна модель З.Фрейда. Головним досягненням психоаналізу на початок ХХ-го ст. було визначення психічного як детермінанти фізіологічних проявів та лікування соматичних захворювань психологічними методами. Під конверсією розуміється заміщення психічного конфлікту та спроба вирішити його скрізь різні симптоми в області тіла – соматичні, моторні (наприклад, параліч) чи чуттєві (наприклад, утрата чутливості чи локалізовані болі). Відбувається немов би «зіскок» із психічної в соматичну іннервацію, що співвідноситься передусім з так званим економічним підходом психоаналізу. Відбувається «відділення лібідо» від неусвідомлених, виміщених уявлень, та перетворення цієї лібідонозної енергії в соматичну іннерваційну енергію. Завдяки такому «перенесенню» лібідонозного заповнення із області психічного в область телесного патогенний конфлікт віддаляється із свідомості. В соматичному симптомі символічно представлено те, що повинно було поповнювати зміст несвідомої фантазії.

Теорія конверсії недовго зберігала свої пануючі позиції. Це пов'язано з тим, що симптоми, які виникають у внутрішніх органах, можуть не виражати специфічних почуттів та виміщених думок та вони не приносять «вторинної вигоди», тобто не знімають, а посилюють страждання, емоційне збудження. Тим не менш, значення теорії конверсії неможливо перецінити. Це поняття і сьогодні використовують для опису конверсійних хвороб. Крім того, конверсійна була самою першою з наукових теорій, яка при пояснюванні патогенезу соматичних хвороб апелювала до психологічних факторів.

Модель вегетативного неврозу Ф. Александра. Александер надавав символу функцію не символічного заміщення виміщеного конфліктного змісту, а функцію фізіологічного супроводу хронізованих емоційних станів. За допомогою психоаналітичної техніки він ідентифікував інтрапсихічний конфлікт для семи психосоматичних захворювань (які вже зазначувались).

Деякі автори вважають, що «теорія специфічності» викликає лише історичний інтерес, оскільки вегетативна нервова система відповідає на різні емоційні переживання однотипово, «слабке місце» організму детерміноване скоріш генетично.

З плином часу вплив ідей Александра поступово змінюється із-за накопичення методологічних труднощів та невідповідності первинним припущенням.

Значний прорив в дослідженні психосоматичних хвороб стає можливим завдяки залученню нових понять психології розвитку та неофрейдизма.

«Філософом» нових теорій можна вважати Дж.Райха, який звернув увагу на декілька особливо важливих обставин в картині психосоматоза: симбіотичну природу материнсько-дитячих стосунків, «недорозвиток особистості», який виражається у дитячих способах мислення, чуття та поведінки, тенденцією реагувати діями, пасивністю та залежністю, експресивністю поведінки, не пов'язаною з чуттями, залежністю від «ключової» фігури – матері.

Концепція десоматизації М.Шура. Макс Шур, запропонував модель десоматизації та ресоматизації, згідно якої у ранньому дитинстві людини притаманне єдине «психофізіологічне переживання». М.Шур описує подальший розвиток дитини

як процес десоматизації, в ході якого лібідонозні та агресивні напруги нейтралізуються, удосконалюються, стаються більш зрілими як психічні, так і соматичні механізми.

М.Шур вважає, що активні дії і соматичні реакції поступово замінюються мовою та внутрішніми переживаннями

Таким чином, причини психосоматичних хвороб стають пов'язаними з провалами в діяльності Его та регресією на більш низький рівень психосоматичного функціонування. Поява поняття Его в контексті психосоматичної проблематики пов'язана з ідеями А.Фрейда про захисні функції Его та теорією Его-психології. Его виконало функцію організатора психіки, який поступово структурує та стабілізує нерозрізнені островки переживань – вроджену основу психічного апарату.

Модель алекситимії. Багато авторів підкреслюють характерну загальну особливість пацієнтів з психосоматичною патологією: при бідності фантазії та конкретно-предметному мисленні вони проявляють «душевну сліпоту». Відбувається немов би «отщепление», «блокування» чуття; необхідна для функціонування психологічних механізмів захисту здатність до символізованості обмежена.

Вперше цей стан описав Ю.Рюш та запропонував поняття оперантного мислення. Мислення немов би стає механістичним: хворі кажуть тільки про конкретні актуальні предмети.

Автор терміну алекситимія, який дословно означає «нестаток слів для виразу почуття», вважав, що алекситимія описує сукупність 4 груп признаков: труднощі у ідентифікації та розрізненні почуттів та тілесних відчуттів; неможливість опису почуттів; неможливість фантазювання, зовнішньоорієнтоване мислення.

Модель відмовлення від віри у майбутнє («giving up u «given up») Дж. Енгеля та А.Шмале. Помітно, як в вищезазначених теоріях фокус поступово зміщується від досліджень інтрапсихічних досліджень до обставин міжособистісних відносин психосоматичних хворих.

Дж. Енгель показав, що психосоматичні захворювання розвиваються часто внаслідок втрати «ключової фігури», яка відігравала найбільшу роль в житті людини. Енгель підкреслював, що переживання події як втрати, більш важливе ступіні її реальності. Психосоматичні хворі використовують «ключову фігуру» як засіб, необхідний для здійснення успішної адаптації. Втрата «ключової фігури» сприймається як втрата частини себе.

Проблема символічного характеру функціонування тіла. Ця проблема більш загальною підіймалася у роботах Ж.Лакана та К.Райта. К.Райт [3] виділяє два способи, у яких людина переживає внутрішній конфлікт: соматичний симптом та метафора. Симптом втілює конфлікт в соматичну форму. В ньому немає нічого, щоб можна було трактувати в поняттях образів, емоцій чи тілесних дій. В той час як метафора є вербальною структурою, що існує в поняттях образів, переживань, думок. Симптом приховує конфлікт, а метафора його виявляє. Занурюючись в метафоричні образи, клієнт краще описує та розуміє емоції. Відлук у тілі свідчить про торкання найбільш глибинного невербалізованого рівня психіки.

І все ж залишається проблема специфічності, проблема установлення конкретних психосоматичних механізмів для кожного захворювання. Можна визначити перспективи майбутнього дослідження механізмів генезу психосоматичних захворювань з точки зору принципу активності та установлення психологічних структур, які реалізують активність – пасивність суб'єкта та їх зв'язок з процесами підтримання здоров'я та розвитку соматичних захворювань [4].

Література:

1. Александр Ф., Селесник Ш. Человек и его душа: Познавание и врачевание от древности и до наших дней. М., 1995, с.507-605.
2. Былкина Н.Д. Развитие зарубежных психосоматических теорий // Психологический журнал. — 1997. - т.18, №2. - с.149-159.
3. Грабська І.А. Психосоматична проблема в ракурсі аналізу символічної функції // Статті.
4. Лейнер Х. Основы глубинно-психологической символики // Журнал практического психолога. — 1996. - №3,4. - с.25-30, 24-31.
5. Обухов Л.Я. Детская агрессивность и проблема анального характера в концепции А.Фрейд. - М., 1997, с.3-25.

О.Н. Соловьева, З.А. Сивогракова, Харьков

МЕТОДИКА ДРАМАТИЧЕСКОЙ ПСИХОЛЕВАЦИИ В ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РАБОТЕ С ДЕТЬМИ, ИСПЫТЫВАЮЩИМИ ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ТРУДНОСТИ

В условиях растущей невротизации в детской среде, отмеченной в различных исследованиях, очевидна актуальность психотерапевтической работы с детьми.

Социальная дезадаптированность, проявляющаяся нарушениями поведения, имеет, как известно, различное происхождение. Но семейная ситуация, стиль семейных отношений играют определяющую роль в появлении и усугублении неадекватного поведения и невротизации. Поэтому объектом воздействия в рамках описываемого драматического подхода является, в первую очередь, развивающаяся личность ребенка и, во-вторых, система семейных отношений в целом.

Авторы методики драматической психозлеваания И.Я. Медведева и Т.Л. Шишова в основном используют драматические техники. Применяются куклы и ширма. Куклы несут многоплановую нагрузку. Во-первых, выбор и любые действия с куклой являются проективными и диагностическими. Во-вторых, разговаривая и действуя от лица куклы с другой куклой же, ребенок или родитель получает возможность проявления своих чувств, желаний и поведенческих реакций в значительно более широком, безопасном для личности диапазоне, чем в реальной жизни. Как и в психодраматических техниках, здесь есть возможность "отступить", переиграть, поступить лучше и т.д. В-третьих, наделяя куклу, с которой частично идентифицирует себя ребенок, негативным поведением, мы "оздоравливаем" его личность. Позитивность такого отделения личности от ее поведенческих проявлений отмечается, в частности, авторами, практикующими нейрорелигиозное программирование (1). Ширма является дополнительным и очень важным элементом, обеспечивающим чувство безопасности ребенку.

Кукольный театр, работающий по методике драматической психозлеваания, является театром прямых жизненных соответствий, т.к. ситуации, разыгрываемые в нем, часто бывают "слепок" реальных жизненных ситуаций. И даже метафоричные персонажи и повороты сюжетов несут вполне реальную эмоциональную нагрузку и оказывают катарсическим воздействием.

Помимо индивидуальных этюдов, которые изначально представляют собой незаконченные эмоционально окрашенные сюжеты и должны быть продолжены ребенком, на протяжении 8—10 занятий интенсивного курса разыгрывается общий группо-

вой сценарий, задача которого поддержать и закрепить проявляющиеся позитивные, социально-адаптированные чувства, личностные черты и поведение ребенка.

Дается эмоционально значимое подкрепление проявленным чувствам и чертам: готовности защищать других, сочувствию, настойчивости, вежливости, смелости и др.

При всей близости описываемой методики к психодраматическому подходу, необходимо, вслед за авторами, отметить и существующие отличия: 1) отсутствие фиксации на травмирующих событиях; 2) очень ограниченное количество импровизаций, обязательное соблюдение сюжетно-ролевых рамок; 3) активная, во многом педагогическая, позиция руководителей группы, проявляющаяся в комментариях, подсказках, оценочных суждениях.

Очевидны, кроме того, элементы различных других подходов: гештальттерапии, например (завершение сюжетов), или бихевиоральной терапии (положительное подкрепление адаптивных, здоровых поведенческих реакций).

В связи с прослеживаемой эклектичностью методики было бы уместным сослаться на замечание М. Раттера о том, что "преимущества быстрой психотерапии очень часто заключаются в пластичном соединении различных терапевтических подходов, которое обеспечивает достижение наилучшего способа решения существующих проблем" (7).

Изменения, происходящие в течение групповых занятий в поведении, чувствах, оценках участников, авторы определяют как психозлевание, "возвышение души" (от лат. *elevare* — подниматься, восходить). Возвышающими, развивающими, в частности, являются групповая поддержка, положительное эмоциональное подкрепление адаптивных форм поведения, активизация креативности и др. Некоторыми авторами указывалось противоположное влияние грубости и чрезмерной строгости, исходя от родителей, является одним из определяющих этиологических факторов при неврозах у детей (3). Интересны также сообщения о том, что эмоциональная поддержка оказывает значимое влияние на интеллектуальное развитие ребенка (2).

Результаты применения методики драматической психозлеваания могут быть описаны, в частности, со слов родителей, принимавших участие в групповых занятиях. Большинство из них общение с ребенком больше не оценивается как тяжелое, сложное; говорится об улучшении взаимопонимания; поведение ребенка оценивается как значительно улучшившееся, а ожидания по отношению к ребенку — как более реалистичные.

Література:

- Дилтс, Р. Стратегии гениев. Т. 3. Зигмунд Фрейд, Леонардо да Винчи, Никола Тесла / Пер. с англ. — М.: Независимая фирма "Класс", 1998.
- Дружинин, В.Н. Психология семьи. — М., 1996.
- Захаров, А.И. Неврозы у детей и подростков. — Л.: Медицина, 1988.
- Коричнев, В.И. О сценическом переживании: "снятие" проблемы // Психологический журнал. 1990. № 4.
- Медведева, И.Я., Шишова, Т.Л. Разноцветные белые вороны. — М.: Семья и школа. 1996.
- Психодрама: вдохновение и техника / Под ред. П. Холмса и М. Карл / Пер. с англ. — М.: Независимая фирма "Класс", 1997.
- Раттер, М. Помощь трудным детям. — М.: Прогресс, 1987.
- Рудестам, К. Групповая психотерапия. Психокоррекционные группы: теория и практика / Пер. с англ. — М.: Прогресс, 1993.
- Эйдемиллер, Э.Г., Юстицкий, В.В. Семейная психотерапия. — Л.: Медицина, 1990.

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ В АКУШЕРСТВЕ. ПЕРВИЧНОЕ ИНТЕРВЬЮ

К посттравматическому состоянию в акушерстве относится жизненный опыт женщины, который отрицательно влияет на её актуальное состояние беременности. К причинам, вызывающим посттравматическое состояние относятся заболевания (вирусные, инфекционные, хирургические и травматические вмешательства), которые женщина перенесла уже будучи беременной; состояния, называемые привычной невынашиваемостью, когда непроизвольный аборт происходит на ранних или поздних сроках беременности; замирание беременности на поздних сроках. К посттравматическим относятся переживания женщины, связанные с неприятием беременности её партнёром.

Пациентки с подобными проблемами стоят на учете в кабинете проблемной беременности в женской консультации, где мы проводим психологическое консультирование. Многие пациентки ограничиваются только одним интервью и нашими рекомендациями. Для других первое интервью является началом психотерапевтической работы, которая продолжается до окончания их беременности.

Первое интервью длится 50-60 минут. Беседа может происходить на начальных, средних и поздних сроках беременности, т.е. женщина впервые попадает к психологу на разных сроках и это в определённой мере влияет на структуру первичного интервью: либо есть время для длительной работы, либо его уже нет.

Первое интервью имеет решающее значение для психотерапии. Именно во время первого интервью многие пациентки впервые смотрят на своё состояние через призму психологии. Некоторые женщины, обсуждая свою встречу с психологом со своим лечащим врачом высказываются примерно так: "Нам задавали такие вопросы, которые мы сами себе никогда не задавали. Так непривычно!"

Именно во время первого интервью женщина впервые сталкивается с тем, что опасения и тревоги, которые её волнуют с начала беременности - не уникальны, что их можно сформулировать в словах, что их возможно обсуждать, что от них возможно избавиться полностью или хотя бы частично.

Каковы цели первичного интервью?

- 1) определить психоэмоциональный статус беременной женщины;
- 2) выяснить причины посттравматического состояния;
- 3) наметить стратегию психологической помощи.

С чего начинается первичное интервью? Интервью начинается с представления специалиста и сферы его полномочий и актуализации проблемы пациентки.

1. Что привело Вас в кабинет проблемной беременности? Как давно Вы стоите здесь на учете?

Если женщина, упоминая причины своего появления в кабинете проблемной беременности связывает с перенесенными ранее болевыми ощущениями, то правомерен вопрос: Как вы себя чувствуете сегодня?

2. Какая это беременность по счету? Какие по счету роды?

Эти вопросы направлены на то, чтобы выяснить: имеется ли у женщины психологический опыт переживания беременности и родов. От её ответа зависит специфика следующего вопроса, который либо актуализирует полученный женщиной ранее опыт, либо направлен на оживление её ожиданий в связи с предстоящими родами.

3. Как Вы относитесь к предстоящим родам? Какие переживания вызывают у вас предстоящие события?

Этот вопрос направлен на прояснение страхов опасений и тревог женщины в связи с предстоящими родами. Чаще всего в своих ответах женщины начинают со своих опасений за ребенка. Сопутствующие беременности заболеваниями инфекционной или другой природы ставят будущую мать перед необходимостью принимать те или иные фармакологические средства, ложиться на сохранение в больницу. Нередко случаи, когда женщина, не подозревая о своей беременности использовала фармакотерапию. Иногда её опасения за ребенка связаны с употреблением ею на ранних сроках беременности алкоголя и никотина. В связи с этим женщина на протяжении всей беременности испытывает сильное чувство вины перед ребёнком и беспокойство за него.

Вторая группа опасений женщин связана с проблемой ответственности и контроля за родами со стороны медперсонала. Женщины опасаются грубости, безразличия, халатности медперсонала по отношению к себе, к родам и ребёнку.

Третья группа опасений женщин связана с отношением к боли. Некоторые женщины, рассуждая об этом, говорят о своём предпочтении оперативных родов. Другие, называя свои страхи, связанные с болью, в конце беседы подводят итог: "Я не первая, как-то выдержу, как и другие выдерживали".

Следующая группа вопросов помогает женщине сориентироваться в том, что может помочь ей в кризисной для нее и ребенка ситуации родов.

4. Как Вы можете помочь себе справиться с болью, которая возможна в родах?

Этот вопрос больше направлен не на сиюминутный ответ женщины, а на субъективное формулирование задачи - как помочь себе и своему ребёнку. Некоторые уходят от вопроса: "Я боли не боюсь" либо "буду как все", "предпочитаю не думать", если кричать, то говорят, легче". "Подготовленные" говорят о вреде крика для ребенка и выражают свою готовность терпеть.

5. Кто из людей, окружающих Вас сегодня, может оказать вам психологическую поддержку?

Этот вопрос направлен на осознание психологической помощи и поддержки как таковой и формирование отношения к ней как к самостоятельной и эффективной помощи в акушерстве. Особенно важен этот вопрос для тех женщин, которые не считают возможным обсуждать свои "женские" проблемы с партнером либо матерью, а раскалывают страхи и опасения внутри себя.

В ответах на этот вопрос чаще всего упоминается подруга, затем - указывают, что рассчитывают на себя, потом - муж и мать.

6. Есть ли среди Ваших занятий такие, которые приносят Вам ощущения радости, покоя, успокоения?

По сути этот вопрос является мостиком между нуждой человека в чьей-то поддержке и его возможностями помочь себе самостоятельно. В своих ответах многие женщины упоминают книги. В особенности те, кто на предыдущий вопрос об отношении к боли отвечали, что предпочитают об этом просто не думать. Действительно, книги уводят в мир героев и сюжетов от настоящего. Некоторые упоминают прогулки. Отвечая на этот вопрос, женщина осознанно выделяет в своем жизненном пространстве место и время для занятий деятельностью, приносящей ей удовольствие. Этот вопрос логично соединяется с темой отношений беременной женщины к своему еще не родившемуся ребенку.

7. Что для вас означает слово материнство?

Многих женщин этот вопрос ставит перед необходимостью осознать переходность своего настоящего состояния, его кризисный характер, и того, что на смену этому состоянию придёт что-то более стабильное, что, впрочем, полностью изменит их жизнь. Ответы женщин показывают различия их представлений о том, как они видят эти изменения и на сколько внутренне готовы к ним. Некоторые высказывания женщин являются ответом на социальный заказ: "Надо иметь ребенка. Положено. Я не чувствую в себе каких-то материнских черт. Меня не умиляют рекламные ролики, в которых показывают славных малышей. Я к этому ничего не испытываю".

Другие женщины, которые имеют опыт угрозы прерывания беременности уже в настоящей беременности, говорят, что опасаются привыкать к мысли о материнстве, боясь отрицательного исхода родов, возможных уродств ребёнка, которого вынашивают. Желание обезопасить себя от возможной боли и разочарования заставляет женщин всю беременность проводить в напряжённом ожидании неприятностей. Этот депрессивный фон их поведения не допускает возникновения эмоционального контакта мать-ребенок, препятствует процессу формирования необходимого личностного образования беременной женщины, которое начинает функционировать примерно с пяти месяцев беременности и условно называется "мой родной ребенок", что, согласно трансперсональной психологии, формирует у ребенка уже внутриутробно комплекс депривированности, нелюбви и малоценности.

Некоторые женщины, объясняя свою психологическую неготовность к материнству, объясняют, что вынуждены были смириться перед желанием мужа. Они, дескать, ещё не видят себя в роли матери, не знают, что делать с ребенком и не знают, зачем он им. Так, например, ответила одна пациентка и добавила: "В родительской семье мужа мать больше любит старшего сына. Он еще не женат. Мой муж говорит, что хочет, чтобы у него родилась дочь, которая смогла бы своей любовью восполнить ту любовь матери, которую на протяжении всей жизни отнимал у него старший брат". (Что, если у них родится мальчик?)

Есть женщины, для которых тема материнства на столько ведущая, что в ней сосредотачивается их личная и социальная ценность. Ситуация осложняется, если женщина страдает привычной невынашиваемостью и имеет опыт трёх и более выкидышей. Такая женщина организует свою жизнь согласно диагностированию у них факта наличия беременности: они увольняются с работы, ведут горизонтальный образ жизни, принимают всевозможные меры профилактики в питании и лечении. Срыв очередной беременности приводит к усиленной проработке литературы по теме, дополнительным медицинским исследованиям и мерам профилактики. Психическое состояние женщины крайне неуравновешенно, а любые намеки на происходящее с ней вызывают слёзы. Среди главных психотравмирующих факторов называются: жалость к близким, кто не может удовлетворить свои ожидания в ребенке (мама, муж); сотрудники, которые будут "жалеть и сочувствовать" (что вызывает решение уйти с работы) и т.д. Такая психологическая зависимость от социума делает привычную невынашиваемость беременности, которая связана с физическими мучениями - вдвойне психотравмирующей.

Если женщина с посттравматическим состоянием обращается к психологу на поздних сроках беременности, то цель консультации состоит в том, чтобы помочь женщине осознанно отнестись к процессу родов, интегрировать имеющийся у неё предыдущий опыт преодоления боли, опыт пребывания в состоянии самоответственности, самоподдержки, кооперации с медперсоналом по оказанию своевременной помощи ей и ребенку.

В том случае, если женщина обращается на ранних или средних сроках беременности - ей может быть предложена длительная психотерапия, направленная на открытие или усиление её внутреннего "Я" (существа), которое и станет для неё главной опорой в испытании родами и первыми шагами материнства.

А.А. Теличкин, Л.Ф. Шестопалова, Харьков

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА ДЕБРИФИНГА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ УЧАСТНИКОВ МИРОТВОРЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

Одним из наиболее эффективных психологических методов снятия стрессового напряжения является метод дебрифинга. Дебрифинги проводятся по завершении оперативных мероприятий/боевых операций/чрезвычайных происшествий, длительных командировок и др. В отдельные виды выделяются дебрифинги, проводимые по окончании оперативных мероприятий/боевых операций/чрезвычайных происшествий, сопряженных с потерями личного состава, а также с целью реконструкции событий чрезвычайной важности.

Дебрифинг после проведения оперативного мероприятия/боевой операции/чрезвычайного происшествия. Цели: Восстановление работоспособности личного состава подразделения; снижение уровня психоэмоционального напряжения; укрепление морального духа сотрудников. Задачи: Восстановление хронологии и достоверности событий; установление и обсуждение эмоционального состояния всех участников во время события и после него; снижение уровня психоэмоционального напряжения; диагностика и коррекция симптомов стресса; укрепление взаимопонимания в коллективе; подготовка личного состава к новым испытаниям. Участники: Весь личный состав подразделения (не более 20-25 человек одновременно). Прямые начальники, кроме непосредственного, участвуют в дебрифинге только в том случае, если они принимали участие в событии. Представители прессы не имеют принимать участия в дебрифинге. Руководитель: Непосредственный командир подразделения. Время проведения: Через 4 - 72 часа после события. Ориентировочная продолжительность дебрифинга - 1 - 3 часа. Место проведения: Безопасное, хорошо освещенное (чтобы хорошо видеть каждого) место. Правила проведения: Все участники дебрифинга обладают равными правами. Каждый должен быть готов выслушать все, что о нем думают другие, не вступая в дискуссию. Никто не обязан выступать, но все имеют на это право. Каждый выступает только от своего имени. В ходе дебрифинга обсуждаются вопросы: «Что было хорошо? Что было плохо? Что необходимо сделать, чтобы в следующий раз было лучше?». В ходе обсуждения выясняются только факты, а не отношения между сотрудниками. Никто не имеет права пересказывать содержание дискуссии посторонним (так называемый «пакт молчания»). Фаза восстановления хода событий: События восстанавливаются в своей хронологии всеми без исключения участниками обсуждения. Восстановление событий начинается с рассказа первого очевидца: что он делал; что видел, слышал, делал и т.д. Остальные участники вступают в обсуждение по мере того, как до них доходит очередь. Каждый участник должен покинуть дебрифинг с ясной картиной того, что же произошло на самом деле. Проявление эмоций в период реконструкции событий не поощряется. Фаза обсуждения эмоционального состояния участников во время события: Во время обсуждения поощряется вы-

ражение всех чувств и эмоций. При этом следует помнить, что на этом этапе обсуждения может начаться выяснение отношений между участниками по вопросу, кто, кому и чем не помог, а в случае гибели кого-то из сотрудников оставшиеся в живых могут чувствовать угрызения совести. Открытое обсуждение подтверждает, что все переживаемые во время события чувства являются естественными. Все участники делятся самыми сокровенными чувствами. Открытость обсуждения может содействовать сплочению коллектива. Фаза обсуждения общих симптомов стресса: Под руководством ведущего участники рассказывают о своем физическом самочувствии до, во время и после события (Участники могут узнать, что все они испытывали схожие симптомы: нарушения деятельности желудочно-кишечного тракта, неприятные ощущения в области сердца, боли в спине, шее и др.). Руководитель дебрифинга подчеркивает, что все эти чувства являются вполне естественными для экстремальной ситуации. Заключительная часть: Подводятся итоги. В случае необходимости проводится новый дебрифинг, например, с участием непосредственного руководства или готовятся предложения о внесении изменений в соответствующие служебные инструкции.

Дебрифинг после проведения особо важной боевой операции/чрезвычайного происшествия. Цели: Восстановление работоспособности личного состава подразделения; снижение уровня психоэмоционального напряжения; укрепления морального духа сотрудников. Дебрифинги этого рода проводятся в случаях: гибели одного из сотрудников подразделения; гибели кого-либо из мирных жителей (женщин, детей); массовых расправ над мирным населением и невозможности оказать ему помощь и др. Дебрифинги этого типа проводятся специально подготовленным персоналом из числа психологов, врачей и офицеров полиции, прошедших специальную психологическую подготовку. Участники: дебрифинг проводится для групп численностью от 3 до 40 (но не более 60) человек. Обсуждение проводится по подразделениям, однако, в нем могут принять участие и посторонние лица, включая гражданских, если они принимали непосредственное участие в событии. Непосредственные руководители принимают участие в дебрифинге только в том случае, если они также участвовали в событиях. Представителям средств массовой информации запрещено посещать дебрифинги. Дебрифинг проводится руководителем и его помощником (при количестве участников свыше 20 на каждые 10 человек полагаются еще один помощник). Время проведения: через 8 - 72 часа после событий. Ориентировочная продолжительность дебрифинга - 2 - 3 часа. Место проведения: Безопасное, хорошо освещенное (чтобы хорошо видеть каждого) место. Процедура проведения: Вступительный этап. Руководитель объясняет правила проведения дебрифинга: никто не имеет права разглашать информацию, полученную во время обсуждения; не разрешается делать никаких записей; не объявляются никаких официальных перерывов, но каждый имеет право покинуть и вернуться в помещение; никто не обязан выступать, но каждый имеет на это право; во время обсуждения все равны, несмотря на звания и должности; во время обсуждения высказываются факты, а не отношения. Фаза выявления фактов. Устанавливается вся хронология событий. События восстанавливаются в своей хронологии всеми без исключения участниками обсуждения. Восстановление событий начинается с рассказа первого очевидца: что он делал, что видел, слышал, делал и т.д. Остальные участники вступают в обсуждение по мере того, как до них доходит очередь. Фаза «О чем вы думали в момент, когда...». На этом этапе ставится задача персонализировать события. Участники должны рассказать о том, о чем они думали, когда начались обсуждаемые события, когда они производили те или иные действия. Фаза обсуждения эмоционального состояния участников во время события. На этом этапе поощряется выражение всех чувств и эмоций, связанных с прошедшими событиями. Участники должны ответить

на вопросы типа: «Что было самым неприятным во всех событиях?», «Что Вы чувствовали о том или ином событии?». Руководитель должен предотвратить выяснение отношений между участниками по вопросу, кто, кому и чем не помог, кто виноват в смерти кого-то из сотрудников. Лица, проводящие обсуждение, должны объяснить всем участникам, что испытываемые ими чувства являются вполне естественным явлением. Фаза выявления симптомов стресса. На этом этапе обсуждаются физические симптомы стресса, которые могут испытывать те или иные участники. В ходе обсуждения участники выясняют кто из их коллег имеет аналогичные симптомы. Фаза обсуждения. В ходе этого этапа участники должны осознать, что все их чувства и симптомы являются вполне естественными, и через некоторое время все стабилизируется. Участники дебрифинга получают первые уроки в диагностике и коррекции стрессовых состояний. Заключительная стадия. Руководитель подводит итоги обсуждения.

Дебрифинг по реконструкции событий чрезвычайного происшествия проводится сразу же после окончания события. Перед началом руководитель собирает и изучает всю имеющуюся информацию о прошедшем событии. В ходе обсуждения, прежде всего, устанавливается хронология событий. В дебрифинге принимают участие исключительно участники событий. Все участники равны независимо от званий и должностей. После вступительного слова приглашенного специалиста дебрифинг проводится командиром. В мероприятии принимает участие весь личный состав подразделения. Вся информация на всех стадиях получена только от участников. Вся противоречивая информация фиксируется руководителем как доказательство сложности ситуации. Руководитель не имеет права ставить под сомнение какие-либо утверждения. Запрещается пытаться добиться компромисса между противоположными точками зрения участников на прошедшие события. Во время обсуждения поддерживается атмосфера откровенности. Любые проявления эмоций признаются, но их чрезмерное проявление не поощряется. Дебрифинг неограничен по времени.

Дебрифинг по возвращении из длительной командировки должен проводиться со всеми сотрудниками, возвращающимися из длительных командировок, независимо от того, были ли они в период их пребывания в ней участниками чрезвычайных происшествий или нет. «Необработанные» дебрифингом воспоминания даже о мелких происшествиях со временем могут повлиять на психическое здоровье сотрудника так же, как и травматические воспоминания. Эти дебрифинги проводятся совместно с другими мероприятиями, связанными с окончанием командировки. Особое внимание уделяется тем сотрудникам, которые испытали значительное воздействие стресса.

Дебрифинг как способ профилактики психической дезадаптации работников миротворческих миссий исследовался непосредственно после массовых беспорядков местного населения в городе Брчко (Северо-восточная Босния) в августе 1997 г. Резкое и неожиданное возрастание психоэмоционального напряжения, вызванное непосредственной угрозой жизни, определило временное снижение продуктивности мыслительных процессов у большинства полицейских наблюдателей ООН. Количество сотрудников с оптимальным стилем когнитивных процессов сократилось с 63 до 16%. В то же время количество полицейских с низкой продуктивностью когнитивных процессов под влиянием экстремальной ситуации возросло с 17 до 47%. Число наблюдателей с высоким уровнем эмоционального реагирования выросло с 12% до 48%, со средним - упало с 78% до 46%, а с низким - с 10% до 6%. Своевременное проведение с личным составом подразделения Гражданской полиции ООН, дислоцированным в городе, дебрифинга привело к тому, что при повторении аналогичных событий через две недели, в начале сентября 1997 года, высокую продуктивность интеллектуальной деятельности продемонстрировало 54% сотрудников полиции, в то время как дезоргани-

зация эмоционального регулирования когнитивной деятельности была выявлена только у 22%; количество лиц с высоким уровнем эмоционального реагирования сократилось до 25%; со средним -повысилось до 65%; низким — до 10%. Не было зафиксировано ни одного случая психических расстройств.

Р.П. Федоренко, Луцк

ДИНАМИКА СТРУКТУРЫ СУПРУЖЕСКОЙ АДАПТАЦИИ

Для выявления структуры адаптации были использованы следующие методики: опросник супружеской коммуникации (MCI) (Bienvenu, 1970 - цит. по [4]), шкала сексуальности W.E. Snell, D.R. Papini [5], перечень параметров сплоченности семьи и семейной адаптации D.H. Sprenkle и B.L. Fisher (1980 - цит. по [2]), тест на удовлетворенность браком [1], полоролевая ACL- шкала A.B. Heilbrun [3], психосексуальная пропорция Dur-Moll L. Szondi [6, 7]. Структура супружеской адаптации рассчитывалась отдельно для мужчин и женщин. Выявлялась первоначальная, дебютная структура супружеской адаптации (брачный стаж до 1 года) и зрелая структура (брачный стаж от 4 до 7 лет). В таблице 1 и 2 приведена соответственно мужская и женская факторные матрицы (дебютная структура).

Таблица 1.

Дебютная структура супружеской адаптации у мужчин

I фактор СУ	-Сексуальная оценка (0,42) -Сексуальная депрессия (-0,34) -Удовлетворенность браком (0,43)
II фактор ЭА	-Эмоциональная аттракция (0,45) -Взаимная поддержка (0,35) -Способность брать под защиту благополучие друг друга (0,33) -Преобладание приятных контактов (0,43) -Удовлетворенность браком (0,34)
III фактор КУ	-Забота друг о друге (0,32) -Супружеская надежность (0,33) -Способность к изменению взглядов и к новому поведению в изменяющихся условиях (0,43) -Настойчивость как оппозиция агрессивности (0,34) -Успешное преодоление разногласий в различных сферах общения (0,36) -Ролевая гибкость (0,34) -Качество супружеской коммуникации (0,35) -Маскулинность (0,31) (ACL-шкала) -Маскулинность (0,31) (L. Szondi) -Удовлетворенность браком (0,31)

Примечание: СУ - сексуальная удовлетворенность; ЭА - эмоциональная аттракция; КУ - коммуникативная успешность.

Были также выявлены зрелые структуры супружеской адаптации. У мужчин выявлено шесть факторов: эмоциональная аттракция, ответственная зависимость, коммуникативная успешность, сексуальная удовлетворенность, полоролевая адекватность и ролевая гибкость; у женщин - семья: надежность партнера, эмоциональная аттракция, супружеская идентичность, коммуникативная успешность, полоролевая адекватность, ответственность, ролевая гибкость.

Таким образом, с увеличением брачного стажа происходит дифференциация структуры супружеской адаптации: от трех факторов до шести у мужчин и до семи у

женщин. В основном происходит дифференциация фактора коммуникативной успешности. Следует отметить, что с течением времени (с увеличением брачного стажа) и в мужской, и в женской структурах появляется фактор ответственности. С нашей точки зрения, этот фактор приобретает особую важность в зрелых структурах супружеской адаптации. Именно нарушение в этом факторе структуры супружеской адаптации приводит к значительным проблемам супружеской связи, что отражается в синдромах психической любви и П.Пэна.

Таблица 2.

Дебютная структура супружеской адаптации у женщин

I фактор Н	-Супруги заботятся друг о друге (0,34) -Преданность: способность брать ответственность за защиту благополучия друг друга (0,44) -Супружеская надежность: наличие способности к соблюдению правил и обязательств (0,32) -Наличие чувства общности (0,45) -Удовлетворенность браком (0,45) -Фемининность (0,42) (ACL-шкала)
II фактор ЭА	-Эмоциональная аттракция (0,41) -Взаимная поддержка (0,35) -Способность брать под защиту благополучие друг друга (0,43) -Преобладание приятных контактов (0,32) -Удовлетворенность браком (0,31)
III фактор КУ	-Способность к изменению взглядов и к новому поведению в изменяющихся условиях (0,33) -Настойчивость как оппозиция агрессивности (0,31) -Успешное преодоление разногласий в различных сферах общения (0,35) -Ролевая гибкость (0,44) -Качество супружеской коммуникации (0,37) -Удовлетворенность браком (0,31) -Сексуальная оценка (0,34)

Примечание: Н - надежность; ЭА - эмоциональная аттракция; КУ - коммуникативная успешность.

Литература:

- Алешина Ю.Е., Гозман Л.Я., Дубовская Е.М. Социально-психологические методы исследования супружеских отношений. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1987. - 120 с.
Кочарян Г.С., Кочарян А.С. Психотерапия сексуальных расстройств и супружеских конфликтов. - М.: Медицина, 1994. - 224 с.
Heilbrun A.B. Human sex role behavior. - New York: Pergamon, 1981. - X, 207 p.
Schaap C. Communication and adjustment in marriage. - Lisse: Swets & Zeitlinger, 1982. - 281p.
Snell W.E., Papini D.R. The sexuality scale: an instrument to measure sexual-esteem, sexual-depression, and sexual-preoccupation // J.Sex Research. - 1989. - vol.26, N.2. - p.256-263.
Szondi L. Lehrbuch der experimentellen triebdiagnostik. - Bern und Stuttgart: Verlag Hans Huber, 1960.
Szondi L. Podrepopedow. - Warszawa: ERDA, 1997. - 269 s.

С.В. Харченко, Харьков

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ УЧАСТНИКОВ ВОЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ

В последние годы в отечественной науке значительно увеличилось количество исследований, предметом которых было изучение воздействия стихийных бедствий и катастроф на различные сферы жизнедеятельности человека. Основной причиной ин-

интереса к данной проблеме является возросшее число крупных техногенных катастроф, землетрясений, наводнений, крушений самолетов, поездов, случаев насилия.

Остается особо актуальной проблема оказания психологической помощи ветеранам локальных войн. За внешне достаточно успешной социальной адаптацией скрываются значительные психологические проблемы ветеранов. Необходимость оказания квалифицированной социально-психологической помощи жертвам трагических событий, в т.ч. и военного генеза, требует всестороннего изучения изменений и нарушений различных сфер функционирования личности, что и явилось целью настоящего исследования.

В ходе работы было обследовано 70 ветеранов войны в Афганистане.

Участники исследования были разделены на три группы:

1 группа (35 %) — лица с PTSD (диагноз ставился на основе критериев МКБ-10).

2 группа (25 %) — у участников исследования наряду с PTSD, определены симптомы других патологических состояний (алкоголизм, психопатоподобные расстройства и др.)

3 группа (40 %) — лица с отдельными симптомами посттравматического стрессового расстройства (PTSD).

В 1-ой группе 33 % ветеранов имеют особо актуальную потребность в эмоционально насыщенных межличностных взаимоотношениях. Для 65 % основная направленность — покой, необходимость иметь защиту от внешних воздействий. Для половины группы характерно стремление к социальному признанию, агрессивность носит защитный характер. У 65 % определен высокий уровень тревоги. У 50 % — подавленное настроение. Наиболее конфликтная сфера отношений — отношение к себе.

Во 2-ой группе у всех ветеранов диагностируется наличие психологического стресса. Фон настроения снижен у всех ветеранов. У 60 % обследованных определена особо актуальная потребность в эмоциональном комфорте и покое. Для половины группы характерно некоторое снижение уровня произвольного контроля за сферой эмоций, неумение использовать полученный опыт. 50 % ветеранов испытывают значительные затруднения в самореализации. У 80 % отношения дружбы связаны с негативными переживаниями, которые возможно, являются источником тревоги. Наиболее конфликтные сферы отношений: семья, работа. Уровень психологической адаптации низкий.

В 3-ей группе повышенный уровень тревоги определен у 65 % ветеранов. У 45 % фрустрирована потребность в эмоционально насыщенном межличностном взаимодействии. 66 % ветеранов имеют сниженный фон настроения. Наиболее конфликтные сферы отношений: я, работа, друг. У всех обследованных снижен уровень психологической адаптации.

Значительные семейные проблемы были диагностированы практически у всех обследованных ветеранов.

Приведенные выше данные убедительно свидетельствуют о том, что травматические события войны оказывают значительное влияние на функционирование личности участников боевых действий и доказывают необходимость проведения системы реабилитационных мероприятий.

Комплексная реадaptация ветеранов войны должна включать следующие направления:

1. Психологическое — проведение комплекса психотерапевтических и психокоррекционных методов, направленных на психологическую поддержку ветеранов и членов их семей.
2. Профессиональное — помощь в устройстве на работу, знакомство с возможными проблемами во взаимоотношениях с коллегами по работе, начальством, помощь в профессиональной переподготовке.
3. Медицинское — оказание необходимой квалифицированной медицинской помощи инвалидам, ветеранам войны.
4. Информационное — информирование ветеранов, членов их семей, общество в целом о психологических последствиях военной травмы.
5. Социальное — формирование адекватного, более положительного отношения к ветеранам в обществе, принятия обществом участников боевых действий. Необходимо обеспечить поддержку обществам ветеранов, союзам офицеров и т.п.

Литература:

1. С.Ляковенко Психологія людей за умов радіоекологічного лиха. - К. "Чорнобильінформ". 1996. 172 с.

Н.В. Чепелева, Киев

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГЕРМЕНЕВТИКИ В КОНТЕКСТЕ ПСИХОТЕРАПИИ

Любая психотерапевтическая ситуация выстраивает собственное пространство, являющееся по своим характеристикам ментальным семиотическим пространством, в котором порождается и аккумулируется информация в процессе обработки дискурсов психотерапевта и клиента, создаются условия для синтеза общего психотерапевтического дискурса. Как известно, основными процедурами, с помощью которых осуществляется обработка дискурсов являются процессы понимания и интерпретации, позволяющие участникам психотерапевтического процесса активно взаимодействовать в семиотическом пространстве психотерапии.

Кроме того текст, прежде всего текст повествовательный (нарратив), организует, структурирует и артикулирует жизненный опыт человека. Как отмечал П.Рикер, "Только в той или иной форме повествования - повествования на тему повседневной жизни, исторического повествования, связанного с вымыслом, - жизнь обретает единство и может быть рассказана" [6; 41], а значит, добавим от себя, и представлена, как себе, так и другому. Иными словами, пытаюсь осмыслить свой опыт, поведать о нем другому, мы налагаем на него те или иные нарративные структуры, выступающие в виде интерпретационных рамок, которые человек накладывает на осмысливаемую действительность. Таким образом, человек, пытаюсь осмыслить, описать свой опыт, ищет подходящий сюжет, который мог бы упорядочить описываемые им события, например, литературный, исторический, архетипический, мифологический и т.п., т.е. сюжет, фиксированный теми или иными средствами в культуре.

Проблема выявления специфических нарративных способов осмысления мира, жизненного опыта личности в последнее время попала в центр внимания многих исследователей, так или иначе разрабатывающих герменевтическую проблематику и работающих в постструктуралистской парадигме. Например Дж. Брунер различает нар-

ративный модус самоосмысления и самопонимания и более абстрактный научный модус, который он называет "парадигматическим". Последний лучше приспособлен для теоретически абстрактного самопонимания индивида; он абстрагируется от конкретики индивидуального опыта, от непосредственного жизненного контекста, в то время как "нарративное понимание" несет на себе всю тяжесть жизненного контекста и поэтому является лучшим средством для передачи человеческого опыта и связанных с ним противоречий. Согласно Брунеру, воплощение опыта в форме истории, рассказа позволяет осмыслить его в интерперсональной, межличностной сфере, поскольку форма нарратива, выработанная в ходе развития культуры, уже сама по себе предполагает исторически опосредствованный опыт межличностных отношений. [2].

По нашему мнению, нарративный модус понимания человека продуктивен и в психотерапии, поскольку именно он позволяет не только осмыслить суть ситуации клиента, но и помочь ему разобраться в себе, выстроить более продуктивную "историю", лишенную многих противоречий, проблем и внутренних конфликтов, "историю", с которой он мог бы примириться, принять ее как свою собственную или же как план, по которому можно создавать дальнейшую "историю" собственной жизни, т.е. мы должны помочь клиенту получать "удовольствие от текста" (в смысле Р. Барта), помочь создать ему историю жизни, которую он захотел бы прожить.

Если мы примем идею личности как самоповествования, подразумеваемая под последним культурно санкционированные способы рассказывания о себе и других, об определенных этапах своей жизни, то суть работы психолога должна рассматриваться как совместная, в диалоге с клиентом интерпретация, выстраивание для него нового текста - новой, более продуктивной жизненной истории - с исправлениями, если не всех, то многих "искажений" текста, заполнением "пробелов", прояснением "буйков затонувшего смысла". Сам клиент сделать это не в состоянии, поскольку "порча текста" им, как правило, не осознается, необходим "читатель" (причем квалифицированный), который в сотворчестве с "автором" (клиентом) синтезирует новый смысл, может создать новый текст, новую "историю", по сути новую жизненную концепцию. Причем для клиента характерной является также тенденция обезличить текст, уничтожить в нем автора (то есть себя) спрятаться за анонимным, обезличенным "типичным" сюжетом. Задача же психотерапевта - дать тексту автора, т.е. помочь клиенту взять на себя ответственность за собственный текст-историю, почувствовать себя автором не только собственной "истории", но и своей жизни.

Таким образом, текст можно рассматривать как средство самопонимания ("история для себя") и как средство самопредъявления ("история для другого"). Конечно, этот текст (текст "истории") может не иметь ничего общего с действительной историей жизни или же значительно с ней расходиться. Для психолога важной является не действительная история жизни, а те ее точки, которые, как говорил А. Лоренцер, вызывают конфликты и страдания [5]. То есть человек, с одной стороны, создает достаточно целостный текст, отражающий историю собственной жизни, но в тех или иных ситуациях он может этот текст-как-историю переструктурировать, перекомпоновывать, выбирать из него отдельные фрагменты для осмысления себя или предъявления себя другому.

Значимость текста собственной "истории" для психолога объясняется еще и тем, что в нем зафиксирована базовая жизненная концепция, через которую как через "интерпретационный фокус" преломляются все события, проблемы человека. Конечно, в таком тексте возможны "порчи и искажения", которые имеют внутренние причины, вызывающие те или иные нарушения смысловых связей, "искажения" смысла. Как отмечалось выше, "порча текста", как правило, не осознается самим субъектом,

задачей психологической герменевтики и является восстановление нарушенных связей, восстановление (насколько это возможно) исходного текста или же помощь клиенту в создании новой "истории", нового текста, с которым бы личность примирилась, приняла его как свою "историю".

Пониманию себя способствует не только создание и принятие собственной "истории", но и усвоение, а иногда и присвоение "истории" другого. Причем такая история, т.е. другие тексты как рассказанная кем-то история или наблюдение за кем-то и создание самим наблюдателем его истории, а также осмысление и присвоение истории героев литературных произведений, "примиривание" на себя типичных сюжетов, служат средством не только самопонимания, но и саморазвития, самопроектирования. Как отмечал Рикер, "понимать себя означает понимать себя перед текстом и воспринимать из него состояние некоего "Я", отличного от меня, только что приступившего к чтению" [6; 87]. То есть не только мир порождает текст, но и текст порождает мир, а значит и человека в нем.

В связи с вышеизложенным можно выделить основные проблемы, стоящие перед психологической герменевтикой.

Прежде всего это проблема текста как средства фиксации и выражения внутреннего опыта личности. При этом характерный для структурализма подход к тексту является несколько ограниченным и не отвечает в полной мере реальной психотерапевтической ситуации, не отражает все особенности психотерапевтического дискурса. Не в полной мере срабатывают и те характеристики текста, которые традиционно используются в когнитивной лингвистике и лингвистике текста - связность, цельность, структурность, завершенность, делимость, информативность, предметно-смысловая насыщенность.

Здесь, на наш взгляд, следует обратиться к идеям постструктурализма, в котором, в отличие от структурализма, изменяется как подход к тексту, так и подход к пониманию человека [1]; [2]; [3]. В понимании человека представителями данного подхода на первое место выступают несистемные, неструктурированные явления. Вместо структурной логической упорядоченности сознания приходит его понимание как разомкнутой, хаотической "магмы" желаний, стремлений, вопросов к окружающему миру. При анализе текста объектом изучения становится прежде всего контекст, то есть совокупность индивидуальных явлений и черт, которая стоит за текстом [4].

Опираясь на основные положения представителей постструктурализма, можно предположить, что "текст" клиента не завершен, он не имеет четко выраженной структуры, "центра", структурного ядра, это скорее ткань, которую нужно распутать. В тексте становятся важными не структурируемые его элементы, а то уникальное и несистемное, что реализовалось в тексте внесознательно и понимается интуитивно. Необходимо также усмотреть в таком тексте то, что привнесено в него предыдущими интерпретациями: что было читано, сделано, пережито, является уже "следом следа", объяснить сходное в тексте не структурной универсальностью, а взаимовлиянием текстов, взаимодействием, аллюзией, игрой, неосознанным косвенным цитированием - все, что объединяется понятием "интертекстуальности". Тогда интерпретация текста - это понимание в нем того, что к самому тексту прямо не относится, того, что в нем вынесено за скобки", и выводит за пределы самого текста в мир желаний. Такое понимание есть всегда процесс, но не результат. Текст, таким образом, понимается как пространство, где идут процессы образования значений и смыслов, т.е. процессы осмысливания и осмысления. Поэтому он подлежит наблюдению не как законченный, замкнутый продукт, а как идущее на наших глазах производство, "подключение" к другим текстам, другим смыслам, связанное с культурой, обществом, историей.

Таким образом, для текста самоповествования, автонарратива характерны множественность смысла, причем множественность неустраняемая, а не просто допустимая, а часто и конфликт смыслов. Характерной для текста автонарратива является и незавершенность, фрагментарность дискурса, прерывистость и избыточность текстов, направленные на нарушение традиционной связности повествования, иногда, наоборот, - сверхсвязность, назойливая избыточность, затрудняющая целостное восприятие текста.

Вторую проблему, встающую перед психологической герменевтикой, можно сформулировать как проблему механизмов порождения текста-истории, автонарратива, то есть механизмов воплощения опыта в определенном сюжете, трансформации его в определенную нарративную структуру. Здесь, по нашему мнению, продуктивным может быть обращение к механизмам создания метафоры, поскольку метафоричность также является одной из ключевых характеристик автонарратива.

В контексте обсуждаемой проблемы наиболее значимой является одна из теорий метафоры, которая группируется вокруг идеи "семантической аномальной" или "парадоксальной предикации", которая трактует метафору как интеракционный синтез "образных полей", "духовный аналогизирующий акт взаимного сцепления двух смысловых регионов", образующих специфическое качество очевидности, или образности [4]. Иными словами, в этой теории акцент смещается на механизмы образования метафор, на субъективно вырабатываемые самим говорящим ситуативные (контекстуальные) правила и нормы метафорического синтеза нового значения и пределы понимания его другими, которым адресовано конституированное метафорой высказывание. Такой подход дает возможность рассматривать метафору как ведущий механизм смыслопорождения.

Следующая проблема - определение процедур анализа, интерпретации текста-самоповествования, автонарратива.

В глубинной герменевтике Лоренцера разделяются логическое и сценическое понимание. Если первое предполагает установление связности высказываний пациента, то второе позволяет выявить те ситуативные смысловые единства, те "точки", которые вызвали конфликты и страдания. В отличие от него, другой представитель герменевтической трактовки психоанализа - Хабермас видит цель психоанализа в связанном рассказе пациентом своей жизненной истории. Связно рассказав историю своей жизни, ликвидировав все "пропуски", пациент освобождается от невроза, а в равной степени, от "систематических искажений коммуникации". Однако, как справедливо отмечает Лоренцер, действительная история жизни зачастую имеет лишь косвенное отношение к тем смысловым связям, которые сложились в психике пациента [5].

По нашему мнению, в первую очередь следует определить характер текста, создаваемого клиентом, следуя принципу порождения автонарратива здесь-и-теперь. То есть мы должны выяснить, с чем имеем дело - с действительной "историей", игрой в текст, игрой текстом (игрой означающими) или же с симулякром. Иными словами, следуя за Бодийяром, следует определить, с чем все-таки мы работаем - с текстом, обозначающим реальность; текстом, маскирующим реальность; текстом, маскирующим отсутствие реальности, или же с текстом-фикцией (симулякром), никак не связанным с обозначаемой реальностью, текстом, в котором зафиксирован смысл, самому себе не соответствующий. И, очевидно, процедуры работы с каждым из этих текстов должны быть различны. В определении таких процедур также видится одна из актуальных проблем психологической герменевтики.

Кроме того, при определении процедур работы с нарративом, порождаемым в психотерапевтическом дискурсе, явно недостаточно структурного анализа. Возможно,

стоит обратиться к предложенным Р.Бартом принципам текстового анализа. По Барту, текстовый анализ не ставит перед собой целью описание структуры произведения; задача видится не в том, чтобы зарегистрировать некую устойчивую структуру, а скорее в том, чтобы произвести подвижную структуриацию текста, проникнуть в смысловой объем произведения, в процесс означивания; попытаться уловить и классифицировать (ни в коей мере не претендуя на строгость) отнюдь не все смыслы текста (это невозможно), а скорее те формы, те коды, через которые идет их возникновение. Текстовый анализ, иными словами, прослеживает пути смыслообразования, не ставя перед собой задачи найти единственный смысл, ни даже один из возможных смыслов текста. Задача - помыслить, вообразить, пережить множественность текста, открытость процесса означивания [1; 424 - 426].

Таким образом, текстовый анализ - это не объяснение текста, а попытка уловить повествование в процессе его становления. Задача - установить коды, под которыми понимаются ассоциативные поля, сверткостовая организация значений, которые вызывают представление об определенной структуре; код принадлежит главным образом к сфере культуры: коды - это определенные типы уже виденного, уже читанного, уже деланного. Именно "раздергивание текста на ниточки" составляет разницу между структурой (объектом структурного анализа в собственном смысле слова) и структуриацией - объектом текстового анализа [1; 459].

Такой подход представляется продуктивным, однако, это не значит, что мы можем механически переносить предложенные Бартом процедуры анализа письменных текстов на анализ текста-самоповествования, как это пытаются делать некоторые авторы. Необходимы специальные исследования, направленные на разработку процедур анализа именно текстов, порождаемых человеком в процессе осмысления и эксплицирования собственного опыта.

Таким образом, психологическая герменевтика ставит перед исследователями задачи, решение которых позволит не только выяснить сущность психотерапевтического пространства и порождаемых в нем дискурсов, но и создать соответствующую модель психотерапевтического процесса, разработать соответствующие терапевтические процедуры, позволяющие оптимизировать взаимодействие психолога и клиента в психотерапевтической ситуации.

Литература:

- Барт Р. Избранные работы: Семиотика. Поэтика. - М., 1989.
Ильин И.П. Постмодернизм от истоков до конца столетия: эволюция научного мифа. - М., 1998.
Кристева Ю. От одной идентичности к другой // От Я к Другому: Сборник переводов по проблемам интерсубъективности, коммуникации, диалога. - Минск, 1997.
Культурология. XX век. Словарь. - СПб, 1997.
Лоренцер А. Археология психоанализа: Интимность и социальное страдание. - М., 1996.
Рикер П. Герменевтика. Этика. Политика. - М., 1995.

И.В. Шаллан, Киев

ПСИХОМЕТРИЧЕСКОЕ ОЦЕНИВАНИЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА

Знания в области развития посттравматического стрессового расстройства (PTSD) вследствие травматических событий расширяются очень быстро. В связи с

этим, проблема разработки адекватных методов диагностики синдрома посттравматического стресса относится к числу наиболее актуальных. Исследования оценивания данного синдрома в данный период развивается в каждой из следующих областей: клиническое интервью, психометрические и психофизиологические измерения. В данной статье мы остановимся на различных психометрических измерениях PTSD. Наш интерес именно к этой области измерения данного расстройства обусловлен несколькими причинами. Во-первых, зарубежные широко распространенные и новые психометрические инструменты для оценивания PTSD до сих пор малоизвестны отечественным специалистам. Во-вторых, необходимость обращения к зарубежным источникам обусловлена еще и тем, что до настоящего времени в нашем распоряжении нет разработанного адекватного отечественного инструментария для диагностики посттравматических нарушений личности. Также, в пользу использования этих измерений говорит их широкое использование, как в клинических, так и в исследовательских целях. Так как психометрические измерения являются относительно недорогими, их часто используют совместно с клиническими интервью, что позволяет получить многоплановые показатели расстройства.

Контрольные листы самоотчетов для PTSD.

Существует несколько контрольных листов самоотчетов для PTSD, которые являются краткими, но эффективными средствами для сбора информации о PTSD. Эти контрольные листы могут быть важными инструментами в мультиметодном оценивании, потому что они предоставляют сравнительно недорогую информацию о представлении респондентов о своих симптомах без прямого взаимодействия с интервьюером. К сожалению, никакой из инструментов, описанных ниже, не включает показатель валидности.

Контрольный лист PTSD (PTSD Checklist; Weathers, List, Herman, Huska & Keane, 1993) включает 17 вопросов и обеспечивает номинальное оценивание PTSD. Он позитивно коррелировал с другими стандартизированными инструментами PTSD (Mississippi Scale, $r = .93$; PK PTSD scale MMPI-2, $r = .77$; Impact of Event Scale, $r = .90$). К преимуществам можно отнести краткость этого инструмента и его убедительные психометрические характеристики. Его главным недостатком является то, что он валидизирован только на мужской популяции ветеранов войн.

Шкала самоотчета симптома PTSD (PTSD Symptom Scale Self-Report (PSS-S); Foa et al., 1993) состоит из 17 таких же вопросов как PSS-I. PSS-S была валидизирована относительно диагнозов PTSD, поставленных с помощью SCID у женщин, 46 из которых были жертвами сексуальных нападений. К сильным сторонам PSS-S относятся ее краткость и использование номинальных шкал. К ее слабым сторонам можно отнести недостаток валидных данных по другим выборочным совокупностям и ее некоторая ограниченная способность идентифицировать PTSD в других популяциях. Кроме того, ее усеченные временные рамки не соответствуют временным рамкам, используемым в DSM. Эта характерная черта может быть преимуществом для прослеживания изменений на протяжении времени, но она является недостатком для установления диагноза в соответствии с DSM.

Шкала самоотчета симптома PTSD - модифицированная (Modified PTSD Symptom Scale Self-Report (MPSS-S); Falsetti, Resnick, Resick & Kilpatrick, 1993) является ни чем иным как модификацией PSS-S, оценивающей и частоту, и интенсивность симптомов по прошествии 2-х недельного периода. Хотя шкала не намного увеличивает точность оценок, она может улучшить качество собираемой информации и способность инструмента выявлять изменения на протяжении времени. Использование 2-х недельных временных рамок не соответствует критерию DSM.

Penn Inventory for Posttraumatic Stress (Hammerberg, 1992) - это опросник, состоящий из 26 вопросов. Его преимуществами являются наличие вопросов, которые относятся ко всем типам травмы, и валидизация на различных мужских популяциях (ветераны войн; пострадавшие от аварий; психиатрические пациенты). Однако он не был валидизирован на женской выборке.

Имперически полученные психометрические измерения PTSD.

Эти измерения были скорее специально разработаны в соответствии с диагностическим критерием для PTSD, чем формально основаны на нем. Каждое измерение было имперически проверено на его способность дифференцировать тех индивидов, которые определяются, и не определяются клиническим диагнозом PTSD.

Миссисипская Шкала (Mississippi Scale for Combat-Related PTSD; Kean, Caddell, & Taylor, 1988) состоит из 35 вопросов и является одним из наиболее широко используемых измерений PTSD (например, Kulka и др., 1990; McFall, Smith, MacKay, & Tarver, 1990). Объединенное с SCID, это измерение функционирует как основной индикатор PTSD в "Национальном исследовании приспособляемости вьетнамских ветеранов к гражданской жизни" (NVVRS), также оно представлено как лучшее самоотчетное измерение расстройства (например, Kulka et al., 1990, 1991). Отдельные версии Миссисипской Шкалы были разработаны для того, чтобы сделать ее применимой для других популяций. Для NVVRS были созданы версии для гражданского населения и женщин-ветеранов. Две сокращенные версии шкалы, также, показали значимые корреляции (.95 и .90 соответственно) с оригиналом шкалы (Fontana & Rosenheck, 1994; Wolfe, Keane, Kaloupek, Mora & Wine, 1993). В общем, Миссисипская Шкала функционирует как очень хороший индикатор PTSD, несмотря на то, что не каждый симптом расстройства может быть непосредственно оценен.

PK шкала MMPI (Keane PTSD Scale of the MMPI/MMPI-2; Keane, Malloy, & Fairbank, 1984) состоит из 49 вопросов, с помощью которых дифференцируют ветеранов с PTSD и без PTSD. Lyon и Keane (1992) подчеркивали важность определения местных норм для PK для каждой травматизированной группы населения. Для MMPI-2 Шкала была откорректирована, также, из нее было удалено 3 пункта. Новый 46-вопросный инструмент сохранил психометрические характеристики оригинальной шкалы (Litz et al., 1991; Graham, 1993). Важно отметить, что PK шкала хорошо работает и как часть в составе другого измерения, и как самостоятельный инструмент (Herman, Weathers, Litz, & Keane, 1995). Несмотря на то, что шкала предоставляет обоснованный показатель расстройства, рекомендуется использование конвергентных измерений PTSD в случае определения статуса этого расстройства.

Schlenger и Kulka также разработали шкалу PTSD (Schlenger and Kulka PTSD Scale of the MMPI-2 (MMPI-PS); 1989) для использования в NVVRS с целью дифференциации вьетнамских ветеранов, которые имели PTSD, другие психиатрические и непсихиатрические расстройства. PS состоит из 75 вопросов, 45 из которых частично совпадают с PK шкалой (Graham, 1993; Schlenger & Kulka, 1989). Преимущества PS над PK не известны. В настоящее время необходимо дополнительное исследование психометрических характеристик этой шкалы.

Несколько авторов извлекли шкалы PTSD из SCL-90-R (Degoratis, 1977). Например, шкала Saunders, Arata Kilpatrick (1990), которая состоит из 28 вопросов, была разработана для жертв криминальных нападений; также, Green (1991) и ее коллеги разработали 12-вопросную субшкалу PTSD SCL-90-R для переживших катастрофу. Эти шкалы оказались ценными, так как такие шкалы могут быть включены во многие исследовательские и клинические протоколы, которые уже содержат SCL-90-R, без дополнения, посвященного PTSD. Кроме того, так как SCL-90-R часто использовались в психиатрии и общественных исследованиях, шкалы PTSD этих инструментов могли пре-

доставить анализ групп данных, которые первоначально были собраны не для исследования PTSD.

Шкала оценки тяжести воздействия травмирующего события (Impact of Event Scale (IES); Horowitz, Wilner, & Alvarez, 1979; Weiss, & Horowitz, 1982) имеет 15 пунктов и является одной из самых широко используемых шкал PTSD, применимых в случае травм различного происхождения (например, Horowitz и др., 1979; Kulka и др., 1990; Schwarzwald, Solomon, Weisenberg, & Mikulincer, 1987; Zilberg и др., 1982). IES оценивает скорее степень избегания напоминаний о травме/ эмоционального онемения и навязчивые симптомы, чем дает полную оценку симптомов PTSD. Этот инструмент измерения легок для проведения и может использоваться при изучении травм различного происхождения, однако, он ограничен сфокусированностью на навязчивых и избегающих аспектах PTSD.

Опросник симптома травмы (Trauma Symptom Inventory (TSI); Briere, Elliott, Harris, & Cotman, 1991) является новой, состоящей из 100 вопросов, шкалой предназначенной для оценивания частоты различных посттравматических симптомов, встречающихся более 6 месяцев. TSI имеет 10 клинических шкал, которые оценивают тревогу (возбуждение, гнев), раздражительность, депрессию, оборонительное избегание напоминаний о травме, диссоциацию, дисфункциональное сексуальное поведение, навязчивые переживания, ослабленную самооценку, сексуальную озабоченность, приводящее к напряжению/снижающее напряжение внешнее поведение. К преимуществам TSI относятся валидность ее шкал и ее сфокусированность на различных аспектах посттравматического функционирования, не охваченного в других шкалах.

В результате нашего беглого обзора можно заметить, что методы оценивания PTSD развиваются очень быстро. Несмотря на это, продолжение работы в этой области является необходимой для уточнения клинического понимания травмы. Основной проблемой на данном этапе является отбор оценивающих техник, которые валидизированы для различных типов травм. Если целью исследования является получение детальной информации, и этого позволяют добиться и время, и средства, то рекомендуется использование инструментов из разных областей оценивания: полуструктурированного интервью для PTSD, психометрического и психофизиологического оценивания, дополнительных ранжирующих шкал и информации от членов семьи. Благодаря разработке в 90-е годы разнообразных методов оценивания посттравматических изменений личности были получены важные данные, которые повлияют на отношение к травмированным личностям в наступающем столетии.

Литература:

1. Тарабина Н.В., Лазебная Е.О. Синдром посттравматических стрессовых нарушений: современное состояние и проблемы // Психологический журнал, 1992, Т.13, №2, с.14-29.
2. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
3. Hammarberg M. Penn Inventory for posttraumatic stress disorder: Psychometric properties. Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1992, 4, P.67-76.
4. Horowitz M.J., Wilner N.R., Alvarez W. Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. Psychosomatic Medicine, 1979, 41, P.209-218.
5. Kean T.M., Weathers F.W., Kaloupek D.G. Psychological assessment of post-traumatic stress disorder // PTSD Research Quarterly. The National Center for Post-Traumatic Stress Disorder. 1992. V.3(4). P.1-7.
6. Sutker P.B., Uddo-Crane M., Allain A.N. Clinical and research assessment of posttraumatic stress disorder: A conceptual overview. Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1991, 3, P.520-530.
7. Watson C.G. Psychometric posttraumatic stress disorder measurement techniques: A review. Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1990, 2, P.460-469.

Л.Ф. Шестопалова, Харьков

ИССЛЕДОВАНИЕ АЛЕКСИТИМИЧЕСКИХ ЧЕРТ У БОЛЬНЫХ ВЕГЕТО-СОСУДИСТОЙ ДИСТОНИЕЙ

Углубленный поиск причин развития сердечно-сосудистых заболеваний закономерен привел исследователей к изучению влияния психологических особенностей человека на состояние его здоровья. Проведенные в этом направлении медико-психологические исследования можно разделить на две группы: 1) изучение изменений личности в ходе заболевания; 2) исследование преморбидных особенностей личности, которые могут выступать и в качестве фактора риска развития сердечно-сосудистой патологии. Необходимо отметить, что в настоящее время достаточно полно описаны закономерности и динамика изменений личности при гипертонической болезни и атеросклерозе (В.Н.Мясищев, 1959; А.Л.Мясников, 1965; Е.С.Авербух, 1965; В.М.Баншиков, 1967; Е.И.Соколов, Е.В.Белова, 1983; Л.Ф.Шестопалова, 1993; F.Aleksander, 1951 и др.). Проблема преморбидных особенностей личности в контексте психологических факторов риска развития психосоматических заболеваний изучена в меньшей мере. Исследования, проводившиеся в русле теории "профиля личности", позволили выделить и описать "гипертонический" тип личности. Больные гипертонической болезнью характеризовались как амбициозные, имеющие сформированный в детстве интрапсихический конфликт между агрессивностью и чувством вины, между независимостью и стремлением найти защиту. Значение определенных черт характера в развитии сердечно-сосудистых заболеваний нашло свое отражение и в концепции "поведенческого синдрома" типа А (M. Friedman, R. Rosenman, 1975), который характеризуется агрессивностью, честолюбием, спешкой в работе, нетерпеливостью, стремлением к соперничеству. Лица с такими характерологическими особенностями умирают в 6 раз чаще от острой коронарной недостаточности, чем лица противоположного типа - типа В (Г.А.Акимов, 1983). А.И.Клиорин (1981) приходит к выводу, что максимальная опасность раннего развития цереброваскулярной патологии возникает при сочетании личностного типа А с малой подвижностью и слабостью нервных процессов, особенно процессов торможения. Г.З.Левин (1977) отмечает, что к гипертонической болезни склонны преимущественно лица интровертированные, что подтверждается теорией Г.Ф.Ланга о том, что существенную роль в патогенезе гипертонической болезни играют подавленные отрицательные эмоции, которые чаще отмечаются у интровертированных личностей.

В ряде работ доказано, что возникновению различных сердечно-сосудистых расстройств у большинства людей предшествуют различные стрессогенные воздействия: длительное эмоциональное напряжение, высокая ответственность на работе, тревожность, неуверенность в себе, внутреннее напряжение, дефицит социальной поддержки (Е.А.Суслова, 1983).

В исследованиях последних лет показано, что у больных вегетососудистой дистонией отмечаются такие особенности, как высокий уровень тревожности, снижение стойкости к стрессовым воздействиям: ригидность аффекта, которые могут сами явиться основой для развития хронического психоэмоционального напряжения (Н.В.Лебедева, Е.М.Некрасова, 1986; Л.Ф.Шестопалова, 1993).

Результаты интенсивных теоретических и экспериментальных исследований бедили специалистов в том, что основные психологические образования, предположительно участвующие в развитии патологических соматических процессов (личностный тип, специфический интрапсихический конфликт, поведенческий синдром, ин-

дивидуальная стрессоустойчивость и др.), несмотря на всю их значимость, не могут объяснить специфические механизмы развития того или иного заболевания.

Данное обстоятельство привело к поиску новых понятий, полнее охватывающих психологические аспекты патогенеза соматических болезней. Большие надежды в этой связи возлагаются на понятие "алекситимия", означющий "отсутствие слов для выражения чувств" был введен американским психоаналитиком П.Сифнеосом в 1969 году (P.Sifneos, 1977) как обобщающее название для ряда характерных особенностей, наблюдаемых у психосоматических больных. Все разнообразие алекситимических черт может быть объединено в несколько групп, а именно: расстройства аффективных функций, расстройства когнитивных функций, нарушения само- и миропредставлений. Обзор проведенных исследований свидетельствует, что алекситимические черты были найдены у здоровых испытуемых, у больных раком, у наркоманов, у алкоголиков, у психически больных, у лиц, страдающих ожирением, в больных диабетом, ревматоидным артритом и др. Т.е., эти данные свидетельствуют, что нет однозначных причинно-следственных связей между психосоматическим заболеванием и алекситимией. Согласно современным представлениям, алекситимия и психосоматические признаки имеют общее, существуя как симптомы преневротического уровня психического и личностного функционирования. Само понятие алекситимии рассматривается как неспецифическое расстройство в переживании и протекании эмоций, как феномен недостаточного уровня психологического развития.

В доступной литературе мы не встретили однозначных данных об уровне алекситимических черт при вегето-сосудистой дистонии (ВСД) у лиц молодого возраста. Вместе с тем, получение этих данных позволило бы более полно описать личностные особенности этой группы пациентов в аспекте психологических факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. Углубленное изучение индивидуально-личностных характеристик больных ВСД необходимо также для создания профилактических и психокоррекционных программ для данных групп пациентов.

Было обследовано 30 больных ВСД в возрасте 19-27 лет без других соматических и нервно-психических заболеваний. Контрольную группу составили 30 здоровых лиц в возрасте 18-28 лет (студенты вузов г. Харькова). Проводилось психодиагностическое обследование с помощью теста Кэттелла и Торонтской алекситимической шкалы (TAS). Процедура проведения и обработка результатов общепринятые. Результаты исследования показателя алекситимии по шкале TAS представлены в таблице 1.

Таблица 1
Данные исследования показателя алекситимии по шкале TAS

Группы обследованных	Уровень алекситимии			
	<50 баллов	50-74 балла	75-100 баллов	Свыше 100 баллов
Больные ВСД	3(10%)	6(20%)	19(63,4%)	2(6,6%)
Здоровые	17(56,7%)	11(36,7%)	2(6,6%)	-

Средний показатель алекситимии в группе больных составил $80,3 \pm 10,7$; в группе здоровых - $53,4 \pm 12,7$ (различия статистически достоверны, $p \leq 0,05$). Согласно данным P.Sifneos, значения по шкале TAS выше 74 баллов характерны для алекситимических пациентов, 62 балла и ниже - для неалекситимических пациентов, в интервал от 74 до 62 баллов попадают пациенты, занимающие промежуточное положение между алекситимиками и нормой.

Как свидетельствуют приведенные данные, 28 (93,4%) здоровых испытуемых относятся к группе неалекситимических личностей и лишь 2 (6,6%) - к алекситимическим. Иная картина имелась у больных ВСД - у 21 (70%) был выявлен высокий показатель алекситимии и лишь у 9 (30%) - низкий, т.е. у 70% обследованных пациентов был диагностирован алекситимический синдром. Эти результаты соотносятся с данными, полученными по тесту Кэттелла, где у больных ВСД выявлены низкие значения фактору М, что свидетельствует о таких их качествах, как прозаичность, бедность фантазии и др.

Проведенные исследования основных личностных черт с помощью теста Кэттелла выявили наличие у больных ВСД специфического симптомокомплекса индивидуально-личностных свойств, включающего в себя повышенную сенситивность, эмоциональную лабильность, ригидность, тревожность, низкую стрессоустойчивость, замкнутость в межперсональных отношениях, бедность фантазии. Существенным является то обстоятельство, что данный симптомокомплекс диагностировался также у больных с доинсультными формами цереброваскулярных расстройств, возникшими на фоне церебрального атеросклероза и гипертонической болезни (Л.Ф.Шестопалова, 1993). Диагностирование данного личностного симптомокомплекса у больных ВСД молодого возраста позволяет рассматривать его в качестве типичного для больных с цереброваскулярными расстройствами.

Проведенные исследования показателя алекситимии позволили отнести 70% больных ВСД к алекситимическим личностям. Выявление этих особенностей у больных ВСД молодого возраста позволяет интерпретировать их скорее преморбидные.

Полученные данные имеют значение для проведения профилактических и психокоррекционных мероприятий. Лица, у которых в ходе психодиагностических исследований выявляется типичная триада личностных свойств (эмоциональная лабильность, сенситивность, ригидность), а также высокие значения показателя алекситимии, нуждаются в наблюдении психолога или психотерапевта с целью коррекции имеющихся личностных особенностей.

Литература:

- Авербух Е.С. Психика и гипертоническая болезнь. - Л.: Медицина, 1965. - 175 с.
Акимов Г.А. Начальные проявления сосудистых заболеваний головного мозга. - Л.: Медицина, 1967. - 224 с.
Банщиков В.М. Атеросклероз сосудов мозга с психическими нарушениями. - М.: Медицина, 1967. - 295 с.
Клиорин А.И. Атеросклероз в детском возрасте. - Л.: Медицина, 1981. - 196 с.
Лебедева Н.В., Некрасова Е.М. Психологические аспекты изучения и реабилитации больных с ранними формами нарушения мозгового кровообращения // Реабилитация больных нервно-психическими заболеваниями и алкоголизмом. - Л., 1986. - С.93-95.
Левин Г.З. Психический стресс и его влияние на распространение коронарной болезни и сосудистых поражений мозга // Эмоциональный стресс и пограничные нервно-психические расстройства. - Л., 1977. - С.150-163.
Мяснишев В.Н. Личность и неврозы. - Л.: Изд-во ЛГУ, 1959. - 426 с.
Мясников А.Л. Гипертоническая болезнь и атеросклероз. - М.: Медицина, 1965. - 615 с.
Соколов Е.И., Белова Е.В. Эмоции и патология сердца. - М.: Наука, 1983. - 301 с.
Суслова Е.А. Исследование психологических факторов риска ишемической болезни сердца // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. - 1983. - Т.83. - №5. - С.763-768.
Шестопалова Л.Ф. Нарушения высших психических функций и личности у больных с различными формами сосудистых заболеваний головного мозга: Автореф. дисс. докт. психол. наук. - Киев, 1993. - 44 с.
Aleksander F. Psychosomatische Medizin Grundlagen und Anwendungsgebiete. - Berlin, 1951. - 253 p.
Friedman M., Rosenman R.H. Type A and your heart. - Greenwich, 1975. - 380 p.

О.Д. Шинкаренко, Киев

НАСИЛИЕ В СУПРУЖЕСКОЙ ПАРЕ: АКТУАЛЬНОСТЬ, ОПЫТ И ПЕРСПЕКТИВЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Опыт работы социальных служб свидетельствует о том, что семья является, к сожалению, одной из тех сфер, где проявляется и функционирует насилие и оскорбительное поведение. При этом, семья есть той сферой, где насилие имеет наибольшее негативное влияние на человека, так как в семье человек «открыт» и потому наиболее чуток к проявлению насилия, что может привести к возникновению физических и нервно-психических нарушений (4). В психологические и социальные службы обращаются клиенты, в основном женщины, страдающие от насильственного и оскорбительного поведения в своей семье. Их состояние характеризуется невротическими симптомами и личностными нарушениями: депрессия и пессимистический настрой, низкая асертивность и неумение устанавливать личностные границы во взаимодействии, низкая способность к вербализации собственных эмоций, повышенная конфликтность и неадекватное оценивание своего состояния.

Анализ основных взглядов на содержание понятия насилия (Бас, Берковиц, Зильман, Бэрон, Ричардсон (5)) позволяет понимать его как мотивированное разрушительное поведение, противоречащее нормам и правилам существования людей в обществе, наносящее вред объектам нападения (одушевленным и неодушевленным), причиняющее физический ущерб или вызывающее у них психический дискомфорт (отрицательные переживания, состояния напряженности, страха, подавленности и т.д.).

Под насилием в супружеской паре мы рассматриваем оскорбительное поведение, которое осуществляется между мужем и женой. Сюда относится как физическое (например, побои, удары), так и эмоциональное насилие (например, словесные оскорбления, бойкот, ограничения партнера).

Супружеское насилие — это тот феномен, которому не свойственно проявляться на публике, он часто не выражен непосредственно и открыто, к тому же он не признается и не оспаривается в нашей культуре. Инциденты, лежащие в подоплеке насилия вообще, и супружеского в частности, как правило, таятся в прошлом, в истории взаимоотношений, которая недоступна непосредственно, поэтому исследователю очень трудно выявить подлинные мотивы.

Ситуация насилия в супружеской паре, так же как и ситуация любого другого насилия включает в себя того, кто осуществляет оскорбительное поведение (агрессор) и того, кто страдает от него (жертва). С другой стороны супружеское насилие имеет свою собственную специфику:

во-первых, ситуация насилия в супружеской паре часто окрашена амбивалентными чувствами супругов друг к другу (одновременное переживание как чувства любви, так и ненависти); во-вторых, супруги достаточно хорошо знают друг друга (сильные и слабые места партнера, раздражители, к которым он наиболее восприимчив). Это дает возможность при желании либо сильнее «задеть», либо, наоборот, обоить наиболее чувствительную сферу; в-третьих, позиции агрессора и жертвы в супру-

жеской паре четко не разграничиваются и в процессе взаимодействия часто переходят друг в друга; в-четвертых, те формы поведения, которые не квалифицируются как оскорбительные в обыкновенной ситуации конфликтного взаимодействия, в ситуации супружеских отношений являются таковыми.

Эти и другие особенности определяют специфику насилия в супружеской паре, которую необходимо учитывать при планировании и проведении научных исследований.

Попытка научно исследовать агрессивное и насильственное поведение порождает ряд проблем, потому что интересующее нас поведение опасно. Довольно приватный контекст, в котором осуществляется насилие и оскорбительное поведение делает задачу ученых по выявлению ее причин и следствий весьма затруднительной.

В своем исследовании мы использовали такой метод сбора информации как анкета. Специально для этого мы разработали Шкалу Форм Оскорбительного Поведения в супружеской паре, которая включает в себя примеры как физического, так и психологического оскорбительного поведения. Шкала содержит в себе 23 пункта, которые описывают эти формы поведения. Целью исследования было изучение механизмов воздействия оскорбительного поведения на личность партнера-жертвы. В инструкции мы просили проранжировать формы поведения по силе негативного воздействия на личность. (В исследовании принимало участие 86 человек.) В результате математической обработки данных (факторный анализ методом VARIMAX) выделилось 4 фактора.

В первый фактор вошли пункты 13, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23. Эти формы своей целью имеют контроль поведения партнера с окружающими людьми через демонстрацию его Я-Образа, одним из источников которого являются взаимоотношения с другими и с которым человек соотносит свое поведение (2). Использование этих форм поведения нарушает согласованность интерпретации личностью себя и своего поведения и ее представлений о том, как ее воспринимают другие.

Во второй фактор вошли пункты 1, 2, 5, 6, 11. Эти формы поведения своей целью имеют контроль непосредственного контакта между партнерами (как психологического, так и физического) и эмоциональной дистанции с ним. С их помощью агрессор изменяет чувства и поведение партнера и психологически отдаляет его. С точки зрения психоаналитиков (McLelland, Dutton), партнер-агрессор из своего детства вынес тревогу в близких отношениях, и поэтому боится изменения эмоциональной дистанции. Используя формы поведения, с помощью которых партнер отдаляется как физически, так и психологически, агрессор удовлетворяет свою неосознанную потребность в контроле эмоциональной дистанции с супругом.

В третий фактор вошли пункты 8, 9, 10, 12, 14. Эти формы поведения представляют собой угрозу основным ценностям супружеской жизни и потребностям, которые ежат в их основе: потребность в безопасности, в чувстве общности, эмоциональной близости и т.д. Игнорирование, манипулирование ими приводит к фрустрации партнера, вызывая у него чувства сильного дискомфорта и другие глубокие негативные состояния.

В четвертый фактор вошли пункты 3, 4, 7. Результат их использования — причинение физического ущерба. Это физическое насилие в чистом виде. Его можно определить как форму тотального контроля своего партнера.

Следовательно, формы поведения между супругами можно четко разделить на психологическое и физическое насилие, каждая форма которого соответствует разным способам контроля партнером-агрессором своего супруга.

Шкала Форм Оскорбительного Поведения в супружеской паре

Инструкция: В каждой семье могут случаться конфликты или ссоры. Вспомните все, а не только самые серьезные размолвки, и укажите, как часто при этом каждый из вас использует формы поведения, перечисленные ниже. В таблице напротив каждой формы поведения, обведите кружком соответствующее число.

0 — никогда, 1 — почти никогда, 2 — иногда, 3 — почти всегда, 4 — всегда

Формы поведения	жена	муж
1. Толкает партнера	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
2. Дает пощечину	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
3. Избивает партнера	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
4. Ударяет каким-либо предметом	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
5. Пытается ударить	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
6. Угрожает нанесением физических повреждений	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
7. Физически принуждает к сексуальному контакту	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
8. Угрожает разрывом отношений (развод, уход из семьи, и т.д.)	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
9. Угрожает лишением жилья	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
10. Угрожает лишением контакта с детьми	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
11. Объявляет бойкот (молчит, прекращает любой контакт)	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
12. Игнорирует (не принимает во внимание потребностей, интересов, чувств супруга)	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
13. Запрещает или ограничивает какие-либо действия, соответствующие желаниям супруга	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
14. Отказывается от участия в денежном обеспечении семьи	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
15. Дискредитирует супруга (несправедливо говорит о нем) перед другими людьми.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
16. Словесно оскорбляет с применением ненормативной лексики (цензурные выражения)	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
17. Словесно оскорбляет без применения ненормативной лексики	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
18. Обвиняет супруга в своих бедах и неприятностях	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
19. Высмеивает супруга	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
20. Обманывает супруга, укрывает значимую для него или для всей семьи информацию	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
21. Ограничивает или навязывает контакты супруга с окружающими	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
22. Настраивает против супруга детей или других значимых людей	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
23. Насильственно контролирует супруга (вскрывает письма, проверяет личные вещи)	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4

Полученные нами результаты отображают психологическую реальность феномена насилия в супружеской паре конкретной группы респондентов в конкретной социо-культурной ситуации. Но вместе с тем, они дают возможность формировать гипотезы и перспективы дальнейших исследований.

Зарубежные исследователи отмечают высокую корреляцию между оскорбительным поведением в своей семье и унижениями и оскорблениями со стороны родителей в детстве. В связи с этим необходимо сделать акцент на изучении особенностей взаимодействия ребенка как с отцом, так и с матерью, на том, как воздействует оскорбительное поведение на ребенка в зависимости от его пола и в зависимости от того, кем именно (отцом или матерью) нанесено оскорбление.

Исследования, проведенные в рамках индивидуально-психологического подхода свидетельствуют о том, что не существует специфического профиля агрессора и жертвы, которые провоцируют оскорбительное или виктимное поведение.(5). Уста-

новлено, что у людей, вовлеченных в оскорбительные и насильственные отношения не развита или не дифференцирована поло-ролевая идентичность.(1) В связи с этим, изучение особенностей симптомокомплекса маскулинности/фемининности, моделей ролевого поведения личности, факторов, влияющих на его формирование (например, гендерные установки, особенности социо-культурной ситуации) и причин, ведущих к его изменению или деформации является, с нашей точки зрения, одним из наиболее перспективных исследований данной проблемы. Акцент на вышеуказанных особенностях феномена супружеского насилия может оказаться полезным не только в научных исследованиях, но и в процессе психотерапевтической работы с конкретной семьей.

Литература:

1. Грабська І.А. Насильство в подружніх відносинах.// Практична психологія та соціальна робота 1998 №9.
2. Кон И.С. Открытие «Я» М. 1983.
3. Реан А.А. Агрессия и агрессивность личности // Психологический журнал 1996 №6, стр.9-19.
4. Эйдемиллер Э.Г. Юстицкий В.В. "Семейная психотерапия" Л., 1980.
5. PsycLIT Database Copyright 1996 American Psychological Assn.

ЧАСТИНА 1	3
Аршава И.Ф., Филипчева А.А., Филипчев В.В. Отклоненные альтернативы и проблема индивидуальности.	5
Белявский И.Г. Новое прочтение старых проблем	8
Большакова А.Н. Проблема диагностики фрустрационной толерантности. .	11
Бочарова С.П., Бандурка И.С., Землянская Е.В. Функции образов – эталонов памяти в регуляции познавательной деятельности	14
Васильченко О.М. Психологічні особливості етнічних стереотипів	15
Вернік О.Л. Почуття власності в контексті проблем екологічної психології	17
Вільш І. Суб'єктність індивіда у світлі концепції сталих індивідуальних рис особистості	20
Добровольская Е.В. Понятие экологического сознания. Вопросы экологии на уроках физики	22
Егорова Э.Н. Категория культуры в психологии и понятие психологической культура личности	25
Жорник Е.В. Разработка психологических требований к модели мотивации	28
Заика Е.В., Кулибали С. Межэтнические различия в эмоциональной сфере: сравнение граждан Украины и Мали	31
Засккіна Л.В. Дослідження рівнів розумової діяльності майбутніх вчителів іноземної мови	34
Килимник О.С. Деякі аспекти ціннісного ставлення підлітків до навколишнього середовища	37
Кириленко Т.С. Стан емоційної готовності особистості як прояв її емоційного потенціалу	39
Кишинская А.Н. Э.Кассирер об абстракции	42
Кіцак Н. Психологічні особливості асиміляційних процесів етнічних груп українців в США та Канаді	45
Коваленко А.Б. Системно-структурний аналіз розуміння	47
Кодлубовская Т.Б. Изменение эмоционального состояния людей с помощью запаха эфирных масел, как путь реализации психологической помощи	50
Кондратюк Е.Д. Личный миф: попытка определения	54
Королев Д.К. Смысл жизни: психологический аспект	57
Коростелина К.В. Изучение процессов этнической стереотипизации в Крыму	60
Лактіонов О.М. Про місце прикладної психології в системі психологічних знань	63
Лебединская И.В. Опыт культурологической интерпретации исторического сознания	66

Лушин П.В.	Личностное изменение: аспекты анализа	69
Максименко Ю.Б.	Семантика цвета в психодиагностике (к проблеме стандартизации методики Г. Фрилинга)	74
Малхазов О.Р.	Складові психічного образу рухової діяльності	77
Меркис Г.	Методологические нормативы психолого-педагогических публикаций: опыт кросскультурного исследования	80
Мищенко Н.И.	Изучение этнических особенностей формирования личности ребенка	84
Мойсєєнко Л.А.	Про психологію процесу розуміння технічних винахідницьких задач	87
Москвичев С.Г.	К вопросу о личностной причинности поведения	90
Носенко Е.Л., Скворцов С.Ю.	Про необхідність зміни парадигми експериментальних досліджень емоційної стійкості як інтегральної властивості особистості	92
Останина Д.А.	Особенности мотивации потребительского поведения у представителей разных этносов	96
Пальм Г.А.	Некоторые проблемы психологического анализа смысла жизни как феномена индивидуального сознания	99
Сауд А.-Х.	Сравнительный анализ восприятия выражения лица арабскими и славянскими студентами	102
Смутьсон М.Л.	Інтелект і пізнавальні процеси	105
Снізко В.В.	Соціоприродне довкілля та етнопсихічні особливості людини	107
Снітко І.М., Луньов О.Ф.	Переживання естетичного та їх стимуляція у контексті розвитку особистості	110
Татенко В.О.	Психічне у ціннісному і суб'єктному вимірах: до питання про предмет сучасної психології	112
Токарева Н.М.	Використання проєктивних методик в діагностиці креативності	116
Fernandez-Berrocal P., Vives R.A., Díaz N.R.	The influence of emotional intelligence on the emotional adjustment in highschool students	119
Фоменко А.Н.	Человеческие потребности в зеркале гуманистической школы психоанализа	123
Харитонов В.А.	Рекурсивно-феноменологическая модель сознания как инструмент типологического исследования личности	127
Хомуленко Т.Б.	Особенности стихийного і цілеспрямованого формування вищих форм пам'яті	131
Цепілова І.Г.	Індивідуальний тип латерізації – факторна основа формування та розвитку вищих психічних процесів	135
Черный Е.В.	Проективный метод исследования в экологической психологии	137
Шевяков А.В.	Методология эколо-психологического образования в ВУЗе	140
Шевякова Е.В.	Пространственно-временная организация внутреннего мира человека	143
Щербаков В.С.	Методологічні аспекти розвитку ментальності особистості на основі формування онтологічних уявлень	146

Арамедова А.И.	Особенности внутрисемейных отношений и социального окружения у психически больных женщин	153
Бастун Н.А.	Нейропсихологічний підхід та діагностика шкільного невстигання	155
Безродный В.И.	О психологических причинах травматизма подростков	157
Бовть О.Б.	Исследование психологического симптомокомплекса агрессивных реакций и путей их коррекции у младших школьников	160
Бойко Т.Г.	Психолінгвістическі аспекти речевого воздействия в гештальт-терапии и НЛП	165
Боянович Ю.В.	Особенности эмоционального реагирования школьного учителя во фрустрационных ситуациях и состояние его здоровья	168
Бурлачук Л.Ф., Гришаєва І.В.	Статеворольові особливості психологічних чинників ризику інфікування ВІЛ/СНІДом	169
Бурлачук Л.Ф., Духневич В.Н., Дубравинский Г.Р.	Адаптация опросника «общего здоровья»	172
Вишневецкая В.Н.	Влияние психологических особенностей антиципации на развитие семейных отношений	175
Власенко Ю.А.	Психологический анализ инновационного потенциала личности	178
Грабская И.А.	Абсолютно ли молчание психосоматического симптома?	181
Гречко В.В.	О взаимосвязи некоторых психических аномалий у сексуальных преступников с совершением насильственных половых актов	184
Данилов А.С.	Рождение катарсиса из архаических техник экстаза	187
Егоров В.В., Егорова Т.М.	Дискуссионные вопросы суицидологии	190
Єфімова О.А.	Роль емоційності у переживанні психотравмуючих ситуацій	194
Жданова И.В.	Особенности межличностных отношений подростков с легкой умственной отсталостью	197
Журавлева Т.Г.	Особенности организации симптомокомплекса мускулинности-феминности у мальчиков-подростков из «неблагополучных семей»	199
Иванов Д.И.	Психологический анализ фоновых условий межпоколенных семейных трансмиссий	202
Калина Н.Ф.	Основы типологии дискурсивных практик психотерапии	206
Карпиловская С.Я.	Концептуальные подходы к психокоррекции терминального состояния	210
Клюева Е.С.	Принципы и формы оказания социально-психологической помощи участникам ликвидации последствий аварии на ЧАЭС	213
Колесников Е.П.	Проблемная ситуация в контексте изучения организации жизни личности	216

<i>Корнієнко О.В.</i>	Психосоматичне здоров'я людей середнього віку життя: проблеми викладання дисципліни, наукові дослідження, практична робота	221
<i>Кочарян А.С., Леванова И.Л.</i>	Особенности совладания супругов с сексуальной дезадаптацией	224
<i>Кочарян Г.С.</i>	Гипносуггестивная терапия психогенного расстройства лобрикации, ассоциированного с психогенным расстройством организма	226
<i>Кочарян Г.С.</i>	Способ коррекции поведенческих программ в терапии синдрома тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин	229
<i>Кочемировська О.О.</i>	Особливості психосемантичної структури переживання насильства українськими підлітками та юнаками у період трансформації суспільства	234
<i>Краско Т.И.</i>	Коррекция стилей личностно-ситуационного взаимодействия как основа психологической помощи людям, потерявшим работу	237
<i>Лазоренко Б.П.</i>	Психокорекція стресових станів	241
<i>Леванова И.Л.</i>	Роль психосексуальных факторов в формировании сексуальной дезадаптации	243
<i>Литовченко Н.Ф.</i>	Особливості функціонування інтерпретаційних процесів психолога та клієнта в ситуації надання психологічної допомоги	246
<i>Лобанов С.О.</i>	Особенности отношения до майбутнього ВІЛ-інфікованих хворих	250
<i>Логвинова Н.Ю.</i>	О некоторых социально-психологических особенностях семей «чернобыльцев»	253
<i>Лотоцкая М.Ю.</i>	Особенности выполнения методики «выбор сходных изображений» больными психозами	257
<i>Мозговой В.И.</i>	Основные направления изучения стрессоустойчивости – стрессоуязвимости личности	261
<i>Московцева-Бойко О.В.</i>	Использование «вопросника эмоциональной экспрессии» для выявления различий эмоциональных проявлений у больных разных нозологических групп	265
<i>Папуча Н.В.</i>	Особенности психологической помощи после психотравмы в ранней юности	268
<i>Пашнев Б.К.</i>	Особенности символики кошмарных сновидений больных психозами	271
<i>Родіонова Т.Ю.</i>	Деякі результати та аналіз використання програми «12 кроків» у психотерапії алкогольної залежності	273
<i>Романов И.Ю., Дурас С.Г.</i>	Теории агрессивности и детская агрессия	276
<i>Сердюк О.І.</i>	Розлади психоемоційної сфери у хворих на соматичні захворювання та їх психотерапевтична корекція	280
<i>Слесаренко Ю.В.</i>	Психосоматична проблема: глибинно-психологічний підхід	283
<i>Соловьева О.Н., Сивогракова З.А.</i>	Методика драматической психотерапии в психотерапевтической работе с детьми, испытывающими поведенческие трудности	286

Татенко Н.А.	Посттравматическое состояние в акушерстве. Первичное интервью.....	288
Геличкин А.А., Шестопалова Л.Ф.	Использование метода дебрифинга для профилактики психической дезадаптации участников миротворческих операций.....	291
Федоренко Р.П.	Динамика структуры супружеской адаптации.....	294
Харченко С.В.	Основные направления социально-психологической реабилитации участников военных действий.....	295
Чепелева Н.В.	Актуальные проблемы герменевтики в контексте психотерапии.....	297
Шаллан И.В.	Психометрическое оценивание посттравматического стрессового расстройства.....	301
Шестопалова Л.Ф.	Исследование алекситимических черт у больных вегето-сосудистой дистонией.....	305
Шинкаренко О.Д.	Насилие в супружеской паре: актуальность, опыт и перспективы исследования.....	308
ЗМІСТ		312

Збірник наукових праць
Вісник Харківського державного університету
№ 439'99

Серія "Психологія", "Політологія"

**Особистість і трансформаційні процеси у суспільстві.
Психолого-педагогічні проблеми сучасної освіти**

Частини 1, 2

ISSN 0453-8048

ХДУ, Україна, 310077, Харків, пл. Свободи, 4.

Сдано у виробництво 15.03.99.

Підписано до друку 21.04.99.

Формат 40x30/2. Папір офсетний.

Умовних друк. арк. 39 $\frac{3}{4}$. Облікованих друк. арк. 79,5

Тираж 300 примірників. Зам № 2.2704

Ціна договірна

14-92=

Надруковано в друкарні
Пр. Леніна, 17а, к.107,
тел. 45-10-46

