

На правах рукописи

РОГАЧЕВА ТАТЬЯНА ВЛАДИМИРОВНА

**СМЫСЛОВАЯ РЕАЛЬНОСТЬ БОЛЕЮЩЕЙ ЛИЧНОСТИ:
СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ**
(на материале болезней и нарушений системы кровообращения)

19.00.04 – Медицинская психология

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
доктора психологических наук

Томск - 2004

Работа выполнена на кафедре генетической и клинической психологии
Томского государственного университета

Научный консультант: член-корреспондент РАО,
заслуженный деятель науки РФ
доктор психологических наук, профессор

Залевский Генрих Владиславович

Официальные оппоненты: доктор психологических наук, профессор
Клочко Виталий Евгеньевич

доктор психологических наук, профессор
Прядеин Валерий Павлович

доктор медицинских наук, профессор
Макаров Виктор Викторович

Ведущая организация: Российский университет дружбы народов

Защита диссертации состоится 15 октября 2004 г. в ____ часов на заседании диссертационного совета Д 212.267.16 в Томском государственном университете по адресу: 634050, г.Томск, пр. Ленина, 36

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке Томского государственного университета

Автореферат разослан « ____ » сентября 2004 г.

Ученый секретарь диссертационного совета,
кандидат психологических наук

Бохан Т.Г.

Актуальность темы. Современное состояние медицинской психологии характеризуется интегративными процессами, вовлекающими в круг психологических вопросов другие сферы и аспекты научного знания, в том числе и медицину. В медицине наблюдается крах доминировавшей долгое время парадигмы, в которой тело и душа были противопоставлены друг другу. Мнение, что человеческое тело и его функции можно описать в категориях физики и химии, а идеал медицины заключается в превращении ее в инженерную науку по обслуживанию тела, существовало на протяжении нескольких веков.

С этих позиций болезнь есть ни что иное, как поломки органической "машины", локализация которых всегда узко ограничивалась: от органов (Морганьи) через клетки (Вирхов) вплоть до локальных морфологических изменений в тканях. В медицине преобладает односторонняя аналитическая ориентация, основная цель которой - локализация патологических процессов и выявление структуры болезни как ее анатомического и морфологического диагноза.

С другой стороны, широкий спектр заболеваний, даже на современном уровне развития медицины, невозможно объяснить в системе типичных понятий соматической нозологии. Естественнаучная концепция болезни приводит к пренебрежению психологическими факторами в диагностике и терапии. Медики все чаще сталкиваются с расстройствами, в которых отсутствуют макроскопические морфологические изменения организма, называемые функциональными расстройствами, без органического генеза со стороны тела.

Медицинская психология предлагает технологии возврата болеющей личности ее истинного бытия как предпосылку улучшения состояния или выздоровления. Такие технологии предполагают создание новых отношений с миром через диалог, понимание, чувство, осуществляемые в контексте личностного бытия.

Подлинное человеческое существование состоит в овладении определенными возможностями, в выборе самого себя, своей судьбы, зачастую и болезни, а также способов реагирования на нее. Ситуация соматических заболеваний как правило несет в себе смысл. Однако смысл многих из них до сих пор не ясен как для врача, так и для болеющего. Каковы же способы смыслогенеза, какую роль играет личность в созидании или выборе смысла болезни?

Ответ на этот вопрос выдвигает на передний план проблему осмысления человеком себя в ситуации болезни. Какую реальную смысловую нагрузку несет в себе болезнь? Какова структура этой смысловой реальности?

Степень разработанности проблемы представляется незавершенной. Р.А.Лурия, вводя в психологический словарь понятие "внутренняя картина болезни", включал в данное определение всю массу ощущений, самочувствие,

самонаблюдение, представления о болезни, причины болезни и пр. Аспекты внутренней картины болезни изучены достаточно основательно Г.А.Ариной, Ю.Г.Зубаревым, Б.В.Иовлевым, Н.Я.Ивановым, Б.Д.Карвасарским, А.В.Квасенко, СВ.Кербиковым, М.В.Коркиной, Н.Д.Лакосиной, А.Е.Личко, Р.А.Лурия, В.В. Николаевой, Т.Н.Резниковой, ЛЛ.Рохлиным, К.А.Скворцовым, В.М.Смирновым, Е.Т.Соколовой, М.В.Струковской, В.А.Ташлыковым, В.Д.Тополянским, А.Ш.Тхостовым, Г.К.Ушаковым и др. Эти исследователи решают вопрос осмысления болезни как составной части внутренней картины болезни.

Исследования значений болезни как существующих в социуме смыслов представлены в работах структуралистов. М.Фуко, К.Леви-Строс детально анализируют психологические механизмы присваивания личностью значений болезни. Данный подход ставит знак равенства между индивидуальным смыслом болезни и социальным значением болезни. Поэтому значения-смыслы болезни существуют до появления в мире болеющего человека, которому приходится приспособляться к уже имеющимся смыслам. Нам представляется односторонним как первый, так и второй подход.

Для прояснения механизмов смыслогенеза болезни значимо выявить методологические основания решения данной проблемы, используя разработки всех направлений гуманитарного дискурса, относящихся к числу фундаментальных мировоззренческих проблем.

Философский ракурс смыслогенеза и функционирования смыслов всегда оставался актуальным. Анализ онтологических оснований человеческого бытия представлен как в работах классических философов (Ж.О.Ламетри, Б.Паскаля, ИКанта, Г.Гегеля), так в постклассической философии (Э.Гуссерль, Э.Кассирер, СКьеркегор, М.Мерло-Понти, Ф.Ницше, Ж.П.Сартр, М.Фуко, М.Хайдеггер). Существенный вклад в разработку процессуальное™ смысла внесли отечественные философы Н.Бердяев, М.М.Бахтин, Г.Г.Шпет.

Категория "смысл" активно исследуется в психологии. Л.С.Выготский, А.Н.Леонтьев, В.Н.Мясищев, С.Л.Рубинштейн внесли собственный оригинальный вклад в решение вопроса о возникновении и функционировании смыслов как в индивидуальной психике личности, так и в коллективном психическом.

Традиция решения одного из основных вопросов бытия в мире – существования смысла не прерывается в современных отечественных исследованиях. А.Г.Асмолов, Б.С.Братусь, Ф.Е.Василюк, В.К.Вилюнас, М.Кальвиньо, Д.А.Леонтьев, А.А.Пелипенко, В.В.Столин придают существенное значение изучению данного вопроса в русле собственных исследований.

Анализ и решение смысловой тематики можно найти во многих зарубежных работах. Так, Д.Келли, В.Франкл, Дж.Франкл, Э.Фромм, Т.Шибутани, К.Ясперс, каждый в своем аспекте, раскрывали анализируемое понятие в своих трудах. Подход решения проблемы смыслогенеза в процессе диалога между внешним и внутренним анализируется в зарубежных работах

Л.Бинсвангера, С.Грофа, А.Гуггенбюль-Крейга, Ж.Лакана, Р.Лейнга, А.Лоуэна, А.Маслоу, Р.Мея, Ф.Лерлза, И.Ялома.

Цель исследования: построить концепцию смыслогенеза в ситуации болезней и нарушений системы кровообращения и разработать рекомендации взаимодействия с такими пациентами для клинических психологов и психотерапевтов в комплексной терапии.

Реализация поставленной цели осуществлялась в ходе решения следующих **задач:**

1. Провести анализ методологических оснований решения проблемы смысла.
2. Исследовать основные подходы к смыслам болезни в разных психологических направлениях, в том числе в структурализме, классическом психоанализе, юнгианском психоанализе, гуманистическом подходе.
3. Раскрыть представленность психологического механизма смыслообразования на разных уровнях смысловой реальности и прояснить его основные функции.
4. Выявить, какова роль фрустрированных потребностей при болезнях и нарушениях системы кровообращения.
5. Проанализировать, как связаны психологические и клинические проявления болезней и расстройств системы кровообращения.
6. Прояснить роль невротических моделей поведения в процессе смыслообразования.

Объектом исследования явилась смысловая реальность болеющей личности. Отметим, что понятие «реальность» все чаще используется в научной литературе. В работах последних лет можно найти категории «виртуальная реальность», «человеческая реальность», «культурная реальность», не говоря уже о «субъективной реальности». Данное исследование было ориентировано на аристотелевское понимание реальности как неисчислимого множества эволюционирующих миров, т.е. обозначение конкретного аспекта универсума, континуума «Мир - Человек», составляющего актуальное бытие болеющей личности.

Предмет исследования: структурный и функциональный компоненты смысловой реальности болеющей личности.

Гипотеза исследования: смысл болезни по-разному структурирует смысловую реальность, выполняя функцию индикатора различных стратегий взаимодействия болеющей личности и Мира.

Методологическим основанием работы определен экзистенциальный подход к пониманию личности, для которого приоритетами выступают, во-первых, направленность на смысложизненную проблематику, в центре которой – уникальность человеческого бытия; во-вторых, анализ ценностей, включающих любовь, болезнь, тревогу, необходимый для обоснования новых поведенческих ориентации человека; в-третьих, обращенность к внутренней, в первую очередь, эмоциональной сфере человека, исследования той ее части, которая находится на уровне индивидуального опыта и обоснования значимости чувственно-эмоционального начала для ориентации человека в мире.

Экзистенциальное основание данной работы позволяет использовать структурно-функциональный анализ, который рассматривает предмет как целостное образование, а в качестве основного средства расчленения целого выступает выявление различных функций, свойственных этому предмету.

Основным ограничением метода автор считает противопоставление понятию «структура» понятия «функция», трактовавшееся как противоречие между формой и содержанием. Но структура - это не слепок с застывшего объекта, а характеристика тех инвариантов его аспектов, которые выделяются лишь в процессе анализа его реальной динамики. Следовательно, структурная характеристика - это и динамическая характеристика. Невозможно констатировать лишь морфологический диагноз, не задумываясь о функциональных последствиях, о вариантах поведения пациента в ситуации болезни, не прогнозируя степень ограничений его жизнедеятельности и уровня недостаточности. Именно поэтому исследование структуры предполагает, что ее элементы определяются и с точки зрения их места в рамках исследуемого объекта, т.е. выполняемых функций.

Следует пояснить, что в отличие от многих исследователей, автор жестко не связывает понятия «структура» и «функция» только с вещественными субстанциями. Структура есть ставшее состояние, в отличие от актуальной динамики, изменений. С этих позиций можно говорить не только о структуре органа, организма, но и о структуре духовного мира, в частности о структуре смысловой реальности.

Экзистенциальная парадигма позволяет проанализировать структуры опыта человека в его реальной полноте непосредственных контактов с миром. Структурно-функциональный анализ дает возможность выявить механизмы генезиса смыслов через, с одной стороны, непосредственное «открытие мира» как способа, которым человек открывает себя как «бытие-в-мире», самоопределяется в бытии, производя себя как конкретную индивидуальность, с другой - через конституирование мира.

Теоретическим основанием работы выступил структурно-уровневый подход, позволивший рассмотреть взаимодействие болеющей личности и Мира как своеобразную систему, выделив в ней различные уровни и обозначив ее как смысловую реальность.

Научная новизна исследования.

Теоретически новым является исследование данной проблемы в контексте экзистенциального подхода, методы которого позволяют выявить глубинные тенденции, происходящие в смысловой реальности болеющей личности. Так, обнаружено, что основной фрустрированной потребностью при болезнях и нарушениях кровообращения является потребность в персональной любви, что приводит к личностным деформациям и, при определенных условиях "включает" либо саморазрушающие модели поведения, либо модели поведения, разрушающие внешний мир.

По-новому использован структурно-функциональный анализ, позволивший выявить, как на разных подсистемных уровнях смысловой

реальности функционируют компоненты личности и мира, видоизменяющие режимы их совместного бытия.

Предложены теоретически новые статистически обоснованные результаты корреляционных зависимостей клинических и психологических показателей в патогенезе болезней и нарушений кровообращения. Данные результаты позволяют четко дифференцировать пациентов с одинаковыми клиническими диагнозами по социальным (наличие-отсутствие группы инвалидности) и психологическим показателям (тип отношения к болезни, наличие-отсутствие невротических моделей поведения). По-новому представлена роль невротических моделей поведения, наличие которых приводит к неосознаваемым способам смыслогенеза.

Установленные в исследовании качественные различия в процессах смыслогенеза позволяют по-новому взглянуть и на клинические картины болезней системы кровообращения, особенно у тех пациентов, чьи клинические диагнозы похожи, но традиционная терапия не приносит улучшения или стабилизации соматического состояния.

Теоретическая значимость состоит в концептуальном переосмыслении имеющихся подходов к смыслу болезни и выявлению основных стратегий взаимодействия болеющей личности и мира. В работе дан развернутый анализ методологических подходов к понятию «смысл», выделены критерии решения проблемы смысла в гуманитарном дискурсе.

Уточняется понятие «смысл» и вводится понятие «смысл болезни», определяемое как специфическое отношение между болеющей личностью и миром. В выполненном исследовании дается развернутый анализ приемов и методов различных школ и направлений как специфических технологий в обосновании проблемы осмысления болезни. Представленные в работе подходы исследуются не в традиционном аспекте, как точки зрения, требующие критического анализа, а с позиций развертывания определенных граней бытия, безотносительно к их первичности либо вторичности. Это дало возможность автору по-новому представить структуру и процессуальность смыслогенеза в ситуации болезни.

Выявлены теоретически обоснованные стратегии структурирования смысловой реальности при взаимодействии личности и мира в ситуации болезни.

Исходя из структурных компонентов смысловой реальности и ориентируясь на экзистенциальную парадигму, были глубже поняты этиология и патогенез заболевания, особенно если клиническая картина выражена не ярко. Это, в свою очередь, делает возможным принципиально пересмотреть стратегию и тактику психокоррекционной и психотерапевтической помощи, когда внимание концентрируется не на психосоматическом симптоме, а на том, что лежит в его основании и активизирует осознанное смыслообразование клиента.

Практическая значимость результатов исследования. Предлагаемые в данном диссертационном исследовании положения и подходы могут быть

использованы как методологическая основа для отбора и применения адекватных мер и методов первичной и вторичной профилактики заболеваний и расстройств системы кровообращения, направленные на осознанное выздоровление, либо осознанный выбор адекватных способов существования личности в болезни.

Предложенные результаты могут быть использованы для решения вопросов теории и практики феноменологии болезни в рамках подхода к решению вопросов функционирования системы "болезнь - пациент", по крайней мере, при болезнях и расстройствах системы кровообращения.

Продланное исследование поможет практическим работникам здравоохранения, системы социального обеспечения и медико-социальной экспертизы адекватнее решать вопросы определения групп инвалидности и разработки программ индивидуальной реабилитации.

Практическое значение данного исследования состоит в возможности использования полученных результатов в процессе преподавания медицинской психологии студентам психологических факультетов, медицинских вузов, а также на факультете повышения квалификации врачей, переподготовки медицинских кадров, в том числе семейных врачей, психотерапевтов, специалистов системы социального обеспечения и медико-социальной экспертизы.

Апробация и внедрение результатов исследования. Основные положения диссертации отражены в 39 публикациях, в том числе монографии и статьях в сборниках научных трудов общим объемом 29 печатных листов.

Теоретические положения данного исследования послужили обоснованием организации психологической службы медико-социальной экспертизы Министерства социальной защиты Свердловской области. Результаты исследования использованы для перестройки клинической и психологической работы с пациентами Регионального Центра радиационной медицины (областная больница №2 г.Екатеринбурга). Материалы представленного исследования явились основанием для создания и функционирования Центра лечения и реабилитации наркотически зависимых лиц.

Апробация результатов осуществлялась при теоретических обсуждениях данной проблематики на кафедре генетической и клинической психологии психологического факультета Томского государственного университета, на расширенных заседаниях Ученого Совета Института философии и права Уральского отделения Российской Академии Наук, ученого совета педиатрического факультета и центральной методической комиссии Уральской государственной медицинской академии, а также на методологическом семинаре, проводимом кафедрами философии и психологии УГМА.

Результаты исследования доложены на II научно-практической конференции "Проблемы социально-психологической реабилитации участников локальных конфликтов" (г. Пермь, 1997), на IV Конгрессе педиатров России (Москва, 1998), V Международной конференции "Социально-

психологическая реабилитация населения, пострадавшего от экологических и техногенных катастроф" (Минск, 1998), Региональной научно-практической конференции "Психология на службе республики Башкортостан" (Стерлитамак, 1998), Региональной научно-практической конференции "Практическая психология" (Екатеринбург, 1998), Международном семинаре-симпозиуме "Теория и практика решения проблемы профилактики наркомании" (Екатеринбург, 1999), Международной научной конференции "Актуальные вопросы наркоситуации в России" (Ростов на Дону, 1999), VI Международной конференции "Социально-психологическая реабилитация населения, пострадавшего от экологических и техногенных катастроф" (Минск, 1999), Международном симпозиуме "Хроническое радиационное воздействие: возможности биологической индикации" (Челябинск, 2000), IX Международной конференции "Эколого-физиологические механизмы адаптации" (Москва, 2000), Всероссийской научно-практической конференции "Психотерапия в России: школы, научные исследования и практические достижения" (Москва, 2000), II Уральской научно-практической конференции "Медицинская и биологическая кибернетика" (Екатеринбург, 2000), Межрегиональной научно-практической конференции "Психологическая и психотерапевтическая помощь в современных условиях" (Киров, 2000), Региональной научно-практической конференции "Психофизиологические аспекты адаптации и реабилитации" (Екатеринбург, 2000), I Международной конференции "Хроноструктура и хроноэкология репродуктивной функции" (Москва, 2000), VII Международной конференции "Социально-психологическая реабилитация населения, пострадавшего от экологических и техногенных катастроф" (Минск, 2000), Международной конференции "Медико-экологическая безопасность, реабилитация и социальная защита населения" (Кемер, Турция, 2001), Международной конференции "Генетические последствия чрезвычайных радиологических ситуаций" (Москва, 2001), Конференции с международным участием "Психическое здоровье в XXI веке: оценка и прогнозы" (Томск, 2001), I Всероссийском конгрессе "Здоровье и образование ребенка" (Пермь, 2002), Международной конференции "XXI век и наркотики: пути решения и проблемы" (Омск, 2002), Всероссийской научно-практической конференции с международным участием "Профилактика аддиктивных состояний в детско-подростковом возрасте" (Томск, 2003), Российской научно-практической конференции "Молодое поколение в современном обществе: процессы социализации, адаптации и реабилитации" (Пермь, 2003).

Положения, выносимые на защиту:

1. Смысл есть отношение между Личностью и Миром, которое возникает в смысловой реальности. Смысловая реальность существует как своеобразный феномен встречи личности с миром, представляя собой перекресток значений как безличного объективного бытия, содержащего социальную информацию о болезнях, и личностных переживаний и представлений о собственном заболевании как субъективного бытия. Смысл определяется событием и

актуализируется потребностью, отражая как личностный опыт, так и систему значений и ценностей Мира. Смыслообразование происходит двумя способами: осознанно и неосознанно. При осознании смысл выступает таким отношением к реальности, при котором происходит наращение поверхностной и глубинной информации о болезни. Если же встреча личности с миром в ситуации болезни неконструктивна, то смысл болезни манифестирует через психогенные симптомы. Сущность неадекватности со-бытия личности и болезни проявляется во фрустрированности базовых потребностей личности.

2. Структурирование смысловой реальности происходит с помощью разных стратегий взаимодействия мира и болеющей личности. Эти стратегии определяются функцией, которую выполняет смысл на конкретном уровне смысловой реальности. При смыслогенезе осуществляется взаимодействие трех уровней (телесного, индивидуально-личностного и социально-личностного) смысловой реальности, когда смысл функционирует как ориентирование в мире, регуляция и преобразование мира, являясь индикатором конкретной стратегии в зависимости от осознания либо неосознания ситуации болезни болеющей личностью.

3. Пациенты с заболеваниями и нарушениями системы кровообращения принципиально отличаются по психологическим механизмам поведения в болезни. При наличии фрустрированной потребности в персональной любви у пациентов, имеющих в анамнезе инфаркт миокарда, патогенез болезней кровообращения отягощается при неосознаваемом варианте смыслогенеза. Ликвидаторы аварии на ЧАЭС, имеющие такой же клинический диагноз, демонстрируют саморазрушающую модель поведения, а аддиктивные личности с нарушениями системы кровообращения активно меняют мир с помощью химических веществ.

4. Наличие факта инвалидности как клинического и социального показателя тяжести состояния больного не позволяет объективно оценить ситуацию болезни. Определение I и II групп инвалидности есть определенное "разрешение" социума на удовлетворение фрустрированных потребностей, что замедляет процесс осознанного смыслогенеза, ухудшая соматическое состояние.

5. Невротические модели поведения в болезни способствуют деформированному решению личностных проблем, что осложняет осознанное осмысление ситуации болезни, приводя личность к конфликтному, либо к преградному смыслу.

6. Механизмы адаптации к болезни зависят от распакованности (осознания) либо запакованности (неосознанности) для личности ее смысла. Так, если человек, перенесший инфаркт миокарда осознает, что смыслом его болезни выступает манифестация фрустрированной ранее потребности в любви, то он демонстрирует гармоническое отношение к своей болезни, понимая при этом, что болезнь позволяет удовлетворять данную потребность. Деформация в потребностной сфере приводит к дезадаптации в ситуации болезни, что проявляется в бессмысленности и ухудшении состояния.

Структура и объем диссертации. Данная работа состоит из введения, 7 глав, заключения и библиографии, содержащей 381 источник, в том числе 94 наименования на иностранных языках. Диссертация изложена на 384 страницах, иллюстрирована 4 схемами, 19 таблицами, 5 гистограммами, 2 диаграммами и 9 рисунками, 5 психокоррекционными примерами.

Материал и методы исследования.

В соответствии с выбранным методологическим основанием исследования использовались следующие методы: клинический метод, Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни, разработанная в Санкт-Петербургском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В.М.Бехтерева, ко-терапевтическая система Д.Келли, модифицированная В.М.Воробьевым, психоаналитическая методика ЛСонди.

Выборка исследования была сформирована в соответствии с гипотезой исследования. В выборку вошли три группы больных, имеющих клинически подтвержденные болезни и нарушения в системе кровообращения.

Первая группа состоит из пациентов, перенесших инфаркт миокарда, но не имеющих в анамнезе экстремальных событий. В данную выборку вошли 140 пациентов в возрасте $52,9 \pm 0,7$ лет, перенесшие острый крупноочаговый инфаркт миокарда $2,8 \pm 0,7$ лет назад к моменту исследования.

Внутри данной группы были выделены две подгруппы в соответствии с диагнозом. В первую (основную) группу вошли 103 больных, перенесших инфаркт со сложными нарушениями ритма и проводимости в остром периоде. Во вторую группу (группу сравнения) вошли 37 пациентов, перенесших инфаркт миокарда без осложнений. Больные обеих групп были репрезентативны по полу, возрасту, давности инфаркта, наличию сопутствующих заболеваний, образовательному уровню и тяжести труда на момент заболевания.

Вторая группа включала пациентов с болезнями и нарушениями системы кровообращения, в том числе инфарктом миокарда, пережившим техногенную катастрофу. До ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС все испытуемые были здоровы, что подтверждено медицинскими документами. В выборку вошел 151 ликвидатор в возрасте от 35 до 50 лет, мужского пола. На момент исследования у 62 % были зарегистрированы системные нарушения кровообращения кардиологического характера, в том числе у каждого третьего - инфаркт миокарда, у 38 % - органические изменения сосудистой системы органов кровообращения. Все испытуемые на момент исследования имели I и II группы инвалидности.

Третья группа была сформирована из лиц, имеющих в анамнезе нарушения системы кровообращения и злоупотребляющих опиатами. Клиническая картина нарушений у данных пациентов походила на проявленность заболеваний кардиологического характера у ликвидаторов аварии на ЧАЭС. В выборку вошли 132 опиатно зависимых молодых человека,

средний возраст которых $20 \pm 2,6$ года, средний стаж употребления опиатов $5 \pm 1,8$ года.

На заключительном этапе собранные эмпирические данные были подвергнуты математической обработке с помощью пакета статистических программ Statistica - Windows 4.1, куда входит многофакторный анализ, а также пакета SPSS.

Для формирования корреляционных матриц номинативные шкалы были преобразованы в измерительные с помощью операции ранжирования. Проведение факторов через кластеры переменных осуществлялось по методу VARI-MAX normalized.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во введении обоснована актуальность темы исследования, определены его методологическое и теоретическое основания, проанализированы состояние научных исследований и степень разработанности выбранной темы, описан метод исследования, сформулированы основные положения, выносимые на защиту, научная новизна и практическая значимость исследования. Представлены формы внедрения результатов исследования в практическую деятельность.

В первой главе «Методологические основания проблемы смысловой реальности» дан анализ основных подходов к проблеме смысла. Для построения концепции исследования были проработаны методолого-теоретические основания решения проблемы смысла.

В исследовании было установлено, что в философском дискурсе выделены два критерия для решения проблемы смысла. Первый - это месторасположение смысла. Первоначально в истории философии смысл находится вне человека и является первичным по отношению к нему. Представителями подобного подхода, начатого древнегреческими философами, были структуралисты. С переносом акцентов на антропоцентризм, смысл перемещается «внутрь» человека, приобретая субъективистскую окраску. Философы Возрождения, Нового времени, французские материалисты XVIII века активно исследуют индивидуальное сознание личности. Немецкая классическая философия внесла существенный вклад в решение проблемы смысла, делая ударение на активность субъекта, в том числе и по отношению к осмыслению ситуаций. Гегель развел категорию «значение» и категорию «смысл», подчеркивая, что смысл является вторичным по отношению к значению и служит для освоения значений.

С.Кьеркегор отстаивал позицию, что смысл это выбор, причем человек может быть адекватным и неадекватным в своем выборе. Г.Г.Шпет первым указал на то, что смысл существует на пересечении значения как проявленности объективного и индивидуального сознания. В диссертационном исследовании подчеркнуто, что трактовка смысла С.Кьеркегором и Г.Г.Шпетом раскрывает возможность субъект-объектного существования смыслов.

Экзистенциальные философы и близкие к ним феноменологи решали проблему смысла как своеобразную встречу человека с миром, как Со-бытие, т.е. совместное бытие. Решение вопроса двумировости как альтернативного видения Мира позволило представить смысл как многозначное явление, находящееся на перекрестке возможных миров в специфической реальности.

Второй критерий связан с методологическим обоснованием динамичности смыслов. Показано, что осмысление - это итог и результат познания в деятельностно-практическом контексте, когда смысл есть конструктивное либо неконструктивное осмысление мира человеком и, следовательно, ответственность личности за данный результат.

В исследовании раскрыты представления о природе смысла в западной психологии, которые рассматриваются автором как своеобразная шкала позиций, на одном конце которой В.Франкл с экзистенциальным обоснованием бессмысленности человеческого существования, на другом - К.Роджерс с четко обозначенными способами прояснения смыслов в процессе психотерапии.

Психоаналитики (З.Фрейд, К.Г.Юнг, Э.Фромм, С.Гроф) анализируют смыслы как своеобразную матрицу психогенных симптомов, т.е. как специфическое отношение личности к реальности, которое может быть воспроизведено как с потерями, так и с приращением субъективного сознания.

Следовательно, в западной психологии устоялось экзистенциально-феноменологически ориентированное представление о смысле как отношении, находящемся на пограничной полосе между онтологическим и гносеологическим планами личности, где и протекает интенсивная жизнь.

В отечественной психологии смысл для большинства ученых это результат человеческой деятельности и составная часть субъективного сознания. Л.С.Выготский связал смысловые образования личности и потребности, выделив тем самым регуляторную функцию смысла. Введенное Л.С.Выготским понятие «смысловое поле», позволило автору предположить существование специфической смысловой реальности, рассмотрение которой является объектом исследования.

А.Н.Леонтьев обратил внимание на соотношение понятий «значение» и «смысл», указав, что смысл есть отношение субъекта к содержанию, т.е. интериоризированное значение.

С.Л.Рубинштейн и В.Н.Мясищев рассматривали смысл в контексте специфических способов существования личности, которые иерархизированы. Для данных авторов характерен субъект-объектный подход к смыслу, главной особенностью которого выступает единство значения и переживания в смысловой структуре личности, а также ссылка на существование скрытых процессов при внешнем отсутствии осознания личностью значимых для нее явлений.

Во второй главе «Теоретические подходы к представленности болезни болеющей личности» рассматриваются различные подходы к проблеме осмысления болезни в различных психологических направлениях. Опора на методологические основания решения проблемы смысла позволила

исследовать смысловые нагрузки, которые может нести болезнь. В диссертации представлены четыре основных подхода к смыслу болезни.

Так, болезнь как регулятор отношений в системе «социум - человек» анализируется в работах структуралистов К.Леви-Строса и М.Фуко. Данные авторы, указывается в диссертации, выносят смысл болезни за пределы индивидуальной психики, предполагая, что его означает общество. Болезнь в архаичных культурах, где человеческое существование представлено социальным телом, которое не выделено из множества других тел, выступает своеобразным регулятором многих отношений и находится на пересечении различных, как явных, так и неявных потоков значения. Тем самым она приобретает определенную психическую силу, в которую должен верить болеющий. Поэтому болезнь, как показывает К.Леви-Строс, выступает в данной культуре как катастрофа для личности, ведь личность, начиная болеть, перестает быть такой же как все, т.е. здоровой.

М.Фуко анализирует динамику трансформаций, связанных со структуризацией медицинских знаний о больном человеке и его болезни, подчеркивая, что медицина сама конституирует своего пациента. По М.Фуко смысл болезни в констатации социумом факта, что поведение конкретного человека не соответствует общепринятым нормам. Изменение социальных норм с необходимостью приводит к изменению в подходах медицины к различным заболеваниям. Именно в процессе накопления этического опыта, считает М.Фуко, складывается человеческая субъективность, приводящая к возможности иметь индивидуальное право на жизнь, тело, здоровье и болезнь. Отсюда призыв М.Фуко к преодолению пропасти между социумом в форме знаний, техник, практик и институтов, формирующих смысл, и личностью, которая может относиться к себе и к своему опыту как к исследованию себя, в том числе и в ситуации болезни.

Болезнь может выступать как проявление конфликта между сознанием и подсознанием. Этот аспект работы посвящен психоаналитической традиции в определении смысловых нагрузок, которые несет в себе болезнь. Будучи пионерами в вопросе смыслообразования, психоаналитики фиксируют необычные физиологические реакции на эмоциональное напряжение, выступающее психологическим фактором продуцирования болезни. В работе говорится о том, что для З.Фрейда, как и для большинства психоаналитиков смысл заболевания заключается в противоречии между сознанием и подсознанием, разворачивающемся на подсознательном уровне.

Анализ других подходов в рамках психоанализа к возможностям осмысления болезни подтверждает сделанный З.Фрейдом вывод. Так, Ф.Александр более тонко дифференцирует физиологические реакции и адаптивные изменения вегетативных функций, разделяя истерические конверсивные реакции и адаптивные изменения вегетативных функций, вызываемых одной причиной — эмоциональным напряжением. Главный вывод Ф.Александра состоит в том, что многие болезни не являются несчастьями, постигшими невинного человека, поскольку в действительности порождает их

он сам - он является активным агентом их возникновения, а болезни отражают черты его личности.

В работе указывается на произошедшее разделение исследователей на группу, которая перешла к клиническим экспериментам, ориентируясь только на объективную картину болезни, отказав тем самым пациенту в возможностях осмысления болезни, и на группу, которая провозгласила «возврат к Фрейдю» (ЛБинсвангер, Ж.Лакан, Р.Лейнг). Данные авторы описывают болезнь как способ и манеру бытия в мире конкретного человека, отражающие позицию личности, существующую в смысловом контексте.

Методологическое основание аксиологического подхода, подчеркивается в работе, концепции М.Хайдеггера и Ж.П.Сартра, было принято за основание исследований В.фон Вайцекера, Кристиана, А.Митчерлиха и др. Смысл и предназначение болезни видится им в том, что именно в болезни выражается судьба человека, которая предопределена трансцендентно. Под тяжестью страданий в болезни некоторые люди, указывают эти исследователи, доходят до осознания глубокого смысла своего заболевания, обретая самих себя и достигая более высокого уровня моральных и духовных качеств.

Болезнь может быть следствием неудовлетворенности потребностей. Данный подход, как установлено в исследовании, поддерживается гуманистическим направлением. А.Маслоу, Ф.Перлз, Л.Сонди черпали теоретические представления из собственной психотерапевтической практики, суть которой - в непрерывном процессе осознания пациентом своей индивидуальности через присвоение смысла. Смыслообразование, происходящее в процессе осознания, приводит болящую личность к изменениям, которые способствуют, с точки зрения данных исследователей, возрастанию способности опираться на себя, становясь интегративной личностью, более четко и полно отражая взаимосвязи Мира и Личности.

В данном подходе выделена психоаналитическая по форме, но экзистенциальная по содержанию концепция Л.Сонди, позволяющая охватить многие стороны человеческой жизни в ситуации болезни. Л.Сонди указывает, что фундаментальные потребности существуют у каждого человека, но есть личностные проявления, которые могут объяснить, почему люди по-разному удовлетворяют свои потребности. Фрустрирование базовых потребностей приводит личность к болезни, поэтому причина болезни для представителей гуманистического направления - в хронической неудовлетворенности базовых потребностей, а смысл - в манифестации клинической симптоматики.

Третья глава «Методология, методы и организация исследования» состоит из предложенной автором концепции исследования, обоснования методов и выборки исследования. Дана хронология проведения исследования.

Проработав методологические и теоретические основания проблемы смысла автор построил концептуальную модель. Выделена специфическая сфера образования и функционирования смыслов, названная смысловой реальностью. Смысловая реальность есть превращенная форма континуума бытие-сознание, системообразующим фактором которой выступает смысл.

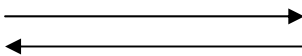
Производство смыслов это узнавание и присвоение личностью содержательных компонентов квази-смыслов как нераспакованных, т.е. неосознанных Миром и личностью смыслов.

Смыслогенез рассмотрен автором как процесс, в ходе которого осуществляется функционирование и взаимодействие трех уровней (схема 1). На каждом уровне представлены такие компоненты личности и Мира, которые могут активно участвовать в данном процессе.

Первый уровень смысловой реальности назван телесным и состоит из субъективно переживаемых ощущений и симптомов, потребностей и др., которые соотносятся личностью с теми значениями ощущений, симптомов, которые уже существуют в мире в виде эталонов, норм, символики и пр. Другими словами, будучи здоровым, человек в определенной степени знакомится с уже существующими образами болезни, имея в результате адекватную, либо неадекватную информацию о телесных расстройствах. Образуемая таким образом информативная система болезни есть личностная концепция, располагающаяся в интервале «болезнь - здоровье». Человек может пользоваться теми значениями и эталонами, которые предложены миром, может искать смысловые репрезентации в себе, а может соотнести предлагаемые социумом значения со своими потребностями, проясняя смысл болезни для себя.

Схема 1. Структура смысловой реальности

Представленность Человека	Представленность Мира	
<p>III социально- личностный уровень (присвоенные ценности, ожидания, межличностные конфликты, социальные потребности и пр.)</p>	<p>Разрыв смысла</p> <p>С</p> <p>О</p>	<p>Групповая картина мира, групповые нормы поведения, социальные ценности, нравственные нормы, мифы болезни, другие люди и пр.</p>
<p>II. индивидуально- личностный уровень (личностные потребности, личностные цели, мотивы, личностный опыт, отношение к болезни, внут- риличностные конфликты и пр.)</p>	<p>Б</p> <p>Ы</p> <p>Т</p>	<p>Способы поведения (социально одобряемые и социально отвергаемые), опредмеченные потребности как необходимости, Другой (врач, психолог, значимые люди), значения болезней, ценность здоровья и пр.</p>

<p>1 телесный уровень (ощущения, субъективные симптомы, переживания, потребности, наследуемые факторы и пр.)</p>	<p style="text-align: center;">И Е</p> 	<p>Эталоны тела, значения симптомов, символика тела, эмоциональные нормы и пр.</p>
---	--	--

Второй уровень, обозначенный как «индивидуально-личностный», содержит потребности, занимающие в иерархии А.Маслоу срединное место и ориентированные на взаимодействие со значимыми людьми. Эти компоненты связаны со способами поведения в болезни, которые предлагаются окружением болящей личности, представленностью здоровья как ценности или сформированным культом болезни, реакциями значимых фигур на ситуацию болезни.

В третий «социально-личностный» уровень включены: система ожиданий, связанных с болезнью, межличностные конфликты, высшие по А.Маслоу потребности. Со стороны мира в этот уровень вошли репрезентируемые группами нормы поведения, система социальных ценностей, мифология болезней, отношение людей к болящей личности.

Подсистемы структуры смысловой реальности находятся между собой в отношениях соподчинения и образуют вертикальный контур, который придает системе определенную устойчивость. Горизонтальный контур создает предпосылки для относительной автономности и гибкости системы.

Взаимодействие между личностью и миром в процессе смыслогенеза определяется событием в экзистенциальной его трактовке. Совместное бытие может приобретать разные формы, в том числе и форму болезни, и форму пролонгированной, хронической ситуации деформирующей личность воспитания, и форму экстремального, выходящего за пределы обычного человеческого опыта события. Событие может быть представлено суммой различных ситуаций, выступающих для личности как субъективно значимые.

Может возникнуть ситуация, при которой личность и мир перестают взаимодействовать (смерть, коматозные состояния, измененные состояния сознания). Тогда происходит разъединение мира и личности, что приводит к разрыву в смысловой реальности, к исчезновению смыслов.

Следовательно, под **смыслом** автор понимает **отношение между личностью и миром, возникающее в смысловой реальности, которое определяется событием и актуализируется потребностью, проявляясь как в личностном опыте, определяя ее действия и переживания, так и в системе значений и ценностей мира, которые присваивает личность.**

Смысловая реальность как система может находиться в равновесном и неравновесном состоянии. Устойчивое функционирование смысловой реальности осуществляется до определенной критической отметки, которую называют точкой бифуркации. В этой точке система переходит в неравновесное состояние, тогда ее направленность может кардинально измениться. Такой

точкой выступает болезнь, а также выбранные системой новые способы адаптации, которые трансформируются в болезнь.

В схеме 2 предлагаются основные механизмы смыслогенеза в ситуации болезни. На телесном уровне главная функция смысла представлена через ориентировочно-сигнальную деятельность. Заболевший человек не может удовлетворять свои потребности привычным способом, ориентиром этого выступает эмоция, т.к. именно переживание репрезентирует человеку его состояние.

Переживание как один из компонентов механизма смыслогенеза на телесном уровне может быть осознано личностью, а может и не осознаваться. Отсюда - выделение в работе двух способов смыслогенеза - осознанного и неосознанного.

Первый приводит к бессмысленности, результатом которой является манифестация симптомов, ухудшение состояния и даже смерть. Второй способ связан с оцениванием своего поведения в болезни, построением стратегии выживания в новых условиях, что обуславливает выход на второй уровень смысловой реальности.

Схема 2. Концепция смыслогенеза в ситуации болезни

	Уровень	Функция	Процесс	Способ	Результат
С О Б Ы Т И Е	III. Социально-личностный	Когнитивно-преобразующая	Рефлексия	Осознанный	1. Приращение смысла как инсайт (результат-ыздоровление, облегчение состояния) 2. Переосмысление (результат - рождение нового смысла)
	II. Индивидуально-личностный	Регуляторная	Достижение - нарушение адаптивности	Осознанный	Позитивный смысл (результат - конструктивная адаптация, принятие ответственности за здоровье) Иллюзорный смысл
				Неосознанный	1. Преградный смысл (результат - неконструктивная адаптация, дезадаптация) 2. Конфликтный смысл (результат - сохранение жизни)
	I. Телесный	Ориентировочно-сигнальная	Переживание	Осознанный	Позитивный смысл (результат - оценка поведения в болезни)
Неосознанный				1. Бессмысленность (результат-манифестация симптомов, ухудшение самочувствия, смерть) 2. Первичный смысл (как потенциал развития)	

На втором уровне на передний план выходит регуляторная функция, которая, присутствуя на всех уровнях смысловой реальности, именно на этом уровне становится катализатором психологического механизма достижения-нарушения приспособленности личности к требованиям, нормам и условиям мира и к своему состоянию. Результатом неосознаваемого способа смыслогенеза будет конфликтный или преградный смысл. Первый проявляется в самосохранительном поведении, второй - в неэффективной, неконструктивной адаптированности к болезни. При осознании смысловой нагрузки болезни результатом выступает позитивный смысл, когда человек демонстрирует конструктивное приспособление к болезни.

Когнитивно-преобразующая функция смысла осуществляется с помощью рефлексии и может протекать только осознанно. Главный результат смыслогенеза на третьем уровне смысловой реальности - приращение смысла, инсайт, переосмысление как изменение отношения к ранее сложившемуся смыслу. В исследовании выделен также и иллюзорный смысл, который может быть следствием рефлексии.

Таким образом, под смыслом болезни автором понимается отношение между болеющей личностью и миром как объективация личностного проживания ситуации болезни и субъективация значений, ценностей диады «здоровье - болезнь», существующих в данный момент в культуре.

Предложенная концепция была проверена на экспериментальном материале.

В четвертой главе «Инфаркт миокарда как манифестация дефицита любви» приводятся клиничко-психологические аспекты этиопатогенеза инфаркта миокарда, разработанные в современной научной литературе, на основании которых и полученных результатов данного исследования представлена специфика смыслогенеза пациентов, переживших инфаркт миокарда.

При применении факторного анализа к результатам, полученным после обследования пациентов, переживших инфаркт миокарда, было задано 4 группы факторов, объединивших в матрице структуры переменных как клинические, так и психологические показатели.

Первый фактор дает общее представление о состоянии пациентов на момент исследования. Клинические данные показывают, что в острый постинфарктный период соматическое состояние пациентов улучшилось. Вероятно, это самый "удобный" момент для удовлетворения потребностей в заботе и любви со стороны значимого окружения.

Однако на момент исследования, как демонстрирует вторая группа переменных, каждый третий, перенесший инфаркт, диагностируется как имеющий III класс тяжести по Арнову, что сигнализирует о серьезных проблемах со здоровьем. Стенокардия на момент исследования не зафиксирована только у 5% больных, а 23% имели самую тяжелую IV группу, 40% - третью группу

проявленности данного нарушения системы кровообращения, что говорит о поражении коронарных артерий и ограничении продвижения крови к сердцу.

Самые большие нагрузки в данном факторе имеют две психологические переменные, означающие потребности больных, перенесших инфаркт миокарда в целом по выборке. Это актуальная потребность в защитной реакции от опасностей, осуществляемая либо посредством «рефлекса обмирания» (24%), либо с помощью «двигательного шквала» (21%). Установлено, что больные с неосложненным инфарктом достоверно чаще демонстрируют вторую модель поведения, связанную с активными попытками спастись от опасности. Вторая потребность - вытесненная у большинства пациентов потребность в «прикреплении к старому объекту», чаще означающая сложности в отношениях со значимыми людьми и связанная с потребностью в любви.

Анализ факторных нагрузок, вошедших в первый фактор, помог автору сделать вывод о разнонаправленных способах психологической защиты в основной и контрольной группах. Тот способ, который связан с пассивностью и конфликтным смыслом, позволяет легче переносить тяжесть состояния, т.к. экономит энергию, необходимую для функционирования организма. Человек как бы смирился с фрустрированной потребностью в любви и в своих мечтах пытается пережить это чувство, чаще с потерянным объектом.

Паническая активность, осложненная страхами и предчувствием катастрофы, не позволяет личности удовлетворять свои актуальные потребности, в первую очередь в любви, отнимая энергию, что является непродуктивной моделью поведения в болезни. Поэтому сделан вывод о том, что основная группа больных, несмотря на отягощенность инфаркта миокарда, имеет более благоприятный сценарий патогенеза.

В первый фактор вошел показатель инвалидности, демонстрирующий динамику состояния пациентов, перенесших инфаркт. Установлено, что самой противоречивой оказалась группа пациентов, имеющая II группу инвалидности. В данной группе самый большой процент (56%) невротических моделей поведения, тогда как у пациентов с первой группой невроз не выявлен, а у больных с III группой этот процент - 21%.

В работе дается анализ основных подходов к неврозу. Автор рассматривает невроз как неадекватное, но решение проблемы. Реальные контакты с миром, адекватное представление о себе зачастую требуют достаточно серьезных психических усилий, а иногда и мужества. Далеко не каждый человек способен на такие усилия, это причиняет ему боль. Решая эту проблему, личность выбирает из двух зол меньшее. Индивид, бессознательно перестраиваясь в неврозе, редуцирует, уменьшает наиболее сильные непосредственные мучительные переживания.

Таким образом, невроз обеспечивает преимущества личности, способствующие облегчению ее положения. Первое преимущество заключается в том, что человек теряет интерес к существующим реальным проблемам и прибегает к фантазиям. Последние создают иллюзию того, что желания личности получили свою реализацию, несмотря на продолжающееся

существование конфликтных сил. Второе преимущество позволяет невротикку осуществить определенное влияние на свою внутреннюю структуру, вступая в своего рода "договор" с собственными симптомами. Симптомы помогают избежать опасной ситуации, о которой первой предупреждает тревога. Человек сопротивляется попыткам уничтожить симптомы с помощью как терапии, так и психотерапии, испытывая чувство потери при их исчезновении.

Анализ значений болезни для выделенной когорты пациентов позволил установить связи между показателем наличия-отсутствия невротических моделей поведения и типом отношения к болезни, представленные в Таблице 1.

Как видно из таблицы, у пациентов со II группой инвалидности, имеющих невротические модели поведения, отсутствует гармоническое отношение к своему заболеванию. Среди инвалидов со II группой, но без невротических проявлений, адекватно оценивающих свое состояние - 23%.

На первом месте в группе инвалидов, имеющих невротические модели поведения оказалось эргопатическое отношение к болезни как бегство в другие виды деятельности. Болезнь же постоянно напоминает, что Я - неполноценно. Поэтому чем чаще личность сталкивается с напоминаниями о болезни, тем выше внутреннее напряжение, спастись от которого можно через демонстрацию «прежнего Я» или посредством установления "хороших" отношений с другими людьми. Отсюда выявленная обратно пропорциональная зависимость между невротическими моделями поведения и напряжением ($r = -0,46$, $p < 0,05$). Поэтому невротический конфликт в данной группе связан с предположениями, что любить будут "за что-то", за выполнение семейных обязанностей, профессиональную деятельность и пр.

Таблица 1. Зависимость типа отношения к болезни от наличия-отсутствия инвалидности и наличия - отсутствия невроза (пациенты с инфарктом миокарда)

Отношение к болезни	Невроз (в %)		Невроза нет (в %)	
	Инвалиды II группы	Без группы	Инвалиды II группы	Без группы
Гармоническое	-	25	23	28,6
Смешанное	26,3	25	30,8	-
Диффузное	16	-	-	28,6
Эргопатическое	26,3	-	-	42,9
Сензитивное	16	38	-	-

Смешанный тип отношения к болезни в этой группе чаще содержит также эргопатический и анозогностический компоненты. Развернутые клинические исследования не выявили в данной группе объективных опасностей повторения инфаркта миокарда. Однако в психологическом плане это самая неблагоприятная группа, так как здесь были установлены своеобразные

"ножницы" между клиническими показателями и психологическим состоянием этих больных.

В работе представлены результаты методики Д.Келли, математическая обработка результатов которой позволила построить смысловые поля конструкта «Я-реальное» и выявить разницу в данных полях различных когорт пациентов-инвалидов с невротическими моделями поведения. Так, смысловое поле конструкта «Я-реальное» у пациентов с неосложненным инфарктом ассиметрично и характеризуется противоречивостью позиций по отношению к себе и по отношению к другим. Выявлен низкий адаптационный потенциал. У пациентов с осложненным инфарктом наблюдаются также противоречивые характеристики, связанные с высоким уровнем конфликтности и высоким показателем эмоциональной напряженности, что выступает угрожающим фактором срыва адаптационных процессов. «Я-идеальное» смещено в сторону конструкта «Ребенок». Смысловое поле пациентов с осложненным инфарктом, переживших клиническую смерть указывает на разбалансированность личностной структуры.

Потому только наличие факта инвалидности не дает возможности объективно оценить ситуацию болеющего человека. Если инвалидность позволяет больному удовлетворить фрустрированные потребности, то при условии присвоения тяжелой первой и достаточно тяжелой второй группы его объективно отслеживаемое состояние будет улучшаться при наличии невротических моделей поведения.

В работе отслеживаются закономерности протекания болезни в группе больных, которым группа инвалидности не была определена, но имеющих невротические модели поведения. Здесь велик процент пациентов из основной группы (78%), на эту же группу приходится самое большое число жалоб на свое состояние, каждый второй предъявил претензии к своему самочувствию в послеинфарктный период и на момент исследования. Неудивительно, что на первом месте здесь оказалось сензитивное отношение к болезни (38%).

В смысловом поле конструкта «Я-реальное» у данной когорты пациентов характеристики расположены ассиметрично. В исследовании выявлена когнитивная простота характеристик, что продиагностировано, в соответствии с интерпретацией Дж.Келли как низкий социальный интеллект и низкая способность к осознанию.

Структура актуальных потребностей пациентов с инфарктом миокарда в целом по выборке на первом месте содержит потребность в персональной любви, которая у большинства испытуемых вытеснена. Каждый третий больной демонстрирует стремление к избеганию, торможению, отчуждению и вытеснению, поэтому позиция, занимаемая "Я" в мире невротична, что подтверждает большой вес переменной "невроз". Невротические модели поведения выявлены у 40% в основной группе и у 65% в контрольной. Этим объясняется выявленный в исследовании факт, что наиболее часто встречающееся по всей выборке отношение к своему заболеванию - диффузное. Причем у пациентов из основной группы компоненты диффузного типа не

противоречивы (сензитивный, ипохондрический, тревожный типы), а скорее взаимодополняют друг друга, проясняя для исследователя модель поведения в болезни, связанную с уходом в себя, концентрацией на внутренних переживаниях по поводу перенесенного инфаркта.

В группе сравнения диффузный тип состоит как из интрапсихического и интерпсихического компонентов, что осложняет клиническое течение болезни. В ходе исследования было выявлено, что актуальные потребности в этих группах различны. Так, на первом месте в группе инвалидов, имеющих невротическую модель поведения, находится потребность в персональной любви, которая должна быть удовлетворена без проявлений активности со стороны пациента.

Следовательно, был установлен механизм использования болезни для углубления невротического конфликта. У инвалидов актуальным является состояние "хочу, чтобы любили, но силы для этого прилагать не буду". Невротическая модель поведения - это своеобразный способ психологической защиты, где болезнь выступает как благоприятное обстоятельство. Другими словами, болезнь позволяет человеку получить заботу и внимание значимых людей, а если личность здорова, либо успешно выздоравливает, забота и внимательный уход, с точки зрения значимых людей и медицинских работников, становятся не нужными. Потребность перестает удовлетворяться.

У пациентов без инвалидности и без невротических моделей поведения основной потребностью является инфляция как желание быть представленным в мире через множество социальных ролей. Была зафиксирована связь между типом отношения к болезни и соматическим состоянием в зависимости от осознанности либо неосознанности ситуации болезни.

В данной группе самый большой процент эргопатического отношения к болезни. Эргопатический тип тесно коррелирует с вытесненной потребностью в любви ($r = 0,36$, $p < 0,05$). Следовательно, для этой группы пациентов болезнь - еще одна помеха на пути удовлетворения данной потребности. Можно предположить, что они будут демонстрировать тот стиль и образ жизни, который был им свойственен до болезни. Как следствие - ухудшение состояния здоровья и предпосылки для повторного инфаркта.

Гармоническое отношение к своей болезни на втором месте у пациентов без группы инвалидности и без невроза. Эти пациенты составляют самую благоприятную в отношении клинического прогноза группу. Данная группа состоит из пациентов, для которых инфаркт выступает как ситуация, требующая перестройки прежней системы отношений. Это единственная выделенная группа, где болезнь не используется для удовлетворения своих потребностей. Смысловое поле конструкта «Я-реальное» сбалансировано, противоречивых характеристик не выявлено, что позволило сделать вывод о конструктивной адаптированности к болезни этих пациентов.

У каждого третьего пациента со II группой инвалидности и без невротических моделей поведения выявлен смешанный тип отношения к болезни, состоящий из ипохондрического, меланхолического и тревожного

компонентов. В работе отмечается, что в данной группе в структуре смешанного типа не встречается анозогнозий.

Второй фактор назван прогностическим относительно исхода заболевания. Обнаружены обратно пропорциональные связи между клиническими показателями, осложняющими течение болезни (наличие в анамнезе клинической смерти, фибрилляция желудочков, количество умерших с момента исследования до 1.04.2004 г., нарушения ритма, параксизмальные нарушения) и потребностью в демонстрации злости, раздражительности. Выявлена корреляционная зависимость наличия-отсутствия фибрилляции желудочков, которая является главным фактором риска клинической смерти с потребностью в пассивности. У 46% больных имеющих актуальную потребность в пассивности, фибрилляция желудочков на момент инфаркта зафиксирована не была, тогда как только 7% имеющих такую потребность, пережили клиническую смерть. Следовательно, удовлетворение потребности в покое, склонность к пассивности приводят к снижению риска повторения инфаркта в основной группе.

Третий фактор объединил переменные, влияющие на формирование отношения к болезни, к которым были отнесены уровень образования, вид профессиональной деятельности, наличие вредных условий труда.

Четвертый фактор назван «манифестация потребности в любви», т.к. самую большую факторную нагрузку здесь имеет переменная, представленная вытесненной потребностью в любви. Данная переменная тесно коррелирует с клиническими переменными, отражающими наличие гипертонической болезни как на момент инфаркта, так и на момент исследования, нарушения ритма сердца.

В исследовании указывается, что потребность в любви выражена у пациентов с инфарктом через любовь-нужду как переживание себя без Другого, сигнала о внутренней конфликтности.

Установлено, что большинство пациентов, перенесших инфаркт миокарда, переживают свое состояние неосознанно, манифестируя ухудшение субъективно оцениваемого самочувствия и ощущения бессмысленности, связанной с фрустрированной потребностью в любви.

Пациенты, у которых произошло осознание своих переживаний через оценку поведения в болезни, чаще используют болезнь для удовлетворения потребностей, в том числе и в любви и демонстрируют рентные установки.

Третья группа пациентов регулирует свое состояние, пытаясь приспособиться к новым условиям. В данной группе даже неосознаваемая приспособленность может привести к конфликтному смыслу, результатом которого является сохранение жизни.

Наличие невротических моделей поведения как способов удовлетворения потребности в любви, позволяет этим больным чувствовать себя достаточно хорошо соматически при условии определения группы инвалидности.

Небольшая группа пациентов, рефлексировав свое состояние, приходит к

приращению смысла либо к переосмыслению ситуации, может быть ценой отказа от любви.

Пятая глава «Проявленность болезней ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС через саморазрушительное поведение» посвящена исследованию психологических и клинических последствий участия человека в экстремальном событии, представленных в отечественной и зарубежной научной литературе.

Дается развернутая характеристика пост-травматического стрессового расстройства, которое возникает у большинства переживших подобное событие.

В структуре смертности и заболеваемости пациентов - участников ликвидации аварии на ЧАЭС, приведенной в исследовании, указывается, что второе место занимают болезни и нарушения системы кровообращения. В клинических исследованиях установлено, отмечается в диссертации, что существенное значение в развитии патогенеза у данной когорты пациентов играют процессы преждевременного старения, приводящие к снижению сосудистой реактивности, множественным микроангиопатиям, гиалинозу мелких сосудов, склерозированию паренхиматозных органов, отвечающих за иммунологический и биохимический гомеостаз, а также к ригидности к проводимой психо- фармако- и физиотерапии. Данные клинические факторы привели к прогрессивному снижению уровня соматического и психического здоровья участников травматического события.

В традиционных работах данные процессы связывали с радиационным облучением. Однако, как подчеркивается в диссертационной работе, современные результаты клинических исследований у данной группы пациентов не выявили лучевой болезни.

В результате исследования были установлены четкие клинико-психологические параллели и алгоритм осознаваемых и неосознаваемых психосоматических моделей саморазрушающего поведения пациентов, участвовавших в ликвидации аварии на ЧАЭС.

Анализ внутренней картины болезни у ликвидаторов аварии показал, что первое место делят смешанный (22,7%) и диффузный (22,9%) типы отношения к болезни. Наиболее часто встречающиеся в диффузном типе интрапсихические компоненты (тревожный, ипохондрический, меланхолический) проявляются в реакциях по типу раздражительной слабости, подавленном угнетенном состоянии, уходе в болезнь, отказе от борьбы за выздоровление. Составные компоненты смешанного типа (сенситивный, эргопатический, тревожный) характеризуют наличие внутриличностного конфликта у данных больных, так как принадлежат к разным векторам адаптированности к ситуации болезни.

Второе место занимает гармонический тип (15,5%), характеризующий трезвое отношение к своему заболеванию.

На третьем месте - эргопатический тип (13%). Для большинства этой группы пациентов имеющаяся группа инвалидности выступает как своеобразный "допуск" к серьезной материальной компенсации участия в

ликвидации последствий аварии на ЧАЭС. С другой стороны - средний возраст и мужской пол ликвидаторов предполагает активность в разных видах деятельности. Поэтому ликвидаторы аварии на ЧАЭС оказываются перед дилеммой: либо продемонстрировать клиническую симптоматику своего расстройства, на основании которого определена группа инвалидности (кстати, диагнозы, подобные тем, что поставлены ликвидаторам, в том числе и инфаркт миокарда, не всегда выступают основанием для инвалидности у других категорий пациентов), либо оставаться здоровыми мужчинами.

Остальные ликвидаторы демонстрируют противоречивые модели доведения, предопределенные вышеуказанной проблемой.

Был проведен сравнительный анализ группы пациентов, имеющих сосудистую патологию с группой, страдающих кардиологическими расстройствами, который обнаружил статистически подтвержденное различие ($t_{\text{экс.}} = 2,522$ при $t_{\text{кр.}} = 1,85$) в иерархии типов отношения к болезни. Установлено, что среди ликвидаторов, имеющих органические сосудистые изменения каждый четвертый адекватно относится к своему заболеванию, тогда как у пациентов с кардиологическими расстройствами таких лишь 6,25%.

На первых местах в обеих группах поликомпонентные типы, причем в группе с кардиологическими расстройствами преобладает диффузное отношение к болезни, состоящее из внешне ориентированных типов дезадаптации в структуре внутренней картины болезни (сенситивный, эргопатический). Это позволяет сделать вывод о доминировании интерпсихического типа, при котором в первую очередь нарушается социальное функционирование личности. У пациентов же с сосудисто-церебральной патологией преобладает интрапсихический тип с преимущественными нарушениями самовосприятия себя в болезни (ипохондрический, тревожный).

Было установлено, что в данной когорте пациентов также фрустрирована потребность в персональной любви, наибольший процент (98%) - у пациентов, перенесших инфаркт миокарда. У 39% участников ликвидации последствий аварии эта потребность вытеснена, превращена в бессознательную цель, что сигнализирует о ситуации страдания, проявляющейся посредством страхов и тревоги. В работе констатируется, что большинство чернобыльцев характеризуется "скрытой чернобыльской радиоактивной паникой", включающей механизмы саморазрушения.

Другая выявленная актуальная потребность, названная Л.Сонди «потребностью в сужении Я», связана с защитным механизмом как особой формы, в рамках которой Я пытается защититься от всевозможных опасностей. В результате исследования установлено, что данный показатель встречается у кардиологических пациентов с инфарктом в 62%, а у пациентов с такими же расстройствами, без инфаркта в 49% случаев и свидетельствует о дизинтеграции как полном отказе Я от защитных действий, диагностируемых как «сумеречное состояние, бессильное, потерявшееся Я».

Указываются особенности черт характера дезинтегрированного Я: 1) постоянный страх вины; 2) маска добродушия, готовности к самопожертвованию; 3) «ангел на улице и черт дома»; 4) неестественность; 5) "комплекс Обломова" 6) однобокое существование; 7) ношение персональной окаменевшей маски, почти сросшейся с лицом; 8) прекрасный специалист на работе, но невыносим как член семьи.

В обеих группах ликвидаторов выявлен большой процент наличия невротических моделей поведения. Так, у лиц с сосудистыми расстройствами это 67%, у пациентов с кардиопатологиями - 51%. Причем у пациентов, перенесших инфаркт миокарда, этот процент 100%. Сущность невротических моделей поведения у данной категории больных связана с потребностью в связи с «прошлыми объектами», с амбивалентностью потребности в поиске новых объектов ($r = 0,543$).

Смысловое поле конструкта «Я-реальное» у ликвидаторов аварии с инфарктом миокарда характеризуется асимметричностью. Отмечена дистанцированность этой группы от значимых людей при выполнении методики, проявившаяся в редком использовании часто употребляемых негативных характеристик относительно значимых людей. Все конструкты жестко связаны, сто сигналист о высоком уровне напряжения, конфликтности и дезадаптационных процессах.

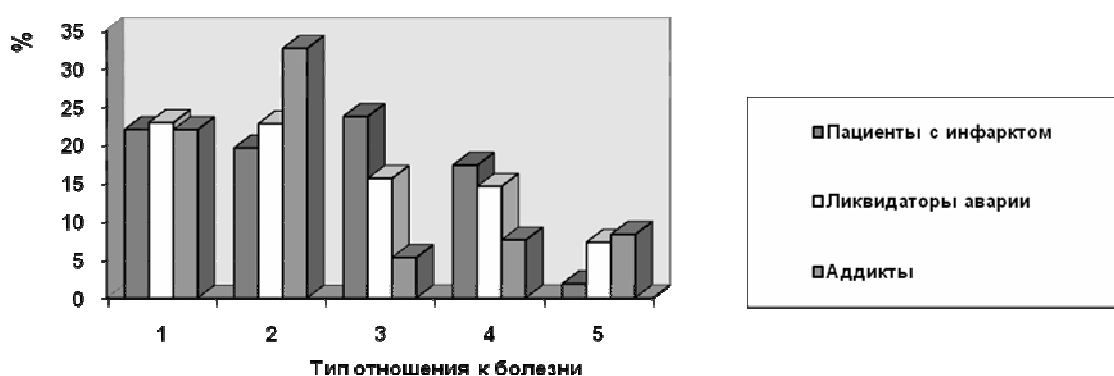
Полученные данные по показателю опасных моделей поведения подтверждают наличие у участников ликвидации аварии на ЧАЭС саморазрушительного поведения. Наиболее часто встречаемая опасность во всей выборке - депрессия. Депрессивные состояния диагностированы у 87% пациентов с инфарктом, у 32% пациентов с кардиологическими расстройствами без инфаркта и у 53% с сосудистой патологией. Депрессивные личности демонстрируют форму страха, связанную с глубинным переживанием утраты безопасности. У 92% испытуемых, имеющих невротические модели поведения, выявлены суицидальные тенденции, эмоционально окрашенные вытесненным чувством вины.

Таким образом, в диссертационном исследовании делается вывод об активизации в данной группе второго уровня смысловой реальности, где процесс смыслогенеза чаще происходит неосознанно, приводя к дезадаптации как во внутреннем, так и во внешнем мире, проявляющейся через преградный смысл.

В шестой главе «Наркотическая зависимость как экзистенциальная смена миров» дана развернутая картина формирования отношения к психоактивным веществам как в разных культурах, так и в онтогенезе. Подчеркивается, что формирование аддиктивной модели поведения начинается в раннем детстве. Указывается, что наиболее часто встречающееся противоречие между требованиями среды и индивидуально-личностными особенностями человека может быть решено с помощью экзистенциальной смены мира. Дан развернутый психологический анализ погружения личности аддикта в другой мир.

Приводятся отличия существования в смысловой реальности личностей с наркотической зависимостью. Так, при исследовании типов отношения к болезни (гистограмма 1), установлено, что если смешанный тип отношения к болезни представлен примерно одинаковыми процентами в разных выборках, то диффузное отношение встречается в последней выборке чаще. Структурные компоненты обоих типов носят конфликтный характер, представляя комплекс как интрапсихически ориентированных способов отношения к болезни (ипохондрический, меланхолический), так и интерпсихических типов (дисфорический). Впервые в структуре диффузного отношения встречается достаточно большой процент эгоцентрического, паранойяльного и дисфорического типов. Установлен факт минимального процента гармонического отношения к болезни.

Гистограмма 1. Распределение типов отношения к болезни у разных когорт пациентов



Где: 3 – Гармонический
 1 - Диффузный 4 - Сенситивный
 2 – Смешанный 5 – Анозогнозический

Сенситивный тип реагирования был выделен у 8% наркотически зависимых пациентов, что на порядок ниже, чем в других когортах пациентов. Этот показатель подтверждает предположение о том, что саморазрушительное поведение в аддикции проявляется в первую очередь через отказ от взаимодействия с данным миром. Поэтому чаще всего аддиктивную личность не интересует, какое впечатление она производит на окружающих, что про нее говорят другие, неблагоприятное отношение со стороны близких. 8 % лиц с аддиктивным поведением не признают себя больными и демонстрируют анозогнозическое отношение к болезни.

Структура типов отношения к болезни у опиатно зависимых позволяет сделать вывод о дезадаптации личности наркозависимого в мире, дисбалансе со средой, который приводит к невротическим моделям поведения (68%). Установлена обратно пропорциональная связь между стажем потребления наркотиков и наличием невротических моделей поведения.

Другими словами, все потребности и качества, которые приобретают невротики рассматриваемого типа, направлены на удовлетворение главной потребности - не быть включенными. Следствием такого поведения является

одиночество, причины которого, как было показано выше, в чрезмерно размытом и неадекватном образе Я. Человек, не получивший любви и тепла в детстве, не умеющий любить, как правило, рассматривает мир чуждым себе.

В работе подчеркиваются отличительные личностные особенности человека, злоупотребляющего опиатами, такие как склонность к рискованному поведению, самодостаточность, сообразительность, наличие воли, правда, а-социально ориентированной.

Указывается, что наркотически зависимые чаще используют осознанный вариант смыслообразования, включающий механизм рефлексии. Переосмысление как точка бифуркации, переворачивает картину мира такой личности и приводит к попыткам экзистенциальной смены Миров. Такой смысл был назван иллюзорным.

В седьмой главе «Психологическая коррекция пациентов с болезнями и нарушениями системы кровообращения» сформулированы основные задачи психокоррекционной работы с выделенными в исследовании группами пациентов.

Психокоррекционная работа проводилась в Гештальт-подходе цель которого - помочь человеку обрести новое, удовлетворяющее его равновесие с окружающим миром - уникальное для данной личности и ситуации - уникальным, подходящим для нее способом. Для осуществления данной цели, как показано в диссертационном исследовании на примерах, болеющему человеку помогали ясно осознавать как свои ощущения, эмоции, чувства, потребности, так и сигналы, воспринимаемые от других; понимать, кто именно может удовлетворить потребности и каким образом это возможно осуществить, развивали способности осознавать и формировали ответственность за свой выбор, В результате психо-коррекционной работы многие переосмыслили свою болезнь и свое место в мире.

Прошедшие через психокоррекционное воздействие люди перестают невротически заботиться о своих болезнях, переводя энергию на вероятные способы развития своих сил, переживания чувства значимости, соответствия истинным потребностям и пр. и организуя диалог с миром в соответствии со своей идентичностью. Именно Гештальт-подход подчеркивает экзистенциальную оригинальность каждого человека, позволяя каждому яснее увидеть, в чем он не похож на других и в чем смысл его существования в этом мире.

ВЫВОДЫ

1. В данном исследовании установлено, что проблема смысла анализируется по различным методологическим основаниям. Первый подход ставит знак равенства между категориями "значение" и "смысл", рассматривая последний как содержание, располагающееся в социуме и выполняющее принудительную функцию. Представители второго подхода под смыслом понимают в первую очередь субъективные представления, переживаемые личностью в процессе переработки значений. Исследователи, которые были отнесены к третьей группе, предполагают, что месторасположение смысла - на перекрестке между

значениями и индивидуальным сознанием, поэтому смысл – это совместное бытие личности и мира.

2. На механизм структурирования смысловой реальности влияют следующие факторы: клинические (наличие осложнений, клинический диагноз и пр.), фрустрированность потребности в персональной любви, осознанность – неосознанность как варианты смыслогенеза, наличие-отсутствие невротических моделей поведения, наличие-отсутствие группы инвалидности и тип отношения к болезни. В зависимости от данных факторов меняется смысл болезни, определяющий стратегии формирования смысловой реальности болеющей личностью.

3. Стратегия взаимодействия с миром пациентов, переживших инфаркт миокарда, названа «движение к миру» как объективация. При неосознаваемом варианте смыслогенеза поведение в болезни можно охарактеризовать как неконструктивное приспособление, проявляющееся в противоречивости взаимодействия с миром. У большинства пациентов из этой группы, имеющих невротические модели поведения, установлено наличие бессмысленности. Преградный смысл, характерный для пациентов с неосложненным инфарктом миокарда и имеющих сензитивное отношение к болезни и неврозы, связан с попытками болеющей личности приспособиться к ситуации болезни через сохранение прежних отношений с миром, что ведет к дезадаптации и ухудшению соматического состояния.

4. Стратегия другой части пациентов, обозначенная как «движение от мира», субъективация, проявляется в обособленном, «закрытом» поведении, в постоянных переживаниях субъективных телесных и физических ощущений. Эти пациенты используют конфликтный смысл как попытку с помощью данной стратегии сохранить жизнь. Смысловая реальность этих пациентов субъективирована, вся жизнь происходит «внутри» личности, в мире ее фантазий и неудовлетворенных потребностей.

5. У пациентов без невротических моделей поведения и без группы инвалидности, имеющих гармоническое отношение к пережитому инфаркту миокарда актуализирована когнитивно-преобразующая функция смысла, способствующая перестройке системы отношений с миром. Эти пациенты осознанно выбрали пассивность и легкие виды деятельности, что помогает им поддерживать стабильное состояние.

6. Участие человека в экстремальной ситуации искажает как клинические, так и психологические механизмы реагирования на заболевания, приводя к деформациям смысла. В исследовании установлено, что осознанность, характерная для пациентов - ликвидаторов аварии на ЧАЭС с гармоническим типом, не приносит соматического облегчения. Практически все участники ликвидации последствий аварии демонстрируют стратегию «движения от мира», основанную на неосознаваемом преградном смысле, а отказ мира (в лице государственных структур) удовлетворить рентные потребности данных пациентов приводит к агрессивному поведению, ухудшая соматическое состояние.

7. Выявленный преградный смысл - основной индикатор дезадаптации участников ликвидации последствий аварии на ЧАЭС. Это отслеживается в бессмысленности, отказах взаимодействия с миром, в хронической тревоге, страхах, отсутствии интересов во внешней среде, что приводит к саморазрушительным моделям поведения, к таким, как депрессия, злоупотребление алкоголем, суицидальные попытки.

8. Определение группы инвалидности без учета наличия невротических моделей поведения и типа отношения к болезни провоцирует личность на использование ситуации болезни как индивидуальной выгоды за счет мира.

9. Стратегия аддиктов характеризуется «движением против мира» как отказом и от субъективации, так и объективации. Данная стратегия связана с иллюзорным смыслом и осознанностью, включает как процессы эмоционального переживания, окрашенные болью, так и рефлексия, что меняет картину мира аддиктов.

10. Выявленные стратегии взаимодействия болеющей личности и мира позволили четко поставить основные задачи и определить приоритеты психокоррекционной работы. При стратегии «движение против мира», свойственной практически всем аддиктам, вошедшим в выборку, главная задача – вернуть пациентов в реальный мир и научить новым способам взаимодействия с миром, заменяя иллюзорные смыслы адекватными позитивными смыслами.

Стратегия «движение от мира», характерная для большинства ликвидаторов и некоторой части пациентов с инфарктом миокарда, предполагает, что психолог создаст условия, в которых клиент сможет осознать свои ограничения и поможет научиться вербализовать осознаваемые чувства и телесные ощущения, направляя их миру.

В стратегии «движения к миру», демонстрируемой большинством пациентов с инфарктом миокарда, основная проблема связана с неумением клиента выделить и адекватно удовлетворить свои потребности, в первую очередь потребность в персональной любви. Задача психокоррекционной работы – научить клиента структурировать свой мир, четко разделяя субъекты и объекты этого мира.

Основные положения диссертации отражены в научных публикациях:

Издания в центральной печати

1. Рогачева Т.В. Методологические основания решения вопроса о смысле болезни / Методологические и социальные проблемы медицины и биологии. Сборник научных трудов. - М: Московский медико-стоматологический университет, 2004. - С. 23-33.

2. Рогачева Т.В. Психологические механизмы смыслообразования в ситуации болезни // Вестник Российского Университета дружбы народов.- 2003.- № 1.- С.155-166.

3. Рогачева Т.В. Клинико - психологическая характеристика больных в отдаленном периоде после крупноочагового инфаркта миокарда, осложненного

остановкой кровообращения / Т.В.Рогачева, М.В.Максимова, С.В.Попов, З.Д.Шварцман // Медико-социальная экспертиза и реабилитация инвалидов. Сборник научных трудов. Выпуск 7. - СПб.: Институт усовершенствования врачей-экспертов, 2001. — С.81-86. (в соавт., авт. - 1/2).

4. Рогачева Т.В. Психологическое обследование в обосновании направлений реабилитации больных, перенесших крупноочаговый инфаркт миокарда с тяжелыми нарушениями ритма и проводимости в остром периоде заболевания /МБ.Максимова, Т.В. Рогачева, З.Д.Шварцман, СВЛопов // Медико-социальная экспертиза и реабилитация инвалидов. Сборник научных трудов. Выпуск 7. СПб.: Институт усовершенствования врачей-экспертов,2001. - С. 86-91.(в соавт., авт. - 1/2).

Монография

5. Рогачева Т.В. Феноменология болезни: психологические механизмы динамики и протессуальности смысла. Екатеринбург: Из-во УрО РАН, 2002. 223 с.

Статьи

6. Рогачева Т.В. Значение раннего детства для жизненного самоопределения личности // Человек: индивидуалист или индивидуальность. Екатеринбург: Из-во УрГЮА, 1994.- С. 17-28.

7. Рогачева Т.В. Право на болезнь: утопия или реальность // Права человека: психолого-педагогические проблемы. Екатеринбург: Из-во УРГУ, 1996. - С.50-54.

8. Рогачева Т.В. Гештальт-подход как «третий путь» в психотерапии // Проблемы социально-психологической реабилитации участников локальных конфликтов. Сборник научных трудов. Пермь: Из-во «Звезда», 1997. - С. 18-25.

9. Рогачева Т.В. К вопросу о психологических последствиях патогенного воздействия факторов окружающей среды / Т.В.Рогачева, Г.В. Талалаева // Практические мероприятия по профилактике патогенного воздействия факторов окружающей среды на здоровье населения. Сборник научных статей. Екатеринбург: Из-во УГМА, 1998. - С. 11-17. (в соавт., авт. - 1/2).

10. Рогачева Т.В. Электropsихофизиологический феномен синдрома дезадаптации / Г.В.Талалаева, Т.В. Рогачева // Проблемы и гипотезы. Дайджест. Выпуск 2. Екатеринбург, 1999.- С.59-65. (в соавт., авт. - 1/2).

11. Рогачева Т.В. Обоснование дифференцированного подхода к реабилитации лиц с посттравматическими стрессовыми расстройствами // Психофизиологические аспекты адаптации и реабилитации. Сборник научных трудов. Екатеринбург: Из-во УГМА, 2000. С.60-65.

12. Рогачева Т.В. Некоторые психологические парадоксы: инвалидность как карт-бланш (на материале обследования больных инфарктом миокарда) // Сибирский психологический журнал. 2001. №14-15. - С.96-99.

13. Рогачева Т.В. Психологические аспекты формирования наркотической зависимости // Образование и наука. 2001. № 6. - С.107-116.

14. Рогачева Т.В. Прогнозирование вариантов развития сердечно-сосудистой

патологии на основе психологического тестирования / Г.В.Талалаева, Т.В.Рогачева, М.В.Максимова // Уральский кардиологический журнал. 2001. - № 3. - С.21-25. (в соав., авт. - 1/3).

15. Рогачева Т.В. Психологические механизмы отношения личности с ограничениями жизнедеятельности к социальной роли инвалида // Социальные процессы в современной Западной Сибири. Сборник научных статей. Горно-Алтайск, 2003.-С. 108-111.

16. Рогачева Т.В. Содержательные компоненты понятия «реабилитация» // Молодое поколение в современном обществе: процессы социализации, адаптации и реабилитации. Сборник научных статей. Пермь, 2003. - С.33-38.

17. Рогачева Т.В. Противоречие между фенотипическим и генотипическим как детерминанта болезни в контексте судьбоанализа Л.Сонди (часть 1) // Сибирский психологический журнал. 2003. - № 18.- С. 90-95.

18. Рогачева Т.В. Биоэтические основания феноменологии болезни // Некоторые проблемы биоэтики. Сборник научных трудов. Екатеринбург: Из-во УГМА, 2004.-С. 10-28.

19. Рогачева Т.В. О психологической реабилитации пациентов, перенесших инфаркт миокарда // Личность: проблемы, факты, анализ. Сборник научных трудов. Екатеринбург: Из-во УГЛУ, 2004. - С. 43-52.

Материалы научных конференций, научные доклады

20. Рогачева Т.В. Оценка личностного реагирования на употребление наркотиков // Материалы международной научно-практической конференции «Актуальные вопросы наркоситуации в России» (31 марта-3 апреля) - Ростов на Дону, 1998.-С.21-25.

21. Рогачева Т.В. Психологические причины формирования наркозависимости // Охрана психического здоровья детей и подростков. Материалы 1У конгресса педиатров России. Москва, 1998.- С. 134.

22. Рогачева Т.В. Отношение к болезни ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС / Т.В.Рогачева, Г.В. Талалаева // Материалы V международной научной конференции «Социально-психологическая реабилитация населения, пострадавшего от экологических и техногенных катастроф» (23- 26 мая), Минск, 1998. С. 159. (в соавт., авт. - 1/2).

23. Рогачева Т.В. К вопросу о роли психолога в профилактике наркоманий // Материалы международного научно-практического семинара-симпозиума «Теория и практика решения проблемы профилактики наркомании» (1 -5 сентября), Екатеринбург, 1999. - С.26-30.

24. Рогачева Т.В. Применение методики Л.Сонди для выявления кризисных состояний // Материалы VI международной конференции «Социально-психологическая реабилитация населения, пострадавшего от экологических и техногенных катастроф» (26 - 29 мая), Минск, 1999. - С. 161.

25. Рогачева Т.В. Некоторые социально-психологические последствия участия в экстремальных ситуациях / Т.В.Рогачева, Г.В.Талалаева Г.В. // Материалы VI международной конференции «Социально-психологическая реабилитация населения, пострадавшего от экологических и техногенных катастроф»

- (26 - 29 мая), Минск, 1999.- С. 192. (в соавт., авт. - 1/2).
26. Рогачева Т.В. Возможности психологической диагностики деформаций поведения у лиц, перенесших экстремальное событие // Материалы международного симпозиума «Хроническое радиационное воздействие: возможности биологической индикации» (14 - 16 марта), Челябинск, 2000.- С.155- 156.
- 27.Рогачева Т.В. Клинико-генетические подходы к оценке вариативности радиационно-индуцированных деформаций поведения (к постановке проблемы) /С.Л.Андропова, Г.В.Талалаева, Т.В.Рогачева // Материалы международного симпозиума «Хроническое радиационное воздействие: возможности биологической индикации» (14 - 16 марта), Челябинск, 2000. - С.68-69. (в соавт., авт. -1/3).
28. Рогачева Т.В. Психологический портрет личности наркомана // Материалы III Региональной научно-практической конференции «Урал-индустриальный» (12 -13 мая) Екатеринбург, 1999. - С.225-227.
29. Рогачева Т.В. Прогноз вероятности психотравмирующих моделей поведения у лиц, переживших PTSD // Материалы межрегиональной научно-практической конференции «Психологическая и терапевтическая помощь в современных условиях» (3-4 марта), Киров, 2000.- 144-148.
30. Рогачева Т.В. Деструктивные модели функционирования как одна из основ нарушения репродуктивной функции в условиях пролонгированного социально-психологического стресса / Т.В.Рогачева, Г.В.Талалаева // Материалы I Международной конференции «Хроноструктура и хроноэкология репродуктивной функции» (1 - 3 февраля), Москва, 2000.- С.184-185. (в соавт., авт. -1/2).
31. Рогачева Т.В. Электрофизиологические маркеры срыва адаптационных процессов у лиц, пострадавших от экологических и социальных бедствий / Г.В.Талалаева, Т.В.Рогачева // Материалы УП международной конференции «Социально-психологическая реабилитация населения, пострадавшего от экологических и техногенных катастроф» (30 мая - 2 июня), Минск, 2000. - С.209. (в соавт., авт. - 1/2).
32. Рогачева Т.В. Роль неосознанных паттернов поведения в реализации болезней адаптации у ликвидаторов аварии на ЧАЭС / Г.В.Талалаева, Т.В.Рогачева//Материалы международной конференции «Медико-экологическая безопасность, реабилитация и социальная защита населения» (23 - 28 августа), Турция. Кемер, 2001.- С.127-129. (в соавт., авт. - 1/2).
33. Рогачева Т.В. Общие тенденции среди разновозрастных когорт пациентов с патологией сердечно-сосудистой системы // Материалы научных докладов Региональной конференции с международным участием «Урал-индустриальный», Екатеринбург, 2001.- С.253-256.
34. Рогачева Т.В. Диспропорция между гено- и фенотипическими программами биосоциальной адаптации человека как основа развития хронической патологии / Т.В.Рогачева, Г.В.Талалаева // Материалы международной

конференции «Генетические последствия чрезвычайных радиационных ситуаций», Москва: РАН, 2002. - 121-122. (в соавт., авт. - 1/2).

35. Рогачева Т.В. Психологический аспект формирования опиатной зависимости // Доклады международной конференции «XXI век и наркотики: пути решения и проблемы», Омск, 2002. - С. 13-20.

36. Рогачева Т.В. Вариативность адаптивных программ уральцев-жителей старопромышленных районов в зависимости от социально-экологических условий их жизнедеятельности / Т.В. Рогачева, Г.В.Талалаева // Материалы научных докладов на международной конференции «Экологические проблемы горных территорий» (18-20 июня), Екатеринбург: Академкнига, 2002. - С.281-285. (в соавт., авт.- 1/2).

37. Рогачева Т.В. Психологические механизмы формирования отношения к болезни у пациентов, перенесших инфаркт миокарда. Материалы научных докладов на V Бакунинских чтениях. Екатеринбург, 2003. - С.283-289.

38. Рогачева Т.В. О некоторых мифах наркомании // Материалы международной конференции «XXI век и наркотики: пути решения проблемы», Омск, 2003.- С.33-38.

39. Рогачева Т.В. Анормальное поведение как аспект общего адаптационного синдрома / Т.В. Рогачева, Г.В.Талалаева // Материалы VIII междисциплинарной международной конференции по биологической психиатрии (17-19 мая), СПб, 2004.- С. 155-157. (в соавт., авт. -1/2).