

Н. Д. Узлов

**ЛИЧНОСТЬ, БОЛЕЗНЬ,
КРИМИНАЛЬНОСТЬ:
избранные статьи по клинической
и пенитенциарной психологии**



**Научно-издательский центр «Социосфера»
Пенза 2014**

УДК 159.923:616.05:343.95
ББК 88.4

УЗ4 Узлов Н. Д. Личность, болезнь, криминальность: избранные статьи по клинической и пенитенциарной психологии. – Пенза : Научно-издательский центр «Социосфера», 2014. – 220 с. – ISBN 978-5-91990-102-0

Рецензент – доктор психологических наук, профессор, зав. кафедрой общей и клинической психологии Пермского государственного национального исследовательского университета, Е. В. Левченко.

Предлагаемый сборник научных статей касается актуальных вопросов клинической и пенитенциарной психологии. Обсуждаются проблемы профессионального здоровья медицинских работников, клинико-психологические аспекты аддиктологии и суицидологии, психосоматики, женского репродуктивного здоровья. Особое внимание уделено прикладным вопросам клинической психологии в пенитенциарной системе, а также изучению личности осужденного. Книга адресована психологам, медицинским работникам, студентам и аспирантам вузов.

УДК 159.923:616.05:343.95
ISBN 978-5-91990-102-0

© Научно-издательский центр
«Социосфера», 2014.
© Узлов Н. Д., 2014.

СОДЕРЖАНИЕ

Клиническая психология вчера и сегодня (доктор социол. наук В. В. Деларю)	6
От автора	11
Клинический психолог как фасилитатор	11
Раздел 1. Проблемы профессионального здоровья медицинских работников	
Оптимизм как фактор профессионального здоровья медицинского работника	16
Исследование механизмов психологической защиты у медицинских работников, взаимодействующих с фактором смерти в профессиональной деятельности	20
Особенности проявления синдрома эмоционального выгорания у медицинских работников, находящихся в постоянном контакте с ВИЧ-инфицированными	26
Синдром профессионального выгорания у массажистов, работающих с детьми	28
Раздел 2. Клинико-психологические аспекты аддиктологии и суицидологии	
Напряженность психологических защит, отношение к болезни и лечению больных алкоголизмом при первичной и повторной госпитализации	30
Риск аддиктивного поведения и его связь с самооценкой психических состояний у подростков.....	35
Жизнь как аддиктивный проект: попытка интроспективного анализа.....	38
Модель превенции суицида в условиях учебного заведения	46
Самоотношение подростков с потенциальными рисками суицидального и аддиктивного поведения	48
Раздел 3. Медицинская психология в соматической клинике	
Поведенческая активность больных ишемической болезнью сердца: что в финале?	59

Копинг-поведение больных ишемической болезнью сердца с разными типами поведенческой активности	63
Тип поведенческой активности как показатель профессионального стресса у машинистов локомотивных бригад ...	66
Мир больных с колостомой: способы совладания и удовлетворенность качеством жизни	73
Отношение к болезни и лечению и личностные характеристики больных с бытовой ожоговой травмой	79
Психологический портрет пациентов с бытовой ожоговой травмой	88
Совладающее поведение и защитные механизмы личности у больных туберкулезом легких с анозогнозическим типом отношения к болезни	90
Анозогнозия как защитный механизм и способ совладания с болезнью	105
Личностные особенности пациентов, находящихся на лечении методом перманентного гемодиализа в периоде долговременной адаптации	115
Отношение матерей и отцов к острому респираторному заболеванию у своего ребенка младенческого, раннего и дошкольного возраста	132
Раздел 4. Психологические аспекты женского репродуктивного здоровья	
Отношение к себе первобеременных женщин в оптимальном и пост-оптимальном возрасте рождения ребенка	138
Отношение к аборту молодых женщин с разным опытом беременности и родов	141
Личностные особенности женщин, страдающих психологическим и биологическим бесплодием	145
Раздел 5. Клиническая психология в пенитенциарной системе	
Отношение к себе и образ «Я» инфицированных и неинфицированных ВИЧ опийных наркоманов, находящихся в местах лишения свободы	153

Отношение к болезни и лечению ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом женщин, отбывающих наказание в исправительной колонии	158
Личностные профили женщин-заключенных, ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом	164
Самоотношение ВИЧ-инфицированных и заболевших туберкулезом осужденных	173
Раздел 6. Вопросы изучения личности осужденного	
Жизнестойкость и психологическое благополучие заключенных в соответствии с их тюремной иерархией	187
Личностные особенности заключенных в соответствии с их иерархией в преступном сообществе	196
Самооценка агрессивности и стилей межличностных отношений осужденных к пожизненным срокам лишения свободы.....	206

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ ВЧЕРА И СЕГОДНЯ

Традиционно введение термина «клиническая психология» связывают с именем американского психолога Лайтнера Уитмера (Lightner Witmer), ученика В. Вундта и преемника Дж. Кеттела в Пенсильванском университете, который впервые использовал его в 1896 году в связи с открытием первой в мире психологической клиники. Однако в научный обиход этот термин вошел значительно позже: в 1907 году Уитмер основал журнал «Psychological Clinic» («Психологическая клиника») и опубликовал в первом номере этого журнала статью «Clinical Psychology» («Клиническая психология»). Уитмер прожил долгую жизнь, захватив почти треть 19-го столетия (род. в 1867 году) и более половины 20-го века (умер в 1956 году), и практически весь период своей трудовой деятельности отдал развитию этой науки. Важно, что клиническая психология родилась в период расцвета, настоящего психологического бума, когда в начале 20-го века, по образному выражению историков психологии Дуана и Сидни Шульц (2002), «Америка приняла психологию в свои объятия, и эта наука быстро обосновалась не только в студенческих аудиториях, но и в повседневной жизни людей». Сегодня в США и ряде других западных стран клиническая психология – самая популярная из прикладных направлений. Более трети всех аспирантов-психологов специализируются именно на клинической психологии. Семь из восьми подразделений Американской психологической ассоциации (American Psychological Association, APA) занимаются теоретическими и прикладными проблемами психического здоровья. Почти 70 % членов APA работают в области здравоохранения. В 1995 году журнал «Money» («Деньги») назвал психологию четвертой в списке пятидесяти самых перспективных профессий XXI века.

Если в Америке клиническая психология развивалась преимущественно психологами, то в Европе (Франция, Германия) и России – главным образом врачами. В соответствии со сложившейся традицией ее стали называть «медицинской психологией». Среди основоположников – плеяда выдающихся невропатологов и психиатров конца XIX – начала XX века: Ж.- М. Шарко, П. Жане, Э. Кречмер, З. Фрейд, К. Г. Юнг, А. Адлер, С. С. Корсаков, И. А. Сикорский, В. М. Бехтерев, В. Х. Кандинский и др. Отцом клинической (медицинской) психологии некоторые авторы (R. Bastine, 1998 и др.) называют знаменитого немецкого психиатра Эмиля Крепелина (Emil Kraepelin, 1856–1926), создателя нозологической концепции в психиатрии и классификации психических заболеваний, а также прообраза современной шизофрении, описавшего ее под

названием «раннее слабоумие». Крепелин, как и Уитмер, был учеником, а в последующие годы и другом Вильгельма Вундта и активно развивал в исследованиях психических болезней экспериментально-психологический подход. Сейчас любому студенту, изучающему психологию, известны его «пробы» для исследования активного внимания, работоспособности, выявления повышенной истощаемости.

Разумеется, список приведенных выше фамилий далеко не исчерпывает тех ученых, кто внес значительный вклад в развитие клинической (медицинской) психологии, его можно продолжать бесконечно.

В Советском Союзе, как известно, психология длительное время была «репрессированной наукой», в том числе благодаря небезызвестному Постановлению ЦК ВКП(б) 1936 года «О педологических извращениях в системе Наркомпросов», на долгие годы затормозившего внедрение достижений психологической науки в практику, формирование психологической культуры широких масс, возможность гражданами пользоваться ее технологиями с целью лечения и укрепления здоровья. В эпоху социализма психология преимущественно развивалась в рамках академизма, концентрируя свое внимание на теоретических вопросах. Однако нам в известной степени повезло, во многом благодаря организаторскому таланту Л. С. Выготского, собиравшего вокруг себя способных учеников и соратников. Известна знаменитая «тройка» (Выготский – Леонтьев – Лурия), после смерти основателя выросшая в научную «восьмерку» под руководством уже А. Р. Лурии. Говорят также о «круге Выготского» как о неформальном объединении ученых, в довоенные годы объединявшего более 40 отечественных и зарубежных исследователей, а также деятелей культуры. Все эти люди стали потом выдающимися психологами, корифеями отечественной науки. И среди них следует отметить, прежде всего, двух «звезд первой величины», имеющих непосредственное отношение к обсуждаемой здесь теме.

Это Александр Романович Лурия (1902–1977) – основоположник нейропсихологии в СССР, ученый с мировым именем. В молодые годы он начинал как психоаналитик и даже вел личную переписку с З. Фрейдом. А. Р. Лурия известен также тем, что в 1920-е годы на основе ассоциативного эксперимента разработал метод для выявления скрываемой информации у лиц, совершивших тяжкие преступления. Практически впервые была воплощена идея полиграфа, которая, как и многие другие результаты эмпирических психологических исследований в тот период, объявлена «лженаучным экспериментом» и была отклонена властями.

Это Блюма Вульфовна Зейгарник (1900–1988), бывшая студентка известного немецкого психолога Курта Левина, под руководством ко-

торого она выполнила свою знаменитую дипломную работу, выявив закономерность, благодаря которой вошла в мировую науку под именем «эффект Зейгарник». Суть его заключается в том, что память о незавершенных действиях сохраняется у человека намного дольше, чем о действиях завершённых. Б. В. Зейгарник стала основателем патопсихологии как особой отрасли отечественной психологической науки.

Значительный вклад в развитие медицинской психологии внес Владимир Николаевич Мясичев (1893–1973), ученик В. М. Бехтерева и А. Ф. Лазурского, – советский психиатр и психолог, основатель ленинградской (петербургской) школы психотерапии. Проблематику медицинской психологии он разрабатывал на протяжении всей своей научной деятельности. Его идеи, изложенные в концепции отношений личности, нашли свое воплощение на практике, в том числе при разработке многочисленного психодиагностического инструментария (Патохарактерологический диагностический опросник для подростков (ПДО); Цветовой тест отношений (ЦТО), опросник ТОБОЛ (тип отношения к болезни) и др.).

У многих этих известных людей сложилась нелегкая судьба. В отдельные периоды своей жизни, особенно в сталинскую эпоху, они подвергались гонениям и остракизму со стороны властей из-за «несоответствия» полученных ими эмпирических данных и разрабатываемых на их основе теорий господствующей идеологии. Однако, несмотря на трудности и ставящиеся препоны, они сохранили верность своим мировоззренческим принципам, и в настоящее время составляют гордость российской науки.

В сфере клинической психологии пересекаются (переплетаются, соединяются, связываются, схватываются, интегрируются, стыкуются, взаимопроникают) многосторонние интересы медиков и психологов. В последние годы наступил новый этап ее развития, значительно расширился предмет этой области психологической науки, приоритетным стал не больной человек, а человек с трудностями адаптации и самореализации. Создаются новые предметные области (психология здоровья, семейная клиническая психология, пенитенциарная клиническая психология, перинатальная психология и др.); наполняются новым содержанием пато- и нейропсихология, психосоматика; отпочковались и стали самостоятельными дисциплинами отдельные разделы – психотерапия, психофармакология, психогигиена и психопрофилактика, девиантология, суицидология и др.

В настоящее время нет единого мнения о том, как соотносятся две психологии – клиническая и медицинская. Существует точка зрения, что

клиническую психологию следует рассматривать как раздел медицинской, другие авторы склонны считать, что медицинская психология – это частная дисциплина, призванная решать узконаправленные задачи, связанные со здравоохранением и психологическими аспектами оказания медицинской помощи. Третьи полагают, что оба этих понятия следует рассматривать как синонимы. Проведенное нами исследование дает основание утверждать, что окончательное подведение черты под дискуссией о соотношении «медицинской» и «клинической» психологии, скорее всего, вообще невозможно, поскольку сами эти понятия определяются достаточно по-разному. Разные подходы связаны не только с традиционным противостоянием московских и Санкт-Петербургских школ, но и с разной позицией психологов и врачей. В частности для психологов раздел, условно названный «психология в медицине», вследствие его незнания, практически не существует, за исключением психотерапии, психокоррекции и психологического консультирования, освоению которых уделяется достаточно много учебного времени в вузовских программах подготовки психологов. На наш взгляд, «клиническая психология» становится доминирующим понятием даже не столько вследствие его большей точности, сколько из-за доминирования в настоящее время представлений англоязычного, в первую очередь, американского, подхода и необходимостью приведения российской образовательной программы к международным стандартам. Смена «фасада», однако, совсем не озадачила чиновников от образования, науки и здравоохранения: во многих нормативных документах профессия «клинический психолог» остается никак не обозначенной, а в обновленной номенклатуре специальностей научных работников ВАК, действующей с 1 января 2010 года, под шифром 19.00.04 по-прежнему фигурирует «Медицинская психология».

Пенитенциарная психология также сравнительно новая дисциплина, которая испытывает сильное влияние, в том числе со стороны клинической психологии и психиатрии. Особое место в ней уделяется изучению личности преступника, не менее важными являются также вопросы сохранения здоровья осужденных как носителей социально значимых заболеваний (наркозависимость, туберкулез, ВИЧ-инфекция, алкоголизм, заболевания, передающиеся половым путем и др.). В этой связи все более актуальными становятся исследования на стыке этих двух наук – клинической и пенитенциарной психологии.

Четыре года назад клинические психологи в нашей стране отметили свою первую «круглую дату». Клинической психологии в России, которая была утверждена приказом Министерства образования в 2000 году как «специальность широкого профиля», имеющая межотрас-

левой характер и участвующая в решении комплекса задач в системе здравоохранения, народного образования и социальной помощи населению, исполнилось 10 лет. Это важное для профессионалов событие было отмечено рядом статусных конференций, которые прошли в крупных городах и ведущих вузах – там, где готовят специалистов этого профиля. В резолюциях этих и последующих за ними научных форумов подчеркивается все возрастающий статус клинической психологии в современной общественной практике; ее участие в решении задач по охране психического здоровья населения, профилактики психогенных психических расстройств, нарушений психической адаптации, поведенческих отклонений и аномалий психического развития; значимость связи существующих теорий и практики клинической психологии, ориентированности молодых исследователей на традиции и опыт, накопленный в сфере клинико-психологических исследований.

Всем этим задачам во многом соответствует личностная и профессиональная позиция автора и соавторов статей, помещенных в данном сборнике. Как показал их анализ, научный поиск, осуществляемый кандидатом медицинских наук Н. Д. Узловым, свидетельствует о широте интересов и глубине погружения в проблематику современной клинической и пенитенциарной психологии. Особую ценность представляют разнообразные эмпирические факты, получившие отражение в статьях. Это, прежде всего, глубокие и содержательные описания внутренней картины болезни больных с бытовой ожоговой травмой, туберкулезом легких, ВИЧ-инфекцией, психологические портреты пациентов с указанными расстройствами, новые и интересные данные о личности осужденных с разным тюремным статусом и пожизненно лишенных свободы. Используется категориальный аппарат современной психологии: профессиональное здоровье, психологическое благополучие, жизнестойкость, защитные механизмы, копинг-стратегии, совладающее поведение, личностные профили и др. В своих работах исследователи опираются на системный подход, позволяющий получать сопоставимые данные для разных категорий испытуемых на основе используемых методов. Хочется надеяться, что результаты эмпирических наблюдений послужат основанием для продолжения и углубления исследований в направлении теоретических обобщений, а также выработки практических рекомендаций для специалистов в области практического здравоохранения и службы исполнения наказаний.

В. В. Деларю, профессор кафедры общей и клинической психологии Волгоградского государственного медицинского университета, кандидат медицинских наук, доктор социологических наук, профессор.

ОТ АВТОРА

Настоящий сборник научных статей посвящен современным вопросам клинической и пениitenciарной психологии. В него включены избранные работы последних 5 лет, выполненные автором лично и под его руководством, ранее опубликованные в научных журналах и материалах всероссийских и международных конференций. Идея собрать их под одной обложкой связана, с одной стороны, с желанием подвести некоторые итоги научной деятельности, с другой – актуализировать те проблемы, которые еще предстоит решить в этой области. Автор выражает глубокую благодарность своим ученикам, теперь уже бывшим студентам, проявившим искренний интерес к научным исследованиям, а также лучшие качества начинающего ученого – честность, беспристрастность и упорство, проявляющиеся, в первую очередь, при сборе и обработке эмпирических данных, а также терпение и человеколюбие при работе с трудными категориями испытуемых. Многие из них стали соавторами нижеизложенных публикаций, хотя и не пошли дальше в науку. Почти все из них достаточно скромно оценивают свой вклад и часто бывают удивлены, когда неожиданно видят свою фамилию в списке цитируемых другими авторами источников, считая это исключительной заслугой научного руководителя. Своим студентам я и посвящаю этот сборник.

Клинический психолог как фасилитатор

В 2008 году я как заведующий кафедрой психологии неожиданно получил устную благодарность от заведующего кардиологическим отделением городской больницы. В телефонном звонке доктор всячески хвалил мою студентку, которая проходила в этом отделении научно-исследовательскую практику и собирала материал для своей выпускной квалификационной работы (исследование было посвящено изучению копинг-стратегий у больных с ишемической болезнью сердца с разными типами поведенческой активности, а я к тому же был ее научным руководителем). Заведующий отметил, что за десять недель ее присутствия как-то заметно изменилась атмосфера в отделении: больные, ранее угрюмые и депрессивные, стали улыбаться, злобные и раздражительные стали менее претенциозными и конфликтными и вообще пациенты стали быстрее выздоравливать. В книге отзывов о работе отделения больные благодарили практикантку за чуткость и внимательность, хотя она и не являлась штатным сотрудником.

Я спросил свою студентку, что же она такое волшебное делала, чтобы поднять настрой пациентов. Она ответила: «Ничего. Просто их внимательно слушала». Разговорившись, она рассказала, что, придя на практику, вскоре заметила, что между персоналом и больными существует огромная дистанция. Медицинские сестры честно выполняют свой функционал – делают инъекции, раздают лекарства, осуществляют диагностические процедуры, однако их коммуникация со своими подопечными сведена до минимума: иногда это какие-то скупые шутиливо-подбадривающие фразы, иногда недовольство по отношению к недисциплинированным субъектам, и нередко – молчание. Общение врачей с больными почти всегда осуществляется на обходах. Контакт, как правило, сиюминутный: расспрос о жалобах, физикальный осмотр, прослушивание, измерение артериального давления – стандартный набор манипуляций, позволяющий оценить текущее состояние больного. Потом врачи закрываются в своих ординаторских, становятся почти недоступными. Они там долго пишут истории болезни и ведут свои профессиональные разговоры. Когда кому-то становится плохо, стационар оживает, медсестры несутся по коридору, спешат врачи к отяжелевшему больному, в большинстве случаев помощь оказывается оперативно по уже отработанному сценарию и тоже, как правило, без лишних разговоров. Когда в отделении кто-нибудь умирает, смерть близкого по несчастью человека у пациентов вызывает временное замешательство, но не потрясение. Люди отзываются сочувственно об умершем, но обсуждение стихает уже на следующий день, и снова все идет своим чередом.

«Мне показалось, что больным хочется получить от медицинских работников чего-то большего, чем формализованная медицинская помощь, – продолжала моя студентка. – Я столкнулась с этим, когда пришла к ним со своими тестами. Они встретили меня почти враждебно, настороженно, с недовольством, с множеством вопросов, зачем это надо. С каждым испытуемым я работала индивидуально, и те, кто согласился заполнить опросники, стремился поговорить со мной о болезни, своих страданиях, отношениях с близкими, отвлекаясь от задаваемых вопросов. Особенно это касалось одиноких и пожилых больных. Вскоре я поняла, что они хотят получить от меня больше внимания и сочувствия, и видят во мне человека, у которого есть время их выслушать». «Сначала меня это несколько тяготило, так как хотелось скорее набрать материал для дипломной работы, – продолжала она. – Но потом эти разговоры оказались даже на руку, так как из них я узнала гораздо больше о респондентах, чем из регистрационных бланков использованных мною тестов».

Слушая студентку, я вспоминал годы своей врачебной деятельности в психиатрическом диспансере и думал, насколько она права, как тонко заметила огрехи общения между медицинскими работниками и больными. Конечно, в психиатрии клинической беседе и наблюдению, изучению личности пациентов уделяется гораздо больше внимания, чем в общетерапевтической клинике, тем не менее, этот способ коммуникаций присутствует почти везде. Указанный стиль общения нельзя назвать черствым, в нем строго дозировано присутствуют патернализм, покровительство, юмор (иногда черный), подбадривание, доброжелательность, и четко обозначенные границы дозволенного, подчеркивающие вертикальный, «родительско-детский» тип взаимоотношений в коммуникации «врач-пациент». Говоря языком транзактного анализа, это взаимодействие на уровне Контролирующего родителя и Адаптивного ребенка. То, что увидела моя дипломница в пациентах, это их желание получить оклик еще и Заботливого родителя.

«Сначала я выслушивала только жалобы обследуемых мною больных, но постепенно от встречи к встрече я направляла нашу беседу в нужное мне русло. Пациенты рассказывали свои жизненные истории, приводили примеры того, как они справляются со своей болезнью. Я использовала приемы активного слушания, периодически вставляя фразы «Я вас понимаю», «сочувствую...», «Да, вам действительно было трудно» и т.п.; и неожиданно стала получать от своих респондентов обратную связь: люди благодарили меня, хотя я им ничего особенного не сделала, предлагали помощь: «Давайте мне ваши вопросы, но покажите сначала, куда ставить галочки»; интересовались результатами исследования: «А что вы мне посоветуете?»; и даже сочувствовали: «какая сложная у психолога работа». Когда я приходила в палату, они дружно здоровались, сообщали новости о себе и своей семье: «А моей внучке десять лет исполнилось», «Вчера ко мне сын приходил», «Врач говорит, что меня скоро выпишут» и др.

Размышляя над рассказом своей ученицы, я стал рассуждать дальше и даже попытался сделать небольшие расчеты. Что, по сути, сделала студентка? Запустив процесс эмпатического слушания, она тем самым способствовала формированию доверия и самораскрытию пациентов. Вспомнилось изречение В. М. Бехтерева: «Если после разговора с врачом больному не стало легче, то это не врач». И другое принадлежащее современному писателю Эдуарду Севрусу: «Испытывая сострадание к больному, врач лучше лечит, а ощущая это сострадание – больной быстрее выздоравливает». У врача десятки больных, которых он должен довести до выздоровления или устойчивой ремиссии.

Вспоминаю, что в бытность работы врачом-наркологом приходилось вести до 40 и более больных алкоголизмом на ставку. Тут не до душевных разговоров, поисков глубинных причин алкоголизаций, успеть бы осмотреть вновь поступивших, не проглядеть черепно-мозговую травму или пневмонию, а под маской абстиненции начинающийся делирий. И еще своевременно записать дневники, посмотреть анализы, сделать назначения, написать эпикризы, выполнить другую рутинную работу.

Но психолог не врач, а всего лишь его помощник. Медицинскому психологу предписаны многие функции, в том числе три главных, на которых держится вся практическая психология: психодиагностика, консультирование и психокоррекция. И еще экспертная, реабилитационная, профилактическая и проч. Жизнь показывает, что в общей массе практикующие врачи весьма смутно представляют, чем должен заниматься медицинский (клинический) психолог и, как правило, с трудом формулируют ему производственное задание. Общение с выпускниками, которые выбрали своей стезей медицину и заняли регламентированные нормативными документами федерального уровня ставки в центрах здоровья, планирования семьи, СПИДа, онкологических отделениях, детских стационарах, противотуберкулезном диспансере и др., показывает, что они сами определяют направления своей работы. Более жестко определен статус медицинских психологов в психиатрической больнице. Предписано заниматься экспертно-психодиагностической работой, а им хочется еще консультировать, психотерапевтировать и тренинговать!

А не лучше ли свести эти функции (часто только декларируемые, исполняемые только на бумаге) к одной, которую и реализовала моя студентка – *фасилитирующей*? Из беседы с заведующим кардиологическим отделением тогда, в 2008 году, было выяснено, что изменение эмоционального настроения больных способствовало улучшению их состояния и ускорило их выписку примерно на два дня. При среднем 17-дневном койко-дне для кардиологических больных оборот койки в году составит 21,5 раза, при 15-дневном – 24,3. Разница – 2,8. Умножаем на количество коек в отделении: (2,8 x 50), получаем 140 дополнительных койко-дней. При средней стоимости 1 койко-дня (при условии пребывания больного в обычной палате) 1260 руб. получаем экономию в 176400 руб. Вычитаем из этой суммы годовую зарплату медицинского психолога без категории (5500 руб. x 12 = 66000 руб.), получаем экономическую выгоду 110400 руб. или дополнительно 9–10 спасенных жизней. А если это распространить на другие стационары многопрофильной больницы?

Я с подобными расчетами ринулся было тогда к заведующему горздравотделом с предложением целевой подготовки клинических (медицинских) психологов: гляди, мол, есть прямая выгода эту службу развивать, однако, встретил в его лице недоумение: «Да какие психологи! У меня врачей не хватает, санитарок, крыша течет в хирургическом корпусе, а ты тут – с прожекторами. Мечтатель!».

К слову сказать, ситуация в отношении клинических (медицинских) психологов во врачебной среде меняется. Их патерналистское отношение к данным специалистам в области психического здоровья медленно и постепенно поворачивается в сторону сотрудничества. Хотелось бы также, чтобы этот сдвиг быстрее произошел в головах руководителей здравоохранения и главных врачей, и менеджмент в медицине перестал сводиться лишь к бухгалтерско-хозяйственной деятельности, но и приобрел доброе и улыбочливое лицо, повернутое непосредственно к пациенту.

Опубликовано: Клиническая психология в структуре медицинского образования : матер. научно-практ. конференции с международным участием. г. Астрахань, 17–19 октября 2013 г. – Астрахань : Изд. Астраханской гос. мед. академии, 2013. – С. 245–250.

РАЗДЕЛ 1. ПРОБЛЕМЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Оптимизм как фактор профессионального здоровья медицинского работника

Одна из задач психологии профессионального здоровья – выявление личностных факторов, связанных с высокой стрессоустойчивостью и способностью противостоять жизненным невзгодам. В структуре стрессоустойчивости выделяют такие компоненты, как конструктивная активность, позитивное мироощущение, жизнерадостность и способность противостоять трудным жизненным обстоятельствам, сохранение стойкости, мужества и веры в положительное разрешение ситуаций. Это важные атрибуты психосоциального здоровья человека описываются в категории «оптимизма».

М. Зелигманом (M. Seligman), автором концепции «выученной беспомощности», обнаружено, что даже в условиях неблагоприятной внешней среды некоторые люди оказываются очень устойчивыми к переходу в беспомощное состояние. Они сохраняют инициативу и не прекращают попыток достичь успеха. Качество, которое обеспечивает эту способность, М. Зелигман связал с понятием оптимизма. По его мнению, суть оптимизма состоит в особом стиле объяснения причин неудач или успехов, или атрибуции. Оптимистичные люди склонны приписывать неудачи случайному стечению обстоятельств, случившемуся в определенной точке пространства в определенный момент времени. Успехи они привычно считают личной заслугой и склонны рассматривать их как то, что случается почти всегда и почти везде (что достаточно согласуется с понятием локуса контроля). Именно через стиль атрибуции (приписывания) «просеивается» опыт неудач. В случае оптимистичной атрибуции значение этого опыта преуменьшается, в случае пессимизма – преувеличивается [3].

Исследования оптимистического мышления имеют особую актуальность и перспективы в России. По данным ряда исследований россияне демонстрируют низкие показатели психического здоровья, удовлетворенности жизнью, преобладание негативного аффекта над позитивным, а большая часть российского общества, включая предпринимателей, ученых, рабочих, пенсионеров оценивается как пессимистически настроенная [4 и др.]. Вместе с тем, исследование различных профессиональных групп (менеджеры, брокеры), проведенное Н. Е. Водопьяновой, показало, что лица с высоким уровнем оптимизма меньше подвержены профес-

сиональному выгоранию, чем лица с пессимистическим настроем [2]. Применительно к профессиональной деятельности медицинских работников этот аспект изучен недостаточно, хотя в ряде работ установлено, что в качестве механизма формирования профессионального стресса у них выступает сочетание высокого контроля над проявлениями негативных реакций, высокого уровня тревоги, пессимистичности и снижения способности к интегрированности поведения в стрессовых ситуациях, связанных с профессиональной деятельностью [1].

Целью настоящего исследования являлось изучение активности и оптимизма у различных категорий медицинских работников. Одним из критериев отбора испытуемых являлся характер профессиональной деятельности и взаимодействие с таким стрессогенным фактором, как смерть пациента.

Обследовано 60 медицинских работников: 1-я группа (Г1) – медработники ургентной службы – врачи, фельдшера и медсестры скорой помощи, реанимации, анестезиологии, неотложной хирургии, травматологии; 2 группа (Г2) – работники морга – судмедэксперты, патологоанатомы, санитары. Группа сравнения (Г3) была представлена 30 служащими – менеджерами и продавцами торговых точек, операционистами и экономистами банков, бухгалтерами, программистами, работниками отделов кадров (все они имели опыт столкновения со смертью родственников, близких и др.). Каждая группа включала по 15 мужчин и 15 женщин, возраст испытуемых 25–47 лет, образование не ниже средне-специального, стаж работы по специальности от 5 до 11 лет.

Использовались: диагностическая шкала «Активность-оптимизм» (AOS) И. Шуллера и А. Л. Коммуниана в адаптации Н. Е. Водопьяновой и М. В. Штерн и опросник «Индекс стиля жизни» Плутчика – Келлермана – Конте. Оптимизм в методике AOS понимается как предрасположенность человека верить в свои силы и успех, иметь преимущественно положительные ожидания от жизни и от других людей. Оптимисты, как правило, экстравертированы, доброжелательны и открыты для общения. Пессимистам, наоборот, свойственны сомнения в своих силах и доброжелательности других людей, ожидание неудачи, стремление избегать широких контактов, интровертированность. Под активностью понимается энергичность, жизнерадостность, беспечность, безмятежность и склонность к риску. Пассивность проявляется в тревожности, боязливости, неуверенности в себе и нежелании что-либо делать. Методика позволяет оценить установки и умонастроения испытуемых, касающиеся преодоления настоящих и будущих трудностей в значимых сферах их жизнедеятельности. AOS

позволяет описать пять типов личности, отличающихся по степени выраженности оптимизма-пессимизма и активности-пассивности. Стрессоустойчивыми личностями считаются «реалисты» и «активные оптимисты», которые способны адекватно оценивать текущую ситуацию, исходя из собственных возможностей и ресурсов, использования конструктивных копинг-стратегий. Пассивным пессимистам свойственно неверие в свои силы, пассивность в поведении, депрессивный статус, эскапизм и ощущение себя жертвой жизненных обстоятельств. Активным пессимистам, или негативистам свойственна большая активность, которая часто имеет деструктивный характер. Данный психотип исследован Е. Я. Эльяфи на примере эффективных работников риэлтерской службы. Автор объясняет его широкое распространение спецификой российского менталитета, в котором деструктивность стала определенной нормой поведения и общения. Сочетание активности и агрессии, свойственное активным пессимистам, расценивается членами коллектива как признак психологического и профессионального лидерства. Очень часто такие люди проявляют себя как уверенные, знающие свое дело профессионалы, стараясь соответствовать ожиданиям окружающих [5]. Пассивные оптимисты позитивно настроены, но не склонны предпринимать каких-либо личных усилий для построения своего будущего, надеются на удачу, случай, они добродушны и веселы, в жизни ведут себя как прокрастинаторы, т.е. люди, склонные откладывать «на потом» решение важных дел.

Исследование показало, что по параметру оптимизма медицинские работники-мужчины в целом не отличаются от мужчин контрольной группы Г3 (средние значения соответственно 17,9 и 18,0); у женщин-медиков эти показатели были несколько выше: 15,7 против 13,8 баллов ($p < 0,05$). Уровень оптимизма мужчин работников ургентных служб был достоверно выше такового у женщин этой группы (18,1 и 13,4; $p < 0,01$), в то время как у работников морга он был практически одинаков (17,7 и 17,9; $p > 0,05$). Объяснение этому факту связано с половыми различиями реакции на стресс. Показано, что сама по себе принадлежность к женскому полу является фактором риска профессионального стресса у врачей, напряженность которого отрицательно коррелирует с оптимистическими установками [1]. С другой стороны, работники морга имеют дело уже не с живым пациентом, а трупом, волноваться за судьбу которого нет оснований. В группах медиков в целом преобладали активные личности (Г1 – 17 чел. или 56,6 %, и Г2 – 19 чел. или 63,2 %); в группе сравнения (Г3) доля активных менее половины – 13 чел. (43,3 %). Вместе с тем, среди работников ургентных служб вы-

явлено меньшее количество оптимистов (13 чел.), чем среди работников морга (19 чел.) – 43,3 % против 63,3 %, со значительным преобладанием в последней группе активных оптимистов (50 %). Объяснение этого факта, на наш взгляд, связано с включенностью механизмов психологической защиты более высокого уровня. Работникам морга свойственен материалистический и прагматический взгляд на происходящие события с высокой включенностью защитного механизма рационализации (37 %), который дает возможность реагировать на ситуацию спокойно, взвешенно, оценивая те события, которые к ней привели (в том числе и смертельные исходы), без гнева или агрессии против себя или других. Работники ургентных служб, наряду с рационализацией (27 %) часто используют механизм замещения (20 %), который дает возможность справиться с нарастающими чувствами гнева, ярости, злости, снимая напряжение, направляя гнев на более слабый одушевленный или неодушевленный объект или на самого себя. Среди медработников ургентной службы преобладали активные оптимисты и активные пессимисты; среди работников морга, наряду с активными оптимистами, – и реалисты (интересно, что в выборке офисных служащих не выявлено реалистов). Остальные психотипы были представлены почти в равной степени с незначительным преобладанием (30 %) пассивных оптимистов). Оценивая выявленные психотипы с точки зрения их стрессоустойчивости, установили, что среди медиков значительную долю занимают активные оптимисты (40 %) и реалисты (16,7 %). Активных пессимистов (20 %) можно отнести к промежуточной группе, компенсирующих свои негативистические установки высокой профессиональной активностью.

Полученные данные отражают достаточно «пеструю» картину психологических типов медработников, взаимодействующих с фактором смерти в своей профессиональной деятельности. Приведенные оценки носят предварительный характер, тем не менее, они подтверждают значимость оптимизма как личностного ресурса сохранения профессионального здоровья медицинских работников.

Библиографический список

1. Винокур В. А., Рыбина О. В. Интегративные механизмы формирования профессионального стресса у врачей // Интегративная медицина. Матер. 2-го национального конгресса. – СПб., 2005. – С. 36–39.
2. Водопьянова Н. Е., Штерн М. В. Оценка оптимизма и активности личности // Практикум по психологии здоровья / под ред. Г. С. Никифорова. – СПб. : Питер, 2005. – С. 111–118.
3. Зелигман М. Как научиться оптимизму. – М. : Вече, 1997. – 432 с.

4. Муздыбаев К. Оптимизм и пессимизм личности // СОЦИС. –2003. – № 12. – С. 87–96.
5. Эльяфи Е. Я. Социально-психологические характеристики риэлторов в связи с успешностью их деятельности // Матер. докл. XIV Междунар. конфер. студентов, аспирантов и молодых ученых «Ломоносов». – М. : Изд. центр ф-та журнал. МГУ им. М. В. Ломоносова, 2007. – 1 электрон. опт. диск (CD-ROM).

Опубликовано: Практическая психология : от фундаментальных исследований до инноваций : матер. V Междунар. науч.-практ. конф. 19 нояб. 2010 г., г. Тамбов / отв. ред. Е. А. Уваров // ГОУВПО «Тамбовский. гос. ун-т им. Г. Р. Державина». – Тамбов : Изд. дом «ТГУ им. Г. Р. Державина», 2010. – С. 156–161.

Исследование механизмов психологической защиты у медицинских работников, взаимодействующих с фактором смерти в профессиональной деятельности

Анализ научных публикаций показывает, что у медработников очень сильны впечатления, чувства, связанные с умирающими больными и самим фактом их смерти. Все, что связано со смертью больных, представляет серьезную психическую нагрузку для медперсонала. Причем они по-разному реагируют на смерть больных, вызывающую такое сильное психическое напряжение. Часть их вместе со своими больными надеется, верит, ждет: а вдруг все-таки можно помочь. Другая часть медиков пытается отстранить от себя страхи, как только больного коснется «дыхание смерти». Рационально мыслящие перекладывают ответственность на самих больных: «Они сами виноваты в своей смерти («Зачем столько пил?», «Почему вовремя не обратился?»). И, наконец, около трети медработников вообще не занимает этот вопрос, страха смерти они «никогда не чувствовали», не отмечали (А. Г. Ключев, 1993; А. В. Гнездилов, 1995 и др.).

Цель настоящего исследования – изучение механизмов психологической защиты (МПЗ) у медицинских работников, взаимодействующих с фактом смерти в их профессиональной деятельности.

Выборка составила 90 человек. 1-я группа – медработники ургентной службы (УС): врачи, фельдшера и медсестры скорой помощи, реанимации, анестезиологии, неотложной хирургии, травматологии (в их профессиональной деятельности отмечается высокая вероятность смертельного исхода пациента и часто – сама смерть больного). 2 группа – работники морга (РМ): судмедэксперты, патологоанатомы,

санитары, технические работники, необходимым элементом профессиональной деятельности которых является факт смерти. 3-я группа (сравнения ГС) была представлена служащими: менеджерами и продавцами торговых точек, операционистами и экономистами банков, бухгалтерами, программистами, работниками отделов кадров (все они имели опыт столкновения со смертью родственников, близких и др.). Каждая группа включала по 15 мужчин и 15 женщин, возраст испытуемых 25–47 лет, образование высшее или средне-специальное, стаж работы по специальности – от 5 до 11 лет. В работе использована методика «Индекс стиля жизни» Келлермана – Плутчика – Конте (Л. И. Вассерман, О. Ф. Ерышев, Е. Б. Клубова и др., 1999), результаты которой сопоставлялись с данными проективной методики «Рисунок смерти» (Н. Д. Узлов, Е. Н. Пантелеева, 2010).

Анализ ведущих защитных механизмов у обследованных выделенных групп показал, что для врачей УС в большей степени характерны такие защиты, как «замещение» (20 %) и «рационализация» (27 %), для работников морга – «рационализация» (37 %). В группе сравнения преобладающими механизмами были «вытеснение» (20 %), «гиперкомпенсация» (17 %) и «замещение» (13 %). При этом оказалось, что «вытеснение» характерно в основном для женщин, «компенсация» и «рационализация» – для мужчин.

У обладателей выраженного МПЗ «вытеснение» в рисунках преобладали изображения трупа (согласуется с символом трупа в психоанализе – признаком вытеснения), которые отсутствовали у носителей других доминирующих типов МПЗ.

Статистически значимых различий в представленности тех или иных психологических защит между группами медицинских работников не выявлено. Однако, такие различия установлены между группами УС и офисными служащими по параметрам «регрессия» ($p < 0,001$), «сверхкомпенсация» ($p < 0,001$), «рационализация» ($p < 0,01$); и между работниками морга и ГС: «регрессия» ($p < 0,001$), «компенсация» ($p < 0,01$), «сверхкомпенсация» ($p < 0,001$), «рационализация» ($p < 0,001$). У медицинских работников оказались почти не представленными такие МПЗ, как «регрессия» и «сверхкомпенсация (реактивное образование)».

В соответствии со структурной теорией механизмов защиты Р. Плутчика о противопоставлении каждой из восьми базовых эмоций соответствующему МПЗ, оказалось возможным проследить наличие тех или иных эмоций в рисунках испытуемых. Так, «вытеснению» сопутствовали прорисованные или большие заштрихованные глаза (маркер страха). Маркерами «замещения» выступали рисуночные признаки гне-

ва и агрессии – режущие предметы, зубы, клыки, заостренные углы. «Рационализация» связывалась с тревогой (массивная, частая штриховка, прерывистые линии). Признаки депрессии в рисунке (его смещение в нижнюю часть листа, отрезка) указывали на компенсацию.

Большинство образов смерти, вне зависимости от частоты «встречи с ней», несли в себе традиционные атрибутику и представления о смерти, принятые в обществе, в религии и искусстве. Причем культурный образ и связанные с ним негативные эмоции ужаса, фатальности, неизбежности, драматизма в большей степени были характерны для представителей групп УС и ГС. Работникам морга были более свойственны изображения материальных «причин» смерти или ее фактов, низкая степень выраженности эмоций и отсутствие драматичности.

В целом анализ рисунков показал некоторые различия между представителями всех категорий респондентов: рисунки медицинских работников были более «просты», их можно объединить в большее количество категорий, уменьшена доля эмоционального и увеличена доля когнитивного компонента. Вместе с тем, у медработников УС выявлена подверженность депрессии, снижению настроению, эмоциональной нестабильности, тревоге. Их образы смерти тяготели к неопределенности, символизации и мистицизму.

У работников морга «уровень энергии» в рисунках был в целом выше, менее выражены признаки тревоги и депрессии, наблюдалась ориентация на активное, деятельное настоящее и будущее.

Рисунки офисных служащих (ГС) не отличались разнообразием форм, однако представленные фигуры были большого размера. Они казались более страшными, угрожающими, темными. Чаше использовалась штриховка. Указанные признаки подчеркивают большую значимость, драматичность темы смерти для людей, которые с ней не сталкиваются «лицом к лицу» повседневно, их страх перед ней, с их слов, – ощущения «чего-то великого», «ужасного», «неподвластного разуму и человеку».

Использование концепции Р. Плутчика позволило объяснить включенность тех или иных МПЗ. Как было указано выше, преобладающим типом защиты у медиков ургентной службы являлось замещение. Р. Плутчик рассматривает его как способ справиться с нарастающим чувством гнева, ярости, злости в случае, когда аффективно заряженные реакции не могут быть направлены на более сильный, значимый или статусный объект, каким, безусловно, является сама смерть. Замещение снимает напряжение, направляя гнев на более слабый одушевленный или неодушевленный объект или на самого себя (Романова Е. С., 1996). Исходя из данных клинической беседы, гнев и

раздражение у респондентов группы УС, особенно работников скорой и неотложной помощи, возникали как реакция на: а) неправильное поведение пациента, приведшее его к болезни и смерти («...Нечего было водку пить!...»); б) позднее обращение в медицинское учреждение, особенно в случаях со смертельным исходом; в) нежелание пациента лечиться, рентные установки, манипулятивное поведение; г) сокрытие анамнеза («...Я не знаю, почему болит, ничего опасного не пил, не ел...»), на самом деле принимал суррогаты алкоголя или наркотики); д) невыполнение предписаний врача (пациент складывает таблетки в тумбочку, вместо того, чтобы их принимать); е) ложные вызовы и вызовы без достаточных оснований, и другие подобные ситуации. Таким образом, данная категория медицинских работников в ситуации смерти пациента склонна к экстрапунитивным реакциям с фиксацией на самозащите (по Р. Розенцвейгу). В их рисунках, однако, наличествует тревожно-депрессивный оттенок, что не противоречит ряду теоретических положений и клиническим данным о связи реактивной агрессии и депрессивности (Л. С. Драгунская, 1983, 1990; К. Изард, 1999; А. А. Алексеева, 2005 и др.).

Точно так же можно объяснить частое использование «рационализации» работниками морга и врачами-хирургами. Данный МПЗ Р. Плутчик объясняет постоянно присутствующими эмоциями ожидания или предвидения негативных результатов своих действий либо действий окружающих. Как указывает В. Г. Каменская (1999, с. 100): «Эта защита «готовит» личность к неудачам и неуспеху, снижая субъективную значимость события и, тем самым, снижая травматичность негативных жизненных обстоятельств». Результатом становится произвольная схематизация и истолкование событий для развития чувства субъективного контроля над любой ситуацией, позволяющая сохранить «Я-концепцию». Включенность механизма «рационализации» дает возможность реагировать на ситуацию спокойно, взвешенно оценивая те события, которые к ней привели (в том числе и смертельные исходы), без гнева или агрессии против себя или других, т.е. импунитивно.

Для испытуемых ГС ведущим механизмом психологической защиты выступало «вытеснение». В психоаналитических теориях его функция рассматривается в качестве регулятора остро возникающего чувства страха, которое при неэффективном действии защиты легко трансформируется в отрицательно заряженный аффект, достигающий уровня панической реакции, в данном контексте – страха собственной смерти, связанный со смертью близкого человека. Использование вытеснения для блокирования чувства страха смерти активно задейству-

ет инстинкт самосохранения. Простому обывателю легче отстраниться от смерти, чем медику, который рискует встретиться с ней ежедневно. Однако реагирует он на ее присутствие включением одного из самых неблагоприятных, невротизирующих МПЗ – вытеснением. Отсюда, по-видимому, вытекает трагизм ситуации, связанный с неподготовленностью современного человека к встрече со смертью, что обусловлено потерей культурных и религиозных традиций, связанных с умиранием, совершения обрядов прощения и прощания и др. (Н. Д. Узлов, 2000). Незавершенность отношений с умершим довольно часто приводит к формированию чувства вины, депрессии, неправильной работе горя, интрапунитивным реакциям.

Полученные нами данные показывают, что медицинские работники, взаимодействующие с фактором смерти в профессиональной деятельности, преимущественно используют зрелые (высшие) психологические защиты, такие, как замещение и рационализация. Отсутствие «проекции», которая, как известно, регулирует эмоцию отвращения и подозрительность, как черту поведения и «реактивного образования», формирующего определенный человеческий тип, описываемый в терминах «пуританин», «ханжа», «лицемер», «пустосвят», «двуличный» (В. Г. Каменская, 1999), позволяет говорить не только об эффективности деятельности защитных механизмов, но и, в известной степени, о нравственном и психическом здоровье личности обследованных медработников в целом.

Нами (Н. Д. Узлов, Е. Н. Пантелеева, 2010) по отношению к смерти выделено три психотипа медицинских работников:

«Прагматик». Это человек действия, материалист, обладающий аналитическим умом, логическим способом мышления. Уверен в себе. В своей работе опирается на опыт и факты. Предпочитает выверенные методы, действует по алгоритму, заданной технологии, внимателен, точен. Исключает неоправданный риск. Стремится всегда контролировать ситуацию, принимает на себя ответственность. Может проявлять жесткость, категоричность в суждениях, в общении недостаточно гибок, часто прямолинеен. Обладает чувством юмора, нередко циничен. Подвержен эмоциональному выгоранию (деперсонализация), формированию аддикций. Часто использует алкоголь как средство разрядки и снятия стресса. Ведущим МПЗ является «рационализация». Смерть своих пациентов воспринимает диссоциированно, без глубокой эмоциональной включенности. Указанный психотип выявлен у 33 % медработников УС и 70 % работников морга. Встречался только у мужчин – оперирующих хирургов и патологоанатомов с большим опытом практической работы.

«Скептик» – осторожный в своих действиях, часто нерешительный, пессимистически настроенный, строящий негативные прогнозы на будущее человек. Склонен к рассуждательству, морализаторству. Исключает риск. Исполнителен, но не стремится проявлять инициативу. Действует в границах своих обязанностей и компетентностей. Верит в «высшую силу», иногда заявляет о своих религиозных чувствах, но не искренен в вере. Любимая фраза: «Я так и знал, что этим все кончится!». Не стремится к саморазвитию. Подвержен выгоранию по параметру «эмоциональное истощение». Чаще использует психологическую защиту более низкого уровня – «вытеснение». Его отношение к смерти «не проработано», наполнено страхом в момент ее наступления у пациентов, с последующим быстрым отстранением, нередко смерть воспринимается как лично значимый для медработника факт. Данный психотип определен у 17 % специалистов УС и 7 % работников морга, без каких-либо половых или профессиональных диспозиций.

«Оптимист». Это во всех отношениях достаточно гибкий человек, легко приспосабливающийся под ситуацию, либо приспосабливающий ее под себя. Оптимистично настроен, надеется на успех. Склонен рисковать, действовать до конца, используя все возможности. Обладает амбиентным, либо интернальным локусом контроля. Эмоционально устойчив, владеет собой, общителен, доброжелателен, эмпатичен. В работе инициативен, быстро принимает решения, конструктивен. Менее подвержен эмоциональному выгоранию, чем представители двух предыдущих типов. В равной степени использует МПЗ «замещение» и «рационализацию». В своих отношениях со смертью выработал своеобразный когнитивный компромисс: «Встреча со смертью – неотъемлемая составляющая профессии. Я сделал(-а) все, что возможно, честно выполняя свой профессиональный долг, и переживания по поводу смерти больного не должны выбивать меня из привычной жизни». Данный психотип был представлен у 50 % специалистов УС и 23 % работников морга, а у работников скорой и неотложной медицинской помощи встречался, главным образом, у женщин.

Опубликовано: *Клиническая психология : теория, практика и обучение : матер. междунар. научно-практ. конфер., Санкт-Петербург, 30 сентября–1 октября 2010 г. – СПб. : Сенсор, 2010. – С. 94–96.*

См. также:

1. Узлов Н. Д., Пантелеева Е. Н. *Типологические характеристики медицинских работников, взаимодействующих с фактом смерти в профессиональной деятельности // Клиническая психология : Итоги. Проблемы. Перспективы : сб. материалов Всеросс. научно-практ. конфер. с междунар. участием, 27–28 апреля 2010 г. – АОУ ВПО «Ленинградский государственный ун-т им. А. С. Пушкина. – СПб. : Изд. «АЙСИНГ», 2010. – С. 438–442.*

2. Узлов Н. Д., Пантелеева Е. Н. *Образы смерти в рисунках медицинских работников // Человек в современном обществе : вопросы психологии : матер. Междунар. заочной научно-практ. конференции, г. Новосибирск, 1 июня 2010 г. – Новосибирск : Изд. «ЭНСКЕ», 2010. – С. 140–150.*

Особенности проявления синдрома эмоционального выгорания у медицинских работников, находящихся в постоянном контакте с ВИЧ-инфицированными

С начала 2000 года в Пермском крае в результате значительного роста количества ВИЧ-инфицированных сложилась сложная эпидемиологическая ситуация, в связи с чем возникла необходимость открытия консультативно-диагностического центра (КДЦ) по ВИЧ/СПИДу в городе Березники, который в настоящее время считается городом с неблагоприятной эпидемиологической ситуацией.

По материалам организации Project Inform у медицинского персонала, работающего с пациентами с диагнозом ВИЧ-инфекции, имеются высокие предпосылки для формирования синдрома эмоционального выгорания (СЭВ), так как деятельность медицинских работников зачастую не ассоциируется с положительными эмоциями, работа постоянно проходит в условиях напряженности и повышенной ответственности. Медработникам приходится постоянно видеть огромное количество страданий и быть свидетелями смерти своих пациентов. Кроме того, несмотря на всяческие предосторожности, существует потенциальная опасность заражения ВИЧ и страх передачи этого вируса членам своих семей. Невозможность вылечить больного часто провоцирует гнев и отчаяние. Такие стрессовые ситуации в сочетании со специфическими потребностями больных в уходе и поддержке могут приводить к эмоциональному выгоранию медицинских работников.

Несмотря на обилие публикаций по проблеме выгорания и обзорных работ на эту тему (Н. Е. Водопьянова, Е. С. Старченкова, 2005, 2009 и др.), специфика проявления СЭВ у медицинских работников, находящихся в постоянном контакте с ВИЧ-инфицированными, изучена недостаточно.

Обследовано 17 сотрудников КДЦ по ВИЧ/СПИД, находящихся в постоянном контакте с ВИЧ-инфицированными: 5 врачей и 12 медицинских сестер в возрасте 31–42 лет с общим стажем работы 11–21 год, стажем работы с ВИЧ-инфицированными 5 лет. Контрольную группу составило аналогичное количество испытуемых той же возрастной категории (5 врачей и 12 медицинских сестер) с общим стажем работы 12–19 лет, занимающихся консультативно-диагностической практикой

в других лечебных учреждениях и не имеющих контактов с ВИЧ-инфицированными. Все обследуемые – женщины, состоящие в зарегистрированном или гражданском браке, имеющие детей.

В работе использована клиническая беседа, наблюдение, методика диагностики уровня эмоционального выгорания В. В. Бойко. Данные беседы и наблюдения показали, что работники КДЦ, в сравнении с коллегами контрольной группы, чаще проявляют астенические и невротические жалобы и симптомы (72 % против 56 %), имеют больше проблем в производственных отношениях (54 % и 38 %). У более половины из них (62 %) портится настроение при воспоминании о работе (в контрольной группе – у 36 %) и др. Общение с ВИЧ-инфицированными пациентами вызывает у них сильное напряжение. Сочувствуют пациентам 77 % медработников, понимают их состояние и проблемы – 100 %, сопереживают – 62 % респондентов, спокойно относятся к их переживаниям и проблемам только 38 %. Таким образом, в известной степени подтверждается тезис профессора А. К. Хетагуровой (2004) о том, что «выгорание – это плата за сочувствие».

У испытуемых, находящихся в постоянном контакте с ВИЧ-инфицированными, отмечены сформировавшиеся фазы: напряжения – у 1 чел, резистенции – у 12, истощения – у 5 чел. И только у 3 медработников контрольной группы была сформирована фаза резистенции. Сравнение средних значений показателей СЭВ по уровням выгорания не выявило статистически значимых различий в фазе напряжения (28,6 у работников КДЦ и 24,2 в контрольной группе; $p > 0,05$). Однако таковые различия четко обозначились в фазе резистенции (соответствующие значения 64,4 и 43,7; $p < 0,001$) и фазе истощения (50,7 для контактирующих и 32,8 для не находящихся в постоянном контакте с ВИЧ-инфицированными; $p < 0,05$). Таким образом, исследование показало, что выгорание наиболее ярко проявляет себя в фазе резистенции, порождая такие свойственные для нее симптомы (по В. В. Бойко) как «неадекватное избирательное эмоциональное реагирование», «эмоционально-нравственная дезориентация», «расширение сферы экономии эмоций», «редукция профессиональных обязанностей», что, безусловно, требует разработки специфических рекомендаций для данной категории медработников по управлению стрессом, программ реабилитации, улучшению психогигиенических условий труда, мер социальной поддержки.

Опубликовано: *Социальная психология сегодня : наука и практика : матер. V межвуз. научно-практ. конфер. 17 июня 2010 г. – СПб. : СПбГУП, 2010. – С. 153–155.*

Синдром профессионального выгорания у массажистов, работающих с детьми

По данным Н. Е. Водопьяновой и Е. С. Старченковой (2008), по числу публикаций проблема выгорания медсестер и специалистов по уходу за больными занимает второе место после рассмотрения педагогических профессий. Между тем, такая категория средних медицинских работников, как массажисты, фактически осталась без внимания исследователей. Профессия массажиста предполагает не только физическую выносливость, сильные чувствительные руки, но и высокую ответственность, доброжелательность, склонность к общению и умение находить общий язык с разными людьми. К числу значимых личностных качеств массажиста относят также любовь к людям, терпение, внимание, чуткость, добродушие, умение контролировать собственные эмоции (проводить массаж, находясь в плохом настроении недопустимо).

Высокой эмоциональной загруженностью отличается труд массажиста, работающего с детьми с ограниченными возможностями здоровья. Среди эмоциогенных факторов его деятельности можно выделить следующие: постоянная работа с больными детьми, страдающих тяжелой патологией (ДЦП, наследственные дегенеративные заболевания, последствия родовых травм, умственная отсталость, сложные дефекты и др.); чувство бессилия, осознание того, что многих детей невозможно полностью вылечить; жалобы недовольных родителей и плач детей во время процедур; напряженный график работы и др. Специалисту по массажу в работе с этим трудным контингентом приходится быть и тонким психологом, и чутким педагогом. Все это создает условия для формирования синдрома профессионального выгорания.

С помощью опросника МВІ К. Маслач и С. Джексона в адаптации Н. Е. Водопьяновой и методики «Градусник» (автор Н. П. Фетискин) обследовано 60 массажистов-женщин в возрасте 20–47 лет, сотрудников бюджетных медицинских организаций, реабилитационных центров, профилакториев и оздоровительных лагерей; из них 28 чел., работающие с детьми-инвалидами, 32 чел. – с относительно здоровыми детьми (включая спортивный массаж).

Получены следующие результаты: по опроснику МВІ выявлены статистически значимые различия между указанными группами специалистов по шкалам «эмоциональное истощение» (показатели 26,5 и 19,2; $p < 0,001$), «деперсонализация» (соответственно 12,0 и 8,8; $p < 0,001$), «редукция личных достижений» (26,7 и 33,7; $p < 0,001$). Было также установлено, что среди массажистов, работающих с детьми с ог-

раниченными возможностями, высокий уровень эмоционального истощения имеет место у 64,3 %, в то время как у их коллег, работающих с детьми без отклонений только у 31,2 %. Аналогичные данные получены и по параметрам «деперсонализация» – 57,2 и 34,5 %; «редукции личных достижений» – 57,1 и 31,2 %. Таким образом, полученные нами данные свидетельствуют, что массажисты, работающие с детьми-инвалидами, более склонны к эмоциональному выгоранию, чем массажисты, работающие с детьми без тяжелых отклонений в развитии.

С помощью методики «Градусник» исследовалось эмоциональное состояние респондентов по следующим критериям: восторженное, радостное, приятное, спокойное, уравновешенное, безразличное, скучное, дремотное, раздражительное, пресыщенное. Статистически значимые различия получены по параметру «раздражение» с преобладанием у массажистов, работающих с детьми-инвалидами ($p < 0,01$).

В процессе клинической беседы было выяснено, что причиной повышенной раздражительности большинства из них является недовольство жизненной ситуацией (отсутствие карьерного роста, низкая оплата труда, обида на администрацию за недостаточную оценку их деятельности, большие объемы работы, однообразие проводимых процедур и их слабая результативность и др.), недовольство собой из-за неспособности либо нежелания что-либо изменить. Только 12 чел. (20 %) сообщили, что довольны работой, и считают ее своим призванием. Остальные считают работу массажиста престижной, однако при возможности хотели бы поменять место работы, устроившись в массажные и SPA-салоны, либо заняться частной практикой, хотя не предпринимают для этого никаких усилий.

Опубликовано: Ананьевские чтения – 2013. Психология в здравоохранении : материалы научной конференции, 22–24 октября 2013 г. / отв. ред. О. Ю. Щелкова. – СПб. : Скифия-принт, 2013. – С. 461–463.

РАЗДЕЛ 2. КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АДДИКТОЛОГИИ И СУИЦИДОЛОГИИ

Напряженность психологических защит, отношение к болезни и лечению больных алкоголизмом при первичной и повторной госпитализации

Проблеме изучения механизмов психологической защиты (МПЗ) при алкоголизме посвящено много работ, в которых нередко приводятся противоречивые данные относительно представленности тех или иных защитных механизмов. Считается, что вытеснение является одним из наиболее распространенных, однако, трудно фиксируемых механизмов защиты при бытовых формах пьянства [1]. Т. А. Немчин и С. В. Цыцарев среди ведущих МПЗ указывают на отрицание, проекцию и псевдорационализацию [13]. Э. Е. Бехтель рассматривает перцептивную защиту в качестве ведущего психологического механизма при алкоголизме [2], который реализуется в форме анозогнозии (отрицание) - игнорирования пьянства [16], проекции [1]. Показано, что в основе реакции анозогнозии при алкоголизме лежит постепенное снижение критики к своему состоянию, наблюдающееся при этом заболевании по мере его развития [17]. Считается, что лечение больных алкоголизмом становится возможным только с преодолением анозогнозических установок, когда пациент с помощью врача или психолога начинает осознавать симптомы своего заболевания.

Важную роль в формировании защиты личности при алкоголизме играют также механизмы рационализации, формирование так называемой «объяснительной системы» – форма мышления, которой свойственны специфическая фильтрация («просеивание»), отбор данных в соответствии с личностными желаниями, гарантирующий удобное, нужное в данный момент заключение [1; 6; 8 и др.].

Отношение к болезни и лечению выступает другим значимым параметром изучения внутренней картины болезни, которое в отечественной психологии традиционно связывается с концепцией отношений В. Н. Мясищева [12] и разработанной на ее основе А. Е. Личко и Н. Я. Ивановым типологии отношения к болезни [10]. Практической реализацией этих идей в НИИ им. В. М. Бехтерева стала разработка специального опросника «тип отношения к болезни» (ТОБОЛ), диагностирующего 12 типов отношения к болезни (ТОБ) [15]. В настоящее время выполнено много работ в этом направлении, в том числе при изучении личности больных алкоголизмом. Так, М. М. Меерзон выявил

6 вариантов отношения к болезни при алкоголизме в зависимости от выраженности у этих больных разных типов акцентуаций характера: тревожно-сенситивный, эргопатический, апатический, ипохондрический, эгоцентрический и анозогнозический [11]. По данным Б. М. Гузикова с соавт. [4] ведущим при алкоголизме в качестве «чистого» ТООБ выступает сенситивный и в комбинации с другими типами – анозогнозический. Как показали последующие исследования, несмотря на признание клиницистами ведущей роли анозогнозии в формировании отношения к болезни при алкоголизме, в эмпирических исследованиях с помощью опросника ТООБЛ было выявлено, что у этих пациентов анозогнозический тип отношения к болезни не является ведущим. По результатам этих исследований анозогнозический тип представлен наравне с такими типами, как эргопатический и гармоничный, при этом в ряде случаев гармоничный тип отношения к болезни может преобладать над другими [3; 7]. Целью настоящей работы является исследование защитных механизмов отношения к болезни и лечению больных алкоголизмом (мужчин) при первичной и повторной госпитализации.

Для диагностики МПЗ использовался опросники «Индекс стиля жизни» Келлермана-Плутчика-Конте, типа отношения к болезни – (ТООБЛ) и отношения к лечению, исследующий 5 типов установок на лечение: достижение инсайта, изменение поведения, достижение симптоматического результата, вторичного выигрыша, пассивной позиции [6]. Испытуемые – 100 пациентов наркологических отделений Краевой психиатрической больницы № 4» города Березники, в том числе 50 чел. госпитализированных первично, 50 чел. – повторно.

По данным В. Г. Каменской, нормативные значения величины общей напряженности всех защит (ОНЗ) для городского населения России равны 40–50 %. ОНЗ, превышающий 50-процентный рубеж, отражает реально существующие, но неразрешенные внешние и внутренние конфликты [5]. Наибольшие показатели у мужчин, больных алкоголизмом и находящихся на первичной госпитализации, выявлены у таких психологических защит, как проекция (84,6), отрицание (72,7), рационализация (66,6), регрессия (64,7). У пациентов, поступивших на лечение повторно – отрицание (95,6), рационализация (89,2), регрессия (82,3), гиперкомпенсация (67,9). Наиболее заметная динамика отмечена за счет уменьшения включенности механизма проекции (– 53,8) и увеличения значимости МПЗ отрицания и рационализации (соответственно + 22,9 и + 22,6). Интегральный показатель напряженности МПЗ впервые обратившихся и повторно госпитализированных составил соответственно 60,6 и 64,0 ($p < 0,05$).

В результате исследования у первично госпитализированных больных диагностированы следующие ТООБ (чел.): сенситивный (21), эргопатический (18), гармоничный (13), тревожный (5), анозогнозический (4), дисфорический (1); у повторных – эргопатический (20), сенситивный (19), тревожный (17), дисфорический (10), гармоничный (8), анозогнозический (2). Несмотря на то, что в обеих группах диагностированы схожие ТООБ, получены статистически значимые различия в степени выраженности ТООБ у больных алкоголизмом, впервые обратившихся за медицинской помощью и находящихся на повторном лечении. У госпитализированных впервые больных более ярко выражены черты эргопатического и анозогнозического типов, рассматриваемые в концепции отношения к болезни как более адаптивные, с большей опорой на собственные силы и сотрудничество ($p < 0,001$), повторных – тревожного и дисфорического ТООБ ($p < 0,001$), для которых характерны поиск той «волшебной» таблетки, кода, «торпеды», авторитетного доктора, которые избавят их от болезни, а самим никаких усилий прилагать не придётся. Полученные данные в целом согласуются с литературными, представленными выше.

Результаты исследования отношения к лечению выявили следующие различия: у первично госпитализированных больных алкоголизмом более выражены установки на изменение поведения ($p < 0,01$); у повторных пациентов – на достижение симптоматического улучшения ($p < 0,01$) и пассивные установки ($p < 0,001$).

У первично госпитализированных выявлены статистически значимые связи между гармоничным ТООБ и рационализацией ($r = 0,365$; $p < 0,01$), сенситивным ТООБ и гиперкомпенсацией ($r = 0,370$; $p < 0,01$); эргопатическим типом и такими МПЗ, как отрицание ($r = 0,249$; $p < 0,05$), проекция ($r = 0,309$; $p < 0,05$), компенсация ($r = 0,238$; $p < 0,05$), а также между дисфорическим ТООБ и компенсацией ($r = 0,298$; $p < 0,05$). Выявлены значимые связи между гармоничным и эргопатическим ТООБ и установкой на изменение поведения, соответственно $r = 0,412$; $p < 0,01$ и $r = 0,249$, $p < 0,05$. Гармоничный тип отношения к болезни также коррелирует с пассивной установкой на лечение ($r = 0,281$, $p < 0,05$). Установка на симптоматическое улучшение характерна для больных алкоголизмом с сенситивным ТООБ ($r = 0,347$; $p < 0,01$) Определяется связь между анозогнозическим типом отношения к болезни и пассивной установкой к лечению ($r = 0,275$, $p < 0,05$), что вкупе с выявленной у больных с таким ТООБ защитным механизмом рационализации может свидетельствовать об анозогнозической реакции.

У повторно госпитализированных больных алкоголизмом установлены значимые связи между тревожным ТООБ и отрицанием ($r = 0,493$;

$p < 0,001$), вытеснением ($r = 0,366$; $p < 0,01$), проекцией ($r = 0,349$; $p < 0,01$) и гиперкомпенсацией ($r = 0,237$; $p < 0,05$); сенситивный и дисфорический ТОб коррелируют с отрицанием, соответственно ($r = 0,281$; $p < 0,05$ и $r = 0,311$; $p < 0,05$). У повторных больных установка на симптоматическое улучшение коррелирует с эргопатическим типом отношения к болезни ($r = 0,235$; $p < 0,05$), сенситивным ($r = 0,347$; $p < 0,01$) и дисфорическим ($r = 0,275$; $p < 0,05$) ТОб. Пассивная установка на лечение имеет связь с тревожным ($r = 0,284$; $p < 0,05$), анозогнозическим ($r = 0,325$; $p < 0,01$) и дисфорическим ТОб ($r = 0,321$; $p < 0,01$).

Интерпретируя полученные в результате исследования данные, можно сделать общие выводы.

1. Для первично обратившихся за помощью пациентов в период госпитализации после наступления симптоматического улучшения, а также в период ремиссий более свойственно демонстрировать гармоничное отношение к болезни: они активно содействуют лечению болезни, хотят изменить свое поведение. Чувство вины часто трансформируется в повышенную работоспособность больных алкоголизмом: они активно принимают участие в трудотерапии, окружающие их в быту (члены семьи, сотрудники) отмечают их исполнительность и «безотказность»: «Когда не пьет – золотой». Можно также утверждать, что больные, впервые поступающие на лечение, характеризуются малой сформированностью внутренней картины болезни, отсутствием информации о методах лечения и отрицанием самого факта собственной алкогольной зависимости. В связи с вышеизложенным такие больные в большинстве своем при первичной госпитализации имеют установку на изменение поведения в рамках отношения к болезни. Для мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, на начальных этапах характерно включение таких МПЗ, как проекция, гиперкомпенсация, и рационализация, выражающиеся в создании системы мотивов для употребления алкогольсодержащих напитков, переносе собственных проблем и симптомов алкогольной зависимости на окружающих.

2. Большинство исследуемых при повторной госпитализации демонстрируют пассивную установку на лечение: «Поступили на госпитализацию по совету врачей, по настоянию родных», «Пришли сдаваться», «Привезла скорая помощь». Отрицая болезнь, они не видят в ней источник своего плохого самочувствия, имея неудачный опыт лечения алкоголизма в прошлом (усиление защитных механизмов отрицания и рационализации), от лечения в настоящем ожидают избавления от симптомов и не стремятся устранить источник их возникновения. Неверие в успех лечения у таких больных подтверждается диагностикой тревожного и

дисфорического типов: от лечения они ждут лишь симптоматического улучшения, демонстрируют более низкие, чем у впервые поступивших на лечение показатели по установкам на изменение поведения.

Библиографический список

1. Альтшулер В. Б. Клиника алкоголизма // Руководство по наркологии / под ред. Н. Н. Иванца. – Т. 1. – М. : Медпрактика, 2002. – С. 203–232.
2. Бехтель Э. Е. Донозологические формы злоупотребления алкоголем. – М. : Медицина, 1986. – 272 с.
3. Вассерман Л. И., Ерышев О. Ф., Клубова Е. Б. Отношение к болезни, алкогольная анозогнозия и механизмы психологической защиты у больных алкоголизмом // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 1993. – № 2. – С. 13–20.
4. Гузиков Б. М., Зобнев В. М., Ключкова Л. В. Исследование отношения к болезни у больных алкоголизмом // Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психических и соматических заболеваниях : сб. научных трудов. – Л. : НИИ им. В. М. Бехтерева, 1990. – С. 70–72.
5. Каменская В. Г. Психологическая защита и мотивация в структуре конфликта. – СПб. : Детство-пресс, 1999. – 144 с.
6. Клиническая психология / под ред. Б. Д. Карвасарского. – СПб. : Питер, 2002. – С. 902–904.
7. Клубова Е. Б. Исследование структуры защитных механизмов личности у больных алкоголизмом // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева, 1991. – № 3. – С. 70–72.
8. Клубова Е. Б. Отношение к болезни и механизмы психологической защиты у больных алкоголизмом : автореферат...дисс. канд. психол. наук : 19.00.04, 14.00.25 / Клубова Елена Борисовна [Санкт-Петербургский НИИПНИ им. В. М. Бехтерева]. – СПб., 1995. – 26 с.
9. Лекции по наркологии / под ред. Н. Н. Иванца. – М. : Медпрактика, 2001. – 344 с.
10. Личко А. Е., Иванов Н. Я. Методика определения типа отношения к болезни // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1980. – № 8. – С. 1527–1530.
11. Меерсон М. М. К характеристике личностных расстройств и отношения к болезни у больных алкоголизмом // Здравоохранение Белоруссии, 1988.
12. Мясищев В. Н. Психология отношений : избранные психологические труды. – М. : МПСИ; Воронеж : МОДЭК, 2004. – 399 с.
13. Немчин Т. А., Цыцарев С. В. Личность и алкоголизм. – Л. : Изд-во ЛГУ, 1989. – 191 с.
14. Опросник для изучения отношения к болезни и лечению // Клиническая психология / под ред. Б. Д. Карвасарского. – СПб. : Питер, 2002. – С. 902–904.

15. Психологическая диагностика отношения к болезни : пособие для врачей. – СПб., 2005. – 32 с.
16. Савенко Ю. С. Проблема психологических компенсаторных механизмов и их типология // Проблемы клиники и патогенеза психических заболеваний. – М., 1974. – С. 95–112.
17. Соколова Е. Т. Самосознание и самооценка при аномалиях личности. – М. : Изд-во МГУ, 1989. – 216 с.

Опубликовано: Актуальные вопросы теории и практики психологии отношений : материалы всерос. науч.-практ. конф., Екатеринбург, 24–27 мая 2010 г. / Урал. гос. пед. ун-т / науч. ред. С. А. Минюрова, С. В. Духновский. – Екатеринбург, 2010. – С. 229–232.

Риск аддиктивного поведения и его связь с самооценкой психических состояний у подростков

С помощью методик исследования динамики риска аддиктивного поведения (РАП) в подростковом возрасте (на примере наркозависимости), разработанной И. А. Кухаренко, М. В. Рычковой, Б. И. Хасаном [2] и самооценки психических состояний тревожности, фрустрированности, агрессивности и ригидности (опросник Г. Айзенка в модификации О. П. Елисеева) [2] обследовано 127 подростков в возрасте 13–14 лет, учащихся трех общеобразовательных школ города Березники Пермского края, из них 75 девочек (59 %) и 52 мальчика (41 %).

В основу разработки опросника РАП положена разработанная авторами структурная модель динамики риска аддиктивного поведения в подростковом возрасте. Он представляет собой ряд биполярных утверждений, которые разнесены по трем диагностическим шкалам: 1) «Поведение в ситуации риска» (просоциального или асоциального); 2) «Интерес к наркотикам» (осведомленность и установки); 3) «Социальные установки» (просоциальные или асоциальные, и принадлежность к соответствующей референтной группе). Методика предполагает определение нормы по каждой шкале для всей выборки с последующим разделением на низкие, средние и высокие результаты. Определяются 4 степени риска аддиктивного поведения: 0-я степень риска – «защищенные от аддиктивных проб»; 1-я степень риска – «потенциально готовые к пробе»; 2-я степень риска – «реализующие аддиктивную пробу»; 3-я степень риска – «реализующие аддиктивное поведение».

Методика самооценки психических состояний позволяет определять разные уровни психических состояний тревожности, фрустрированности, агрессивности и ригидности (0–7 – низкий; 8–14 – средний; 15–20 баллов – высокий уровень).

Получены следующие результаты:

Группу с 0-й степенью риска составили 59 чел. (46,4 %); с 1-й – 28 чел. (22 %) выборки; со 2-й – 19 чел. (15 %); с 3-й степенью риска – 21 чел. (16,6 %) от общей выборки.

В табл. 1 приведены результаты показателей шкал опросника РАП и их различия по группам риска аддиктивного поведения.

Как видно из табл.1, статистически значимые различия по показателям асоциального и просоциального риска обнаруживаются уже между «защищенными» и «потенциально готовыми к пробе» ($p < 0,01$ и $p < 0,001$). Как отмечают авторы вышеуказанной концепции, формированию 1-й группы риска способствует недостаточная вовлеченность подростков в социально активные виды деятельности, потенциальный интерес и попытки участия в различных акциях, имеющих отношение к делинквентному или иному отклоняющемуся поведению, дефицит поддержки среди близкого окружения.

Т а б л и ц а 1

Показатели шкал опросника риска аддиктивного поведения в группах

Показатели шкал	Группа риска				t-критерий			
	0	1	2	3	0 - 1	1 - 2	2 - 3	0 - 3
Асоциальный риск	9,58	12,96	13,15	13,10	2,95**	0,12	0,03	3,02**
Просоциальный риск	12,11	17,32	15,0	17,04	5,02***	1,77	1,48	4,08***
Интерес к наркотикам	20,11	21,53	35,05	44,3	1,43	1,51	4,14***	3,55***
Социальные установки	19,84	27,10	19,63	36,52	5,00***	5,28***	7,64***	7,70***

Условные обозначения: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; **** – $p < 0,001$

Интерес к наркотикам начинает отчетливо проявлять себя на границе 2-й и 3-й групп риска (обнаруживаются статистически значимые различия на уровне $p < 0,001$), что подтверждается клиническими наблюдениями, свидетельствующие о том, что между первой пробой и систематическим употреблением практически отсутствует сколько-нибудь длительный период (особенно это относится к тяжелым наркотикам, героину и др.).

Шкала социальных установок показывает различия между группами испытуемых на уровне $p < 0,001$. Она иллюстрирует значимость одобрения того или иного поведения референтной группой, степень ухода подростка от просоциальных действий. Примечательно, что между группами риска 0 и 2 по этому параметру не обнаруживается

различий. Авторы методики указывают, что могут определяться средние и даже низкие результаты. Однако они также подтверждают и наши наблюдения относительно феномена «групповой психической зависимости» у подростков-токсикоманов, когда большую массу наркотизирующихся составляют субъекты с единичными пробами [3]. Их пребывание в токсикоманической группе может быть вынужденным или случайным, и они сохраняют просоциальную активность в других видах полезной деятельности (хобби, спорт и даже учеба). Они также могут отражать известные подростковые реакции имитации или группирования, желание «всего попробовать», но остаться собой.

В табл. 2 представлены средние значения параметров психических состояний у обследованных групп подростков.

Т а б л и ц а 2

Средние значения параметров психических состояний у групп подростков с разными уровнями аддиктивного риска

Наименование психического состояния	Уровни наркотического риска			
	0 (n=59)	1 (n=28)	2 (n=19)	3 (n=21)
Тревожность	7,22	7,46	8,73	7,52
Фрустрация	7,61	7,42	9,26	7,80
Агрессивность	8,83	8,03	9,68	9,71
Ригидность	8,76	8,60	9,78	8,57

Как видно из табл. 2, измеряемые параметры психических состояний находятся в границах среднего уровня. Однако наблюдается тенденция их увеличения от 0 к 3 уровню наркотического риска. Статистически достоверных различий между группами по психическим состояниям не выявлено ($p > 0,05$). Тем не менее, возникает вопрос: какие психические состояния определяют интерес к наркотику?

Проведенный корреляционный анализ показал следующее. В группе нулевого риска интерес к наркотикам имеет положительную связь с агрессивностью ($r = + 0,232$, $p < 0,05$) и ригидностью ($r = + 0,333$, $p < 0,01$); в группах, потенциально готовых к пробе (1) и реализующих аддиктивное поведение (3), – с фрустрацией ($r = + 0,539$, $p < 0,05$ и $r = + 0,385$, $p < 0,05$). Полученные результаты относительно защищенных от аддиктивных проб могут быть интерпретированы как оппонирование, агрессивный вызов, а «наркотическая негибкость» (ригидность) как сформированные просоциальными установками стойкие убеждения о негативном отношении к наркотикам. Фрустрацион-

ные тенденции определяются необходимостью выбора (продолжать наркотизироваться или остановиться) во 2 группе риска, а также страхом или даже отчаянием в ситуации, когда подросток чувствует, что уже втянулся в наркотизацию (3-я группа).

Полученные данные могут представлять интерес для построения профилактической антинаркотической работы с несовершеннолетними. Как было показано в данной работе, а также отмечено разработчиками указанной модели динамики риска аддиктивного поведения, многим подросткам не хватает действенной поддержки из просоциального окружения, а способами предотвращения наркотизации является формирование стойких убеждений (верований, установок) о невозможности употребления наркотиков в их жизни при любых обстоятельствах.

Библиографический список

1. Елисеев О. П. Самооценка тревожности, фрустрированности, агрессивности и ригидности // Практикум по психологии личности. – СПб. : Питер, 2001. С. 219–222.
2. Кухаренко И. А., Рычкова М. В., Хасан Б. И. Методика исследования динамики риска аддиктивного поведения в подростковом возрасте (на примере наркозависимости) // Психологическая диагностика. – 2005. – № 3. – С. 17–44.
3. Узлов Н. Д. О значении реакций группирования в распространении бензиновой токсикомании среди подростков // Алкоголизм и неалкогольные токсикомании : Респ. сб. научных работ. – М. : 2-й МОЛГМИ им. Н. И. Пирогова, 1983. – С. 68–71.

Опубликовано: Психология развития и стагнации личности в рамках современного общества : I междунар. научная Интернет-конференция : матер. конф. (Казань, 19 февраля 2013 г.) / Сервис виртуальных конференций Pax Grid; сост. Синяев Д. Н. – Казань : ИП Синяев Д. Н., 2013. – С. 190–193.

Жизнь как аддиктивный проект: попытка интроспективного анализа

Практика работы с пациентами, страдающими различного рода зависимостями, показывает, что при достижении относительно устойчивой ремиссии в несколько лет в психике аддикта происходят своеобразные изменения, которые проявляются, прежде всего, в появлении новых личностных черт, часто акцентированных, даже гротескных, не свойственных ранее данному субъекту. С данной ситуацией я столкнулся впервые, будучи молодым врачом в далекие 1970-е годы. Больной, которого я лечил, поступил в стационар с алкогольным де-

лирием, развитию которого предшествовал длительный запой. После купирования психоза больной прошел стандартный для того времени двухмесячный курс лечения апоморфином, которому сопутствовали «разговоры по душам» – то, что тогда называлось в кругу психиатров «рациональной психотерапией», хотя о психотерапии в современном ее понимании мало кто из нас тогда имел представление. Я не знаю, что помогло, но пациент бросил пить и надолго. Судьба столкнула нас через несколько лет на рынке, куда я отправился покупать картошку. Среди продавцов были, в основном, женщины, а он выделялся своей внушительной фигурой. Картофель у него был самый дорогой в цене и, надо сказать, отменного качества. Мы разговорились, и он рассказал о своей теперешней жизни. Всю свою трезвую энергию он направил в свои «шесть соток», выращивая, главным образом, на продажу овощи, заставляя заниматься этим трудом всех своих домашних, и очень гордился достигнутыми успехами. Я тоже порадовался за своего бывшего пациента, да и за себя тоже – ведь действительно помог человеку! Спустя какое-то время я также случайно встретил на улице его жену, которая вовсе не разделяла моих восторгов: «Куркуль чертов, скупердяй! Копейка к копейке, тратить совсем не дает, приобретаем только самое необходимое, хотя денег он накопил много. Раньше был рубаха-парень, из дому все волок, пропивал с друзьями. А теперь стал жадным донельзя. А когда пил был добрее!». Так я узнал на практике про жен, которые бессознательно становятся провокаторами рецидивов у своих мужей-алкоголиков.

Вся доперестроечная наркология была мифологизирована успехами «эмоционально-стрессовой психотерапии» В. Е. Рожнова [2] и еще более – «кодированием» по А. Р. Довженко [4]. 1990-е годы ознаменовались экспансией западных психотехнологий – эриксоновского гипноза и НЛП, что позволило внести определенную ясность в умы продвинутых наркологов, предпочитающих заниматься с пациентами психотерапией. Замечательная кодирующая техника – «шестишаговый рефрейминг». Лично меня в ней впечатлила идея наличия в психике некой ограничивающей части (алкогольной, булимической, игроманской – какой угодно), которая присутствует в нас, искренне старается заботиться о нас часто бездумно и бестолково в силу разных причин, например, «информационной ограниченности», «незрелости», «психотравмированности» и т. п. – словом, как может. Например, время от времени вгоняет в запой или обжорство, заставляет делать безумные ставки и др. Надо только научить ее заботиться о нас нормально, предоставив ресурсы бессознательного, организовав контакт этой части с некой мудрой, творческой

сущностью внутри нас. Удивительно, что рефрейминг хорошо работал, как кодирующая программа. Хотя и недолго.

Кодирование во всем его разнообразии: от примитивной «торпеды» для особо внушаемых (плацебо-эффект) до изоциренного компьютерного психозондирования (психосемантика) [3] – все еще остается самым привлекательным методом.

Личный опыт работы с пациентами, страдающими от различного рода зависимостей, показал две интересные особенности: 1) кодированные от алкоголя и выдержавшие срок залога (полгода, год, два и т.д.) по достижении срока расторжения противоалкогольного контракта начинали пить еще сильнее; 2) одна зависимость легко переходила в другую (алкогольная – в лудоманию, пищевая – в наркотическую и т.п.). В первом случае ситуация напоминала историю с забродившим варением, емкость с которым была туго заткнута пробкой: неминуемо возникал взрыв. Ослаблялась также доминанта страха, и окончание срока внутреннего контракта уже ничему не обязывало, вследствие чего алкогольные шлюзы были готовы открыться в полную силу. Еще более коварно проявляет себя наркотическая зависимость. Всем известна обрекающая на безысходность фраза: «Героин умеет ждать». Выявленные закономерности, однако, не являются какими-то открытиями даже для неискушенного нарколога: давно известно о перекрестной зависимости, полинаркомании и т.д.

Все эти наблюдения порождают мысль о том, что само по себе лечение от какой-либо аддикции бессмысленно. Она рано или поздно трансформируется в другую, может быть еще более тяжелую. А любая ремиссия, по сути, есть не что иное, как «отсрочка исполнения приговора» – либо возврат к старому, либо прыжок в новый аддиктивный омут. Реалии современной российской действительности также дают этому массу примеров. Продукт «ловцов человеческих душ», сектантов-пятидесятников, по всей стране распространяющих свое влияние через антинаркотические центры, – «всегда трезвые грузчики», по сути – замена химической зависимости на духовное рабство.

Из моей головы, однако, не выходил бывший пациент, который торговал картошкой. Избавившись от пристрастия к алкоголю, он превратился в homo amplificatus – человека обогащающегося, своеобразного русского Гобсека. Его алкоголизм трансформировался в другую зависимость – экономическую. Теперь ему стало жаль тратить время и деньги на водку, и транжирная мотивация сменилась накопительской.

Не пьет человек, да разве ж это плохо? Разве не о таких ремиссиях мечтают амбициозные наркологи, продвигающие свои методы? Да, лич-

ность приобрела новые (а может быть разархивировались старые) качества и несколько деформировалась, зато ведет приемлемый образ жизни, законопослушна, социально адаптирована, полезна семье и обществу.

Мне представляется, что любого человека можно представить как носителя суммы неких аддиктивных энергий, которые под влиянием особенностей воспитания, жизненных обстоятельств, средовых факторов могут перераспределяться, приобретая негативный или позитивный характер. Объясняющих теорий на этот счет предостаточно. Например, фрейдовская теория катексиса. Правда речь в ней идет о распределении либидозной энергии, о связывании ее с разными объектами, живыми и виртуальными. Однако, прекрасный аналог.

О плохих и хороших зависимостях написано в словаре «Wikipedia.ru»: «Термин «аддикция» часто употребляется для таких явлений, как лекарственная зависимость, наркомания, но ныне применяется и к нехимическим зависимостям, таким, как игромания, шопоголизм, психогенное переедание, гиперрелигиозность и т. п. <...> Есть приемлемые обществом формы аддикции: духовные практики, медитации, влюбленность, творчество, трудоголизм, экстремальный спорт, а также социально опасные: игромания, интернет-зависимость, переедание, токсикомания, наркозависимость и другие» [1]. А у некоторых наблюдается комбинация разных, в том числе вредных и полезных зависимостей, как, например, у многих знаменитых рок-музыкантов, ставших жертвами наркозависимости, список фамилий которых можно перечислять бесконечно.

Конечно, хорошая психотерапия предполагает, что следовало бы докопаться до истинных причин возникновения желания «уколоться и забыться», уйти от реальной жизни путем изменения состояния своего сознания, загнать поглубже душевную боль, чувство экзистенциального одиночества, комплекс неполноценности и т.п. На это могут уйти месяцы, и даже годы занятий психоаналитической археологией часто с весьма сомнительным результатом.

Ведь если аддикция есть сумма «энергий», то, может быть, имеет смысл научиться эту энергию перераспределять, переводить ее из негативной в позитивную, из неприемлемой в приемлемую. Общим знаменателем при этом будет выступать «кайф», «радость и восторг», «кураж» и т.п.?

Оценивая свою прожитую жизнь, я попытался провести инвентаризацию собственных пристрастий. В начальной школе это было коллекционирование спичечных этикеток, а затем в старшем школьном возрасте с рецидивом в студенческие годы одновременно с увлечением историей живописи – филателией на эту же тему. Радости от приобре-

тения и обладания редкой или долгожданной маркой было много. Но и коллекционирование не являлось бесполезным занятием, оно здорово развивало любопытство и кругозор. Не обошло меня и запойное чтение, и библиомания. Этому способствовали в годы развитого социализма книжный дефицит и массовое движение стихийных и организованных в общество книголюбов сограждан. Когда книги стали доступны, я продолжал их покупать, но уже более дифференцированно, с акцентом на профессиональные интересы. В моей библиотеке несколько сотен книг, они не все прочитаны от корки до корки, но я знаю содержание почти каждой из них и при случае могу найти нужную ссылку или цитату. Я с трудом заставил себя отказаться от посещения книжных магазинов, по-видимому, только благодаря Интернету, продолжая при этом упорно выписывать «Книжное обозрение», чтобы быть в курсе новинок. Из Сети скачано не меньшее количество книг, и теперь мне часто бывает лень искать на полках нужную книгу. На стыке веков появилось новое пристрастие – музыка, причем также с психотерапевтическим уклоном, в стиле New Age, интерес к которой возник в связи с освоением практики холотропной терапии. В этом увлечении я оказался не одинок. Просвещению способствовала еженедельная музыкальная передача «Луна – 44», посвященная современной инструментальной музыке, которая выходила на Радио России в 90-е годы. А мой пациент, предприниматель-миллионер, лечил себя от душевной тоски Вангелисом, Гомером Эвансом, Питером Габриэлом, композициями групп Tangerine Dream и Software. Он оказался куда более продвинутым и с точки зрения гаджет-зависимости: в его загородном доме была специальная комната, оборудованная для прослушивания по последнему слову техники, позволяющая воспроизводить божественное звучание, создавать настоящий улёт и суперкайф.

Книги, альбомы, журналы, компакт-диски, видеокассеты смотрят на меня грустно со всех сторон, не востребуемые в последнее время. Они заполняют жизненное пространство, медленно вытесняя из него хозяев. Вся информация, содержащаяся в них, может уместиться на нескольких флешках или съемном диске, и это грустно, потому что, объединенные вместе, они вневременны, пусты и бездушны. С каждой же книгой, кассетой или CD связано что-либо, являющееся частью моей личной истории. Мысли, переживания, страсти, восторги, потери и слезы. Фрагменты жизни, эпизоды, приключения и места пребывания, «звездные часы», почти по Стефану Цвейгу [8].

Не обошли меня и химические зависимости. Я пристрастился к курению в 17 и был зависим от него в течение 26 лет. Оно представлялось для меня чем-то очень лично значимым, важным, сущностным и да-

же альтернативным сохранению брачных отношений (моя жена была яркой противницей моего курения). Прозрение наступило после семинара НЛП с Мерилин Аткинсон в работе с техникой «глубинной цели». Для меня было потрясением ответ на вопрос: «Что я делаю в своей жизни с помощью курения?». Оказывается, просто отмечаюсь по жизни, курение для меня – это метки на линии времени в форме маленьких сгустков пепла и все! В поезде по дороге домой я выходил в тамбур, чтобы выкурить очередную сигарету любимого мной «Честерфилда», все больше осознавая, что мне почему-то курить хочется все меньше, что я могу отмечаться по жизни и каким-то другим, лучшим способом. Отказ от привычной аддикции меня даже напугал, но я прошел все возможные «экологические проверки», провоцирующие возврат к курению: от «приколов» друзей и примитивной провокации до массивной алкоголизации и даже сексуального обольщения. Теперь я в «ремиссии» уже 17 лет, и кажется, что даже под пытками никто не сможет заставить меня закурить, настолько это занятие кажется отвратительным и противным. Никотиновая зависимость выпала из меня, словно яйцо из курицы, и кажется навсегда.

Свобода от курения – величайшее достижение, но если быть честным, спустя какое-то время появилось другое химическое пристрастие – пивомания, которой было отдано не менее года жизни. Теперь, по происшествии многих лет, об этом грустно и даже смешно вспоминать, но это было частью почти обязательного ежедневного времяпровождения для снятия стресса, общения с другими и с самим собой, к тому же, активно идеологически насаждаемого масс-медиа и рекламой.

Однако пик наслаждения в конце 1990-х и до середины 2000-х все же был связан с трудоголизмом, одержимостью работой, личными достижениями и успехами с обратной связью а-ля «Ай да Пушкин, ай да сукин сын!», нэлперским мессианством, консультативной и тренерской деятельностью.

Теперь, достигнув пенсионного возраста, когда немного успокоились гормоны, а вместе с ними улеглись и страсти, четко осознаешь, что по большому счету тебя с жизнью связывает только творчество – то, что ты хочешь напоследок сказать людям, отмечаясь по жизни не только своими публикациями, но и учениками, которые пошли по твоим стопам, студентами, которых ты довел до диплома, пациентами, которых ты не только избавил от беспокоящих их симптомов, но подвигнул к личностному и духовному развитию. Свою первую книгу, посвященную клиническим и культурным аспектам шизофрении, я написал за два летних месяца 2008 года на излете любовной аддикции одержимо, «в один присест» [5]. Огромное наслаждение доставляет работа с текстом,

который, подобно эмбриону, сначала зарождается где-то внутри и живет там какое-то время независимой от тебя жизнью, и ты ходишь, беременный словом. А потом разрождаешься мыслями и фразами, которые легко и свободно, последовательно и связно, будто сами собой укладываются на бумажный или электронный носитель.

В НЛП перечне 51 метапрограмм есть метапрограмма «От – К» [7]. В контексте обсуждаемой здесь темы это означает, что бессмысленно избавлять человека от его зависимостей, не давая ему ничего взамен, ибо, как говорил Сенека, «кто никуда не плывет, у того не бывает попутного ветра». Много лет назад мне пришлось консультировать одного субъекта, пристрастившегося к алкоголю. Он – гармонист и весельчак, балагур, тамада на свадьбах, для которого этот вид деятельности представлял основной источник дохода. Бесплатная выпивка и легкие гонорары стали причиной возникновения запоев. С этой бедой он и обратился. Но когда я спросил, как он себе представляет свою работу трезвенником, в его глазах появилась такая тоска! И он ответил: «Да я лучше удавлюсь!».

Движение «К» создает альтернативу избавления не только «от» алкоголя, но и прочих химических и нехимических аддикций. Важно лишь обнаружить эти желания «к», которые могут представляться как детской нереализованной мечтой, так и отложенными на время делами в силу отсутствия определенных ресурсов. Сфер всего пять: работа (карьера), деньги, здоровье и секс, дом (семья), увлечения (досуг). В каждой из них в хорошем, интернальном смысле этого слова, содержатся сугубо эгоистические жизненные цели и желания. Наступление может идти по всем фронтам. Важно создать картинку привлекательного будущего и привязать к ней мотивацию пациента, подобно притяжению магнита. Это желание «быть там», «иметь», «обладать», «состояться» по образному выражению одного из пациентов беспокоит «как шило в заднице», не дает об этой цели забыть, будоражит, влечет, заставляет действовать, а при ее достижении приносит ощутимую радость. Конечно, глупо «перекодировать» бывшего алкоголика или игромана на коллекционирование календариков или фигурное выпиливание лобзиком, если на это у него нет желания и способностей. Цель должна быть достойной платой за трезвость, достижение которой ощутимо в физическом и материальном плане, качественно повышает самооценку и самоуважение.

Формирование альтернативной зависимости? Да! Зато здоровой и социально полезной.

Я вспоминаю свои первые опыты в этом направлении в середине 90-х. Один мой знакомый, с которым мы вместе учились в школе, немец по национальности, в период расцвета кооперативного движения сильно разбогател, и на этой почве стал «закладывать за воротник»,

что сильно пошатнуло его бизнес. Я «закодировал» его на новую цель, и он, уехав в Германию, через какое-то время стал миллионером и почтенным бюргером, занимаясь поставкой подержанных «мерседесов» в Россию. Мы встретились спустя несколько лет. На мой вопрос об алкоголе он ответил, что он «может, конечно, выпить, но для него это занятие на 149-м месте в приоритете жизненных ценностей».

Слаб человек, и об этом сказано еще в Библии.

Homo addictus, Человек зависимый – реалья нашего времени. Современная культура заинтересована в том, чтобы создавать все новые формы субстанциональных зависимостей, без которых общество потребления не сможет существовать. Альтернативой зависимости может быть только свобода, от которой, как показал Эрих Фромм, человек бежит и дико ее страшится [6]. Трудно представить себе абсолютно независимого человека – расчетливого, прагматичного, здравомыслящего, холодного, лишённого страстей и сильных эмоций – нечто среднее между роботом, мизантропом и маргиналом.

Так может быть не стоит ломать копыя, а направить усилия на формирование *Homo addictus positivus* – человека, зависимого от хороших пристрастий? Разве не об этом говорят пропагандисты здорового образа жизни? Вот только как научиться выдерживать баланс, меру, ибо, как хорошо известно, «благими намерениями вымощена дорога в ад»?

Библиографический список

1. Аддикция [Электронный ресурс]. – URL: <http://ru.wikipedia.org/wiki/%C0%E4%E4%E8%EA%F6%E8%FF>
2. Рожнов В. Е. Методические указания по коллективной эмоционально-стрессовой методике гипнотерапии алкоголизма. – М. : МЗ СССР, 1975. – 23 с.
3. Смирнов И. В., Безносюк Е., Журавлев А. П. Психотехнологии. – М. : Прогресс, 1995. – 416 с.
4. Стрессопсихотерапия алкоголизма («кодирование») Довженко // Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б. Д. Карвасарского. – СПб. : Питер, 1998. – С. 601–602.
5. Узлов Н. Д. Шизофрения как клинический и культурный феномен : к проблеме шизофренизации массового сознания : монография. – Пермь, 2009. – 366 с.
6. Фромм Э. Бегство от свободы. – М. : АСТ, 2009. – 286 с.
7. Холл М., Боденхаммер Б. 51 метапрограмма НЛП. Прогнозирование поведения, «чтение мыслей», понимание мотивов. – СПб. : Прайм-ЕВРОЗНАК, 2007. – 347 с.
8. Цвейг С. Звездные часы человечества. – М. : АСТ, 2009. – 187 с.

Опубликовано: *Аддикция в современном научном пространстве : матер. Международной научно-практич. конференции, г. Курск 12–13 апреля 2012 г.* – Курск : изд-во КГМУ, 2012. – С. 132–138.

Модель превенции суицида в условиях учебного заведения

В Концепции демографической политики РФ предусматривается снижение смертности от самоубийств за счет повышения эффективности профилактической работы с группами, особенно детей и подростков. Соответственно, одной из важнейших целей современной суицидологии является выявление потенциальных самоубийц. Для ее достижения необходимо решить как минимум три вида задач. Во-первых, осуществить поиск общих «маркеров» суицидальной опасности, которые в теоретическом плане хорошо прописаны и известны (личностные особенности, ситуативные факторы, параметры поведенческой активности и др.). Все эти факторы способны проявлять себя как явно, так и латентно, они могут быть наблюдаемы или психодиагностированы. Вторая значимая задача – выбор и оценка существующих методик по определению суицидального риска. В настоящее время их арсенал достаточно широк. Однако все они отличаются одной особенностью: так или иначе акцентируют суицидальные намерения, что недопустимо при исследовании контингента потенциально здоровых лиц. Третья задача – выявление индивидуальных диагностических признаков скрытой суицидальной активности и построение на их основе программ антисуицидальной психокоррекции.

В 2007 году на кафедре психологии Березниковского филиала ПГУ была предпринята попытка разработать модель превенции суицида в условиях учебного заведения (2005–2007), которая затем была успешно реализована в работе со студентами 1–2 курсов Соликамского технологического техникума (Н. А. Зебзеева, Н. Д. Узлов, 2007) и продолжает использоваться в ряде учебных заведений города Березники. Она также рассматривается в курсе суицидологии, который читается для студентов данного вуза (А. Н. Узлов, 2007–2010).

Метафорой данной модели выступает идея «фильтра», «просеивания». Первому отборочному этапу отвечают педагогические методы – знакомство с семьей и оценка ее с точки зрения социального благополучия, педагогическое наблюдение, исследование состояния здоровья и др., позволяющие составить общее представление о личности учащегося. Другая сторона – психологическая. Концепция акцентуаций характера, на наш взгляд, представляет хорошую модель для оценки личностных качеств подростка. Акцентуация может быть явной или скрытой, имеет внутреннее ядро, «ахиллесову пяту», называемую «местом наименьшего сопротивления», подходящее к ситуации «как ключ к замку» (А. Е. Личко, 1999). Кроме того, существующий инструментарий (ПДО) позволяет диагностировать определенные типы акцентуаций, угрожае-

мых по суициду. Второй отборочной методикой может выступать опросник «Выявление суицидального риска у детей» (А. А. Кучер, В. П. Костюкевич, 2001), представляющий собой набор высказываний (поговорок, пословиц, метафор), позволяющий выявить нежелательные (в том числе суицидальные) тенденции (НТ) у испытуемых. Методика хорошо зарекомендовала себя при работе как с младшими, так и со старшими подростками в возрасте 11–17 лет (Ю. А. Сердюкова, А. Р. Вазиева, 2005; О. В. Бровчук, 2006 и др.).

В соответствии с первичным «просеиванием» из числа 120 студентов техникума было выявлено 46 явных акцентуантов и 10 учащихся с доминирующей НТ «добровольный уход из жизни». Выявленная на основе психодиагностики «группа риска» была подвергнута тщательному анализу с точки зрения угрожаемых суицидом факторов. В частности был более детально собран анамнез (использовалась диагностическая карта А. Адлера), выявлены значимые жизненные события и проблемы и «зоны суицидального риска», которые сопоставлены с личностно-диспозиционными характеристиками испытуемых. Так, у одного из подростков с эпилептоидной акцентуацией значимыми событиями были смерть бабушки, единственного близкого ему человека, эмоциональное отвержение со стороны родителей, сочетающееся с рискованным поведением, алкоголизацией, склонностью к мести, бурным реакциям протеста. Другой учащийся, перенесший родовую травму, страдал постоянными головными болями, был неуклюж вследствие избыточного веса, подвергался насмешкам и моббингу. Для оценки степени выраженности скрытых суицидальных тенденций использовался ММРІ, имеющий в своем составе ряд «подвижных эмоциональных шкал», в частности депрессии, с помощью которых можно оценивать и динамику психоэмоционального состояния в процессе проводимой терапии (Ф. Б. Березин, М. П. Мирошников, Р. В. Рожанец, 1976). Соответственно, все потенциальные суициденты были подвергнуты данной процедуре. Завершающим этапом было включение подростков в краткосрочную психотерапевтическую программу. Из числа студентов техникума было сформировано несколько групп по 8–12 чел., куда были включены «проблемные» учащиеся. Никто из испытуемых не знал об истинной цели программы. Занятия проводились три дня в форме 8–10 часового интенсива. В основу была взята программа краткосрочной групповой интегративной психотерапии Е. Ю. Пурло (2005, 2006). Результативность антисуицидального психотренинга оценивалась на основе повторного наблюдения, внешних (экспертных) оценок и ретестирования (через 2 месяца).

ца) с помощью ММРІ. У 9 из 10 испытуемых была отмечена положительная динамика в их психоэмоциональных и поведенческих реакциях, взаимоотношениях со сверстниками и родителями. Как показали дальнейшие наблюдения, включение «проблемных» подростков в такого рода группы развивает у них способность к рефлексии, взаимодействию с другими людьми, повышает их самооценку, формирует позитивное самоотношение и самопринятие. Разумеется, никакой тренинг не может служить 100 % гарантией не совершения в последующем суицидальных поступков. Тем не менее, групповая работа в известной мере формирует иммунитет к такого рода деяниям.

Предложенная нами модель превенции суицидов не претендует на оригинальность, она лишь подчеркивает значимость грамотного взаимодействия администрации и психологической службы образовательного учреждения по предупреждению детско-подростковых самоубийств.

Опубликовано: Суицидология. – 2010. – № 1. – С. 75–76 (в соавт. с А. Н. Узловым)

См. также: Зебзеева Н. А., Узлов Н. Д. Опыт оценки суицидальной опасности у акцентуированных подростков и возможности ее снижения психокоррекционными методами // Будущее клинической психологии : материалы Всероссийской научно-практической конференции 27 апреля 2007 года / под ред. Е. В. Левченко, И. Ф. Обросова. – Пермь, 2008. – Вып. 1 – С. 79–82.

Самоотношение подростков с потенциальными рисками суицидального и аддиктивного поведения

Аннотация. С помощью методики выявления суицидального риска, опросника «Группа риска наркозависимости» и методики исследования самоотношения у подростков обследовано 87 учащихся 10–11 классов. Установлено значительное (80,5 %) число латентных носителей факторов риска суицидального и аддиктивного поведения. Перекрестные риски суицидального и аддиктивного поведения, выявлены у 18,3 % обследованного контингента. При исследовании структуры самоотношения выявлены статистически значимые различия по параметру «саморуководство»: у потенциальных суицидентов его показатель статистически значимо выше, а у носителей факторов аддиктивного риска – ниже в сравнении с «не рискующими». Поставлен вопрос о разработке новых программ профилактики исследуемых девиаций, ориентированных на работу с контингентом интеллектуально развитой молодежи.

Ключевые слова: подростки, суицидальный риск, риск аддиктивного поведения, самоотношение, саморуководство.

Постановка проблемы

Одной из серьезных проблем современного российского общества является рост детских и подростковых суицидов. Согласно официальной статистике, ежегодно каждый двенадцатый подросток в возрасте 15–19 лет пытается совершить попытку самоубийства. Показатель суицида среди молодежи в России составляет 20 на 100 тыс. населения, что превышает средний мировой показатель в 2,7 раза [23; 25]. Суициды лидируют в ранжире бремени от смертей молодежи в связи с внешними причинами [11].

В 2009 году в Пермском крае было зафиксировано 1223 случая самоубийств. По информации Пермского отделения Госкомстата, за шесть месяцев 2010 года число людей с завершенными суицидами достигло 554 чел. Самоубийства в Прикамье составляют самую большую долю среди погибших от неестественных причин (насилие, ДТП, несчастные случаи). В среднем ежедневно кончали с собой 3 чел. [4]. Среди городов края в конце 2005 года город Березники лидировал по числу суицидальных попыток взрослых, когда примерно раз в неделю кто-то пытался расстаться с жизнью [1]. По данным Министерства социального развития Пермского края в 2009 году закончили жизнь самоубийством 44 ребенка (в 2008 году – 40 детей) [22]. По данным Пермьстата, в 2012 году детьми и подростками в возрасте от 10 до 19 лет было совершено 49 самоубийств. По уровню подростковых суицидов Пермский край входит в первую пятерку среди субъектов РФ [16].

Особый интерес вызывают данные, указывающие на связь молодежной суицидальности с другой чрезвычайно важной для России проблемой – зависимым поведением. Эта связь описывается как в отношении химической [12], так и игровой и компьютерной зависимости, другими формами рискованного поведения подростков [2; 19 и др.]. Так, было установлено, что более чем у 50 % опийнозависимых аутоагрессивные тенденции прослеживались еще далеко до начала потребления наркотиков [5].

Проблема подростковых токсико- и наркоманий в городе Березники стоит не менее остро. В декабре 2012 года в рамках городской антинаркотической программы «Рывок из Зазеркалья» было проведено социологическое исследование среди учащихся 10–11 классов, в котором приняли участие 842 чел., которое показало, что 19 % респондентов пробовали наркотики. Другая категория опрошенных – студенты вузов и средних специальных учреждений – 1017 чел., из них 570 (56 %)

юношей и 447 (44 %) девушек в возрасте от 14 до 30 лет, среди которых 266 чел. (26,1 %) употребляют наркотики, в том числе 14 чел. (5,2 %) ежедневно, 61 (22,9 %) – 2–3 раза в неделю, остальные 186 чел. (69,9 %) – от нескольких раз в месяц до 1–2 раз в год.

Таким образом, две эти проблемы между собой взаимосвязаны. Соответственно, одной из важнейших целей современной суицидологии и аддиктологии является выявление как потенциальных самоубийц, так и потенциальных потребителей наркотиков. Для ее достижения необходимо решить, как минимум, три вида задач. Во-первых, осуществить поиск общих «маркеров» суицидальной и наркотической опасности, которые в теоретическом плане хорошо прописаны и известны (личностные особенности, ситуативные факторы, параметры поведенческой активности и др.). Все эти факторы способны проявлять себя как явно, так и латентно, они могут быть наблюдаемы или диагностированы. Вторая значимая задача – выбор и оценка существующих методик по определению суицидального и наркотического риска [6; 9; 10; 21]. Третья задача – выявление индивидуальных диагностических признаков скрытой суицидальной и наркотической активности и построение на их основе профилактических и психокоррекционных программ [17; 20; 26 и др.].

Среди многообразия факторов, вызывающих проявление наркотической и суицидальной активности в подростковом возрасте, выделяют личностно-смысловые и ценностные характеристики, особенности самооценки, образ «Я» и «Я-концепцию», принятие себя, локус контроля и др. [7; 8; 18]. Одним из таких «ядерных образований» является самоотношение, которое в отечественной психологии рассматривается как отношение личности к собственному «Я», включая его эмоциональную и смысловую составляющие [15; 24].

Анализ литературных данных показывает, что усилия ученых направлены, главным образом, на изучение самоотношения подростков с уже сформировавшимся девиантным поведением. В этом плане представляется уместным отметить диссертационное исследование А. В. Чевачиной [28] и ее статью, посвященную обзору современных эмпирических исследований по проблеме самоотношения у подростков [27]. Вместе с тем, самоотношение подростков, относящихся к группам риска по суицидальному и аддиктивному поведению, изучено недостаточно.

Материалы и методы

Цель настоящего исследования – изучение самоотношения подростков с потенциальными рисками суицидального и аддиктивного поведения.

В исследовании приняли участие 87 старшеклассников в возрасте 15–17 лет, из них 51 юноша и 36 девушек, учащихся 9-х (56 чел.) и 10-х (31 чел.) классов двух общеобразовательных школ (в том числе одной из них элитной, с углубленным изучением предметов физико-математического профиля – 47 чел.). Все испытуемые происходили из социально благополучных семей, неплохо успевали в школе. В употреблении психоактивных веществ и суицидальных намерениях никто из учащихся не был замечен.

В работе использовались скрининговые опросники: 1) методика выявления суицидального риска (авторы А. А. Кучер, В. П. Костюкович) [10], опросник «Группа риска наркозависимости» (ГРН) (авторы Б. И. Хасан, Ю. А. Тюменева) [14] и методика исследования самоотношения (МИС), адаптированная для подросткового возраста (автор М. С. Пантилеев) [13]. Две первые методики являлись отборочными.

Результаты исследования и их обсуждение

Результаты, полученные с помощью методики выявления суицидального риска, показали, что 21 учащийся является носителем разнообразных факторов риска, среди которых ведущими являются факторы «отношения с окружающими» и «алкоголь, наркотики». Из числа указанных 3 чел. являются носителями двух (алкоголь, наркотики + потеря смысла жизни; алкоголь, наркотики + несчастная любовь; алкоголь, наркотики + добровольный уход из жизни), а один – трех факторов риска (алкоголь, наркотики + противоправные действия + проблемы взаимоотношения с окружающими). Всего склонных к суициду выявлено 3 чел. (фактор «добровольный уход из жизни»). Указанные субъекты – юноши-десятиклассники (у одного из них выявлен дополнительный фактор «алкоголь, наркотики»). В рейтинге проблем алкоголь-наркотический фактор занимает ведущее место (6,9 %), далее следуют в равной доле «школьные проблемы» и «добровольный уход из жизни» (3,4 %), «несчастливая любовь» и «противоправные действия» (по 2,2 %), замыкает список «потеря смысла жизни» (1,1 %).

Для сравнения можно привести данные исследования, проведенного психологами города Березники в 2009 г. на выборке 1453 учащихся 7–9 классов из 15 школ города. Тогда в рейтинге проблем первую позицию занимали «отношения с окружающими», вторую – «алкоголь и наркотики», третью – «проблемы с деньгами», четвертое место было связано с переживаниями «чувства неполноценности, ущербности, уродливости», которое в нашем исследовании среди старшеклассников совсем не актуализировалось. Наиболее интересующая нас позиция «добровольный уход из жизни» занимала пятую

место. В абсолютных цифрах она составляла достаточно большую группу – 111 чел., причем 39 из них (2,7 % от общей массы респондентов), уже требовалась определенная психологическая помощь [3].

Результаты, полученные с помощью опросника «Группа риска наркозависимости» показали, что в 1-ю группу риска «потенциально готовые к пробе» попали 54 чел., во 2-ю «совершившие пробу» – 6 чел., в 3-ю группу риска «аддиктивное поведение» вошли 3 чел. Таким образом, в целом группа риска составила 65 чел., или 74,7 % обследованного контингента, среди которых 6 чел. (6,9 %) однократно пробовали наркотики, а 5 учащихся (5,7 %) предположительно продолжают их употреблять. Только 22 чел. (25,3 %) было отнесено к категории «не рискующих», т.е. не проявляющих никакого интереса к наркотикам.

Представляет интерес соотношение факторов суицидального и наркотического рисков у обследованных учащихся. Как было уже сказано выше, было выявлено 18 носителей факторов суицидального риска и 3 склонных к суициду учащихся, а также 54 чел, готовых к наркотической пробе, 11 – уже ее совершивших (табл.1).

Т а б л и ц а 1

Совпадение факторов суицидального и наркотического риска (чел.)

Группы наркотического риска	Группы суицидального риска		
	Суицидально не рискующие	Носители факторов суицидального риска	Склонные к суициду
Наркотически не рискующие	17	4	1
Потенциально готовые к пробе (1-я гр. риска)	43	10	1
Совершившие пробу (2-я гр. риска)	5	1	-
Аддиктивное поведение (3-я гр. риска)	1	3	1

Сопоставление факторов суицидального и наркотического риска (табл.1) показало, что только 17 чел. (19,5 %) из числа обследованных являются устойчивыми в плане рисков суицидального и аддиктивного поведения, остальные 70 чел. (80,5 %) попадают в ту или иную зону потенциального риска, например, не склонные к суициду, но готовые испытать на себе действие наркотика. Это самая многочисленная группа из 43 чел. (49,4 %). «Перекрестные риски» являются крайне неблагоприятным сочетанием, они выявлены у 16 чел. (18,4 %). При этом одна девиация может подпитывать другую, между ними могут быть также и причинно-следственные связи, например, вовлеченность

в наркотизацию может повлечь суицидальную активность, или потенциальный суицидент станет использовать алкоголь и наркотики как антидепрессант и проч. [21].

Результаты исследования самоотношения по возрастному и половому признакам показали, что его параметры у обследованных учащихся находятся в основном в границах средних значений. В зоне относительно низких уровней ($4,9 \pm 0,3$ стэнов) находится показатель внутренней конфликтности у юношей-десятиклассников, что может свидетельствовать о наличии у них эскапизма (отрицании проблем), закрытости и поверхностного самодовольства. В зоне повышенных значений ($8,1 \pm 0,4$ стэнов) находится показатель самооценности у девушек-десятиклассниц. Согласно интерпретативным характеристикам опросника, высокие оценки по данной шкале отражают заинтересованность в собственном Я, любовь к себе, ощущение ценности собственной личности и одновременно предполагаемую ценность своего Я для других.

При сравнении показателей самоотношения испытуемых по группам риска суицидального поведения получены статистически значимые различия между группами не рискующих и носителями факторов суицидального риска по параметру «саморуководство» ($p < 0,05$). Повышение показателей по этой шкале у носителей факторов риска можно рассматривать как тревожный симптом: подобная «суицидальная интернальность» свидетельствует о том, что подростки ответственно относятся к своему выбору и их добровольный уход из жизни при определенных обстоятельствах может носить осознанный характер. С другой стороны, как это следует из теоретических представлений, на которых базируется опросник МИС, данная шкала отражает переживание подростком «собственного «Я» как внутреннего стержня, интегрирующего и организующего личность и жизнедеятельность» в плане управления собственной судьбой, обоснованности и последовательности принятия решений на основе своих внутренних побуждений и целей. Однако этот «внутренний стержень» находится еще в стадии формирования, а позиция «Я сам» проявляется завышенными притязаниями на взрослость и самостоятельность, свойственными данному возрасту реакциями эмансипации и оппозиции и проч. Повышенная аффективность, слабость самоконтроля (произвольной саморегуляции) при недостаточности жизненного опыта, использования адекватных ситуации стратегий совладания со стрессом и иных ресурсов, выступают ограничителями при принятии разумных, взвешенных, кажущимися подростку «взрослых» решений, имеющих отношение к многочисленным проблемам его взаимоотношения с окружающим миром. Значимость трудностей в разрешении

этих проблем оборачивается «факторами риска» (обозначаемые в методике А. А. Кучера и В. П. Костюкевича как мотивы поведения подростков, которые так или иначе могут выступать провоцирующими суицид поводами). Вместе с тем, можно предположить, что накопленный подростком опыт успешного решения жизненных ситуаций, в которых он проявляет себя интернально, может служить буфером, снижающим суицидальную настроенность.

При сравнении показателей самоотношения испытуемых по группам наркотического риска установлено, что обследованные учащиеся имеют средние показатели по всем шкалам, за исключением группы «аддиктивное поведение», выявившей относительно низкие уровни по шкалам «самоуверенность» ($4,8 \pm 0,2$ стэнов) и «зеркальное Я» ($4,4 \pm 0,3$ стэнов), что свидетельствует о вероятной неудовлетворенности собой и своими возможностями, о сомнении в способности вызывать уважение, подтвержденное негативным отраженным самоотношением (зеркальное Я). Как и при оценке суицидальной опасности, статистически значимые различия ($p < 0,05$) были обнаружены по параметру «саморуководство» между группами «потенциально готовые к пробе» и «совершившие пробу», однако с противоположной тенденцией – в сторону снижения показателей (средние значения соответственно $5,6 \pm 0,2$ и $4,5 \pm 0,1$ стэнов). Такие испытуемые демонстрируют экстернальный способ поведенческого контроля, оказываются подвластны влияниям среды, слабо противостоят внешним влияниям. Примечательно также, что потенциально готовых к пробе учащихся, которых будоражат мысли и разговоры о наркотиках в 9 раз больше тех, кто отважился наркотики попробовать. Таким образом, через фильтр «саморуководства» проходят многие, но его обрушение обнаруживается лишь у некоторых. Тем не менее, это не дает основание утешительным прогнозам, поскольку число лиц, которых наркотики абсолютно не интересуют, в 2,4 раза меньше тех, кого эта тема волнует.

Представляет интерес анализ структуры самоотношения у трех юношей, склонных к суицидальному поведению.

Испытуемый И., 17 лет, угрожаемый по суициду, по методике ГРН был отнесен к группе не рискующих в плане аддикций, обнаружил высокие показатели самоотношения по параметрам «саморуководство» (8 стэнов), «внутренняя честность» (7 стэнов) и «самоценность» (8 стэнов) при низких уровнях шкал «самообвинение» (4 стэна) и «внутренняя конфликтность» (5 стэнов). Его можно охарактеризовать как амбициозную личность, обладающую внутренними убеждениями и ценностями, способную, как ему думается, распоряжаться своей собственной жизнью, отличающегося самодовольством и повышенным самомнением, недостаточной критичностью, низким уровнем чувства вины. Учи-

теля характеризуют его как интеллектуально развитого юношу, но с трудным характером, стремящегося подчеркнуть перед сверстниками свою исключительность, эгоцентричного, с пренебрежительной манерой общения со сверстниками и нежеланием считаться с чужими интересами, не склонного поддерживать близкие контакты, закрытого для неформального общения. Можно предположить, что его манера поведения является защитной, а скрытая суицидальность определяется внутренним конфликтом между высокими притязаниями на свою исключительность и непризнанием этих качеств окружающими.

Испытуемый А., 16 лет с суицидальной склонностью обнаружил низкие значения по шкале самоуверенности (4 стэна), что говорит о неудовлетворенности собой и своими возможностями, сомнениях в способности вызывать уважение у окружающих; и средневысокие – по шкале самопривязанности (7 стэнов). Значения последних свидетельствуют о ригидности Я-концепции, нежелании меняться, привязанностью к неадекватному Я-образу. Согласно школьной характеристике юноша обладает хорошими способностями, однако на фоне других учащихся, которые имеют более высокие достижения в учебе, выглядит «бледно» (в спецклассе высокая конкурентность), среди сверстников ничем не выделяется, отличается уступчивым характером. При оценке наркотического риска аддиктивной активности он был диагностирован как «потенциально готовый к пробе».

Испытуемый В., 17 лет также обнаружил высокий уровень по шкалам «саморуководство» (8 стэнов) и «самопривязанность» (7 стэнов). По наркотическому риску он попал в 3-ю категорию риска «аддиктивное поведение». Учителя считают его способным, разносторонне развитым. Увлекается восточными учениями и современной рок-музыкой. В приватной беседе установлено, что подросток в течение полугода употребляет марихуану, при этом «курение травки» не считает чем-то зазорным, поскольку это никак не отражается на его учебе, и даже наоборот, «способствует раскрытию творческих способностей». Им движет желание «всего попробовать», но остаться собой. Его потенциальная суицидальность оправдывается, по его мнению, правом человека распоряжаться жизнью по своему усмотрению.

В свете вышесказанного приобретает значимость правильная диагностика личностных ценностей и ценностных ориентаций, присущих как потенциальному суициденту, так и аддикту, и целенаправленная психологическая работа по их формированию или коррекции у подростков. Как указывает И. А. Кудрявцев, именно на этом пути можно достичь успехов по направленной превентивной профилактике самоубийств и других социально опасных форм отклоняющегося поведения [7].

Проведенное нами исследование позволяет сделать следующие выводы:

1. Среди учащихся старших классов имеется значительное число латентных носителей факторов риска суицидального и аддиктивного поведения, среди которых можно выделить особую группу «формально благополучных» – интеллектуально развитых и социально адаптированных подростков.

2. Наибольшего внимания требуют подростки с перекрестными рисками суицидального и аддиктивного поведения, которые выявляются почти у 20 % обследованного контингента старшеклассников.

3. Структура самоотношения носителей факторов риска суицидального и аддиктивного поведения не имеет принципиальных различий у групп «не рискующих» и «рискующих» подростков, за исключением параметра «саморуководства»: у потенциальных суицидентов его показатель статистически значимо выше, а у носителей факторов аддиктивного риска – ниже в сравнении с «нерискующими».

Заключение

Результаты исследования подростков с суицидальными и наркотическими рисками показали, что такое поведение затрагивает глубинную, ценностно-смысловую, «идеологическую» основу личности, ее ядерные образования, связанные с самоотношением. В свете полученных данных требуют пересмотра устоявшиеся представления о том, что подростковые девиации чаще всего являются следствием семейного или микросоциального неблагополучия, т.к. в наркотизацию и игры со смертью втягивается все больше детей из благополучных семей, с академическими успехами, вполне социально адаптированных и т.п. С этих позиций становится актуальной постановка вопроса о разработке принципиально новых моделей психопрофилактики исследуемых девиаций, ориентированных на работу с контингентом интеллектуально развитой и социально адаптированной молодежи.

Библиографический список

1. Березники становятся городом суицидов [Электронный ресурс]. – URL: <http://perm.rfn.ru/rnews.html?id=15193&date=22-11-2005>
2. Бухановский А. О., Солдаткин В. А., Баранова И. В. Факторы предрасположения к патологическому гемблингу // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2008. – № 10. – С. 20–25.
3. Галинова Н. А., Гришина А. Е., Жулдыбина Т. Ю., Узлов Н. Д. Оценка риска подросткового суицида и превентивные мероприятия // Суицидология. – 2010. – № 1. – С. 53–65.

4. За полгода в Прикамье добровольно ушли из жизни 554 человека [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.beriki.ru/2010/09/10/zapolgoda-v-prikame-dobrovolno-ushli-iz-zhizni-554-cheloveka>
5. Зотов П. Б., Михайловская Н. В. Неумышленные передозировки наркотика и суицидальное поведение больных наркоманиями // Суицидология. – 2013. – № 3. – С. 48–57.
6. Каневский В. И. Ситуация, надситуативность и парасуицид // Суицидология. – 2013. – № 1. – С. 36–42.
7. Кудрявцев И. А. Смысловая типология суицидов // Суицидология. – 2013. – № 2. – С. 3–7.
8. Кудрявцев И. А., Декало Е. Э. Психологические факторы и механизмы суицидогенеза как критерии суицидального риска и направленной профилактики // Суицидология. – 2012. – № 2. – С. 3–11.
9. Кухаренко И. А., Рычкова М. В., Хасан Б. И. Методика исследования динамики риска аддиктивного поведения в подростковом возрасте (на примере наркозависимости) // Психологическая диагностика. – 2005. – № 3. – С. 17–44.
10. Кучер А. А., Костюкевич В. П. Выявление суицидального риска у детей // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. – 2001. – № 3. – С. 32–39.
11. Любов Е. Б., Морев М. В., Фалалеева О. И. Экономическое бремя суицидов в Российской Федерации // Суицидология. – 2012. – № 3. – С. 3–10.
12. Меринов А. В. К вопросу диагностики суицидального поведения при алкогольной зависимости у мужчин // Суицидология. – 2012. – № 2. – С. 21–24.
13. Методика исследования самоотношения (МИС) / С. Р. Пантилеев [Электронный ресурс]. – URL: <http://testoteka.narod.ru/lichn/1/41.html>
14. Опросник «Группа риска наркозависимости» (ГРН). Выявление групп риска наркозависимости в старшем подростковом возрасте / Б. И. Хасан, Ю. А. Тюменева. [Электронный ресурс]. – URL: <http://rudocs.exdat.com/docs/index-70378.html?page=2#3147617>
15. Пантилеев С. Р. Самоотношение как эмоционально-оценочная система. – М. : Изд-во МГУ, 1991. – 110 с.
16. Пермский край входит в первую пятерку регионов РФ по уровню подростковых суицидов [Электронный ресурс]. – URL: <http://news.rambler.ru/19070720/>.
17. Положий Б. С., Панченко Е. А. Дифференцированная профилактика суицидального поведения // Суицидология. – 2012. – № 1. – С. 8–12.
18. Прихожан А. М. Проблема подросткового кризиса // Психологическая наука и образование. – 1997. – № 1. – С. 82–87.
19. Рахимкулова А. С., Розанов В. А. Суицидальность и склонность к риску у подростков : биопсихосоциальный синтез // Суицидология. – 2013. – № 2. – С. 8–24.

20. Сирота Н. А., Ялтонский В. М. Профилактика употребления наркотиков и других психоактивных веществ среди детей и подростков. – М. : ННЦ наркологии МЗ РФ, 2003. – 95 с.
21. Солдаткин В. А., Дьяченко А. В., Меркурьева К. С. Исследование суицидологической и аддиктологической обстановки в студенческой среде г. Ростова-на-Дону // Суицидология. – 2012. – № 4. – С. 60–64.
22. Специальный доклад Уполномоченного по правам ребенка в Пермском крае «О соблюдении прав и законных интересов детей в Пермском крае в 2009 году» [Электронный ресурс]. – URL: <http://lib.znate.ru/docs/index-141089.html>.
23. Статистика суицидов [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.lossofsoul.com/DEATH/suicide/statistic.htm>.
24. Столин В. В. Самосознание личности. – М. : МГУ, 1983. – 284 с.
25. Страшная статистика подростковых самоубийств [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.kp.ru/daily/25802.5/2783101/>.
26. Узлов Н. Д., Узлов А. Н. Модель превенции суицида в условиях учебного заведения // Суицидология. – 2010. – № 1. – С. 75–76.
27. Чевачина А. Современные эмпирические исследования по проблеме самоотношения у подростков // Гуманізація навчально-виховного процесу. – Спецвипуск 9. – Слов'янськ, 2012. – С. 179–188.
28. Чевачина А. В. Психологические особенности развития самоотношения у старших подростков в условиях различных воспитательных систем : автореферат дис. ... канд. психол. наук : 19.00.07. – Нижний Новгород, 2012. – 24 с.

Опубликовано: *Суицидология*. – 2013. – № 4 (13). – С. 41–48 (в соавт. с Е. С. Стряпуниной).

См. также: Узлов Н. Д. *Перекрестные риски суицидального и аддиктивного поведения у подростков // Актуальные проблемы возрастной наркологии и профилактика аддиктивных состояний : матер. Всероссийской междисциплинарной научно-практической конференции (г. Челябинск, 14–15 ноября 2013 г.) / под ред. Е. Н. Кривулина, Н. А. Бохана. – Челябинск : Изд-во ПИРС, 2013. – С. 147–149.*

РАЗДЕЛ 3. МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ В СОМАТИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

Поведенческая активность больных ишемической болезнью сердца: что в финале?

В 1959 году Р. Розенман и Р. Фридман впервые описали угрожающее инфарктом поведение, как поведение типа А. Это четко проявляющийся поведенческий синдром (образ жизни), характеризующийся стремлением к достижению успеха и состязательности, напористостью, агрессивностью, постоянным ощущением нехватки времени, стремлением доминировать в коллективе, деятельностью на «износ», желанием добиться успеха во многих сферах деятельности одновременно, стремлением контролировать поступки других людей, неумением отдыхать, быстрой и громкой речью, порывистыми движениями, повышенной возбудимостью и т. д. В дальнейшем многие авторы описали характеристики людей с поведенческим типом А: высокий темп жизни для достижения нечетко сформулированной, часто труднодостижимой цели; стремление к продвижению по служебной лестнице; настойчивый поиск признания; нетерпеливость и постоянная спешка; неспособность к релаксации и др. [2; 5–7; 9].

Люди с противоположным типом поведения (тип Б) чередуют работу и отдых, им не свойственно состояние эмоционального напряжения, они расслаблены, неторопливы, взвешены и рациональны в работе и других сферах жизнедеятельности. Их характеризует преданность делу, стремление к постоянству, скупость в движениях и проявлениях чувств, обстоятельность и обязательность, надежность и предсказуемость в поведении, подчеркнутое дружелюбие и расположенность к окружающим, отсутствие стремления к соперничеству, неумение и нежелание спорить, относительная устойчивость к фрустрирующим и стрессогенным ситуациям и др.

Для лиц, у которых диагностируется промежуточный тип поведенческой активности (тип АБ), характерна активная и целенаправленная деловитость, разносторонность интересов, умение сбалансировать деловую активность, напряженную работу со сменой занятий и умело организованным отдыхом; моторика и речевая экспрессия умеренно выражены. Лица типа АБ не стремятся к доминированию, для них характерна эмоциональная стабильность и предсказуемость в поведении, относительная устойчивость к действию стрессоров, хорошая приспособляемость к различным видам деятельности.

Связь поведения типа А с ишемической болезнью сердца (ИБС) подтверждается результатами многочисленных исследований. В лонгитюдных исследованиях показано, что у обладающих поведением типа А почти в 5 раз чаще зафиксировано возникновение ИБС, частота повторного возникновения инфаркта миокарда в 5,5 раза выше, чаще отмечается атеросклеротический процесс, тромбообразование, чем у больных с психотипом Б [1; 3].

Несмотря на обилие публикаций, в литературе почти нет данных, касающихся описания личностных характеристик пациентов с разными типами поведенческой активности с хронической коронарной недостаточностью, приведшей их к стойкой потере трудоспособности, инвалидности, социальной дезадаптации и снижению качества жизни.

Обследовано 99 больных ИБС в возрасте 55–72 лет (65 мужчин и 34 женщины), находящихся на стационарном лечении по поводу перенесенного инфаркта миокарда (в том числе 42 – повторно), атеросклероза и хронической коронарной недостаточности. Большинство испытуемых имели 2-ю группу инвалидности. По типу поведенческой активности больные распределялись следующим образом: тип А – 29 чел., тип АБ – 43 чел., тип Б – 27 чел. (диагностируемые на основе клинической беседы, изучения анамнеза, опросника «Тип поведенческой активности» Л. И. Вассермана и Н. В. Гуменюка [4]). Для оценки психологических характеристик больных использовались следующие методики: «Шкала субъективного благополучия» (СБ) М. В. Соколовой, методика диагностики уровня субъективного контроля (УСК) Е. Ф. Бажина с соавт., опросник «Диагностика степени уверенности в себе» Н. Н. Обозова (УС) [4].

Субъективно неблагополучными ощущали себя от 35 до 42 % пациентов, наиболее выраженное неблагополучие отмечалось в группе с психотипом АБ. Средние значения показателей СБ в группах с типами А, АБ и Б составляли соответственно 6,6; 6,9 и 5,6 баллов, что квалифицировалось, в соответствии со шкалами опросника, как «отсутствие серьезных психологических проблем, но о полном эмоциональном комфорте говорить нельзя» (различие между параметрами СБ групп с поведенческими типами АБ и Б статистически достоверно, $p < 0,01$). Полученные результаты кажутся противоречащими классическому описанию психотипов, т.к. было бы логично предположить, что при переходе от типа А к типу Б степень субъективного благополучия будет уменьшаться, однако этого не происходит. Причина более высокого уровня неблагополучия пациентов с типом АБ, возможно, связана не столько с субъективным переживанием тяжести болезни, сколько в личностными особенностями больных и проблемами,

которые они создают в межличностных отношениях, что подтвердилось при изучении их локусов контроля.

Оказалось, что пациенты с ИБС независимо от типа поведенческой активности экстерналы. Слабая интернальность (5,7 стэна) обнаружилась только в группе А «в области достижений» (при этом статистически значимые различия обнаружены между группами АБ и Б, $p < 0,05$). Различия имели место также между типами А и Б и по общей интернальности ($p < 0,05$). Пациенты с типом АБ тяготели к интернальности в «сфере неудач» и «сфере семейных отношений». Нам представляется, что, будучи экстерналами, они используют несвойственные им стратегии, пытаясь контролировать негативные обстоятельства и повышать свой статус в семье, при этом перекладывая ответственность за инициируемые ими конфликты на окружающих. Неумение «разруливать» проблемные ситуации снижает стрессоустойчивость, повышает реактивность в плане психосоматического реагирования. Вероятно, этим же можно объяснить и их субъективно более ощущаемое неблагополучие. Пациенты данной группы выражали свое недовольство и говорили, что «если бы проблем в семье и на работе было поменьше», то и в кардиологическое отделение с инфарктом они бы не попали. Респонденты с психотипом Б также были экстернальны, но в сравнении с другими группами пациентов в большей степени принимали ответственность в сфере здоровья на самих себя (их показатели находятся уже в ambientной зоне). Если придерживаться классического описания типов поведенческой активности, то будет понятна относительно большая интернальность в сфере здоровья пациентов группы Б, которые в отличие от двух других типов в большей мере заботятся о своем здоровье.

Полученные нами данные обнаруживают несоответствие между описанием классических типов поведенческой активности и показателями интернальности. Наибольшее расхождение имеет место для типа А. Интерпретируя этот факт, можно сослаться на данные кросс-культуральных исследований, показывающих, что с возрастом происходит нарастание экстернальности [8]. Однако нам представляется, что применительно к хроническим больным ИБС можно говорить о «нажитой экстернальности», связанной с тяжелой болезнью и инвалидностью. Это, в известной степени, подтверждается самооценкой пациентов уверенности в себе.

В соответствии с методикой Н. Н. Обозова, чем выше показатель шкалы, тем меньше человек уверен в себе. Уверенность–неуверенность в себе является важным индикатором благополучия личности. Она проявляется в оценках, которые личность дает сама себе. Уверенность определяет планку достижений личности. Чем больше уверенность в себе, тем

выше планка возможных достижений личности. Наименее уверенными чувствовали себя пациенты с типом А, более уверенными – типом Б ($p < 0,05$). Объяснить полученные данные можно, опираясь на уже полученные выше результаты. Пациенты с типом А, став экстерналами, тем не менее, продолжают проявлять тенденцию к интернальности именно в области достижений. Вместе с тем этот показатель можно отнести к «пограничной зоне» уверенности, «зоне сомнения». Возможно, это – уязвимое место для самолюбия пациентов. Это также свидетельство усугубляющегося интрапсихического неврастенического конфликта (по В. Н. Мясищеву). Неуверенность в себе, в собственных возможностях («хочу, но не хватает сил») подстегивает болезнь. Здесь также наличествует переживание краха несбывшихся надежд, завышенных притязаний и амбиций. Пациенты с типом Б в основном чувствуют себя более уверенными и считают себя субъективно более благополучными. Их экстернальность служит им на пользу, следовательно, они менее фиксированы на ответственности за свои достижения и неудачи, проще относятся к жизни, но более внимательны к своему здоровью. Болезнь, хотя и выбивает их из колеи, но в целом мало что меняет в представлении о мире и о жизни. Таким образом, по параметру оценки уверенности в себе они «вписываются» в психологическую характеристику своего психотипа.

Таким образом, ИБС на своих «финальных этапах» (выраженный атеросклероз, хроническая коронарная недостаточность, повторные инфаркты миокарда и др.) в сочетании с сопутствующей патологией и возрастными изменениями, приводящими к инвалидности, в значительной степени «выравнивает» больных независимо от типа их поведенческой активности, делая их экстерналами, субъективно менее благополучными, несчастными, неуверенными в себе.

Библиографический список

1. Атеросклероз коронарных артерий и ишемическая болезнь сердца : механизмы развития, клиника, основы лечения / под ред. И. Е. Ганелиной. – СПб. : Наука, 2004. – 342 с.
2. Бэрон Р., Ричардсон Д. Агрессия. – СПб. : Питер, 1998. – С. 203–205.
3. Ганелина И. Е., Дерябина Г. П., Краевский Я. М. Личностные особенности и отдаленный прогноз инфаркта миокарда (результаты пятилетнего наблюдения). – Кардиология. – 1978. – № 8. – С. 101–107.
4. Никифоров Г. С. Диагностика здоровья. Психологический практикум. – СПб. : Речь. – 2007. – 950 с.
5. Плотников В. В., Плотников Д. В., Северьянова Л. А. Психофизиологический анализ поведенческого фактора риска (тип А) ишемической болезни сердца. – Курск, 2004. – 317 с.

6. Плотников В. В. Акцентуация биопсиходинамических характеристик индивидуальности как фактор риска ишемической болезни сердца // Психологический журнал. – № 3. – 2002. – С. 63–78.
7. Положенцев С. Д., Руднев Д. А. Поведенческий фактор риска ишемической болезни сердца (тип А). – Л. : Наука, 1990. – С. 76–85.
8. Секоян И. Э. «Локус контроля» Джулиана Роттера с позиций психометрии // Независимый психиатрический журнал. – 2008. – № 3. – С. 18–25.
9. Языкова Т. А., Зайцев В. П. Поведение типа А : проблемы изучения и психологическая коррекция // Психологический журнал. – 1990. – № 5. – С. 56–60.

Опубликовано: *Актуальные проблемы психологии активности личности : матер. Всеросс. (заочной) научно-практ. конф. с междунар. участием / под ред. С. Б. Малых, В. И. Гребенниковой, Е. А. Белан, Е. В. Харитоновой. – Краснодар : Кубанский гос. ун-т // Парабеллум, 2010. – С. 163–166.*

См. также: Норин М. А., Узлов Н. Д. *Локус контроля, субъективное благополучие и уверенность в себе больных ишемической болезнью сердца с разными типами поведенческой активности // Качество жизни в современной России : матер. Всеросс. (заочной) науч.-практ. конф. (1 марта 2011 г.) / под ред. Н. Д. Узлова // Пермский гос. ун-т, Березниковский филиал. – Пермь, 2011. – С. 258–264.*

Копинг-поведение больных ишемической болезнью сердца с разными типами поведенческой активности

Аннотация. Обследовано 170 больных ИБС с разными типами поведенческой активности (ТПА). Установлено, что преобладающей копинг-стратегией у пациентов с типом А является конфратативный копинг, с типом Б – самоконтроль, с типом АБ – позитивная переоценка собственных возможностей. Высказывается предположение, что наличие хронической болезни, какой является ИБС, обедняет и нивелирует типические поведенческие реакции больных.

Считается, что одной из причин, ведущей к возникновению ишемической болезни сердца (ИБС), является личностная диспозиция типа А, описанная впервые в 1959 году Р. Розенманом и Р. Фридманом. Этим людям присущи следующие особенности: чрезвычайно высокая соревновательность, амбициозность, агрессивность, стремление к достижению успеха, постоянное ощущение цейтнота и др. [3–5]. У носителей этого психотипа почти в 5 раз чаще зафиксировано возникновение ИБС, в 5,5 раза выше частота повторного возникновения инфаркта миокарда, тромбообразование, чем у больных с психотипом Б [1]. Представителям типа Б, наоборот, свойственны взвешенность, сдержанность в проявле-

нии чувств, рациональность, предсказуемость, большая стрессоустойчивость. Для лиц с промежуточным ТПА (тип АБ), характерна большая психофизиологическая сбалансированность, эмоциональная стабильность и относительная устойчивость к действию стрессоров.

Цель настоящего исследования – определение копинг-стратегий больных ИБС в зависимости от ТПА. Обследовано 170 пациентов с диагнозом ИБС, в возрасте 37–55 лет, из них 119 мужчин, 51 женщина, находящихся на стационарном лечении. Использованы следующие методики: 1) стандартизованное клиническое интервью; 2) опросник «тип поведенческой активности» (ТПА) Л. И. Вассермана и Н. В. Гуменюка; 3) опросник способов совладания (ОСС-WSQ) Р. Лазаруса и С. Фолкман в модификации Т. Л. Крюковой и Е. В. Куфтяк [2].

По типу поведенческой активности больные ИБС распределились следующим образом: тип А – 78 чел. (45,9 %), тип Б – 59 чел. (34,7 %), АБ – 33 чел. (19,4 %). Результаты были соотнесены с данными клинического интервью.

Общими жалобами у представителей всех трех типов были чувство тревоги (89 %), состояние беспомощности (76 %), страх смерти (69 %), пессимистические ожидания (74 %). Пациенты с типом А в качестве главных причин возникновения ИБС указывали на неприятности на работе и нервную перегрузку. В рейтинге жизненных приоритетов они рассматривали работу как главную цель и как средство самореализации (74 %); проявляли недовольство тем, что болезнь разрушает их жизненные планы. Пациенты с типом АБ, наряду с профессиональными трудностями, указывали на часто возникающие проблемы в семье (84 %), которая для них, по их мнению, является главной жизненной ценностью. Пациенты с типом поведенческой активности Б были в большей степени центрированы на здоровье (79 %). Испытуемые также отличались по степени обращения к религиозному опыту и духовным практикам: в большей степени это было свойственно представителям типа АБ, в меньшей – типа А (обращение к религии как к последней инстанции в самопомощи). Таким образом, пациенты указывали на разные паттерны поведения как свойственные тому или иному психотипу, так и отличные от него: развившаяся болезнь внесла коррективы в привычные способы реагирования на стресс.

Высокие значения шкал ОСС зарегистрированы в группе больных с поведенческим типом А по параметру «конфронтативный копинг»; с типом Б – по стратегиям «самоконтроль» и «конфронтативный копинг»; с типом АБ – по копингам «положительная переоценка» и «самоконтроль». Низкие значения определились в группе Б для совладания спосо-

бом «планирование решения проблемы» и по копинг-стратегии «бегство-избегание» (для всех указанных групп). По остальным параметрам показатели копинг-стратегий соответствовали средним значениям.

Полученные данные в целом согласуются с результатами клинической беседы, изложенными выше. Больные ИБС, относящиеся к поведенческому типу А, более склонны использовать неконструктивную стратегию конфронтации, чем пациенты с типами Б ($p < 0,01$) и АБ ($p < 0,01$). Действия этой стратегии различаются сферами ее применения: носители психотипа А в качестве источников стресса в 2,5 раза чаще указывали на производственные конфликты, типов Б и АБ – семейные, что нашло подтверждение в одном из предшествующих данной работе исследовании [6]. Оказалось, что пациенты с психотипом АБ, страдающие ИБС и являющиеся экстерналами, сильно «тяготеют» к интернальности в сфере семейных отношений, то есть пытаются поднять свой статус в семье и контролировать близких, перекладывая на них ответственность за инициируемые ими же самими конфликты. У пациентов группы Б конфронтативная стратегия «перекрывается» доминирующей стратегией самоконтроля (различия между группами Б и А, АБ и А статистически достоверны, $p < 0,001$). Их большая способность к регулированию своих чувств и действий увеличивает количество степеней свободы для поиска выхода из сложившейся ситуации. У респондентов с психотипом АБ доминирующей стратегией выступает «позитивная самооценка» (различия между группами Б и А, АБ и Б статистически достоверны, $p < 0,01$), что в известной степени объясняет их более частую обращаемость к вере, очерченный вектор религиозной направленности. Среди других конструктивных стратегий, показатели которых соответствуют средним значениям шкал ОСС, следует отметить стратегию поиска социальной поддержки, которая оказалась наиболее выраженной у пациентов с типом А (различия между группами А и Б, АБ и Б статистически достоверны, $p < 0,01$, $p < 0,05$), что кажется им несвойственно с точки зрения классического описания данного психотипа (интернальность, стремление к доминированию и т.п.). Нам представляется, что тяжелая хроническая болезнь, какой является ИБС, вынуждает пациентов отказываться от привычных для них способов реагирования на стресс с опорой на свои собственные силы, делая их более зависимыми от окружающих, постепенно «усредняет» их поведение, размывая границы типичного для них реагирования.

Библиографический список

1. Ганелина И. Е., Дерябина Г. П., Краевский Я. М. Личностные особенности и отдаленный прогноз инфаркта миокарда (результаты пятилетнего наблюдения) // Кардиология. – 1978. – № 8. – С. 101–107.

2. Крюкова Т. Л., Куфтык Е. В. Опросник способов совладения (адаптация методики WCQ) // Психологическая диагностика. – 2005. – № 3. – С. 57–76.
3. Плотников В. В. Акцентуация биопсиходинамических характеристик индивидуальности как фактор риска ишемической болезни сердца // Психологический журнал. – 2002. – № 3. – С. 63–78.
4. Плотников В. В., Плотников Д. В., Северьянова Л. А. Психофизиологический анализ поведенческого фактора риска (тип А) ишемической болезни сердца. – Курск, 2004. – 317 с.
5. Положенцев С. Д., Руднев Д. А. Поведенческий фактор риска ишемической болезни сердца (тип А). – Л. : Наука, 1990. – С. 76–85.
6. Узлов Н. Д. Поведенческая активность больных ишемической болезнью сердца : что в финале? // Актуальные проблемы психологии активности личности : матер Всеросс. (заочной) научно-практ. конф. с междунар. участием / под ред. С. Б. Малых, В. И. Гребенниковой, Е. А. Белан, Е. В. Харитоновой. – Краснодар : Кубанский гос. ун-т // Парабеллум, 2010. – С. 163–166.

Опубликовано: Психология совладающего поведения : матер. II-й Междунар. науч.-практ. конф., Кострома, 23–25 сент. 2010 г. В 2 т. Т. 1 / отв. ред. Т. Л. Крюкова, М. В. Сапоровская, С. А. Хазова. – Кострома : КГУ им. Н. А. Некрасова, 2010. – С. 113–115.

Тип поведенческой активности как показатель профессионального стресса у машинистов локомотивных бригад

В условиях радикальных структурных преобразований, проводимых в настоящее время в железнодорожной отрасли, особая роль принадлежит развитию индивидуальных стилей работников дороги. При этом в качестве основного фактора обновления системы эффективного взаимодействия между представителями различных железнодорожных профессий сегодня выступает личность самого работника РЖД, от которого требуется высокий уровень профессионализма. Деятельность машинистов локомотивов характеризуется рядом специфических особенностей, связанных как с характером профессиональной деятельности, так и с индивидуально-личностными характеристиками [1].

Успешность работы по безаварийному вождению железнодорожных составов зависит не только от общей и узкопрофессиональной подготовки, но и от степени развития ряда неспецифических профессионально значимых качеств. К ним относятся индивидуально-личностные особенности. Недостаточная развитость этих качеств, не всегда заметная в повседневной жизни, может неожиданно проявиться в экстремальных ситуациях и стать причиной ошибок и срывов. Срабатывает так называемый «человеческий фактор». Если работники с та-

кими особенностями, тем не менее, справляются со своими профессиональными обязанностями, то у них развивается переутомление, повышается вероятность развития некоторых психических и психосоматических расстройств [2].

На сегодняшний день психологами исследуются, главным образом, психофизиологические и некоторые личностные особенности работников ЖД транспорта в аспекте профессионального отбора на различные должности. Однако, несмотря на возрастающее внимание к проблеме личностной обусловленности процесса формирования профессиональной пригодности работников железнодорожного транспорта, до настоящего времени ощущается дефицит исследований в области изучения личностных характеристик машинистов локомотивных бригад, прежде всего с позиций их предрасположенности к развитию острой сердечно-сосудистой патологии, способной привести к неожиданным инсультам, инфарктам, синдрому внезапной смерти и другим состояниям [4]. Ранее подобные ситуации служили сюжетами для художественных фильмов (яркий пример тому – советский фильм-катастрофа «Поезд вне расписания», 1985). Его сюжет разворачивается после того, как машинист, который должен был отогнать в ремонт состав из двух тепловозов, от внезапного сердечного приступа теряет сознание, а падая, задевает рукой контроллер, переводя его в ходовую позицию. После этого никем не управляемый тепловоз с поездом самопроизвольно отправляется и набирает скорость. Случаи подобного рода всегда являлись предметом закрытого служебного расследования, а в настоящее время чаще становятся достоянием гласности, особенно, если приводят к трагедии или гибели людей. Аналогичный случай произошел и в Березниковском локомотивном депо в сентябре 2009 года, когда практически здоровый, никогда не жалующийся на здоровье 43-летний машинист, прошедший предрейсовый осмотр, внезапно умер от «разрыва сердца» (как установила судебно-медицинская экспертиза – обширного инфаркта миокарда) в кабине своего тепловоза за несколько минут до того, как отправиться в поездку. В диссертационном исследовании С. Н. Ненарочнова показано, что среди железнодорожников Западной Сибири имеет место высокая распространенность основных форм сердечно-сосудистой патологии, в том числе ишемической болезни сердца (ИБС) и артериальной гипертензии [5]. Статистика показывает, что у машинистов электропоездов, в том числе и не достигших 30-летнего возраста, ишемическая болезнь сердца встречается в 2,27 раза чаще, чем у машинистов электричек, что связывается с более интенсивным воздействием электро-

магнитного поля. В железнодорожной медицине именно этим внешним профпатологическим факторам уделяется наибольшее внимание наряду с исследованием уровней нервно-психических перегрузок, и гораздо меньше – личностным, предрасположенным.

Наблюдения показывают, что среди машинистов локомотивных бригад встречаются несколько категорий работающих, различающихся не только квалификацией, но и поведенческими характеристиками, их отношением к работе. Одни из них предпочитают работу с длительными многосуточными поездками, другие – в обычном сменном графике.

Кардиологами и клиническими психологами выделяется так называемый «стресс-коронарный профиль» – личностная диспозиция (фактор А), предрасполагающий к развитию ИБС, впервые описанный в 1959 г. Р. Розенманом и Р. Фридманом как угрожающее инфарктом поведение [6]. По сути, это образ жизни, характеризующийся стремлением к достижению успеха, стеничностью, доминантностью, состязательностью, напористостью, неумением отдыхать, неспособностью к релаксации, повышенной возбудимостью и др. Тип поведенческой активности (ТПА) практически мало исследован у работников железнодорожного транспорта, в том числе и машинистов.

Значительный интерес представляют данные о личности работников локомотивных бригад, представленные в работах И. А. Сабитова, выполненных в рамках диссертационного исследования. Автор описывает две группы испытуемых – здоровых и имеющих психосоматические нарушения и анализирует факторы риска, обуславливающие развитие последних. Результаты, полученные автором с помощью методики «Тип поведенческой активности» показали, что преобладающим типом поведенческой активности (ТПА) в группе здоровых работников локомотивных бригад является промежуточный тип АВ (66 %), который авторы методики рассматривают как гармоничный, способствующий наиболее эффективной адаптации. Группа здоровых работников локомотивных бригад отличалась выдержанным и деловым типом активности. В качестве благоприятной особенности выступали относительно редко встречаемые тип В (3 %) и тип А (2 %). По результатам опросника ТПА выявлено статистическое различие ($p < 0,05$) между группой здоровых и общей группой больных (гипертоническая болезнь, вегето-сосудистая дистония, ИБС) работников локомотивных бригад. Был отмечен более высокий средний уровень поведенческой активности у больных, находящийся в середине интервала между смешанным типом (АВ) и А1. В группе больных достоверно чаще ($p < 0,05$) выявлялась тенденция поведенческой активности А1 (47 %) [7–9].

Данная работа посвящена изучению роли ТПА как показателю профессионального стресса и фактора риска у машинистов локомотивных бригад. Используются данные клинической беседы и психодиагностические опросники: методика «Тип поведенческой активности» Л. И. Вассермана и Н. В. Гуменюка; определение уровня субъективного контроля (УСК), разработчики – Е. Ф. Бажин с соавт.; СМОЛ (сокращенный вариант ММРІ).

Обследовано 62 машиниста локомотивных бригад, разделенных на три группы по режиму рабочего времени (ст.17 Трудового кодекса РФ). 1-я группа включала 23 чел. в возрасте 30–45 лет (стаж работы от 6 до 25 лет), работающих в сменном режиме (два дня работы, два – отдыха). 2-ю группу составили 18 чел. в возрасте 25–56 лет (стаж 8–25 лет), работающие в режиме гибкого времени («режиме ожидания»: их в любое время могли вызвать и отправить в поездку). 3-я группа – 21 машинист 32–40 лет (стаж работы от 9 до 18 лет) с ненормированным рабочим днем. Они совершали поездки в пределах РФ сроком от 3 до 5 суток с последующими 3 днями отдыха. Все респонденты рассматривали себя как практически здоровых.

Распределение групп испытуемых по ТПА представлено в табл.1.

Т а б л и ц а 1

Распределение групп испытуемых по типам поведенческой активности

Режим труда	Тип поведенческой активности					
	А		АВ		В	
	чел.	%	чел.	%	чел.	%
Режим сменной работы (n=23)	2	8,6	20	86,9	1	4,5
Режим гибкого рабочего времени (n=18)	3	16,7	15	84,3	–	–
Ненормированный рабочий день (n=21)	8	38,1	13	61,9	–	–
Всего (n=62)	13	20,9	48	77,4	1	1,7

Результаты, полученные с помощью методики «ТПА» показали, что преобладающим типом поведенческой активности в группе здоровых работников локомотивных бригад является промежуточный тип АВ (77,4 %); для сравнения: в выборке А. И. Сабитова его доля составила 66 %. Применительно к исследуемой группе машинистов в группе А отмечалось наибольшее число лиц, кто работает в «режиме ожидания», либо направляется в длительные поездки по стране (11 из 13 или 84,6 %). Как показали наши наблюдения, испытуемые группы А предпочитают именно данные режимы работы, в том числе незави-

симо от оплаты труда. Руководство также полагается на них при выполнении более ответственных и сложных заданий.

По методике УСК почти у всех испытуемых выявлены высокие уровни (8–10 стэнов) интернальности практически по всем шкалам. Достоверно более высокие уровни интернальности у машинистов с ТПА-А в сравнении с ТПА-АВ получены по параметрам интернальности в сфере неудач ($p < 0,01$) семейных отношений ($p < 0,05$), межличностных отношений ($p < 0,05$), а также интегральному показателю ($p < 0,05$). Полученные нами данные в целом согласуются с литературными, в том числе с результатами диссертационного исследования И. А. Сабитова [9].

На рис. 1 и 2 представлены усредненные профили СМОЛ машинистов с ТПА-А и ТПА-АВ. О достоверности результатов свидетельствуют данные оценочных шкал и индекс Уэлша (F-K), не превышающий $-10T$. Личностные профили обследованных характеризуют их как здоровых, психически уравновешенных личностей. Все показатели укладываются в границы нормы – $30-70T$, т.е. усредненный профиль ни по одному показателю не соответствует параметрам ни акцентуированной, ни психопатической личности. О хорошем эмоциональном самоконтроле, психологической устойчивости, дисциплинированности, конвенциальности свидетельствует низкая 4-я шкала (Pd). Отсутствие повышения по 8-й шкале (Sc) говорит о трезвости и практичности, рациональном подходе в решении житейских проблем, а также небогатой фантазии. Низкие (менее $50 T$) показатели 3-й шкалы (Hu) также свидетельствуют об эмоциональной устойчивости. Общим для обеих групп испытуемых является пик по 7 шкале (Pt, «шкала тревожности»), который у машинистов с ТПА-А сочетается с подъемом по 1-й шкале («сверхконтроль», «ипохондрия»). Комбинации 71 может указывать на нерезко выраженную тревожность, связанную с фиксацией на своем соматическом состоянии. Как указывает Ф. Б. Березин с соавт., для таких личностей характерна вегетативная симптоматика, свидетельствующая о подавлении эмоций, наличии возможных опасений по поводу своего здоровья.

На личностном уровне это сопровождается зажатостью, сверхконтролем, нормативностью в поведении [3].

Баланс 2-й (D) и 9-й (Ma) шкал позволяет им избегать эмоциональных решений.

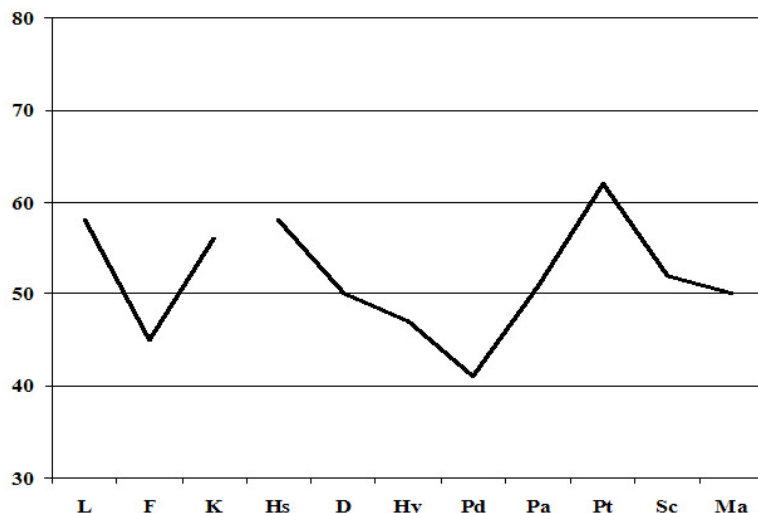


Рис.1. Усредненный профиль СМОЛ машинистов с типом поведенческой активности А

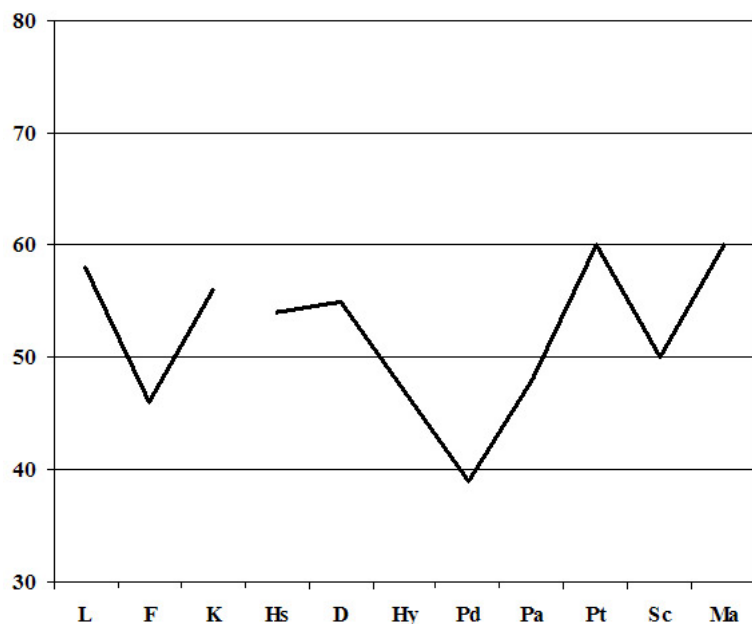


Рис.2. Усредненный профиль СМОЛ машинистов с типом поведенческой активности АВ

Суммируя полученные данные относительно машинистов с типом поведенческой активности А, следует отметить их большую интернальность и, как следствие, сверхответственное отношение к своим обязанностям не только в производственных, но и в иных сферах своей жизни, контроль эмоций, зажатость в отношениях с окружающими. Маркерами риска возникновения ИБС у машинистов с типом поведенческой активности А могут являться различные психовегетативные расстройства, являющиеся своеобразными индикаторами соматизации тревоги, что в профиле СМОЛ отражается умеренным повышением показателей по 1-й и 7-й шкале.

Одним из важных практических выводов данной работы является факт, что среди машинистов локомотивного депо города Березники с ненормированным рабочим днем около 20 %, т.е. каждый 5-й машинист, относится к ТПА категории А, угрожающей по факторам риска ИБС, что значительно превышает оптимальные показатели [9]. Доведение этой информации до руководства дало возможность медицинским работникам осуществлять более тщательную проверку состояния здоровья этой категории рабочих и планировать профилактические мероприятия. Оказалось также целесообразной рекомендация о включении опросника ТПА в перечень необходимого психодиагностического инструментария в комплекс УПДК-МК для профессионального психофизиологического отбора работников локомотивных бригад, диспетчеров.

Учет психологических характеристик машинистов в соотношении с режимом их работы может рассматриваться профилактическим мероприятием как с точки зрения предотвращения возможных аварийных ситуаций на ЖД, так и сохранения здоровья работников.

Библиографический список

1. Алексеева Н. П. Безопасность движения : опыт профессионального психологического отбора в хозяйстве перевозок Западносибирской железной дороги : успехи и проблемы // Профессиональное образование : тенденции и перспективы развития : сб. научных трудов. – Новосибирск, 2007. – Вып. 3. – С. 10–12.
2. Алексеева Н. П. Психологическая служба на предприятиях железнодорожного транспорта : метод. указания [ред. Н. В. Силкина]; Сиб. гос. ун-т путей сообщ. – Новосибирск : СГУПС, 2010. – 78 с.
3. Березин Ф. Б., Мирошников М. П., Рожанец Р. В. Методика многостороннего исследования личности (в клинической медицине и психогигиене). – М. : Медицина, 1976. – 186 с.
4. К вопросу о профилактике внезапной сердечной смерти у работников железнодорожного транспорта / Т. Г. Мищерякова, А. Э. Радзевич, А. З. Цфасман и др. // Актуальные вопросы клинической железнодорожной медицины : сб. научн. трудов ЦКБ МПС РФ. – М., 1998. – С. 28–36.
5. Ненарочнов С. В. Артериальная гипертония и гипертрофия левого желудочка у железнодорожников Западной Сибири (клинико-эпидемиологическое исследование) : автореф. дисс. ... канд. мед. наук : – М., 2005. – 24 с.
6. Положенцев С. Д., Руднев Д. А. Поведенческий фактор риска ишемической болезни сердца (тип А). – Л. : Наука, 1990. – С. 76–85.
7. Сабитов А. И. Исследование личностных свойств как фактора риска развития гипертонической болезни у работников локомотивных бригад // Ак-

туальные вопросы клинической железнодорожной медицины и транспорта. – М., 2003. – Т. 9. – С. 81–85.

8. Сабитов И. А. Изучение поведенческого фактора риска развития ИБС у работников локомотивных бригад // Актуальные вопросы клинической железнодорожной медицины и транспорта. Т. 9. – М., 2003. – С. 88–92.
9. Сабитов И. А. Факторы риска дезадаптации у работников локомотивных бригад : автореферат... дисс. канд. психол. наук : – Ульяновск, 2003. – 22 с.

Опубликовано: Профессиональный и организационный стресс : диагностика, профилактика и коррекция : матер. Всеросс. научно-практич. конфер. с междунар. участием (г. Астрахань, 7–8 октября 2011 г.) / под ред. Б. В. Кайгородова и Н. В. Майса. – Астрахань : Астраханский госуниверситет, Изд. дом «Астраханский университет», 2011. – С. 86–90 (в соавт с Н. В. Сапуновой).

Мир больных с колостомой: способы совладания и удовлетворенность качеством жизни

По оценке ВОЗ число людей с анатомическими нарушениями функции выделения в виде стомы кишечника или мочеточника составляет 100–150 чел. на 100000 населения. В России, как указывает Президент Региональной общественной организации инвалидов стомированных больных «АСТОМ» В. Г. Суханов, четкой статистики по стомированным пациентам не существует. По его данным по регионам России численность стомированных людей составляет от 0,05 % до 0,1 % от общей численности населения региона или около 120 тыс. чел. в целом в стране. Однако зарегистрированы и бесплатно обеспечиваются техническими средствами реабилитации только 40 тыс. стомированных инвалидов. По другим данным в России число стомированных людей должно составлять минимум 87 тыс. чел. Среди причин наложения колостомы 91,5 % составляют онкологические заболевания кишечника, остальную долю составляют неспецифический язвенный колит, полипоз, врожденные пороки и другие заболевания, а также механические повреждения кишечника. Возрастной состав стомированных инвалидов в России: до 16 лет – 1,0 %; от 16 до 25 лет – 2,0 %; от 25 до 45 лет – 15,0 %; от 45 до 60 лет – 24,0 %; от 60 и выше – 58,0 % [2; 13].

Стомированные больные составляют совершенно особую группу среди инвалидов. Стрессогенность ситуации у этих больных в предоперационном периоде обусловлен как фактом обнаружения у них злокачественного или иного образования, так и необходимостью калечащего оперативного вмешательства с высокой вероятностью форми-

рования колостомы. Это приводит к развитию у большинства пациентов реактивных психогенных состояний различной степени выраженности в виде тревожно-депрессивного, тревожно-ипохондрического, астеноипохондрического, параноидного, дисфорического синдромов. Послеоперационный период практически у всех стомированных больных характеризуется углублением состояния депрессии, выраженность которой во многом определяется видом колостомы [4].

Наличие колостомы является большой психологической травмой для человека, нарушает его привычный образ жизни. Чтобы вести нормальный образ жизни, пациентам приходится учиться быстро и правильно ухаживать за стомой. Формирование искусственного кишечного свища вносит существенные ограничения в жизнь человека и значительно снижает ее качество, приводя к стопроцентной инвалидизации и высокому уровню социальной дезинтеграции. Изменение привычного образа тела приводит к ощущению физической и психологической неполноценности, формированию заниженной самооценки и высокой степени неудовлетворенности жизнью. Стома накладывает отпечаток на семейную жизнь, отдых, на психологическое состояние человека, порой существенно изменяя его характер, делая его более замкнутым, раздражительным, эмоционально неустойчивым [3; 5; 12]. Для достижения максимально возможного качества жизни пациенту необходимо, прежде всего, побороть чувство ложного стыда, свободно обсуждать все возникающие вопросы не только с медицинским персоналом, но и с ухаживающими за ним близкими. Колостомия становится причиной не только снижения качества жизни больного, его инвалидности, но и требует применения специальных средств и приспособлений, материальных затрат для приобретения стомийного оснащения. Выделяют два основных психологических варианта отношения к болезни у стомированных пациентов – гипернозогностический и гипонозогностический, которые показывают отношение к болезни через высокую или низкую значимость переживания телесного неблагополучия и убежденность в возможности /невозможности самостоятельно совладать с особыми условиями существования. У пациентов первого типа в клинической картине выявляется тревога, депрессия, ипохондрия, частые обращения за медицинской помощью; второго – снижение соответствующих переживаний, недооценка значимости произошедших физиологических изменений, невыполнение рекомендаций, нежелание исключать контакты с вредными факторами (пища, курение, алкоголь), отказ от долгосрочной терапии. Эти два основных типа реакции на болезнь проявляют себя уже на диагностическом этапе. Первая группа больных при обследовании склонна к реакции страха, паники, у больных возникает стойкое со-

стояние тревоги и депрессии. Пациент боится физического дефекта, а также социальной изоляции вследствие стомирования. Другая группа больных реагирует патологическим «спокойствием» и пассивностью [11]. На этапах, связанных с операцией, отмечается прямая зависимость между степенью вмешательства и выраженностью эмоциональных расстройств. Больные зачастую оказываются психологически неподготовленными к операции и её хирургическим последствиям, жизнедеятельности со стомой. Для пациентов с послеоперационными стомами характерно снижение самооценки, эмоциональная нестабильность, высокий уровень аутоагрессии, социальная дезадаптация. Пациенты с противопоказаниями к восстановительной операции используют нерациональные способы психологической защиты. Они становятся чрезмерно обидчивы, неадекватны в восприятии своего тела, испытывают болезненный стыд. При этом боятся, что люди избегают их из опасности заразиться, в связи с этими переживаниями сокращают контакты и общение [5; 7]. На катамнестическом этапе больные обычно чувствуют облегчение в связи с тем, что могут вернуться домой. Кроме этого особенности психологической реакции во многом определяются продуктивностью проведенного лечения. При возобновлении болезненного процесса многие больные вновь переживают бессилие и растерянность.

Обследовано 20 больных с колостомой (10 мужчин и 10 женщин) в возрасте 40–60 лет (средний возраст мужчин – 54 года, женщин – 50 лет), находившихся под наблюдением в медицинских учреждениях города Березники в 2009 году. Среди причин наложения колостомы были: травма – у 6, свищ – у 3, колит – у 2, рак – у 5, непроходимость кишечника – у 4 чел. 11 больным была наложена временная колостома. У 9 пациентов, перенесших радикальную операцию по поводу рака нисходящего отдела толстого кишечника и кишечной непроходимости, возможность проведения восстановительной операции полностью отсутствовала. Длительность проживания со стомой составляла от 5 до 11 мес. (у мужчин в среднем 6,1, женщин – 8,2 мес.). Все пациенты имели 2-ю группу инвалидности, никто из них не работал. Обследованные проживали в семье с родственниками, большинство из них вело уединенный, замкнутый образ жизни.

Цель исследования – изучение психоэмоционального состояния больных с колостомой. Использовались: клиническая беседа и психодиагностические опросники: 1) опросник способов совладания Р. Лазаруса и С. Фолкман [6]; 2) опросник для оценки качества жизни Р. Элиота в адаптации Н. В. Водопьяновой, позволяющий определить индекс качества жизни (ИКЖ) [9]; 3) методика оценки доминирующего психического состояния Л. В. Куликова (ДС-8) [9]; 4) опросник уровня субъективного контроля (УСК) Е. Ф. Бажина с соавт. [1].

Практически все обследованные отмечали, что перенесенная операция для них большая трагедия, они так и не привыкли жить с калоприемником. У большинства из них имели место сверхценные образования (больные испытывали неловкость в контактах, им казалось, что от них исходит неприятный запах, что окружающие догадываются о наличии у них искусственного ануса, испытывают к ним отвращение, презируют, смеются за спиной и проч.). В силу этих причин они резко сократили общение даже с близкими друзьями, большую часть времени проводили перед телевизором, без лишней надобности старались не выходить из дома. Предложение поучаствовать в исследовании встретили настороженно, однако никто из пациентов не отказался, так как согласился с доводами, что их опыт переживания болезни мог бы быть полезен кому-либо в дальнейшем. Исследование проводилось индивидуально на дому у пациента, в основном в 2–3 приема, в ходе его проведения оказывалась посильная социально-психологическая помощь (рефлексивное слушание, обучение приемам саморегуляции, прослушивание музыкальных аудиодисков, рэйки, выполнение отдельных поручений больных бытового плана и др.). По окончании психологического исследования проводилась психотерапевтическая беседа, в которой результаты психодиагностики встраивались в контекст экзистенциальных проблем пациента, «терапии надежд».

При оценке стратегий совладания выявились различия по половому признаку. В рейтинге копинг-стратегий у мужчин на первое место выступала стратегия «бегство-избегание», понимаемая Р. Лазарусом как мысленное стремление и усилия, направленные на избегание или уход от проблемы (5 чел.), на втором – «поиск социальной поддержки» (3 чел.). У женщин доминирующей стратегией была «положительная переоценка», в том числе поиск новых жизненных смыслов и обращение к религии, подтвержденные в клинической беседе (6 чел.), далее – «самоконтроль» (2 чел.). Третье место у пациентов обеих полов занимало «дистанцирование» (2 мужчин и 2 женщины). Таким образом, стратегии совладания у женщин косвенно свидетельствовали о более глубокой смысловой переработке значимости своего заболевания, что отмечают многие авторы, работающие с неизлечимыми и раковыми больными [8; 10; 15].

По опроснику оценки качества жизни у 13 чел. (65 %) выявлен средний ИКЖ (21–26 баллов). Низкий уровень (13–18 баллов) отмечен у 6, и только в одном случае отмечен очень низкий (депрессивный) показатель в 9 баллов. Он отмечался у пациентки 49 лет, перенесшей серию операций по поводу кишечной непроходимости, пере-

ставшей верить в благоприятный исход своей болезни. В целом не выявлено различий по средним значениям у мужчин (20,7) и женщин (20,6) ИКЖ ($p > 0,05$).

Методика оценки доминирующего психического состояния Л. В. Куликова (ДС-8) показала низкое значение показателей по шкале активности у 8 чел. (29–39 баллов) и высокое (60–67 баллов) у 4 чел. При этом оказалось, что средние значения по параметру активности у мужчин значительно ниже (36,3), чем у женщин (53,0), что говорит в целом об их склонности к пессимистической позиции, отсутствию веры в возможность успешного преодоления недуга ($p < 0,001$). По шкале «бодрость-уныние» низкие показатели (32–39 баллов) выявлены у 7, высокие (60–67 баллов) – у 7 чел. Мужчины при этом демонстрировали относительно более высокие средние значения (51,6), чем женщины (46,2), т.е. несмотря на имеющуюся у них проблему они старались, по крайней мере, внешне держаться мужественно и бодро ($p < 0,01$). Сниженный тонус (31–39 баллов) отмечался у 4 чел., высокий (60–63) – у 4 пациентов. По средним значениям этого параметра мужчины и женщины практически не отличались (48,9 и 49,7 баллов), $p > 0,05$. По шкале «раскованность-напряженность» низкие значения (24–39) определились у 10, высокие (61–63) – у 5 больных. Как указывает автор методики Л. В. Куликов, низкие показатели отражают большую вовлеченность ресурсных возможностей и активации защитных механизмов, высокие – тенденцию к безысходности и безразличию. По этому параметру мужчины и женщины имели соответствующие средние значения 38,4 и 50,1 ($p < 0,001$). Низкий уровень генерализованной тревоги (28–38 баллов) имел место у 12 чел., высокий (62 балла) – у 2. У мужчин этот показатель составлял 38,4, у женщин – 42,6 ($p < 0,001$). Таким образом, мужчины в большей степени, чем женщины, были склонны ожидать развитие событий с неблагоприятным исходом, которые они рассматривали как угрозу престижу, самоуважению и благополучию. Высокая эмоциональная устойчивость (60–64 балла) отмечена у 8 испытуемых, низкая – у 1 чел. (39 баллов). Женщины при этом оказывались эмоционально более стабильны (среднее значение по данной шкале 57,9), в отличие от мужчин (46,6), $p < 0,001$. Шкала «удовлетворенность жизнью» определяет некоторый ее итог, ход самореализации. Несмотря на тяжелую и даже смертельную болезнь, 8 чел. рассматривали свою жизнь как успешную, состоявшуюся (60–66 баллов), и только двое мужчин были не удовлетворены ходом ее самореализации (37–39 баллов). По этому параметру и мужчины, и женщины демонстрировали единство взглядов (средние значения соответственно 53,7 и 53,5), $p > 0,05$. В определении критичности самооценивания (шкала «положительный/отрицательный

образ самого себя») 9 испытуемых проявили себя достаточно искренними (27–39 баллов), 6 чел. показали оптимальный результат (41–51), у 3 обследованных мужчин выявилось недостаточно развитое понимание себя, низкая критичность, неискренность, недостаточная адекватность самооценки (63–67 баллов).

Исследование локуса контроля показало, что по всем параметрам пациенты с колостомой проявляют себя как экстерналы. К AMBIENTНОЙ зоне приближался УСК в области здоровья и межличностных отношений (5,4 и 5,3 стэнов) у женщин. Полученные результаты в целом согласуются с данными наших многолетних наблюдений, показывающих, что у больных с хроническими и инвалидизирующими заболеваниями формируется так называемая «нажитая экстернальность» [14].

Полученные данные отражают достаточно «пеструю» картину психологических характеристик больных с колостомой, что, безусловно, требует разработки индивидуальных программ психологической поддержки и оккупационной терапии. Анализируя ситуацию в целом, следует отметить две прослеживающиеся тенденции: 1) женщины, перенесшие операцию колостомии, стоически, ответственно и зрело относятся к сложившейся жизненной ситуации, чем мужчины, используют более конструктивные копинг-стратегии; 2) больные с колостомой оценивают уровень качества жизни в основном как средний, что свидетельствует о включенности их адаптационных ресурсов; 3) возможность проведения восстановительной операции рассматривается как надежда возвращения к полноценной жизни особенно при травматических полостных повреждениях.

Библиографический список

1. Бажин Е. Ф., Голынкина Е. А., Эткинд А. М. Методы исследования уровня субъективного контроля // Психологический журнал. – 1984. – № 3. – С. 152–162.
2. Выступление президента организации «АСТОМ» В. Г. Суханова на 2-м Конгрессе стомированных больных Украины (2008) [Электронный ресурс]. – URL: <http://astom.kiev.ua/coloplast.nsf/0/cc8cfc27c602f3bac225741600320198!OpenDocument&ExpandSection=2,3>
3. Давыдова С. В. Психологические проблемы стомированных пациентов // Вместе против рака. Пациентам и их близким. – 2007. – № 2. – С. 27–31.
4. Жуковец Л. Г., Кохнюк В. Т. Применение психотерапии у больных раком прямой кишки // Проблемы реабилитации проктологических больных : матер. 3-й междунар. конф. – Минск, 1998. – С. 125–126.
5. Кассихина Н. М.. Медико-социальные аспекты комплексной реабилитации стомированных больных : диссертация ... канд. мед. наук : 14.00.33 / Кассихина Наталья Михайловна. [ГОУ ВПО «Московская медицинская академия»]. – М., 2004. – 250 с.

7. Крюкова Т. Л., Куфтяк Е. В. Опросник способов совладения (адаптация методики WCQ) // Психологическая диагностика. – 2005. – № 3. – С. 57–76.
8. Лакосина Н. Д., Ушаков Г. К. Медицинская психология. – 2-е изд. – М. : Медицина, 1984. – 272 с.
9. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика : Справочник практического психолога. – М. : Эксмо, 2005. – 992 с.
10. Практикум по психологии здоровья / под ред. Г. С. Никифорова. – СПб. : Питер, 2005. – С. 44–60; 148–155.
11. Саймонтон К., Саймонтон С. Психотерапия рака. – СПб. : Питер, 2001. – 288 с.
12. Сидоров П. И., Соловьев А. Г., Новикова И. А. Психосоматическая медицина : руководство для врачей. – М. : МЕДпрессинформ, 2006. – 568 с.
13. Сулаберидзе Е. В. Проблемы реабилитации и качество жизни в современной медицине // Рос. мед. журнал. – 1996. – № 6. – С. 9–11.
14. Суханов В. Г. Социальная реабилитация пациентов со стомой. – М. : Наука, 2006. – 183 с.
15. Узлов Н. Д. Поведенческая активность больных ишемической болезнью сердца : что в финале? // Актуальные проблемы психологии активности личности : матер. Всеросс. (заочной) научно-практ. конф. с междунар. участием 5 февраля 2010 года, Краснодар / под ред. С. Б. Малых, В. И. Гребенниковой, Е. А. Белан, Е. В. Харитоновой. – Краснодар : Кубанский гос. ун-т; Парабеллум, 2010. – С. 163–166.
16. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия. – М. : Независимая фирма «Класс», 2004. – 576 с.

Опубликовано: Психология социального взаимодействия в изменяющемся мире : матер. Всеросс. научно-практич. конфер. с междунар. участием, Саратов, 7–8 октября 2010 г. / под ред. Р. М. Шамяниной, Т. В. Бесковой. – Ч. 2. – Саратов : ИЦ «Наука», 2010. – С. 240–246.

Отношение к болезни и лечению и личностные характеристики больных с бытовой ожоговой травмой

Как показывает литературный поиск, психологические аспекты отношения к болезни и лечению у ожоговых больных изучены недостаточно. Отсутствует сколько-нибудь достаточный эмпирический материал, позволяющий описать психологический портрет больных с данной патологией с точки зрения понимания их внутренней картины болезни, участия в лечебном процессе, осознания ими причин и психологических механизмов травмы и проч. В рамках нашего предшествующего исследования [8] приводились данные о 30 пациентах с бытовой ожоговой травмой (12 мужчин и 18 женщин), проходивших

лечение в 2008 году в ожоговом отделении МУ «Городская больница № 1 им. Е. А. Вагнера». Исследование показало значительное преобладание эгоцентрического типа отношения к болезни (ТОБ) у мужчин (50 %) и тревожного (27, 7 %) ТОБ у женщин. Проведенное исследование породило много вопросов и позволило сформулировать ряд новых гипотез, в частности о том, что существуют определенные характеристики в личностных профилях ожоговых больных, определяющих их отношение к болезни и лечению, о личностной диспозиции, предрасполагающей получению ожоговой травмы

В новом исследовании выборка пациентов составила 60 чел. (30 мужчин и 30 женщин). По возрасту пациенты распределялись следующим образом: от 18 до 30 лет – 23 чел. (38 %), из них 13 мужчин (21 %) и 11 женщин (17 %); 31–60 лет – 37 чел. (62 %), из них 17 мужчин (28 %) и 19 женщин (32 %). Семейное положение испытуемых: состоят в браке 26 чел. (42 %), из них 13 мужчин (21 %) и 13 женщин (21 %). Разведенных – 17 чел. (28 %), из них 9 мужчин (15 %) и 8 женщин (13 %). Холостых и не замужних – 10 чел. (16 %), в равной степени обоего пола. Вдовцов – 7 чел. (11 %), из них 3 мужчин (5 %) и 4 женщины (6 %). Работающие – 36 чел. (60 %), из них 16 мужчин (27 %) и 20 женщин (33 %). Остальные пациенты не имели работы. Почти все испытуемые получили термические ожоги в быту, чему способствовало неосторожное обращение с огнем, сопутствующая алкоголизация, курение в постели, ситуация межличностного конфликта. Площадь ожога достигала 18–48 %.

В качестве диагностического инструментария использовались: ТОБОЛ [6]; опросник для изучения отношения к болезни и лечению (ОБЛ), позволяющий выявить 5 видов установок (мотиваций) к лечению; опросник для изучения степени осознания пациентами психологических механизмов своего заболевания (СОПМЗ), выявляющих 14 видов интрапсихических конфликтов [5, с. 902–908], опросник «Уровень субъективного контроля» Е. Ф. Бажина с соавт. [2], опросник «Мини-мульти».

Использование методики ТОБОЛ показало, что пациенты с ожоговой травмой имеют относительные различия в отношении к болезни по половому признаку (табл.1).

Т а б л и ц а 1

Типы отношения к болезни ожоговых больных

Тип отношения к болезни	Мужчины (n=30)	Женщины (n=30)	Всего (n=60)
Эгоцентрический	11	1	12
Тревожный	–	8	8

Сенситивный	1	6	7
Неврастенический	4	3	7
Анозогнозический	3	3	6
Гармоничный	4	2	6
Эргопатический	4	–	4
Меланхолический	2	1	3
Ипохондрический	–	3	3
Паранойяльный	–	2	2
Дисфорический	1	–	1
Апатический	–	1	1

Как и в первом исследовании, у мужчин преобладающим ТОб являлся эгоцентрический (37 %), у женщин – тревожный (27 %), а также сенситивный (20 %) типы. Примерно в равной степени были представлены неврастенический и гармонический типы. Все указанные доминирующие типы реакции на болезнь относятся к дезадаптивным вариантам ТОб. Признаки дезадаптивного поведения как интра-, так и интерпсихической направленности, выявлены в целом у 44 чел. (73 %).

Характеризуя доминирующие типы отношения к болезни, можно отметить ряд других особенностей. Так, для всех 11 мужчин с эгоцентрическим ТОб было характерно поведение, основанное на желании привлечь к себе внимание окружающих, требование дополнительного ухода и опеки со стороны медперсонала. Наши наблюдения подтвердили гипотезы относительно указанного психотипа, выдвинутые в предыдущей работе: ожоговая травма для них не только страдание, но и способ преодоления депрессивности, получения любви и заботы [8]. Все эти пациенты одиноки, не имеют семьи, не работают.

Преобладание тревожного типа установлено только у женщин старше 30 лет. У всех 8 пациенток имело место беспокойство «виталяного типа» (тревога и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений и т.п.). Было также установлено, что тревожный тип реагирования чаще встречается у пациентов, имеющих относительно большие площади ожога (от 18 до 46 % площади тела).

Пациентки, носители сенситивного типа (6 чел.), напротив, относились к возрастной группе до 30 лет. Они проявляли чрезмерную ранимость, уязвимость, были озабочены не столько неблагоприятными последствиями ожоговой травмы для здоровья в целом, сколько впечатлениями, которые могут произвести на окружающих вследствие возникших у них деформаций, дефектов, рубцов после ожогов.

Исследование с помощью опросника ОБЛ показало, что большинство ожоговых пациентов имеют установки на достижение сим-

симптоматического улучшения. Вместе с тем, у ряда пациентов отчетливо прослеживались и рентные установки. Так, среди мужчин, носителей эгоцентрического типа указание на «вторичный выигрыш» от болезни имело место у 5 чел., установка на симптоматическое улучшение – у 4 чел., другие личные мотивы отметили 2 пациента.

Использование методики СОПМЗ позволило выявить интрапсихический конфликт между стремлением к независимости и потребностью в помощи и опеке у 11 пациентов-мужчин. Соотнесение указанных показателей с типом отношения к болезни, показало, что это пациенты, представляющие уже описанный выше эгоцентрический ТОб. Подобное соотнесение интрапсихического конфликта с ТОб у женщин какой-либо закономерности не выявило, а широкий разброс показателей не позволил сделать какие-либо определенные выводы.

Результаты, полученные с помощью опросника УСК, показали, что пациенты с бытовой ожоговой травмой, как мужчины, так и женщины, по всем показателям локуса контроля экстернальны. Мы склонны полагать, что экстернальность пациентов с ожоговой травмой вовсе не является следствием этой травмы, когда человек отбрасывается возникшей ситуацией в собственную беспомощность, а является личностной диспозицией как, впрочем, и другие психологические особенности, которые способствуют получению термического ожога. Подтвердить данный тезис позволяет анализ их личностных профилей, полученных с помощью опросника «Мини-мульти».

В профилях ожоговых пациентов, как мужчин, так и женщин обнаружено много общего. Показатели оценочных шкал указывают, что профили можно считать достоверными: по шкале лжи (L) границы не превышают 70Т. Индекс F-К не превышает допустимых границ у женщин (+5) и является более высоким (+12) у мужчин, что, как отмечает Л. И. Собчик, указывает на установку испытуемого к подчеркиванию имеющихся проблем, драматизации своих трудностей, аггравации состояния [7, с. 21].

В психологических профилях мужчин и женщин доминирует 4-я шкала (психопатия, Pd), сочетающаяся с пиками на 2-й (депрессия, D) и 9 шкале (гипомания, Ma). Как указывает Л. И. Собчик, высокий пик по 4-й шкале (выше 75Т) выявляет психопатические черты возбудимого типа, выраженную импульсивность, конфликтность (у обследованных мужчин она колебалась в пределах 70-85Т, у женщин – 71–91Т). Однако сочетание со 2-й шкалой ослабляет агрессивность, неконформность и импульсивность показателей 4-й шкалы, так как здесь отмечается более высокий уровень контроля сознания над пове-

дением. Сочетание пиков на 4-й и 2-й шкал может также отражать определенный тип интрапсихического конфликта, что психологически может проявляться наличием противоречивого сочетания высокого уровня притязаний с неуверенностью в себе, высокой активности с быстрой истощаемостью. При неблагоприятных социальных условиях данная диспозиция может служить почвой для алкоголизации, а также для развития некоторых психосоматических расстройств. Наиболее четко этот конфликт, однако, выявляется при равновысоких сочетаниях шкал 24 [7, с. 31–33]. Среди наших пациентов конфликт между уровнем притязания и возможностями (неврастенический по В. Н. Мясищеву) был выявлен с помощью опросника ОПМЗ у 4 чел.

Ф. Б. Березин с соавторами пишут также, что сочетание пиков на 2-й и 4-й шкалах, существующее постоянно, указывает на затруднения в социальной адаптации, отражает тенденцию к тревоге, связанной с неспособностью испытуемых строить свое поведение в соответствии с принятыми нормами и склонностью их в этой связи к самоупреку, самообвинению, самоуничтожению при нарушении этих норм. В тех случаях, когда обычно отсутствующий пик на второй шкале появляется в связи с неприятностями, обусловленными нарушением социальной адаптации и асоциальным поведением, реакции самоупрека и самообвинения возникают только по конкретному поводу [3, с. 71].

Другой особенностью вышеприведенных профилей является сочетание 29, более выраженное у мужчин. Л. И. Собчик указывает, что повышенная 9-я шкала соответствует акцентуации по гипертимному или экзальтированному типу у подростков. Она выявляет завышенную самооценку, легкость в принятии решений, отсутствие особой разборчивости в контактах, бесцеремонность поведения, снисходительное отношение к своим промахам и недостаткам, легко возникающие эмоциональные всплески с быстрой отходчивостью, непостоянство в привязанностях и др. – черты, которые применительно к взрослому человеку означают как «известный инфантилизм» [7, с. 47]. Однако в ситуации выраженного стресса противоречивое сочетание высокой 9-й со 2-й шкалой выявляет гиперкомпенсаторную задействованность разных защитных механизмов и повышенную активность личности в поисках выхода из сложной ситуации, несмотря на растерянность сниженный фон настроения и сужение зоны контактов [7, с. 48]. Среди «отрицательных» пиков следует отметить снижение профиля по 3-й (Hy) и 7 (Pt) шкал. Низкие показатели 3-й шкалы (менее 50T у мужчин) указывают на недостаточно гибкий стиль межличностного взаимодействия, отсутствие необходимой «дипломатичности», бесцеремонность в общении, а низ-

кие показатели Pt – свидетельство отсутствия осторожности и осмотрительности, а также щепетильности в вопросах морали. Они указывают также на откровенный эгоцентризм, сниженную способность к сопереживанию, грубую и жесткую манеру поведения [7, с. 30, 43].

В табл.2 приведены различия в шкалах психологического профиля у мужчин и женщин.

Т а б л и ц а 2

Различия в показателях шкал психологического профиля
мужчин и женщин

Пол	Шкалы Минимульт (средние значения)										
	L	F	K	Hs	D	Hu	Pd	Pa	Pt	Sc	Ma
Мужчины	37,4	59,4	46,6	52,8	59,2	48,6	81	59,2	48,9	59,7	68,1
Женщины	38,9	56,6	47,1	47,1	60,8	53,3	83	67,7	45,1	54,2	61,9
t-критерий	0,69	0,03*	0,68	0,009**	0,92	0,05 *	0,84	0000***	0,05*	0,05*	0,005**

Условные обозначения: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$

Как видно из табл. 2, женщины, в сравнении с мужчинами, более открыты и честны в своих ответах (F), более демонстративны (Hu), более склонны к формированию аффективно заряженных и сверхценных идей (Pa). У двух из них выявлен паранойяльный тип отношения к болезни. Мужчины, наоборот, в большей степени фиксированы на своих телесных ощущениях (Hs), психастеничны (Pt), склонны к аутизации, уходу в себя и замкнутости (Sc), гипервозбудимости (Ma).

Представляет интерес анализ профилей пациентов с наиболее часто встречающимися типами отношения к болезни. Мужчины с эгоцентрическим ТОВ, в сравнении с общей мужской выборкой, демонстрируют более высокие показатели по шкале F ($p < 0,01$), которые можно интерпретировать как избыточную откровенность, стремление выставить напоказ дефекты своего характера. Они также демонстрируют самый высокий в данной группе показатель по 4 шкале (84T), который у них связан также с повышением по 6 шкале ($p < 0,01$). Ф. Б. Березин с соавт. отмечают, что комбинация 46 указывает на склонность к асоциальному поведению, характерную для лиц, профиль которых определяется пиком на четвертой шкале, возрастает за счет сочетания пренебрежения морально-этическими нормами, обычаями, правилами, запретами со способностью к стойкой реализации этой тенденции. В связи с этим еще более возрастают трудности социальной адаптации и уменьшается эффективность корригирующих мероприятий [3, с. 84]. Вероятно, такого

рода поведение имеет место быть у них в быту. Однако в условиях стационара эти черты сглаживаются в связи с необходимостью подчинения режиму, лечебным мероприятиям.

У женщин с сенситивным ТОБ также отмечаются более высокие показатели по шкале Hs ($p < 0,05$), что подчеркивает значимость соматического (косметического) компонента травмы. Напомним, что это молодые пациентки, которые озабочены последствиями, которые может нанести ожоговая травма для их внешности. С другой стороны, их отличает относительно высокие показатели (85Т) по 4-й шкале ($p < 0,05$), при этом их психопатические наклонности сглаживаются снижением профиля по шкале Pa, делая их менее ригидными ($p < 0,05$). Л. И. Собчик трактует умеренно повышенные показатели по 6-й шкале как проявления обидчивости [7, с. 38]. Более низкие в сравнении с общей группой больных показатели F свидетельствуют об их большей откровенности и открытости в ситуации тестирования ($p < 0,05$). В профиле данных больных, наряду с доминирующим пиком по 4-й шкале наблюдаются почти одинаковые показатели по шкалам D, Sc и Ma. Включенность 8-й шкалы (индивидуалистичность, шизоидность) указывает на еще большую задействованность в условиях стресса защитных психологических механизмов. Однако при этом деятельная активность подавляется уходом в себя, замкнутостью, отгороженностью от окружающих.

Как и пациенты с сенситивным ТОБ, представительницы тревожного типа более открыты (F) в ситуации обследования ($p < 0,05$). Их отличает большая, определяемая по шкале K, склонность к защитному поведению ($p < 0,05$), меньшая фиксация (шкала Hs) на соматическом статусе ($p < 0,05$), относительно низкая эмоциональная ригидность (Pa), проявляемая на поведенческом уровне как обидчивость ($p < 0,001$), уход в себя – Sc ($p < 0,05$) в сочетании с большей деятельной (Ma) активностью ($p < 0,01$). Однако наиболее значительным в профиле является повышение по 4-й шкале (82Т), сочетающееся с пиком на 2-й шкале, указывающее на более выраженную депрессивность, пессимистичность ($p < 0,001$).

Проведенное исследование показывает, что пациенты с бытовой ожоговой травмой в большинстве своем могут быть диагностированы как психопатические или ярко акцентуированные личности, о чем свидетельствует конфигурация их психологических профилей ($Pd > 70Т$). В связи с этим возникает вопрос: нажитая это психопатичность, или проявляющая себя в тяжелой стрессовой ситуации, какой является ожоговая травма?

Мы полагаем, что больные уже являются таковыми до получения травмы, о чем свидетельствуют данные анамнеза, образа жизни, кото-

рые они ведут, обстоятельств получения ожогов, мнения медицинского персонала ожогового стационара, основанные на многолетних наблюдениях. Однако данный тезис, безусловно, нуждается в дальнейшем эмпирическом подтверждении.

В этой связи представляется уместным вспомнить Ф. Александра, который писал по этому поводу: «Некоторые люди в большей степени склонны оказываться жертвами несчастных случаев, чем другие, не из-за свойственной им неловкости или рассеянности, а из-за особенностей структуры их личности в целом. Важным фактором становится не какая-то отдельная черта характера, как, например, замедленная реакция или несообразительность, а что-то более основополагающее, относящееся к целому человеку как личности» [1, с. 251].

Подводя итог проведенной нами работе, следует отметить, что большинство поставленных в ходе исследования гипотез подтвердились. Это позволяет сформулировать ряд выводов:

Ожоговые больные демонстрируют широкий спектр отношений к болезни, среди которых наиболее часто встречающийся ТООБ у мужчин является эгоцентрический, у женщин – тревожный и сенситивный типы.

Поведение больных определяет их личностная диспозиция, которая может быть определена в терминах психопатической личности, социопатии или выраженной акцентуации характера, которая в отношении пациентов к болезни проявляет себя во всех вариантах. Более того, представляется возможным полагать, что именно наличие этой личностной аномалии и лежит в основе неосторожного поведения, следствием которого является получение термических ожогов.

Половые различия в типах реагирования на болезнь, характере интрапсихического конфликта имеют место, но они не играют существенной роли с точки зрения определяемого психотипа и психологического профиля личности.

Больные с ожоговой травмой тотально экстернальны во всех жизненных сферах, не склонны принимать ответственность на себя, в том числе и в отношении своего здоровья.

Внутри группы ожоговых пациентов значительную долю – до 30–50 % – занимают больные с эгоцентрическим типом отношения к болезни. Для них характерны рентные установки, стремление к аггравации своего состояния, поиски дополнительной помощи и внимания. Для них пребывание в ожоговом стационаре является своеобразной формой психологической поддержки, т.к. в своей жизни они депримируются, заброшены и одиноки, нередко являются представителями маргинальных слоев населения.

Социально-демографические характеристики (наличие или отсутствие семьи, трудовая занятость или отсутствие работы, возраст) не играют определяющей роли, но являются факторами, способствующими нарушению социальной адаптации людей с психопатической структурой личности, для которых ожоговая травма представляет собой своеобразный «итог» личностной декомпенсации или дезадаптации.

Библиографический список

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение. – М. : ЭКСМО-пресс, 2002. – С. 250–259.
2. Бажин Е. Ф., Голынкина Е. А., Эткинд А. М. Методы исследования уровня субъективного контроля // Психологический журн. – 1984. – № 3. – С. 152–162.
3. Березин Ф. Б., Мирошников М. П., Рожанец Р. В. Методика многостороннего исследования личности (в клинической медицине и психогигиене. – М. : Медицина, 1976. – 186 с.
4. Вассерман Л. И. О психологической диагностике типов отношения к болезни // Психологическая диагностика отношения к болезни. – Л., 1990. – С. 8–16.
5. Клиническая психология : учебник / под ред. Б. Д. Карвасарского. – СПб. : Питер, 2002. – С. 902–904, 904–908.
6. Психологическая диагностика отношения к болезни : пособие для врачей / Л. И. Вассерман, Б. В. Иовлев, Э. Б. Карпова, А. Я. Вукс. – СПб. : СПб НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2005. – 31 с.
7. Собчик Л. Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности : методическое руководство. – М., 1990. – 88 с.
8. Узлов Н. Д., Бравкова Я. А. Отношение к болезни и лечению у ожоговых больных // Будущее клинической психологии : материалы Междунар. научно-практ. конф. 3 апреля 2009 г. / под ред. Е. В. Левченко, А. Ю. Бергфельд; Перм. гос. ун-т. – Пермь, 2009. – Вып. 3. – С. 89–97.

Опубликовано: Будущее клинической психологии : матер. Междунар. науч.-практ. конф. 26 марта 2010 г. / под ред. Е. В. Левченко, А. Ю. Бергфельд; Перм. гос. ун-т. – Пермь, 2010. – Вып. 4. – С. 69–78 (в соавт. с Я. А. Бравковой).

Психологический портрет пациентов с бытовой ожоговой травмой

Ожоговый травматизм является актуальной медицинской и социальной проблемой. В отдельную группу можно выделить бытовой ожоговый травматизм, с которым по большей части приходится иметь дело комбустиологам. Обследовано 90 больных 18–60 лет с бытовой ожоговой травмой (42 мужчин и 48 женщин), проходивших лечение в ожоговом отделении МУ «Городская больница № 1 им. Академика Е. А. Вагнера» города Березники. В качестве диагностического инструментария использовались: СМОЛ (сокращенный вариант ММРІ), опросники ТОБОЛ, «Уровень субъективного контроля» Е. Ф. Бажина с соавт. Материалы психодиагностических исследований сопоставлялись с клиническими данными и результатами наблюдения. На основе изучения социально-демографических характеристик и результатов психодиагностики был составлен обобщенный психологический портрет больного с бытовой ожоговой травмой:

Мужчина или женщина средних лет с проблемами в личной и профессиональной жизни, нередко холост (не замужем) или разведен (-а), материально слабо обеспечен(-а), часто не имеет постоянного места работы. Отличается низким культурно-образовательным уровнем. Имеются трудности социальной адаптации, обусловленные личностными особенностями психопатического склада или явно акцентуированного характера, часто возбудимого типа. Пациента отличает завышенная самооценка, легкость в принятии решений, отсутствие разборчивости в контактах, бесцеремонность поведения, снисходительное отношение к своим промахам и недостаткам, легко возникающие эмоциональные всплески с быстрой отходчивостью, непостоянство в привязанностях. Не склонен контролировать события своей жизни, считая, что от него лично мало что зависит (экстернал), в ряде случаев фаталист. Уклоняется от принятия личной ответственности, в том числе и в отношении своего здоровья. Высокая потребность в алкоголизации как средства снятия напряжения, высоко вероятно наличие зависимости от алкоголя. В большинстве случаев получает ожоги не по неосторожности, а «по глупости» – в ситуации бытовой ссоры, алкогольного опьянения, засыпания с непотушенной сигаретой и др. Ожоговая травма заостряет черты характера, выявляет «проблемные зоны» у пациентов, однако в силу причин медицинского характера они вынуждены сдерживать себя, подчиняться требованиям медперсонала. Их отношение к болезни характеризуется широким спектром, однако доминирующими типами отно-

шения к болезни у мужчин является эгоцентрический, а у женщин – тревожный и сенситивный типы реакций. Эгоцентрический тип реагирования характерен для пациентов с нарушениями социальной адаптации (одиноких, не имеющих семьи и работы и др.), который на поведенческом уровне проявляет себя рентными установками, «уходом в болезнь», в ряде случаев – аггравацией симптоматики. Для таких пациентов процесс лечения и пребывание в ожоговом стационаре является компенсаторным способом получения внимания и заботы, которых они, по-видимому, лишены в обычной жизни. Для женщин характерны такие личностные особенности, как обидчивость, ранимость, аффективная ригидность. Они также отличаются низкой способностью устанавливать устойчивые партнерские отношения, не способны к глубокой любви и привязанности, предпочитая поверхностные контакты, от чего бессознательно глубоко страдают. Ожоговая травма является для них в ряде случаев своеобразным самонаказанием за тот образ жизни, который они ведут.

Описанный профиль оказался релевантен характеристикам, которые дали своим больным персонал ожогового отделения. Ценность проведенной работы заключается, на наш взгляд, в том, что она отвечает на вопрос «почему они такие?», «что лежит в основе их поведения?», т.е. раскрывает с научной точки зрения психологию больных с ожоговыми травмами. Такие знания медицинским работникам, безусловно, необходимы, т. к. правильное понимание психологических особенностей ожоговых больных позволяет избежать возникающих в ходе лечебного процесса конфликтов, построить адекватную тактику общения с данным контингентом, включить пациентов в систему лечебно-реабилитационных мероприятий, составной частью которой должна быть психотерапевтическая составляющая.

Опубликовано: Тюменский медицинский журнал. – 2011. – № 2. – С. 45–46.

См. также: Узлов Н. Д. Личностные характеристики больных с бытовой ожоговой травмой и их отношение к болезни // Клиническая психология : Итоги. Проблемы. Перспективы : сб. матер. Всеросс. научно-практ. конфер. с междунар. участием, 27–28 апреля 2010 г. – АОУ ВПО «Ленинградский государственный ун-т им. А. С. Пушкина. – СПб. : Изд. «АЙСИНГ», 2010. – С. 182–188.

Совладающее поведение и защитные механизмы личности у больных туберкулезом легких с анозогнозическим типом отношения к болезни

Анозогнозия традиционно описывается как «отрицание болезни» (denial), «недооценка очевидного», «недостаточное осознание тяжести своего состояния», «приписывание имеющихся симптомов случайным обстоятельствам или другим, не серьезным, заболеваниям», «отсутствие критической оценки больным своего дефекта либо заболевания».

Проблема анозогнозии наиболее часто рассматривается в исследованиях, посвященных алкоголизму, которая традиционно трактуется как результат действия механизмов психологической защиты личности по отношению к осознанию психотравмирующей информации о зависимости от алкоголя. Вместе с тем, анализ литературных данных показывает, что вопрос об анозогнозии при наркологических и соматических заболеваниях не может быть решен однозначно. Авторы статьи об анозогнозии в «Психотерапевтической энциклопедии» отмечают, что наряду с терминологической путаницей, связанной с описанием данного феномена, анозогнозия наркологических больных «одновременно описывается как симптом, состояние и как структурное личностное образование», выполняющее для личности, прежде всего, защитные функции [2, с. 30].

Отрицание болезни является часто используемой и в ряде случаев эффективной стратегией для раковых больных, несмотря на то, что она рассматривается как патологическая форма адаптации [14]. Анозогнозия является частным дебютным симптомом при артериальной гипертензии как у взрослых пациентов [4], так и у подростков [8]; у страдающих язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки [19], при вирусных гепатитах [16], при ВИЧ-инфекции [17] и др.

Большой материал для понимания внутренней картины болезни (ВКБ) предоставляют исследования, выполненные с помощью опросника ТОБОЛ (ЛОБИ). Анозогнозический тип отношения к болезни (ТОБ) относится к группе адаптивных, наряду с гармоническим и эргопатическим типами; другие две группы включают дезадаптивные типы с интра- и интерпсихической направленностью. Многочисленные клинические наблюдения показывают, что при начальных этапах заболевания, когда симптомы еще незначительны, реакция на болезнь может проявляться ее отрицанием, либо преуменьшением значимости последствий и возможных осложнений, что подтверждается психодиагностическими исследованиями. Противоположная картина наблюдается при заболеваниях с ярко очерченной клинической картиной, хроническим течением,

при наличии болевых ощущений, либо иных телесных или душевных страданий, при которых с наибольшей частотой проявляют себя дезадаптивные ТООБ. Разительная картина наблюдается у больных с атрофическим хроническим гастритом: при очаговой форме заболевания, клинические проявления которого сопровождаются менее выраженными диспептическими и болевыми расстройствами, формируется адаптивное отношение к болезни (1-й блок ТООБ), при диффузной форме ВКБ формируется исключительно из дезадаптивных ТООБ, преимущественно с интрапсихической направленностью [6]. По нашим данным, анозогнозический ТООБ являлся определяющим у 50 женщин-заключенных, зараженных ВИЧ (32,7 %), но не диагностировался ни у одной из 80 пациентов, заболевших СПИДом, при котором на первое место выступал ипохондрический ТООБ (38, 8 %) [18].

Туберкулез в этом ряду также не является исключением. Сравнительный анализ реакций на болезнь у детей с выражением туберкулиновых проб и разными формами активного туберкулеза легких показал, что в раннем периоде инфицирования туберкулезом у детей 10–14 лет в 50 % имеют место преимущественно адаптивные типы отношения к данному состоянию, в структуре которых анозогнозический ТООБ составлял 15,6 %, а у заболевших туберкулезом легких частота встречаемости адаптивных ТООБ, включая анозогнозический, снижалась в 3–5 раз. Установлена высокая значимость диагноза как психотравмирующего и стигматизирующего фактора: при положительной динамике в процессе лечения анозогнозия снова выступала на первое место. Защитными механизмами становились отрицание перенесенного заболевания, отстранение от прошлого и гиперсоциальное поведение [15]. О. В. Бастрыкина и Л. А. Фоменко приводят данные обследования 124 стационарных больных туберкулезом легких, у которых ТООБ (в порядке убывания) определялись: анозогнозический, апатический, эгоцентрический, тревожный, неврастенический и сенситивный. При диссеминированном, инфильтративном туберкулезе, экссудативном плеврите и очаговом туберкулезе легких преобладали гармоничный и анозогнозический типы. Особняком в ТООБ стояли больные с фиброзно-кавернозным и внелегочным туберкулезом. При фиброзно-кавернозном туберкулезе, как более тяжелой форме заболевания, диагностировались неврастенический и сенситивный типы, при внелегочном туберкулезе, поражающем глаза, кожу, опорно-двигательный аппарат и др. – тревожный тип [3]. Таким образом, не форма туберкулезного процесса имеет решающее значение в формировании внутренней картины болезни и ТООБ, а тяжесть заболевания, длительность лечения.

Именно анозогнозия становится серьезным препятствием в терапии больных туберкулезом. Если вопросы выявления и привлечения к лече-

нию заболевших в тактическом плане в основном решены, то удержание пациентов в рамках терапевтических и режимно-гигиенических мероприятий все еще остается трудно решаемой задачей. Несмотря на то, что противотуберкулезными службами в настоящее время проводится ряд программ по материальному стимулированию пациентов, добросовестно относящихся к лечению, зачастую они не имеют продолжительного эффекта. Больные часто «срываются», уходят от лечения, ссылаясь на отсутствие жалоб, улучшение самочувствия, продолжая при этом представлять опасность для окружающих.

Среди проблем, стоящих перед исследователями, остается дискуссионным вопросом отношения копинг-поведения и механизмов психологической защиты (МПЗ), разграничение которых представляет собой значительную методологическую трудность, обусловленную различием теоретических подходов и интерпретации полученных эмпирических данных. На наш взгляд, наиболее полное освещение современного состояния проблемы соотношения копинг-стратегий и защитных механизмов личности изложено в обзорно-аналитической статье Е. И. Расказовой и Т. О. Гордеевой [13]. В кратком изложении выделенные ими различия выглядят следующим образом: 1) МПЗ действуют на бессознательном уровне; характеризуются произвольностью; способствуют снятию эмоционального напряжения; изменяют состояние без проверки реальности с целью уменьшения отрицательных эмоций; срабатывают, в основном, немедленно; искажают реальную ситуацию; 2) копинг-стратегии отличаются осознанностью и произвольностью; действуют в направлении восстановления нарушенных отношений между личностью и ее окружением; позволяют признать проблему вне зависимости от того, разрешима она или нет; формируются последовательно путем рационального анализа проблемы, выполнения плана выхода из трудной жизненной ситуации; способствуют пересмотру внутреннего состояния на основе системы проверок, доказательств истинности или ложности имеющихся представлений. Существует и другая точка зрения, согласно которой наряду с традиционными копингами (поиск социальной поддержки, осознанные когнитивные стратегии) существуют произвольные психические механизмы, относящиеся к категории высоко-адаптивных защит, куда относят антиципацию (предвосхищение), альтруизм, юмор, сублимацию и подавление [13].

Изучению копинг-поведения и МПЗ у больных с различной патологией посвящено много работ. В большинстве из них совладающее поведение рассматривается как целостный многоуровневый личностный конструкт, отражающий отношения взаимозависимости и взаимовлияния бессознательных защитных механизмов и сознательных стратегий

совладания со стрессом в структуре личности. Так, Е. Р. Исаева утверждает, что стиль совладающего поведения в сочетании с личностными ресурсами является адаптационным потенциалом личности и его характеристики могут в какой-то степени служить психологическими прогностическими маркерами течения заболевания [7].

Ресурсный подход к копинг-стратегиям предполагает использование такого конструкта, как «жизнестойкость» (hardiness), который, по определению Д. А. Леонтьева, характеризует меру способности личности выдерживать стрессовую ситуацию, сохраняя при этом внутреннюю сбалансированность и не снижая успешность деятельности, и представляет собой систему убеждений о себе, о мире, об отношениях с миром [10]. Л. А. Александрова указывает на два принципиальных различия между копинг-стратегиями и жизнестойкостью: 1) копинг-стратегии – это приемы, алгоритмы действия, привычные и традиционные для личности, в то время как жизнестойкость – черта личности, установка на выживаемость; 2) копинг-стратегии могут принимать как продуктивную, так и непродуктивную форму, даже вести к регрессу, а «hardiness» – черта личности, позволяющая справляться с дистрессом эффективно и всегда в направлении личностного роста. Автор ссылается на многочисленные эмпирические исследования зарубежных авторов, в которых жизнестойкость рассматривается как индикатор психического здоровья. Указывается, что копинг-процессы выступают медиатором взаимосвязи между жизнестойкостью и показателями здоровья-болезни: жизнестойкость положительно связана с адаптивными и негативно – с дезадаптивными копинг-стратегиями. Установлено также, что личности с высокими показателями жизнестойкости чаще склонны к выбору когнитивных стратегий поведения. Высокие показатели включенности и контроля увеличивают вероятность использования копинг-стратегий, ориентированных на решение проблем, и уменьшают задействованность личностью эмоциональных копингов [1].

Сказанное выше позволяет сформулировать проблему исследования: что представляет собой анозогностическое отношение к болезни пациентов с неосложненными формами туберкулеза легких с точки зрения имеющихся у них копингов и защит?

Цель исследования – изучение совладающего поведения и защитных психологических механизмов у больных туберкулезом легких с анозогностическим типом отношения к болезни.

Материалы и методы. Обследовано 106 больных (56 мужчин и 50 женщин в возрасте от 21 до 59 лет) с установленным диагнозом туберкулеза легких, в том числе 67 чел. (63,2 %) – инфильтративным;

8 чел. (7,4 %) – диссеминированным; 31 чел. (29,4 %) – очаговым туберкулезом легких, не имеющих осложнений процесса и тяжелых сопутствующих заболеваний. 5 чел. (4,7 %) имеют высшее, 17 чел. (16,0 %) – среднее специальное, 36 чел. (34,0 %) – начальное специальное, 31 чел. (29,3 %) – среднее общее, 17 чел. (16,0 %) – незаконченное среднее образование. Злоупотребление алкоголем установлено у 49 чел. (46,2 %). Состоят в официальном или гражданском браке, имеют детей или живут с родителями – 74 чел. (69,8 %), 32 чел. (30,2 %) проживают одни (в браке не состояли или разведены, детей нет). Имеют официальную работу – 31 чел. (29,2 %). 20 чел. (18,9 %) никогда не работали, живут на попечении близких родственников. Остальные 55 чел. (51,9 %) имеют неофициальную работу или вынуждены использовать случайные заработки. Ранее находились в местах лишения свободы 50 чел. (47,2 %).

Использовались: клиническое интервью и психодиагностические опросники: 1) методика для психологической диагностики типов отношения к болезни (ТОБОЛ) [12]; 2) Опросник способов совладания (WCQ) Р. Лазаруса и С. Фолкман в адаптации Т. Л. Крюковой, Е. В. Куфтык [9]; 3) Тест жизнестойкости (Hardiness Survey), разработанный С. Мадди, адаптированный Д. А. Леонтьевым и Е. И. Расказовой [10]; 4) «Индекс жизненного стиля» Келлермана-Плутчика-Конте [11]. Статистическая обработка результатов производилась с использованием U-критерия Манна-Уитни, г-критерия Спирмена, расчеты осуществлялись в программе Statistica 6.

Полученные результаты

Анозогнозический тип отношения к болезни диагностирован у 47 чел. (44,4 %). Среди прочих ТОБ (59 чел.) были определены (в порядке убывания): сенситивный – 18 чел. (17 %), смешанный – 17 чел. (16 %), диффузный – 7 чел. (6,6 %), тревожный – 5 чел. (4,7 %), гармоничный – 4 чел. (3,8 %), дисфорический – 3 чел. (2,8 %), эргопатический – 2 чел. (1,9 %), эгоцентрический – 2 чел. (1,9 %), неврастенический – 1 чел. (0,9 %). В дальнейшем было сформировано две группы испытуемых и проводилось сравнительное изучение пациентов указанного ТОБ со всеми прочими в выборке.

Исследование копинг-стратегий (табл.1) показало, что для всех ТОБ характерны низкие показатели использования проблемно-сфокусированных копинг-стратегий («планирование решения проблемы») и недостаточное переосмысление возникающих проблем («положительная переоценка»). Низкая частота использования этих копингов мешает конструктивному разрешению трудностей.

Копинг-стратегии больных туберкулезом легких

Копинг-стратегии	Анозогно- зический ТОБ (n=47)	Уровень напряже- ния копин- га	Про- чие ТОБ (n=59)	Уровень напряже- ния копин- га	U- эмпирич.
Поиск социальной поддержки	11,60	средний	9,59	средний	840**
Принятие ответственности	5,68	низкий	8,03	средний	853**
Планирование решения	10,19	низкий	9,66	низкий	1283
Положительная переоценка	9,00	низкий	9,59	низкий	1229
Конфронтативный копинг	6,38	низкий	9,76	средний	526**
Дистанцирование	10,21	средний	9,70	средний	1293
Самоконтроль	10,98	низкий	12,49	средний	927**
Бегство - избегание	10,96	средний	11,36	средний	1268

Условные обозначения: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$

При анозогнозическом ТОБ пациенты не склонны брать на себя ответственность за возникновение проблемы и за ее решение ($p < 0,01$). Вероятно, в основе этого лежит недостаточная оценка ценности своего здоровья, сформированная предшествующим образом жизни. В отличие от пациентов с прочими ТОБ они в 1,5 раза чаще пребывали в местах лишения свободы ($p < 0,01$), в 1,6 раза чаще злоупотребляют алкоголем ($p < 0,01$). Показатели копинга «принятие ответственности» у больных с прочими ТОБ находятся на среднем уровне. Это подтверждается данными интервью: такие пациенты больше озабочены потерей работы, необходимостью поддержания финансового благополучия семьи, испытывают чувство вины (женщины) перед детьми за возникновение болезни. Пациенты с анозогнозией, наоборот, не только не испытывали чувство вины, но продолжали вести привычный образ жизни, как если бы ничего не случилось.

Анозогнозический ТОБ отличается от прочих недостаточным самоконтролем. Это выражается в низкой требовательности к себе, бесконтрольностью поведения. Сознательный, обдуманый контроль над внешними угрозами и опасностью сменяется у них привычным аффективным реагированием, которое включается автоматически. Уровень данной копинг-стратегии в группе прочих ТОБ статистически значимо выше ($p < 0,01$). Наблюдения показывают, что этим пациентам свойственна настороженность, сдержанность и продуманность своих действий.

Значимые различия между группами получены по уровню конфронтативного копинга ($p < 0,01$). Пациенты с анозогнозическим ТОБ реже вступают в прямые конфликты, проявляют энергичность и предприим-

чивость в отстаивании собственных интересов, находят другие пути выхода для своих эмоций, чаще прибегают к алкоголю (59,6 % среди анозогностического ТООБ и 35,6 % – среди прочих) с целью разрядки. Разница в поведении была заметна и во время беседы. Присутствовали доброжелательность, толерантность, юмор. У пациентов с дезадаптивными ТООБ эмоции чаще были окрашены в мрачные тона. Звучали обида, недовольство жизнью, отношениями с близкими, проводимым лечением, обвинения окружающих в недостаточном сочувствии и понимании.

Статистически значимые различия между группами получены и по шкале «поиск социальной поддержки» ($p < 0,01$). Использование данного копинга предполагает, что больные пытаются решать проблему с использованием информационной, эмоциональной и действенной поддержки. Результаты интервью показали, что больные туберкулезом ощущают большой дефицит информационной поддержки. Однако больные с анозогностическим ТООБ стараются получать знания о своей болезни и особенно о лечении из сомнительных источников – от знакомых, близких, они больше доверяют народной, нежели профессиональной медицине. Потребность преимущественно в эмоциональной поддержке проявляется стремлением быть выслушанным, получить эмпатический ответ, разделить с кем-либо свои переживания. При поиске действенной поддержки ведущей является потребность в помощи конкретными действиями. При анозогностическом ТООБ таким ресурсом становится семья, близкие, за чей счет чаще живет больной, формируется потребительская позиция и паразитизм; при дезадаптивных ТООБ формируются рентные установки за счет чрезмерного ожидания сочувствия.

На среднем уровне находятся показатели копинг-стратегий «бегство-избегание» и «дистанцирование», на низком – «планирование решения» в обеих группах, между которыми не получено статистически значимых различий ($p > 0,05$).

Исследование копинг-поведения больных туберкулезом показало, что при анозогностическом ТООБ преобладают неконструктивные, эмоционально-сфокусированные стратегии. Такая же картина наблюдается и при других социально значимых болезнях – алкоголизме [5], ВИЧ-инфицировании [17], у онкологических больных [14].

Тест жизнестойкости позволяет определить ее общий уровень и проследить выраженность составляющих: вовлеченность, контроль, принятие риска (табл.2).

Т а б л и ц а 2

Уровень жизнестойкости больных туберкулезом легких

Шкалы / средние тестовые нормы	ТОБ	Среднее по выборке	U-эмп.	Низкий уровень		Средний уровень		Высокий уровень	
				Чел.	%	Чел.	%	Чел.	%
жизнестойкость 80,72 ±18,53	анозогнозический (n=47)	79,26	590**	7	14,9	35	74,5	5	10,6
	прочие типы (n=59)	62,10		31	52,5	27	45,8	1	1,7
вовлеченность 37,64 ±8,08	анозогнозический (n=47)	36,49	660**	11	23,4	34	72,3	2	4,3
	прочие типы (n=59)	29,39		29	49,2	29	49,2	1	1,7
контроль 29,14 ±8,43	анозогнозический (n=47)	27,87	663**	7	14,9	36	76,6	4	8,5
	прочие типы (n=59)	21,88		26	44,1	32	54,2	1	1,7
принятие риска 13,91±4,39	анозогнозический (n=47)	15,04	639**	7	14,9	27	57,4	13	27,7
	прочие типы (n=59)	10,86		29	49,1	28	47,5	2	3,4

Условные обозначения: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$

Сравнение интегрального показателя жизнестойкости и ее компонентов выявило статистически значимые различия по всем параметрам, при этом у пациентов с анозогнозическим ТОБ они оказались достоверно выше ($p < 0,01$). Эти больные проявляют большую в сравнении с другими представителями ТОБ вовлеченность ($p < 0,01$): их жизненная активность, несмотря на наличие стрессогенных факторов, направлена на решение повседневных жизненных задач; при дезадаптивных ТОБ пациенты чаще проявляют пассивность. По уровню «контроля» пациенты с анозогнозическим ТОБ значимо отличаются от представителей других типов ($p < 0,01$). В отличие от них последние больше ощущают свою беспомощность в условиях стресса, считают, что не в силах что-либо изменить или повлиять на ситуацию. В основе принятия риска лежит идея развития через активное усвоение знаний из опыта и последующее их использование. Он состоит в восприятии личностью события жизни как вызова и испытания лично себе. Эти показатели также значимо различны у рассматриваемых групп ($p < 0,01$). Ориентация на прошлый опыт, пусть даже негативный, дает пациентам с анозогнозическим ТОБ больше шансов «выстоять под ударами судьбы», сохраняя при этом эгоистическую жизненную позицию.

Сказанное выше подтвердилось результатами клинической беседы и наблюдения. Пациенты с анозогнозическим ТООБ не слишком охотно делились своими воспоминаниями о прошлом. Это были скорее сухие упоминания о том, что «рано остался без родителей», «был единственным мужчиной в семье», «помотался по свету». Их манера общения демонстрировала уверенность в себе, внутреннее спокойствие, невозмутимость. Они достаточно откровенно высказывали свои убеждения по поводу медицины вообще и лечения туберкулеза в частности. Эти высказывания носили характер сформированной позиции стойких, часто стоящих в противовес предписываемым правилам лечения, убеждений. Больные пытались аргументировано доказать свою правоту, ссылаясь на личный жизненный опыт или мнения референтных для них лиц. Жизнестойкость принято рассматривать как личностный ресурс, и с этих позиций для больных с анозогнозическим ТООБ высокие показатели жизнестойкости являются свидетельством их больших адаптационных возможностей, в сравнении с другими ТООБ. Таким образом, показатель жизнестойкости может быть прогностическим индикатором в определении анозогнозии особенно в сочетании с фактом пребывания в местах лишения свободы.

В табл. 3 представлены данные, полученные с помощью опросника «Индекс стиля жизни».

Т а б л и ц а 3

Механизмы психологической защиты больных туберкулезом

Механизм психологической защиты	Анозогнозический ТООБ (n=47)	Прочие ТООБ (n=59)	У-эмпирическое
Отрицание	86,13	61,42	422**
Вытеснение	49,06	48,76	1376
Регрессия	47,45	69,48	671**
Компенсация	48,57	47,69	1374
Проекция	51,11	50,25	1371
Замещение	56,34	56,54	1381
Интеллектуализация	43,17	51,83	1126
Реактивное образование	76,91	56,88	821**

Условные обозначения: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$

Преобладающим МПЗ при анозогнозическом ТООБ является отрицание, которое при грубом рассмотрении и соответствует понятию «анозогнозия». Другой ведущий механизм – реактивное образование. Данный МПЗ принято рассматривать как индикатор амбивалентного отношения к чему-либо со сдвигом в приемлемый полюс, гипертро-

фией последнего и последующей поведенческой реакцией, как правило, неадекватной ситуации. Частота использования данного механизма связана с тем, что туберкулез относится к социально неодобряемым, стигматизирующим заболеваниям, и пациенты используют этот механизм с целью преобразования негативных чувств в позитивные. Это наглядно видно на примере лечения: больные говорят о своей готовности к сотрудничеству с врачом, а на практике бывают не дисциплинированы. Формально они выбирают осознаваемое, социально приемлемое поведение, согласны принимать процедуры, вовремя обследоваться. Однако реактивность такой «сознательности» проявляется в периодических «срывах». При этом всегда находится масса причин для собственного оправдания.

В противоположность этому выявлены достоверные различия по шкале «регрессия» ($p < 0,01$), которая оказывается ведущей при прочих ТОБ. Этот механизм относится к числу манипулятивных. В случае регрессии больной возвращается к более ранним инфантильным личностным реакциям, демонстрируя беспомощность, зависимость, повышенный эгоцентризм, обиды на близких, жалобы на недостаток внимания и поддержки с их стороны, при полном игнорировании контактных угроз для окружающих.

Обсуждение

Анализ полученных данных позволяет дать ответ на поставленный ранее проблемный вопрос: что, по сути, представляет собой туберкулезная анозогнозия? Как следует из приведенных выше литературных источников, она во многом схожа с другими видами анозогнозий (алкогольной, онкологической, соматической, при ВИЧ-инфекции и др.), которые проявляют себя при начальных стадиях болезни и неосложненных, либо компенсированных стадиях процесса. Вероятно, можно согласиться с мнением американского исследователя E. Goetzke, который считает, что анозогнозия может быть необходимой для поддержания психологического здоровья в моменты стресса [20]. Отрицание болезни позволяет сохранить позитивное представление о самом себе, удержать на время место в окружающем мире и свой социальный статус, не предпринимая при этом активных усилий по противостоянию «ударам судьбы», игнорируя или искажая собственный негативный опыт.

Анозогнозия при туберкулезе легких, безусловно, носит сочетанный характер, ее усугубляет алкогольная анозогнозия, противоречивый характер которой продолжает вызывать многочисленные научные споры. В рамках данной работы не исследовались личностные особенности

больных с анозогнозическим ТООБ, которые, несомненно, также оказывают влияние на формирование внутренней картины болезни.

На наш взгляд, туберкулезную анозогнозию можно рассматривать двояко. С медицинских позиций анозогнозия – безусловное зло, труднопреодолимый барьер на пути лечения. Однако, с точки зрения пациента анозогнозия, освобожденная от моральных оценок и ответственности, выступает как некий адаптивный ресурс, позволяющий больному туберкулезом успешно функционировать в границах привычных представлений и ценностей. А выработанная годами жизнестойкость является для нее хорошей платформой. Соответственно, анозогнозия может рассматриваться как один из способов совладания с болезнью.

В основе структуры туберкулезной анозогнозии, как и других ее форм, лежат бессознательные МПЗ отрицания, подавления и искажения негативной информации (реактивные образования). Это реакции на естественный в ситуации социально непривлекательной болезни стресс. Однако репертуар стратегий совладания с этим стрессом достаточно беден (средний уровень напряжения определяется только у трех копингов из восьми), чаще выбираются неконструктивные копинги – «бегство-избегание» и «дистанцирование». Пациенту проще отстраниться от ситуации болезни, чем прилагать усилия для ее разрешения. Навык обесценивания, выработанный под влиянием деструктивного жизненного опыта, более привычен, когда речь заходит о здоровье. Отношение к болезни выстраивается таким образом, чтобы оно могло соответствовать ожиданиям значимого окружения, сохраняло социальные контакты. Поиск социальной поддержки – копинг-стратегия, используемая пациентами с анозогнозическим ТООБ, позволяет находить во внешнем окружении мощный ресурс совладания с болезнью. Выбранный способ адаптации к ситуации болезни абсолютно не мешает пациентам вести привычный образ жизни, отрицание болезни даже в чем-то становится выгодным. Именно в этом скрывается коварство и злокачественность анозогнозии. Она становится противовесом лечению. Необходимость решать проблему, прилагать усилия нивелируются установками на низкую значимость здоровья. Тем не менее, в силу осознания ожидаемого от них поведения, пациенты не идут на открытую конфронтацию с врачом. Срабатывает определяемое у пациентов защитное реактивное образование в виде декларируемой «готовности к сотрудничеству» с медперсоналом, реализуемой в позиции: «Да, я вас слушаю, но не слышу». Анозогнозия, подкрепленная отсутствием субъективных болевых ощущений, свойственных начальным, неотягощенным формам туберкулеза, затягивает в круг мнимого благополу-

чия, осознания собственной значимости (вокруг суетятся врачи, приходят домой, приглашают на прием, семья старается создать благоприятные условия, лучше накормить, опекать) на фоне отсутствия болезненного состояния. Увеличивается контагиозность таких пациентов. Это уже не только семья, сослуживцы, но и обширный круг друзей, родственников, случайных знакомых и других невольно контактирующих с ним людей. Рано или поздно ситуация болезни приводит к тому, что процесс становится хронически запущенным, и излечить таких больных оказывается уже невозможно.

Выводы

1. Анозогнозия при туберкулезе легких является стойким и трудно корригируемым клиническим феноменом, в формировании которого принимают участие как социальные (злоупотребление алкоголем; асоциальные установки, криминальный опыт), так и психологические факторы (преморбидные личностные особенности больных, МПЗ, копинг-стратегии, уровни жизнестойкости).

2. При анозогнозическом ТОб пациенты используют неконструктивные копинг-стратегии (бегство-избегание, дистанцирование) и «поиск социальной поддержки», который задействуется как вспомогательный адаптивный ресурс.

3. У пациентов с анозогнозическим ТОб чаще определяется средне-высокие уровни интегрального показателя жизнестойкости и его составляющих: вовлеченности, контроля, принятия риска. Это отличает их от пациентов с прочими ТОб, где уровень вовлеченности, и общий интегральный показатель жизнестойкости чаще ниже среднего уровня. Жизнестойкость больных с анозогнозией, наработанная негативным жизненным опытом, позволяет сохранять устойчивую жизненную позицию и не менять мировоззренческие установки, несмотря на наличие болезни.

4. В основе анозогнозии лежат защитные механизмы, не допускающие негативную информацию (отрицание) и искажающие ее (реактивные образования) в отличие от прочих ТОб, где преобладает МПЗ «регрессия», проявляющаяся в элементах инфантильного поведения, привлечении внимания к своему состоянию, переживаниям, требованиям повышенной заботы.

Опыт работы с больными туберкулезом, имеющими анозогнозическое отношение к болезни, позволил нам разработать ряд рекомендаций для врачей-фтизиатров, которые в настоящее время предложены для внедрения в практику работы противотуберкулезного диспансера:

1. При сборе анамнеза обращать внимание на социально-демографические характеристики пациентов. Пребывание в местах лише-

ния свободы, признаки злоупотребления алкоголем, отсутствие работы, другие признаки социальной дезадаптации могут служить факторами риска в отношении анозогнозии.

2. При определении тактики ведения больного необходимо учитывать преобладание у данных пациентов механизмов психологической защиты, отрицающих и искажающих получаемую информацию. В соответствии с этим использовать в работе не директивную, а партнерскую позицию, демонстрировать желание сотрудничества, а не исполнения нормативов и предписаний, учитывать жизненную ситуацию пациента.

3. Исходя из наличия у данных пациентов потребности в информационной поддержке, предоставлять максимально возможный объем информации о результатах обследования, проводимом лечении на доступном и понятном больным языке.

4. Учитывать правила аргументации, самые сильные доводы предъявлять в начале и в конце, но не в середине беседы. Рекомендации должны быть короткими, но содержательными, иллюстрироваться яркими примерами, рассказами о конкретных «случаях из жизни», близких больному.

5. Поощрять любое проявление дисциплинированности в лечении, своевременном выполнении назначений врача (позитивное подкрепление). При отказе больного от лечения не капитулировать, а настойчиво убеждать в необходимости проводимой терапии и обследования.

6. В целях объективизации ВКБ у больных с впервые выявленным диагнозом туберкулеза проводить психодиагностическое исследование с помощью методики ТОБОЛ, осуществлять ретестирование 1 раз в год.

7. Маркировать амбулаторные карты или истории болезни больных с выявленной анозогнозией.

Библиографический список

1. Александрова Л. А. К концепции жизнестойкости в психологии // Сибирская психология сегодня : сб. научн. трудов. Вып. 2 / под ред. М. М. Горбатовой, А. В. Серого, М. С. Яницкого. – Кемерово : Кузбассвуиздат, 2004. – С. 82–90.
2. Анозогнозия наркологических больных // Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б. Д. Карвасарского. – СПб. : Питер, 2002. – С. 30–31.
3. Бастрькина О. В., Фоменко Л. А. О психологических типах отношения к болезни у больных туберкулезом [Электронный ресурс] // Большой Целевой Журнал о туберкулезе, 2000 – URL: <http://www.medafarm.ru/doctor/ftiziopulmo/001.shtml>

4. Бурси́ков А. В., Петро́ва О. В., Тетери́н Ю. С. Типы отношения к болезни, качество жизни и приверженность лечению в дебюте гипертонической болезни // Клиническая медицина. – 2007. – № 8. – С. 44–46.
5. Видерман Н. С. Медико-психологические характеристики копинг-поведения больных с зависимостью от алкоголя : автореферат дисс. ... канд. псих. наук : 19.00.04 / Видерман Наталья Станиславовна. – М., 2000. – 19 с.
6. Джулай Г. С., Чернин В. В. Качество жизни и отношение к болезни у пациентов с хроническим гастритом // Клиническая медицина. – 2002. – № 7. – С. 32–36.
7. Исаева Е. Р. Копинг-поведение и психологическая защита личности в условиях здоровья и болезни. – СПб. : Изд. СПбГМУ, 2009. – 136 с.
8. Калитеевская Е. Р. Отношение к болезни у подростков и юношей с хроническими соматическими заболеваниями // Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психических и соматических заболеваниях : сб. научных трудов. – Л. : НИИ им. В. М. Бехтерева, 1990. – С. 81–85.
9. Крюкова Т. Л., Куфтяк Е. В. Опросник способов совладания (адаптация методики WCQ) // Психологическая диагностика. – 2005. – № 3. – С. 57–76.
10. Леонтьев Д. А., Рассказова Е. И. Тест жизнестойкости. – М. : Смысл, 2006. – 63 с.
11. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля. Пособие для врачей // Л. И. Вассерман, О. Ф. Ерышев, Е. Б. Клубова и др. – СПб. : СПбНИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2005. – 54 с.
12. Психологическая диагностика отношения к болезни. Пособие для врачей / Л. И. Вассерман, Б. В. Иовлев, Э. Б. Карпова и др. – СПб. : СПбНИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2005. – 32 с.
13. Рассказова Е. И., Гордеева Т. О. Копинг-стратегии в психологии стресса : подходы, методы и перспективы [Электронный ресурс] // Психологические исследования : электрон. науч. журн. – 2011. – № 3 (17). – URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 03.04.2013).
14. Русина Н. А., Говоровская К. С. Копинг-ресурсы больных раком гортани // Психология совладающего поведения : матер. II Междунар. науч.-практ. конф. Кострома, 23–25 сент. 2010 г. – В 2 т. – Т. 1 / отв. ред. Т. Л. Крюкова, М. В. Сапоровская, С. А. Хазова. – Кострома : КГУ им. Н. А. Некрасова, 2010. – С. 107–109.
15. Сиренко И. А., Рыбалка В. В. Влияние раннего периода туберкулезной инфекции и активного туберкулеза на психический статус детей // Психиатрия. – 2009. – № 3. – С. 47–51.
16. Типы реагирования больных вирусными гепатитами на болезнь / М. А. Никулина, В. М. Гранитов, В. В. Шевченко, Н. П. Фатеева // Гепатиты в практике терапевта, семейного врача и инфекциониста. Современные методы диагностики и терапии : матер. научно-практ. конф. с междунар. участием. – Харьков, 2003. – С. 198–200.

17. Тухтарова И. В. Копинг-стратегии, механизмы психологической защиты и психосоциальная адаптация больных ВИЧ-инфекцией : автореф. дисс. ... канд. психол. наук : 19.00.04 / Тухтарова Ирина Владимировна. – СПб., 2003. – 23 с.
18. Узлов Н. Д., Прозорова М. Х. Отношение к болезни и лечению ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом женщин, отбывающих наказание в исправительной колонии // Будущее клинической психологии : матер. Междунар. науч.-практ. конф. 8 апреля 2011 г. / науч. ред. А. Ю. Бергфельд, С. В. Вайнштейн, С. А. Щebetенко : Перм. гос. нац. иссл. ун-т. – Пермь, 2011. – Вып. 5. – С. 257–263.
19. Фирсова Л. Д. Психологический портрет язвенной болезни. – М. : Анахарис, 2009. – 119 с.
20. Goetzke E. When your patient is in denial? // Am. J. Nurs. – 1995. – Vol. 9. – P. 18–21.

Опубликовано: *Медицинская психология в России : электрон. науч. журн.* – 2013. – № 3 (20). – URL: <http://medpsy.ru> (в соавт. с Н. Н. Габдрахмановой)

См. также:

1. Габдрахманова Н. Н., Узлов Н. Д. *Оценка качества жизни больных туберкулезом легких при адаптивных и дезадаптивных типах отношения к болезни // Качество жизни в современной России : матер. Всеросс. (заочной) науч.-практ. конф. (1 марта 2011 г.) / под ред. Н. Д. Узлова ; Пермский гос. ун-т, Березниковский филиал. – Пермь, 2011. – С. 204–209.*

2. Узлов Н. Д., Габдрахманова Н. Н. *Клинико-психологические проявления анозогнозии у больных туберкулезом легких // Теоретические и прикладные проблемы медицинской (клинической) психологии : сб. матер. Всероссийской юбилейной научно-практич. конф. «Теоретические и прикладные проблемы медицинской (клинической) психологии (к 85-летию Ю. Ф. Полякова)», состоявшейся 14–15 февраля 2013 г. в ГОУ ВПО «Московский городской психолого-педагогический университет» и ФГБУ «НЦПЗ» РАМН / под общ. ред. Н. В. Зверевой, И. Ф. Роциной. – Москва, 2013. – С. 143–145.*

3. Узлов Н. Д., Габдрахманова Н. Н. *Жизнестойкость больных туберкулезом легких и ее связь с копинг-стратегиями и механизмами психологической защиты // Клиническая психология. Наука и практика : пути интеграции. – Ч. 2. / под науч. ред. А. Н. Алехина, Е. Д. Глуховой, Е. А. Трифоновой. – СПб. : Изд-во РГПУ им. А. И. Герцена, 2013. – С. 184–190.*

4. Габдрахманова Н. Н., Узлов Н. Д. *Психологический портрет пациентов с анозогнозическим типом отношения к болезни при туберкулезе легких // Академический журнал Западной Сибири. – 2013. – № 1. – С. 35–35.*

Анозогнозия как защитный механизм и способ совладания с болезнью

Среди проблем, стоящих перед исследователями, остается дискуссионным вопросом отношения механизмов психологической защиты (МПЗ) и копинг-поведения, разграничение которых представляет собой значительную методологическую трудность, обусловленную различием теоретических подходов и интерпретаций полученных эмпирических данных [1; 6; 19; 22; 23 и др.]. Так, согласно N. Наан, представительницы эго-ориентированной теории совладания, психологическая защита и копинг основываются на одинаковых, тождественных эго-процессах, но отличаются полярностью направленности на слабую или продуктивную адаптацию. Когда уже определена проблема, но еще не существует серьезной угрозы из окружающей среды, защитные механизмы позволяют устранить психическую травму или редуцировать эмоциональное напряжение за счет искажения действительности. Однако, когда возникает реальный вызов, его восприятие запускает когнитивные, мотивационные и ценностные структуры, действие которых является основным для адекватного ответа, возникает копинг-процесс [45; 46].

На наш взгляд, наиболее полное освещение современного состояния проблемы соотношения копинг-стратегий и защитных механизмов личности изложено в обзорно-аналитической статье Е. И. Расказовой и Т. О. Гордеевой [27]. Авторы, основываясь на данных зарубежных и отечественных исследований, в обобщенном виде представляют эти различия следующим образом: 1) МПЗ действуют на бессознательном уровне, копинг отличается осознанностью; 2) МПЗ характеризуются произвольностью процесса, копинг-стратегии произвольны; 3) МПЗ способствует лишь снятию эмоционального напряжения, копинг же действует в направлении восстановления нарушенных отношений между личностью и ее окружением; 4) при защитных механизмах человек не «проверяет» реальность, а изменяет свое состояние вне зависимости от нее, чтобы уменьшить отрицательные эмоции, в то время как включение копинга позволяет признать проблему вне зависимости от того, разрешима она или нет; 5) МПЗ срабатывает, в основном, немедленно, копинг формируется последовательно на основе рационального анализа проблемы, выполнения плана выхода из трудной жизненной ситуации; 6) МПЗ искажают реальную ситуацию, копинг способствует пересмотру внутреннего состояния на основе системы проверок, доказательств истинности или ложности имеющихся представлений. Существует и другая

точка зрения, согласно которой наряду с традиционными копингами (поиск социальной поддержки, осознанные когнитивные стратегии) в особую группу выделяют произвольные психические механизмы, относящиеся к категории высокоадаптивных защит, куда относят антиципацию (предвосхищение), альтруизм, юмор, сублимацию и подавление. Указанные механизмы эффективны с точки зрения удовлетворения человека, они также предполагают возможность осознания своих чувств, представлений и их последствий [27].

Изучению копинг-поведения и МПЗ у больных с различной патологией посвящено много работ [4; 24; 41; 42 и др.]. Е. Р. Исаева предлагает концепцию «защитно-совладающего стиля поведения» личности, который рассматривается как целостный многоуровневый личностный конструкт, отражающий отношения взаимозависимости и взаимовлияния бессознательных защитных механизмов и сознательных стратегий совладания со стрессом в структуре личности. Специфика защитного поведения рассматривается на трех нозологических группах – больные с психосоматическими, сомато-психическими и психическими расстройствами и различной формой и уровнями психической дезадаптации. Автор утверждает, что стиль совладающего поведения в сочетании с личностными ресурсами является адаптационным потенциалом личности, и его характеристики могут в какой-то степени служить психологически-прогностическими маркерами течения заболевания [12; 13].

Одной из труднопреодолимых проблем медицины, серьезно препятствующих проведению своевременных и эффективных лечебно-профилактических мероприятий, является анозогнозия, которая традиционно рассматривается как «отрицание болезни», «недооценка симптомов болезни», «игнорирование болезни», «отсутствие беспокойства по поводу своего состояния», «некритическая оценка имеющегося дефекта либо заболевания». Считается, что являясь клиническим феноменом, на психологическом уровне она соответствует МПЗ «отрицание» (denial), которое рассматривается как стремление избежать новую информацию, не совместимую со сложившимися представлениями о себе. Согласно психозволюционной концепции эмоций Р. Плутчика – Г. Келлермана отрицание контролирует чувства, проявляющиеся в ситуации принятия себя или других, особенно в межличностном общении. Люди такого типа формируют у себя качества общительности и дружелюбия по отношению к своему окружению и эгоцентризма, проявляющиеся в сниженной самокритичности и завышенной самооценке. Отрицание, по мнению Р. Плутчика, сдерживает эмоцию принятия, оно связано со стилем совладания «миними-

зация» – неосознанного преуменьшения тревожащего аспекта ситуации или объекта и прослеживается в следующей цепочке последовательностей: искаженная оценка ситуации → замещающее бездействие (защитное поведение) → избегание эмоционального напряжения [49]. С этих позиций анозогнозия, констатируемая медицинскими работниками и ближайшим окружением больного, может рассматриваться как аномальная реакция, как способ ухода от реальности, разворачивающийся в следующей цепочке последовательностей: искаженная оценка ситуации – замещающее бездействие (защитное поведение) – избегание эмоционального напряжения [28]. Таким образом, анозогнозия является следствием неадекватного когнитивного оценивания и выстраивания на его основе поведенческих стратегий, служащих, по мнению больного, успешной социальной адаптации при сохранении уже достигнутых позиций и статусов.

Проблема анозогнозии наиболее часто освещается в исследованиях, посвященных алкоголизму. Анализ литературных данных показывает, что вопрос об анозогнозии при наркологических и соматических заболеваниях не может быть решен однозначно. Авторы статьи об анозогнозии в «Психотерапевтической энциклопедии» отмечают, что наряду с терминологической путаницей, связанной с описанием данного феномена, анозогнозия наркологических больных «одновременно описывается как симптом, состояние и как структурное личностное образование» [2, с. 30], выполняя для личности, прежде всего, защитные функции [2; 30 и др.]. Большинство авторов [3; 9; 16; 17; 30; 34 и др.] рассматривают алкогольную анозогнозию как результат действия механизмов психологической защиты личности по отношению к осознанию психотравмирующей информации о зависимости от алкоголя. Против такого понимания анозогнозии возражает М. В. Демина, которая предлагает рассматривать наркологическую анозогнозию как вторичное образование, эпифеномен патологического влечения, описывая ее в терминах «большого синдрома отчуждения болезни», состоящего как минимум из трех компонентов: отчуждения симптомов, отчуждения вреда болезни и отчуждения лечения [10].

По мнению американского исследователя E. Goetzke, анозогнозия может быть необходимой для поддержания психологического здоровья в моменты стресса [44]. Отрицание болезни является часто используемой и в ряде случаев эффективной стратегией для раковых больных, несмотря на то, что она рассматривается как патологическая форма адаптации [29; 47; 48; 50 и др.]. Многочисленные клинические наблюдения, а также исследования, выполненные с помощью опрос-

ника ТОБОЛ [26], показывают, что при начальных этапах заболевания, когда симптомы еще незначительны, реакция на болезнь может проявляться ее отрицанием либо преуменьшением значимости последствий и возможных осложнений, что подтверждается психодиагностическими исследованиями, когда с большей частотой диагностируется анозогнозический тип отношения к болезни (ТОБ). Анозогнозия является частным дебютным симптомом при артериальной гипертонии как у взрослых пациентов [8; 21], так и у подростков [14]; у больных, страдающих язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки [39]; при вирусных гепатитах [15; 33], ВИЧ-инфекции [32; 35; 43], тубинфицировании детей и подростков [31], неосложненных формах туберкулеза легких [5]. Г. Я. Кошелевой диагностированы анозогнозический (у мужчин) и анозогнозически-эргопатический (у женщин) варианты ТОБ более чем у трети из 254 впервые выявленных больных туберкулезом легких, при этом у мужчин к моменту выписки частота анозогнозического типа увеличивалась до 49 % [20]. Усиление анозогнозических установок отмечено также у выздоравливающих от туберкулеза подростков, которое рассматривается исследователями как проявления эффекта дестигматизации [31]. По нашим данным, анозогнозический ТОБ являлся преобладающим (44,3 %) у 106 больных туберкулезом легких, протекающего без осложнений и сопутствующих серьезных заболеваний [38].

Противоположная картина наблюдается при заболеваниях с ярко очерченной клинической картиной, хроническим течением с наличием болевых ощущений либо иных телесных или душевных страданий, при которых с наибольшей частотой проявляют себя дезадаптивные типы отношения к болезни. Так, например, мужчины, перенесшие острый инфаркт миокарда, склонны к формированию паранойяльного, а женщины – тревожного ТОБ [40]. Разительная картина наблюдается у больных с атрофическим хроническим гастритом: при очаговой форме заболевания, клинические проявления которого сопровождаются менее выраженными диспептическими и болевыми расстройствами, формируется адаптивное отношение к болезни (1-й блок ТОБ, включающий и анозогнозический), при диффузной форме ВКБ формируется исключительно из дезадаптивных ТОБ преимущественно с интрапсихической направленностью [11]. По нашим данным, анозогнозический ТОБ являлся определяющим у 50 женщин-заклученных, зараженных ВИЧ (32,7 %), но не диагностировался ни у одной из 80 пациенток, заболевших СПИДом, при котором на первое место выступал ипохондрический ТОБ (38, 8 %) [36].

Исследования анозогнозии при различных заболеваниях позволяет выделить различные ее формы по степени выраженности. *Тотальная анозогнозия* характеризуется полным отрицанием болезни без системы доказательств. При *парциальной (частичной) анозогнозии* та или иная степень отрицания собственного заболевания основывается на системе доказательств. *Осознание болезни* предполагает признание собственного заболевания [25; 24]. В соответствии с этим задействуются механизмы психологической защиты, которые в этом континууме приобретают выраженный деструктивный, умеренно деструктивный (дезадаптивные способы) либо конструктивный (адаптивный) характер, как это имеет место при алкогольной зависимости [3].

Рассмотрение анозогнозии как копинга также многоаспектно. Авторы статьи о копинг-механизмах в «Психотерапевтической энциклопедии» относят разумную степень игнорирования болезни (определенное дистанцирование в отношении к проявлениям заболевания) к продуктивным копинг-стратегиям [18]. Они также указывают, что «разумный уровень анозогнозии» в сочетании с другими факторами (активное сотрудничество пациента в диагностическом и лечебном процессе, поиск поддержки в терапевтической и социальной среде, проблемный анализ болезни и ее последствий, чувство юмора, стоицизм и терпеливость, сохранение самообладания, противостояние болезни, эмоциональная разрядка и альтруизм) может являться залогом успешности в проведении психотерапии. К сожалению, врачи вынуждены сталкиваться с совершенно иной картиной отношения к болезни, когда «допустимый предел анозогнозии» не поддается контролю, либо анозогнозия изначально начинает проявлять себя в полную силу, как это имеет место при различных аддикциях, поскольку она связана с формированием патологического влечения [10]. Особенно это касается социально значимых заболеваний (алкоголизм, наркомания, туберкулез, ВИЧ-инфекция и др.), когда анозогнозия становится трудно преодолимым барьером на пути лечения. В целом проведенные к настоящему моменту исследования показали, что пассивные копинг-стратегии, такие как отрицание, связаны с большим прогрессированием ВИЧ-инфекции [43].

Наш опыт изучения совладающего поведения у больных с туберкулезом легких и ВИЧ-инфекцией показывает, что при анозогнозическом типе отношения к болезни чаще выбираются неконструктивные копинги – «бегство-избегание» и «дистанцирование», которые сочетаются с МПЗ «отрицание» и «реактивное образование». Пациенту проще отстраниться от ситуации болезни, чем прилагать усилия для ее

разрешения. Поиск социальной поддержки – еще одна копинг-стратегия, используемая пациентами с анозогнозическим ТОБ, позволяет находить во внешнем окружении мощный ресурс совладания с болезнью. Вместе с тем, в силу осознания ожидаемого от них поведения, пациенты не идут на открытую конфронтацию с врачом. Срабатывает определяемое у пациентов защитное реактивное образование в виде декларируемой «готовности к сотрудничеству» с медперсоналом.

Союзником анозогнозии, как ни парадоксально, выступает жизнестойкость, которая у маргинальных категорий испытуемых, в частности заключенных, приобретает высокие значения [37]. Аналогичные данные получены нами и при изучении больных, страдающих туберкулезом легких: были установлены средне-высокие уровни интегрального показателя жизнестойкости и его составляющих: вовлеченности, контроля, принятия риска [38]. В связи с вышесказанным следует сослаться на работы С. А. Богомаза, выполненные на здоровых испытуемых, в которых была установлена значимая корреляционная связь между параметрами жизнестойкости и «отрицанием» как предпочитаемой формой психологической защиты. Автор объясняет данный факт тем, что люди, у которых диагностируется высокий уровень МПЗ «отрицание», на самом деле отличаются не столько подсознательным стремлением исказить реальность, сколько склонностью идеализировать окружающий мир. Они способны к созданию некоего «идеального субъективного мира», который мотивирует их к нахождению смысла в собственной жизни и самоорганизации социальной активности, позволяет абстрагироваться от мелочей жизни [7].

Рассматривая жизнестойкость и защитный механизм «отрицание» в контексте рассматриваемой здесь темы, следует отметить, что анозогнозические «идеальные субъективные миры» онкологических больных, пациентов, страдающих алкоголизмом, наркоманиями и прочими химическими и нехимическими аддикциями, соматической патологией, инфекционными болезнями и т.п., безусловно, будут качественно отличаться между собой по своему содержанию, но характеризоваться общим для них свойством – иллюзорностью, неспособностью замечать и критически оценивать очевидное (результаты анализов, обследований, заключения врачей и др.). Отношение к болезни у таких больных выстраивается таким образом, чтобы оно продолжало соответствовать ожиданиям значимого окружения, сохраняло привычные социальные контакты. При этом выбранный способ адаптации к ситуации болезни абсолютно не мешает пациентам вести обычный образ жизни, ничего не меняя в своих привычках и поведении.

Анозогнозия, подкрепленная отсутствием субъективных болевых ощущений, свойственным начальным, неотягощенным формам заблуждения, затягивает в круг иллюзии благополучия, осознания мнимой неуязвимости на фоне отсутствия болезненного состояния. В этих условиях анозогнозия может выступать для пациента как некий адаптивный ресурс, позволяющий больному определенное время успешно функционировать в границах привычных представлений и ценностей, нередко освобождаясь от моральных оценок и ответственности. А выработанная годами жизнестойкость является для нее хорошей платформой. С этих позиций анозогнозия может рассматриваться как один из способов (хотя и неконструктивный) совладания с болезнью.

Однако именно в этом скрывается коварство и злокачественность анозогнозии. Она становится противовесом лечению. Нередко требуются большие усилия, чтобы разрушить иллюзии «идеального субъективного мира», повернуть пациента лицом к жестокой реальности для принятия им ответственного решения за свое здоровье и жизнь в целом.

Библиографический список

1. Абабков В. А. Защитные психологические механизмы и копинги : анализ взаимоотношений. – СПб. : Речь, 2004. – 158 с.
2. Анозогнозия наркологических больных // Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б. Д. Карвасарского. – СПб. : Питер, 2002. – С. 30–31.
3. Баранова О. В. Алкогольная анозогнозия и ее преодоление в процессе лечения больных алкоголизмом : автореферат дисс. ...канд. мед. наук : 14.00.45. – М., 2005. – 18 с.
4. Баскакова С. А. Современные представления о способах совладания психическими расстройствами // Социальная и клиническая психиатрия. – 2010. – № 2. – С. 88–96.
5. Бастрыкина О. В., Фоменко Л. А. О психологических типах отношения к болезни у больных туберкулезом [Электронный ресурс] // Большой Целевой Журнал о туберкулезе, 2000 – URL: <http://www.meda-farm.ru/doctor/ftiziopulmo/001.shtml>
6. Белинская Е. П. Совладание как социально-психологическая проблема [Электронный ресурс] // Психологические исследования : электрон. науч. журн. – 2009. – № 1(3). – URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 27.08.2013).
7. Богомаз С. А. Жизнестойкость человека как личностный ресурс совладания со стрессами и достижения высокого уровня здоровья // Здоровье нации – основа процветания России : матер. науч.-практ. мероприятий V Всероссийского форума. – М. : НЦССХ им. А. Н. Бакулева РАМН, 2009. – С. 18–20.

8. Бурсиков А. В., Петрова О. В., Тетерин Ю. С. Типы отношения к болезни, качество жизни и приверженность лечению в дебюте гипертонической болезни // Клиническая медицина. – 2007. – № 8. – С. 44–46.
9. Вассерман Л. И., Ерышев О. Ф., Клубова Е. Б. Отношение к болезни, алкогольная анозогнозия и механизмы психологической защиты у больных алкоголизмом // Обозрение психиатрии и мед. психологии им. В. М. Бехтерева. – 1993. – № 3. – С. 13–22.
10. Демина М. В. Нарушения нозогнозии («синдром отчуждения болезни») при алкоголизме и героиновой наркомании (клиника, систематика, подходы к коррекции) : автореферат дисс. ... докт. мед. наук : 14.00.45. – М., 2005. – 35 с.
11. Джулай Г. С., Чернин В. В. Качество жизни и отношение к болезни у пациентов с хроническим гастритом // Клиническая медицина. – 2002. – № 7. – С. 32–36.
12. Исаева Е. Р. Копинг-поведение и психологическая защита личности в условиях здоровья и болезни. – СПб. : Изд. СПбГМУ, 2009. – 136 с.
13. Исаева Е. Р. Совладающее со стрессом и защитное поведение личности при расстройствах психической адаптации различного генеза : автореферат дисс.... доктора псих. наук : 19.00.04. – СПб., 2010. – 58 с.
14. Калитеевская Е. Р. Отношение к болезни у подростков и юношей с хроническими соматическими заболеваниями // Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психических и соматических заболеваниях : сб. научных трудов. – Л. : НИИ им. В. М. Бехтерева, 1990. – С. 81–85.
15. Канищев А. В. О психологических причинах формирования неадекватного отношения к лечению у больных вирусными гепатитами // Актуальные вопросы современной психиатрии : сб. студенческих научных работ. – Харьков, 1998. – Вып. 1. – С. 23–26.
16. Клубова Е. Б. Исследование структуры защитных механизмов личности у больных алкоголизмом // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 1991. – № 3. – С. 70–71.
17. Клубова Е. Б. Отношение к болезни и механизмы психологической защиты у больных алкоголизмом : автореферат...дисс. канд. психол. наук : 19.00.04, 14.00.25 / Клубова Елена Борисовна [Санкт-Петербургский НИИПНИ им. В. М. Бехтерева]. – СПб., 1995. – 26 с.
18. Копинг-механизмы (механизмы совладания) // Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б. Д. Карвасарского. – СПб. : Питер, 2002. – С. 217–219.
19. Корсакова Л. И. Копинг-поведение и защитные механизмы системы адаптации личности // Труды СГА. – 2010. – № 8. – С. 120–126.
20. Кошелева Г. Я. Клинико-психологические характеристики больных туберкулезом легких и их динамика в процессе комплексного лечения : автореферат дис. ... канд. мед. наук : 19.00.04. – Л., 1990. – 23 с.

21. Круглов Л. С. Значение отношения к болезни для прогноза фармако-терапии при психоорганическом синдроме вследствие гипертонической болезни // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева. – 1994. – № 3. – С. 112–114.
22. Либин А. В., Либина А. В. Стили реагирования на стресс : психологическая защита или совладание со сложными ситуациями? // Стиль человека : психологический анализ / под ред. А. В. Либина. – М., 1998. – С. 190–204.
23. Набиуллина Р. Р., Тухтарова И. В. Механизмы психологической защиты и совладания со стрессом : учебно-методическое пособие. – Казань, 2003. – 98 с.
24. Ошаев С. А. Особенности психологической защиты и совладания у больных с пограничными расстройствами, переживших травматические события : автореферат дис...канд. психол. наук : 19.00.04. – Томск, 2004. – 28 с.
25. Политов В. В. Клинические проявления анозогнозии у больных алкоголизмом : автореферат дисс. ... канд. мед. наук : 14.01.06. – М., 1981. – 24 с.
26. Психологическая диагностика отношения к болезни. Пособие для врачей / Л. И. Вассерман, Б. В. Иовлев, Э. Б. Карпова и др. – СПб. : СПбНИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2005. – 32 с.
27. Рассказова Е. И., Гордеева Т. О. Копинг-стратегии в психологии стресса : подходы, методы и перспективы [Электронный ресурс] // Психологические исследования : электрон. науч. журн. – 2011. – № 3(17). URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 24.08.2013)
28. Романова Е. С. Психоэволюционная теория эмоций // Е. С. Романова. Психодиагностика : учебное пособие. – СПб. : Питер, 2005. – С. 376–382.
29. Русина Н. А., Говоровская К. С. Копинг-ресурсы больных раком гортани // Психология совладающего поведения : матер. II Междунар. науч.-практ. конф., Кострома, 23–25 сент. 2010 г. – В 2 т. – Т. 1 / отв. ред. Т. Л. Крюкова, М. В. Сапоровская, С. А. Хазова. – Кострома : КГУ им. Н. А. Некрасова, 2010. – С. 107–109.
30. Сафуанов Ф. С., Баранова О. В., Игонин А. Л. Клинико-психологические механизмы формирования анозогнозии больных алкоголизмом [Электронный ресурс] // Психологические исследования : электрон. науч. журн. – 2011. – № 2(16). – URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 30.07.2013).
31. Сиренко И. А., Рыбалка В. В. Влияние раннего периода туберкулезной инфекции и активного туберкулеза на психический статус детей // Психиатрия. – 2009. – № 3. – С. 47–51.
32. Социально-психологические аспекты совладания с болезнью у людей, живущих с ВИЧ / Махаметова А. Ф., Ерицын К. Ю., Русакова М. М., Уиттен К., Уиттен Р. [Электронный ресурс] // Теория и практика общественного развития. – 2013. – № 1. – URL: <http://www.teoria-practica.ru/ru/1-2013.html>

33. Типы реагирования больных вирусными гепатитами на болезнь / М. А. Никулина, В. М. Гранитов, В. В. Шевченко, Н. П. Фатеева // Гепатиты в практике терапевта, семейного врача и инфекциониста. Современные методы диагностики и терапии : матер. научно-практич. конф. с междунар. участием. – Харьков, 2003. – С. 198–200.
34. Трифонова Е. А., Яровинская А. В. Актуальные вопросы изучения алкогольной анозогнозии // Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. – 2010. – № 8. – С. 375–379.
35. Тухтарова И. В. Копинг-стратегии, механизмы психологической защиты и психосоциальная адаптация больных с ВИЧ-инфекцией : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 19.00.04. – СПб., 2003. – 22 с.
36. Узлов Н. Д., Прозорова М. Х. Отношение к болезни и лечению ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом женщин, отбывающих наказание в исправительной колонии // Будущее клинической психологии : матер. междунар. науч.-практ. конфер. (8 апреля 2011 г.) / науч. ред. А. Ю. Бергфельд, С. В. Вайнштейн, С. А. Щebetенко ; Перм. гос. нац. иссл. ун-т. – Пермь, 2011. – Вып. 5. – С. 257–263.
37. Узлов Н. Д., Арасланов С. Ш. Жизнестойкость и психологическое благополучие заключенных в соответствии с их иерархией [Электронный ресурс] // Психология и право : электронный научный журнал. – 2012. – № 2. – URL: <http://psyjournals.ru/psyandlaw> (дата обращения: 11.08.2013).
38. Узлов Н. Д., Габдрахманова Н. Н. Совладающее поведение и защитные механизмы личности у больных туберкулезом легких с анозогностическим типом отношения к болезни [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России : электрон. науч. журн. – 2013. – № 3 (20). – URL: <http://medpsy.ru>.
39. Фирсова Л. Д. Психологический портрет язвенной болезни. – М. : Анахарис, 2009. – 119 с.
40. Цекин В. П. Типы отношения к болезни у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями [Электронный ресурс] // Независимый Психиатрический Журнал. – 2004. – № 2. – URL: <http://www.npar.ru/journal/2004/2/attitude.htm>. (дата обращения: 21.05.2013).
41. Чехлатый Е. И. Совладающее поведение у больных неврозами, лиц с преневротическими нарушениями и в социальных группах повышенного риска нервно-психических расстройств : автореф. дисс. ... докт. мед. наук : – СПб., 2007. – 59 с.
42. Ялтонский В. М., Сирота Н. А., Соколова Е. Т., Видерман Н. С. Взаимосвязь копинг-поведения и Я-концепции у больных, зависимых от алкоголя, и условно-здоровых мужчин // Социальная и клиническая психиатрия. – 2001. – Т. 11, вып. 2. – С. 36–43.
43. Antoni M. H., Goldstein D., Ironson G., LaPerriere A., Fletcher M. A., Schneiderman N. Coping responses to HIV-1 serostatus notification pre-

- dict concurrent and prospective immunologic status // *Clinical Psychology Psychotherapy*. – 1995. – № 2. – P. 234–248.
44. Goetzke E. When your patient is in denial? // *Am. J. Nurs.* – 1995. – Vol. 9. – P. 18–21.
 45. Haan N. Coping and defense mechanisms related to personality inventories // *J. Cons. Psychol.* – 1965. – Vol. 29, № 4. – P. 373–378.
 46. Haan N. Coping and defending : Processes of self-environment organization. – N. Y., Academic Press. – 1977. – 457 p.
 47. Kreitler S. Denial in cancer patients // *Cancer Invest.* – 1999. – № 17 (7). – P. 514–534.
 48. Morley C. The use of denial by patients with cancer // *Prof. Nurse.* – 1997 – № (5). – P. 380–381.
 49. Plutchik R. Emotions and psychotherapy : A psychoevolutionary perspective. // In R.Plutchik and H.Kellerman (Eds.), *Emotion : Theory, research and experience*. – Academic Press, 1990. – Vol. 5. – P. 3–41.
 50. Vos M. S., de Haes J. C. Denial in cancer patients, an explorative review // *Psychooncology*. – 2007. – Jan, 16. – № 1. – P. 12–25.

Опубликовано: *Медицинская психология в России : электрон. науч. журн.* – 2013. – № 6 (23). – URL: <http://mprj.ru>

См. также: Узлов Н. Д. Анозогнозия как способ совладания с болезнью // *Психология стресса и совладающего поведения : материалы III-й Междунар. науч.-практ. конф. Кострома, 26–28 сент. 2013 г. – В 2 т. / отв. ред. Т. Л. Крюкова, Е. В. Куфтяк, М. В. Сапоровская, С. А. Хазова. – Кострома : КГУ им. Н. А. Некрасова, 2013. – Т. 1. – С. 138–139.*

Личностные особенности пациентов, находящихся на лечении методом перманентного гемодиализа в периоде долговременной адаптации

Аннотация. *Постановка проблемы.* Современные достижения в лечении больных с терминальной уремией методом гемодиализа позволили заметно повысить качество их жизни, особенно в части психического функционирования, что приближает по этому параметру ГД-пациентов к здоровым людям. Однако более детально эти изменения изучены недостаточно.

Цель настоящего исследования – изучение личностных особенностей больных с хронической почечной недостаточностью (ХПН), находящихся на лечении перманентным гемодиализом (ГД) в периоде долговременной адаптации в сравнении со здоровыми лицами.

Материалы и методы. Обследовано 30 гемодиализных больных в возрасте от 35 до 60 лет со сроками лечения гемодиализом от 2 до 15 лет

и контрольная группа здоровых в количестве 30 чел. аналогичного возраста и социального статуса. В работе были использованы экспертный метод, клиническая беседа, психодиагностические методики: тест жизнестойкости С. Мадди, опросник «Диагностика межличностных отношений» (ДМО) Л. И. Собчик, Фрайбургский опросник (FPI), Цветовой тест отношений (ЦТО) Е. Ф. Бажина и А. М. Эткинда. Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью t-критерия Стьюдента.

Результаты исследования. Опрос медицинского персонала и результаты беседы показали, что пациенты в целом обладают неплохими адаптивными возможностями, позволяющим им относительно успешно функционировать на бытовом уровне. Позитивным моментом является их физическая активность. Проблемой является недостаточное соблюдение комплаенса.

По интегральному показателю жизнестойкости ГД больные не отличаются от здоровых, но достоверно превышают их по параметру контроля. Не было установлено также принципиальных различий и по особенностям их межличностного общения. Пациентов отличает несколько большая доминантность, самоуверенность, добросердечность и дружелюбие, статистически значимо определяемые в границах адаптивной нормы. В личностном профиле FPI определились повышенная невротичность ($p < 0,001$), раздражительность ($p < 0,01$), потребность в общении ($p < 0,05$), большая стрессоустойчивость ($p < 0,001$), эмоциональная лабильность ($p < 0,01$), маскулинность ($p < 0,001$).

Исследование с помощью ЦТО показало, что «цветовой мир» гемодиализных больных преимущественно желтый, что ассоциируется с эмоциональной вовлеченностью, оптимистичностью, инфантильной жизненной позиций. Сравнение k-индексов ГД-пациентов и здоровых лиц показало статистически значимое смещение (по всем предъявляемым стимулам «Моя жизнь» ($p < 0,001$), «Моя болезнь» ($p < 0,01$), «Мое настоящее» ($p < 0,001$), «Мое будущее» ($p < 0,001$), «Мое прошлое» ($p < 0,01$) «Мое здоровье» ($p < 0,001$) в промежуточную зону, в отличие от здоровых, чьи показатели k-индекса находятся в зоне полного принятия.

Полученные результаты позволяют описать портрет ГД-больного на этапе долговременной адаптации в следующих терминах: «принятие болезни», «активность», «жизнестойкость», «контроль», «жизнь настоящим», «невротичность», «недостаточная дисциплинированность и амбивалентное отношение к лечению», «авось-психология».

Заключение. Сформировавшийся набор личностных и поведенческих качеств приближает больных с длительным периодом получения процедур гемодиализа к здоровым людям, что позволяет им адапти-

роваться к окружающей среде и относительно успешно в ней функционировать.

Ключевые слова: хроническая почечная недостаточность, перманентный гемодиализ, личностные особенности больных, психологический портрет, жизнестойкость, межличностное общение, цветовой мир, адаптация.

Введение

Проблема исследования личностных особенностей больных занимает важное место в клинической психологии. Известно, что у лиц, страдающих тяжелыми, длительно протекающими заболеваниями, происходит трансформация личности, которая затрагивает, прежде всего, эмоциональную и ценностно-смысловую сферы. Формирование внутренней картины болезни определяет стратегию не только поддержания здоровья, но и выживания в целом, включенность больного в лечебный процесс, следование комплаенсу и др. Особенно ярко это наблюдается при наличии заболеваний, сопровождающихся витальной угрозой, к числу которых относится хроническая почечная недостаточность (ХПН) [4; 5; 15; 18; 42 и др.]. Успехи современной нефрологии, техническое совершенствование гемодиализа (ГД) придают особую актуальность проблемам больных, находящихся на лечении гемодиализом.

Принято выделять три этапа психологической адаптации гемодиализных пациентов во временном аспекте: 1) «медового месяца», длящегося первые 1–3 недели от начала диализа; 2) «уныния и разочарования», занимающего от 3 до 12 мес.; 3) долговременной адаптации [26]. Каждому этапу соответствует набор психотравмирующих факторов и ответных реакций на них. Начальному периоду сопутствуют различные аффективные реакции на сам факт выявления терминальной стадии заболевания, принятие решения об активных методах терапии, инвалидизацию, хирургические вмешательства, соматические осложнения. Спектр реагирования проявляется широким регистром тревожных и депрессивных симптомов, нередко сопровождающихся суицидальной настроенностью [6; 19; 22; 25; 33; 36; 37 и др.]. В периоде уныния и разочарования часто проявляются вспышки гнева и агрессии в отношении членов семьи и медперсонала [39]. Периоду собственно адаптации соответствуют пролонгированные ситуации, связанные с изменением условий жизнедеятельности больных: профессионального статуса, семейного положения, сферы интересов. Наряду с расстройствами настроения присутствуют изменения системы жизненных ценностей, направленности поведенческой активности.

Эти изменения отличаются более выраженным истощающим воздействием на психику больных, что связано с длительным психическим напряжением [26; 40 и др.].

По данным разных авторов частота клинически выраженной депрессии у больных на диализе варьирует и составляет от 20 до 40 % [6; 28; 38]. Р. L. Kimmel с соавт. считают депрессию самым распространенным психическим расстройством у больных с ХПН [30]. R. Riezebos et al. [38] установили достоверную связь депрессии с выживаемостью больных с терминальной уремией. По их данным депрессивные пациенты умирают в 3 раза чаще.

Однако в последние годы сформировалась общая тенденция медленного, но неуклонного выравнивания качества жизни больных на гемодиализе и здоровых лиц. Исследования, проведенные в разных странах с помощью опросника SF-36, показывают, что качество жизни больных, получающих хронический ГД, остается существенно сниженным по сравнению со здоровыми лицами, преимущественно за счет показателей физического здоровья [3; 8; 9; 11; 12; 17; 24; 35; 41], тем не менее, отмечается повышение удовлетворенностью качеством психического функционирования. И. А. Васильевой при обследовании с помощью опросника SF-36 гемодиализных больных Санкт-Петербурга было обнаружено, что баллы по шкале психического здоровья (MH) даже превышают нормативные данные. Полученные ею результаты были сопоставлены с параметрами больных из других стран, где обнаружилась аналогичная картина. Проведенное автором сравнение со здоровой популяцией позволило нарисовать портрет типичного российского больного на ГД с точки зрения качества его жизни. Такого пациента отличает более высокая удовлетворенность своим психическим здоровьем и социальной активностью, чем физическими возможностями. В ее основе лежат жизненная философия, основанная на отсутствии завышенных ожиданий от будущего, довольствовании тем немногим, что дает жизнь и способности получать удовольствие от того, что пациент имеет, неприхотливости; снижении притязаний, а также потенциальной готовности к ухудшениям [3]. Этот психологический портрет значительно отличается от аналогичного, составленного в конце 1990-х годов, который в большей степени рассматривается в контексте патологического развития личности на фоне неизлечимой болезни [16].

В контексте обсуждаемой здесь темы представляет интерес использование конструкта жизнестойкости (hardiness), предложенного С. Мадди [32], который рассматривается как интегральная личностная черта, ответственная за успешность преодоления личностью жизнен-

ных трудностей. Жизнестойкость также определяется как ключевая личностная переменная, опосредующая влияние стрессогенных факторов, в том числе хронических, на соматическое и душевное здоровье [31; 34]. Многочисленные исследования показывают, что лица, страдающие тяжелыми хроническими заболеваниями, проявляют высокую жизнестойкость, т.к. им приходится преодолевать множество жизненных трудностей, чтобы справиться с болезнью. Установлено также, что высокие показатели жизнестойкости и ее компонентов соответствуют меньшей степени выраженности психопатологической симптоматики. Пациенты с высоким уровнем жизнестойкости демонстрируют меньшую степень выраженности тревожно-депрессивной симптоматики, а также меньшую глубину и тяжесть дистресса в целом [2; 13; 21].

Материалы и методы

В исследовании приняли участие 30 гемодиализных больных – 14 мужчин и 16 женщин – с индексом коморбидности Charlson [23] от 8 и выше, проходивших лечение в Центре амбулаторного гемодиализа Филиала ООО «ЭМСИПИ-Медикейр» в городе Березники; 30 условно здоровых лиц контрольной группы (14 мужчин и 16 женщин). Возраст испытуемых от 35 до 60 лет (средний возраст соответственно $43 \pm 1,2$ и $42 \pm 1,5$ года). Группы были тщательно выровнены по социальному статусу (включены испытуемые с высшим и средне-специальным образованием, в соотношении 1:1,6–1,8; брачному фактору – состоящими в браке и одинокими, в соотношениях в группе ГД пациентов 1:1,6–1,7, здоровых – 1:1–1,9). Больные страдали хронической почечной недостаточностью (ХПН) от 2 до 15 лет, сроки лечения гемодиализом составляли: 2 года – 5 чел., от 2 до 3-х лет – 10, от 3 до 4 лет – 13, от 5 до 6 лет – 2 чел. Процедуры гемодиализа принимались амбулаторно 3 раза в неделю, длительностью 4–5 час.

Все пациенты с ХПН являются инвалидами 1-й группы, однако трое из них продолжают нелегально трудиться, занимаясь частным извозом, один работает дворником. Мужчины, имеющие несовершеннолетних детей, используют любую возможность получения случайного заработка. Обследованные больные были интеллектуально сохранены, признаков диализной деменции не было выявлено ни у кого.

В работе использовались следующие группы методов: оценки экспертов, стандартизованная клиническая беседа, психо-диагностические опросники.

Группа экспертов состояла из медицинского персонала (4 врача и 6 медицинских сестер), наблюдавших больных, проходящих гемодиа-

лиз на протяжении нескольких лет. Им предстояло ответить на ряд вопросов, касающихся изменения характера, эмоциональной сферы и поведения больных в процессе прохождения лечения; адаптивных способностей ГБ; трудностей, возникающих в процессе коммуникации с больными; приверженности пациентов с длительными сроками прохождения гемодиализа комплаенсу.

Клиническая беседа касалась оценки текущего состояния и предъявляемых жалоб; доминирующего настроения; реакций пациента на обнаружение декомпенсированной ХПН и необходимости лечения перманентным гемодиализом; распределения баланса времени между прохождением лечения и другими занятиями, их характером, предпочтениями; влияния болезни на корректировку жизненных планов; соблюдения предписанного врачами режима; отношений с медперсоналом отделения.

Психодиагностическое исследование осуществлялось с помощью «Теста жизнестойкости» С. Мадди (в адаптации Д. А. Леонтьева и Е. И. Рассказовой) [10], опросника ДМО (диагностика межличностных отношений) Л. И. Собчик – модификации опросника интерперсональных отношений Т. Лири, Г. Лефоржа, Р. Сазека [20], Фрайбургского опросника FPI [7], Цветового теста отношений Е. Ф. Бажина и А. М. Эткинда [1]. Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью t-критерия Стьюдента.

Результаты

Опрос медицинского персонала позволил выявить ряд бросающихся в глаза изменений, которые они отмечали у больных в процессе прохождения лечения. Эксперты отмечали, что в начале терапии, когда пациенты приходят на гемодиализ, они испытывают напряжение и страх, сама процедура их пугает, но уже довольно скоро начинают проявлять энтузиазм, оптимистическую настроенность, стремление к сотрудничеству, установлению доверительных контактов. Изменения в характере начинают сказываться спустя несколько месяцев, они вызваны, по мнению опрошенных, тем, что больные начинают осознавать свою обреченность и понимать, что гемодиализ для них является единственным способом продления жизни, срок которой предопределен 10–15 годами. Через 1–1,5 года начинают отчетливо проявляться такие черты как раздражительность, капризность, недовольство, претенциозность. В дальнейшем происходит адаптация к своему состоянию: они ходят на гемодиализ как на работу, стараясь быстрее освободиться для своих повседневных дел. Медперсоналу из

личных бесед также известно, что их подопечные в большинстве ведут активный образ жизни, мало чем отличающийся от образа жизни здоровых. Более половины больных, в основном мужчины, занимаются спортом, посещают бассейн, катаются на лыжах, активно трудятся на своих садовых участках, ходят в лес за грибами и др. Женщины озабочены главным образом работой по дому, уборкой и приготовлением пищи, походами по магазинам. Женщины также больше времени проводят перед телевизором и в сети Интернет. Основные трудности, которые возникают в процессе общения с больными, связаны с их претенциозностью. Очень часто в случаях ухудшения своего состояния они обвиняют врачей в некачественном проведении гемодиализа, хотя сами нарушают режим, диету, прибегают к курению и употреблению спиртных напитков (мужчины). Возмущает их нетерпимость к критике, порой неуважительное отношение к персоналу, стремление манипулировать, потребительские установки («я тяжелобольной, вы все мне должны...»). Относительно дисциплинированности больных и соблюдения ими лечебных рекомендаций респонденты ответили, что строго придерживаются их чуть меньше половины пациентов. Убедить их бывает трудно в силу оппозиционных установок, желания получать сиюминутные удовольствия, не выглядеть в глазах окружающих «белой вороной» и т.п.

Описывая свое состояние, больные предъявляли жалобы на слабость, недомогание (12 чел.); одышку (18 чел.); боли в костях нижних конечностей и трудности при ходьбе (11 чел.), головную боль во время сеанса гемодиализа (4 чел.), нарушение сна (8 чел.), повышение артериального давления (15 чел.), нарушение работы желудочно-кишечного тракта (6 чел.). Больные указывали на колебания настроения, 60 % опрошенных отмечали стойкое его снижение, при этом у трех мужчин и у одной женщины оно достигало уровня выраженной депрессии. Жизнь в терминальной стадии хронической почечной недостаточности изменила отношение к старым привычкам и пристрастиям. 18 чел. ответили, что категорически прекратили курить, употреблять спиртные напитки и строго соблюдают диету. Исследование комплаенса показало, что только 17 чел. придерживаются врачебных рекомендаций по отношению к лечению. Остальные проявляют установки псевдокомплаенса (13 чел.). Принимая гемодиализ в течение длительного времени, пациенты перестроили свой жизненный ритм, научились планированию, поэтому многое успевают сделать. Они вспоминали, что процесс адаптации к новым условиям жизни происходил болезненно. Страх, тревога, отчаяние, паника были типичными симптомами в начале лечения, однако в после-

дующем они убедили себя, что ничего страшного лично с ними не произойдет, хотя были свидетелями смерти других пациентов. Типичными фразами, которые удавалось от них услышать, были: «довольствуюсь тем, что есть», «надеюсь, что хуже не будет, врачи помогут», «хожу на диализ как на работу».

Отношения с медперсоналом пациенты описывали как благоприятные, однако оказывались уклончивыми в оценке причин возникающих конфликтов и кажущуюся несправедливость в действиях медицинских работников оправдывали тем, что это делается в целом в их же интересах. В целом оценивали качество оказываемой им помощи как высокое.

Результаты исследования с помощью «Теста жизнестойкости» представлены в табл. 1.

Т а б л и ц а 1

Уровни жизнестойкости у пациентов, находящихся на гемодиализе, и относительно здоровых пациентов

Показатели	Тестовые нормы	Среднее значение		Значение t-критерия Стьюдент	Уровень различий
		Пациенты, находящиеся на гемодиализе	Условно здоровые		
Вовлеченность	37,64 ±8,08	34,1	37,5	-1,6	не значимо
Контроль	29,14 ±8,43	26,8	22,25	2,6	0,01
Принятие риска	13,91 ±4,39	14,9	15,7	0,6	не значимо
Жизнестойкость	80,72 ±18,53	75,8	75,5	0,4	не значимо

Как видно из табл. 1, показатели жизнестойкости в обеих группах испытуемых находятся в границах средних значений, а по интегральному показателю практически совпадают. По параметру контроля установлены статистически значимые различия на уровне $p < 0,01$. Это означает, что пациенты, находящиеся на ГД, более ответственно в сравнении со здоровыми относятся к событиям своей жизни. Исходя из теории жизнестойкости С. Мадди, контроль мотивирует субъекта к поиску путей влияния на результаты стрессогенных изменений в противовес состоянию беспомощности и пассивности. Таким образом, можно говорить, что они отличаются большей степенью интернальности. Полученные результаты в целом согласуются с клиническими наблюдениями и результатами проведенной беседы: чтобы выжить, пациентам требуется осуществлять контроль в разных сферах своей жизни.

В табл. 2 представлены данные, полученные с помощью опросника ДМО.

Параметры шкал опросника ДМО пациентов, находящихся на гемодиализе, и относительно здоровых пациентов

Октанты	Среднее значение		Значение t – критерия Стьюдента	Уровень различий
	Пациенты, находящиеся на гемодиализе	Условно здоровые		
I. Властный – лидирующий (авторитарный)	4,2	3	2,4	0,05
II. Независимый – соперничающий (эгоистичный)	4	2,8	3	0,01
III. Прямолинейный – агрессивный (агрессивный)	4,5	5,8	-2,2	0,01
IV. Недоверчивый – скептический (подозрительный)	3,7	4,2	-0,8	не значимо
V. Покорный – застенчивый (подчиняемый)	6,1	5,4	1,4	не значимо
VI. Зависимый – послушный (зависимый)	4,9	4,4	0,7	не значимо
VII. Сотрудничающий – конвенциональный (дружелюбный)	7,2	5,4	3	0,05
VIII. Ответственный-великодушный (альтруистический)	6,5	5,4	1,5	не значимо
Индекс доминирования	- 1,83	- 2,8	0,8	не значимо
Индекс дружелюбия	+ 5,29	+ 1,56	3,3	0,001

Как видно из табл. 2, все показатели шкал обеих групп испытуемых находятся в нормативных границах. По типам отношения к окружающим выявленные параметры указывают на адаптивность. Статистически значимые различия получены по 1-й, 2-й, 3-й и 7-й шкалам. По 1-му октанту (властный – лидирующий) установлены различия на уровне $p < 0,01$. Поскольку полученный результат находится в адаптивной зоне от 0 до 8 баллов, говорить о выраженной властности и директивности больных не представляется возможным. Исходя из интерпретаций, предлагаемых Л. И. Собчик, указанные показатели свидетельствуют об организаторских способностях, активности, уверенности в себе. 2-й октант «независимый-доминирующий» (эгоистический) указывает на независимого, уверенного, соперничающего субъекта, черты которого проявляются несколько ярче у больных, находящихся на ГД, чем у здоровых ($p < 0,01$). Иными словами, этих пациентов можно считать более самоуверенными в сравнении со здоровыми. Третья шкала («прямолинейный – агрессивный») в адаптивных пределах указывает на такие черты, как искренность, непосред-

ственность, настойчивость в достижении цели, которые у здоровых проявляются с тенденцией к недружелюбию, вспыльчивости и несдержанности (Л. И. Собчик) [20]. Можно сказать, что больные, получающие ГД, отличаются большей добросердечностью. Представляет интерес анализ тенденций, выявляемых по 7-й шкале, которая определяет вектор психологического профиля. Как следует из описания, лица с умеренными параметрами по данной шкале проявляют дружелюбие, стремление к сотрудничеству, чувство общности, поиски признания, попытки излияния своих жалоб и проблем на других. По этому параметру гемодиализные больные статистически значимо отличаются от здоровых при $p < 0,05$. Одновременно таким лицам свойственна умеренная тревожность, большая эмоциональная неустойчивость, зависимость самооценки от мнения окружающих, однако все эти черты проявляются неярко, стерто.

Оказалось, что пациенты, находящиеся на гемодиализе, статистически значимо превышают условно здоровых по уровню доброжелательности ($p < 0,001$), но мало различаются по степени доминирования. И те, и другие представляют собой низкодоминантных субъектов (чем больше происходит отклонение от 1 в сторону «—», тем меньше выражен признак). С этих позиций (не подтвержденных статистической значимостью) пациенты, находящиеся на гемодиализе, в общей массе менее доминантны, но, как видно из табл. 2, демонстрируют более высокие значения по шкалам I и II, что указывает на их большую независимость, стремление отстаивать свою собственную точку зрения, т.е. проявление неконформных качеств.

Что касается индекса дружелюбия, то, несмотря на положительные тенденции (отклонение от 1 со знаком «+»), его значения достигают невысоких цифр.

Обобщая полученные данные с помощью опросника ДМО, можно заключить, что для пациентов, подверженных лечению ГД, свойственны личностные качества, незначительно отличающие их от здоровых субъектов. Ни один из исследованных параметров не дает оснований полагать, что тяжелая хроническая болезнь, угрожающая жизни пациента, какой является ХПН, вызывает грубые деформации личности, приводит к развитию акцентуированных или психопатических черт, проявляющих себя в межличностном взаимодействии.

Полученные нами данные согласуются с литературными, в частности, изложенными еще в 1983 году в диссертационном исследовании Т. Н. Муладжановой, которая показала, что гемодиализные больные на этапе собственно адаптации показывают заметное сглаживание эмоциональных проявлений. Они смиряются со своим состоянием и пытаются взять от жизни все возможное, что позволяет им их физическое состояние [14].

В табл. 3 представлены сравнительные данные личностного опросника FPI.

Т а б л и ц а 3

Параметры шкал опросника FPI пациентов, находящихся на гемодиализе, и относительно здоровых пациентов

Виды шкал	Среднее значение		Значение t – критерия Стьюдента	Уровень различий
	Пациенты, находящиеся на гемодиализе	Условно здоровые		
I – невротичность	7,2	4,7	6,25	0,001
II – спонтанная агрессивность	3,2	3,7	-1,25	не значимо
III – депрессивность	4,6	4,7	-0,2	не значимо
IV – раздражительность	6,3	5	3,2	0,01
V – общительность	3,2	2,8	2	0,05
VI – уравновешенность	6	4,1	6,3	0,001
VII – реактивная агрессивность	6	5,3	1,75	не значимо
VIII – застенчивость	6	6,3	-0,75	не значимо
IX – открытость	6,7	7,3	-1,5	не значимо
X – экстраверсия–интроверсия	3,8	4,6	-2	не значимо
XI – эмоциональная лабильность	5,8	4,3	3,75	0,001
XII – маскулинизм-феминизм	5	3,6	3,5	0,001

Как видно из табл. 3, больные, находящиеся на ГД, в сравнении со здоровыми испытуемыми, отличаются высокой невротичностью ($p < 0,001$). В клинической картине заболевания в значительной мере присутствует психосоматический компонент с признаками астенического синдрома, что подтверждается клиническими наблюдениями. Больные часто жалуются на слабость, повышенную утомляемость, снижение памяти, внимания и др. Спонтанная агрессивность пациентов и депрессивность находятся на среднем уровне, и их показатели не отличаются от здоровых лиц ($p > 0,05$). По уровню раздражительности они превышают группу условно здоровых ($p < 0,001$), что свидетельствует об их неустойчивом эмоциональном состоянии со склонностью к аффективному реагированию. Характеристики, полученные с помощью данной шкалы, согласуются с данными 7-го октанта опросника ДМО, которые также указывают на эмоциональную нестабильность.

Потребность в общении обследованных ГД-больных невысока как, впрочем, и здоровых лиц, однако она статистически значимо выше, чем у последних ($p < 0,01$). Очевидно, что это их избирательная потребность, обусловленная необходимостью информирования о своем состоянии, а также поисками поддержки у близких и окружающих. Подтверждается результатами опросника ДМО (1-й октант).

Показатели по шкале «уравновешенность» свидетельствуют о большей стрессоустойчивости ГД-больных в сравнении со здоровыми людьми ($p < 0,001$). Они в равной степени способны к пассивно-оборонительному поведению как и испытуемые контрольной группы при повседневных стрессовых нагрузках, демонстрируя умеренные проявления тревоги и беспокойства ($p > 0,05$). Можно также утверждать, что обследованные пациенты отличаются уживчивостью, умеренной конфликтностью и мало чем отличаются от здоровых по показателю реактивной агрессии ($p > 0,05$).

Больные, находящиеся на перманентном гемодиализе, в целом искренни и открыты как и испытуемые без почечной патологии. Это также подтверждается данными, полученными с помощью опросника ДМО об их дружелюбии.

И те и другие испытуемые относятся к категории амбивертов с незначительной тенденцией к интроверсии у больных, находящихся на гемодиализе ($p > 0,05$). Для них характерна большая эмоциональная лабильность, чем у здоровых ($p < 0,01$), что согласуется с показателями невротизации по 1-й шкале.

Можно также констатировать, что больным с почечной недостаточностью более присущ маскулинный тип поведения ($p < 0,01$), в то время как для здоровых характерна тенденция к андрогинии.

В целом результаты исследования с помощью личностного опросника FPI согласуются с данными опросника ДМО. Другими словами, наличие тяжелой почечной патологии не привело к личностным деформациям, психопатизации личности как это бывает при других болезнях, на что указывала В. В. Николаева [15]. Однако для больных, находящихся на ГД, оказывается характерен невротический тип реагирования, что подтверждается результатами по I, IV, VI и XI шкалам.

Результаты исследования с помощью ЦТО представлены в табл. 4.

Т а б л и ц а 4

Доминирующие цветовые предпочтения пациентов, находящихся на перманентном гемодиализе, и условно здоровых

Вербальный стимул	Среднее значение				Значение t – критерия Стьюдента	Уровень различий
	Пациенты, находящиеся на гемодиализе		Условно здоровые			
	Доминирующий цвет	к-индекс	Доминирующий цвет	к-индекс		
«Моя жизнь»	Зеленый	16,35	Зеленый	8,8	5,0	0,001
«Моя болезнь»	Черный	17,9	Черный	14,1	2,9	0,01
«Мое настоящее»	Желтый	20,1	Зеленый	9,5	5,6	0,001

«Мое будущее»	Желтый	18,5	Желтый	6,8	6,2	0,001
«Мое прошлое»	Желтый	18,5	Желтый	13,1	3,2	0,01
«Мое здоровье»	Желтый	14,7	Желтый	7,2	4,2	0,001

В обеих группах категорий «мое настоящее», «мое будущее», «мое прошлое», «мое здоровье» можно описать условно как преимущественно желтый, «моя жизнь» – зеленый и «моя болезнь» как черный цвета. Черный – отвергаемый цвет, ему соответствует непривлекательность, молчаливость, упрямость, эгоистичность, независимость, враждебность. В соответствии с теорией цвета, доминирующие основные цвета могут отражать определенные личностные свойства, такие, как тип реагирования, ведущий мотив, ведущая эмоция и позиция [1].

«Цветовой мир отношений» гемодиализных больных преимущественно желтый. Желтому цвету соответствует спонтанность и неустойчивость интересов; эмоциональная вовлеченность, оптимистичность, инфантильная жизненная позиция. В то время как у здоровых лиц он желто-зеленый. Зеленый цвет отражает такие качества как сопротивляемость и упорство; удержание позиции; эмоциональную ригидность и соответствует зрелости.

Результаты математической обработки k-индексов указывают на статистически значимые различия между обеими группами по всем вербальным стимулам. Это свидетельствует о том, что система отношений у больных, проходящих гемодиализ, отличается от таковой у здоровых, однако приближается к ним по своим качественным характеристикам. Как видно из результатов клинической беседы, пациенты с ХПН в целом ведут образ жизни, по формальным показателям мало отличающийся от образа жизни здоровых людей, хотя ответы испытуемых не дают представления о том, какие усилия при этом им приходится прилагать и какие способы совладания с болезнью использовать. Значения k-индексов пациентов, проходящих лечение гемодиализом, находятся в промежуточной зоне континуума (10,8–21,4 – средняя зона). Можно предположить, что в целом пациентов устраивает их судьба и сложившиеся обстоятельства, которые можно рассматривать как «принятие» по систематике стадий горя по Э. Кюблер-Росс.

Обсуждение результатов

Одним из важных аспектов настоящего исследования является ответ на вопрос, что происходит в психике больного неизлечимой болезнью, какой является ХПН, на этапе долговременной адаптации к процедуре перманентного гемодиализа. Ключевыми словами, с помощью которых можно описать эти новообразования, являются «принятие», «активность», «жизнестойкость», «контроль», «жизнь насто-

ящим», «невротичность», «недостаточная дисциплинированность и амбивалентное отношение к лечению», «авось-психология».

Принятие больными сложившейся жизненной ситуации в этом ряду, по-видимому, является наиболее значимым фактором, который определяет выбор оптимальных стратегий для выживания, что обуславливает также перестройку ценностно-смысловой сферы личности. Данный тезис подтверждается большинством исследователей, изучающих качество жизни гемодиализных больных [3; 4; 18; 35; 41]. Физическая активность также является фактором поддержания жизни, на что указывают ряд зарубежных авторов [27; 29]. Жизнестойкость и контроль позволяют преодолеть дистресс, а также оппонировать депрессии и отчаянию, сгладить психопатологическую симптоматику, больше сконцентрироваться на событиях повседневной жизни [34]. Значимость невротических проявлений несомненна, их основу составляет хроническая астенизация, а раздражительная слабость становится своеобразным катализатором возникающих межличностных конфликтов как в бытовых ситуациях, так и в лечебном процессе. Однако эти проявления носят скорее защитный характер и подлежат критической самооценке. Наибольшую проблему составляет соблюдение комплаенса. На наш взгляд, причины несоблюдения режима пациентами кроются в выработанных ими двойных жизненных стандартах – за пределами больничных стен, где приходится справляться с повседневными заботами наравне со здоровыми без поблажек на то, что ты больной, например, чтобы содержать семью; и в условиях отделения, когда каждая принятая процедура напоминает о зависимости пациента от действий медперсонала, невозможности освободиться от бремени его власти. Определенную роль играют и особенности российской ментальности: «авось пронесет», «с одного раза ничего не случится» и т. п.

Выводы

1. Пациенты на перманентном ГД в периоде долговременной адаптации – это активные, обладающие умеренной жизнестойкостью, общительные субъекты, низкодоминантные, отличающиеся доброжелательностью и дружелюбием, самоуверенные, не всегда с адекватной самооценкой, предъявляющие заниженные требования к себе с одновременным наличием рентных установок, проявляющихся в отношениях с медицинскими работниками. Они обидчивы, но отходчивы и незлобивы, склонны проявлять вспыльчивость, капризность, раздражительность.

2. Набор жалоб астенического характера (слабость, недомогание, разбитость, нарушение памяти и внимания и др.) в сочетании с вышеуказанными эмоциональными расстройствами позволяет рассматри-

вать их как личностей с невротическими чертами характера. Однако выраженность этих качеств неглубока.

3. Больные, находящиеся на гемодиализе, существенно не отличаются от здоровых людей по особенностям их межличностного общения. Сформировавшийся набор личностных и поведенческих качеств у больных с длительным периодом получения процедур гемодиализа позволяет им адаптироваться к окружающей среде и относительно успешно в ней функционировать.

Библиографический список

1. Бажин Е. Ф., Эткинд А. М. Цветовой тест отношений : методические рекомендации. – Л. : ЛНИПНИ им. В. М. Бехтерева, 1985. – 23 с.
2. Василенко Т. Д., Селин А. В. Структура жизнестойкости и психологических факторов с ней связанных в ситуации хронического соматического заболевания // Психологическое сопровождение лечебного процесса : матер. Всеросс. научно-практич. конфер., посвященной 75-летию Курского гос. мед. ун-та и 10-летию кафедры психологии и педагогики. – г. Курск : КГМУ, 14 мая 2010. – С. 79–86.
3. Васильева И. А. Особенности качества жизни больных с хронической почечной недостаточностью при лечении гемодиализом // Известия Российского государственного педагогического университета им. А. И. Герцена. – 2008. – № 57. – С. 75–85.
4. Васильева И. А. Внутренняя картина болезни и качество жизни больных с терминальной почечной недостаточностью // Рос. науч. журн. – 2009. – № 2 (9) . – С. 77–87.
5. Вассерман Л. И., Трифонова Е. А., Федорова В. Л. Внутренняя картина болезни в структуре качества жизни у больных с соматической патологией // Сибирский психологический журнал. – 2008. – № 27. – С. 67–71.
6. Горин А. А. Качество жизни и пограничные психические расстройства у больных на программном гемодиализе : автореферат дис. ...канд. мед. наук : 14.00.05. – М., 2005. – 24 с.
7. Крылов А. А., Ронгинская Т. И. Исследование личности с помощью модифицированной формы В опросника FPI // Практикум по общей, экспериментальной и прикладной психологии / под ред. А. А. Крылова, С. А. Маничева. – СПб. : Питер, 2000. – С. 314–323.
8. Крылова М. И. Качество жизни больных на гемодиализе и перитонеальном диализе : автореферат дис. ... канд. мед. наук : 14.01.29. – М., 2011. – 26 с.
9. Крылова М. И., Ермоленко В. М., Шутов Е. В. Качество жизни у больных с терминальной уремией на лечении гемодиализом и перитонеальным диализом // Нефрология и диализ. – 2010. – Т. 12 – № 3. – С. 192–196.

10. Леонтьев Д. А., Рассказова Е. И. Тест жизнестойкости : методическое руководство. – Смысл, 2006. – 63 с.
11. Макаров Е. В., Максудова А. Н., Игбагимов А. И., Шакирова И. Д. Качество жизни больных с хронической почечной недостаточностью, находящихся на программном гемодиализе // Казанский медицинский журнал. – 2011. – № 1. – С. 26–29.
12. Малкоч А. В., Ермоленко В. М., Шутов Е. В., Крылова М. И., Филатова Н. Н. Исследование качества жизни больных на лечении программным гемодиализом и перитонеальным диализом // Лечащий врач. – 2011. – № 1. – С. 57–60.
13. Мисютина В. В. Жизнестойкость, психопатологическая симптоматика и качество жизни больных дисциркуляторной энцефалопатией // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2012. – № 3. – С. 116–119.
14. Муладжанова Т. Н. Психологический анализ изменений личности у больных хронической почечной недостаточностью, находящихся на лечении гемодиализом : автореферат дис. ... канд. психол. наук : 19.00.04. – М., 1983. – 14 с.
15. Николаева В. В. Влияние хронической болезни на психику. – М. : Изд. МГУ, 1987. – 168 с.
16. Петрова Н. Н., Васильева И. А. Психологический портрет больных, находящихся на лечении методом перманентного гемодиализа // Нефрология. – 1998. – № 3. – С. 84–91.
17. Половинко Е. Н. Качество жизни пациентов, находящихся на заместительной почечной терапии // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия : Психология. – 2012. – № 19 (278). – С. 105–109.
18. Психологическая адаптация к болезни у лиц с хронической почечной недостаточностью. Результаты экспериментально-психологического исследования / И. А. Васильева, Б. В. Иовлев, Р. О. Серебрякова, Е. В. Ткалина, О. Ю. Щелкова // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2008. – № 4. – С. 8–11.
19. Рыбакова К. В. Психические расстройства и психосоматические соотношения у больных с хронической почечной недостаточностью, получающих лечение гемодиализом : автореферат дис. ... канд. мед. наук : 14.00.18.; 14.00.48. – СПб., 2004. – 24 с.
20. Собчик Л. Н. Диагностика межличностных отношений : модифицированный вариант интерперсональной диагностики Т. Лири : методическое руководство. – М., 1990. – 48 с.
21. Узлов Н. Д., Габдрахманова Н. Н. Жизнестойкость больных туберкулезом легких и ее связь с копинг-стратегиями и механизмами психологической защиты // Клиническая психология. Наука и практика : пути интеграции. – Ч. 2. / под науч. ред. А. Н. Алехина, Е. Д. Глуховой, Е. А. Трифионовой. – СПб. : Изд-во РГПУ им. А. И. Герцена, 2013. – С. 184–190.

22. Bornivelli C., Aperis G., Giannikouris I., Paliouras C., Alivannis P. Relationship between depression, clinical and biochemical parameters in patients undergoing haemodialysis // *J. Ren. Care.* – 2012. – Vol. 38. – № 2. – P. 93–99.
23. Charlson M. E., Pompei P., Ales K. L., MacKenzie C. R. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies : development and validation // *J. Chron. Dis.* – 1987. – Vol. 40. – P. 373–383.
24. De Abreu M. M., Walker D. R., Sesso R. C., Ferraz M. B. Health-Related Quality of Life of Patients Receiving Hemodialysis and Peritoneal Dialysis in São Paulo, Brazil : A Longitudinal Study // *Value in Health.* – 2011. – № 14. – P. 119–121.
25. Farrokhi F. A Patient Opinion Survey to Identify Perceived Barriers to the Introduction of a Screening Program for Depression in a Hemodialysis Population. – Toronto : Masters of Science, 2013. – 153 p.
26. Gerogianni S. K., Babatsikou F. P. Psychological Aspects in Chronic Renal Failure // *Health Science Journal.* – 2014. – Vol. 8. – Issue 2. – P. 205–214.
27. Girija K., Radha R. Beneficial Effect of Physical Activity in Hemodialysis Patients // *Universal Journal of Engineering Science.* – 2013. – № 1(2). – P. 40–44.
28. Ibrahim N., Desa A., Chiew-Tong N. K. Illness Perception and Depression in Patients with End-Stage Renal Disease on Chronic Haemodialysis // *The Social Sciences.* – 2011. – Vol. 6. – Issue 3. – P. 221–226.
29. Kaptein Ad A., van Dijk S., Broadbent E., Falzon L., Thong M., Friedo W., Dekker F. W. Behavioural research in patients with end-stage renal disease : A review and research agenda // *Patient Education and Counseling.* – 2010. – Vol. 81. – P. 23–29.
30. Kimmel P. L., Peterson R. A. Depression in end-stage renal disease patients treated with hemodialysis : tools, correlates, outcomes, and needs // *Semin Dial.* – 2005. – Vol. 18. – № 2. – P. 91–97.
31. Lee H. J. Relationship of Hardiness and current life events to perceived health in rural adults // *Research in Nursing and Health.* – 1991. – Oct. – Vol. 14. – № 5. – P. 351–359.
32. Maddi S. R., Khoshaba D. M. Hardiness and Mental Health // *Journal of Personality Assessment.* – 1994. – Oct. – Vol. 63. – № 2. – P. 265–274.
33. Makara-Studzicka M., Końlak A. Depression symptoms among patients with end stage renal disease and among primary health care patients // *Archives of Psychiatry and Psychotherapy.* – 2011. – № 3. – P. 5–10.
34. Nagy St., Nix Ch. L. Relations between preventive health behavior and hardiness // *Psychological Reports.* – 1989. – Aug. – Vol. 65. – № 1. – P. 339–345.
35. Pagels A. A., Klang Söderkvist B., Medin B., Hylander B., Heiwe S. Health-related quality of life in different stages of chronic kidney disease and at initiation of dialysis treatment // *Health and Quality of Life Outcomes.* – 2012. – Jun 18. – № 10 (1). – P. 71.

36. Patel M. L., Sachan R., Nischal A., Surendra. Anxiety and Depression – A Suicidal Risk in Patients with Chronic Renal Failure on Maintenance Hemodialysis // International Journal of Scientific and Research Publications. – 2012. – Vol. 2, Issue 3. – P. 1–6.
37. Pop-Jordanova N., Polenakovic M. Personality Profiles and Depression in Haemodialysis Patients // Contributions, Sec. Biol. Med. Sci. – 2012. – Vol. XXXIII/2. – P. 117–129.
38. Riezebos R. K., Nauta K.-J., Honig A., Dekker F. W., Siegert E. H. The association of depressive symptoms with survival in a Dutch cohort of patients with end-stage renal disease // NDT. – 2010. – Vol. 25. – P. 231–236.
39. Spiridi S., Iakovakis A., Kaprinis G. Renal insufficiency : Biological and psychosocial consequences // Psychiatry. – 2008. – Vol. 19. – P. 28–34.
40. Theofilou P. Psychiatric disorders in chronic periodic hemodialysis // Vima of Asklipiou. – 2010. – № 9 (4). – P. 420–440.
41. Theofilou P. Quality of Life in Patients Undergoing Hemodialysis or Peritoneal Dialysis Treatment // Journal of Clinical Medicine Research. – 2011. – Vol. 3. – № 3. – P. 132–138.
42. Tong A., Sainsbury P., Chadban S., Rowan G., Walker R. G., Harris D. C., Carter S. M., Hall B., Carmel Hawley C., Craig J. C. Patients' Experiences and Perspectives of Living With CKD // Am. J. Kidney Dis. – 2009. – Vol. 53. – P. 689–700.

Опубликовано: Медицинская психология в России : электрон. науч. журн. – 2014. – № 4(27) [Электронный ресурс]. – URL: <http://mprj.ru> (в соавт. с Ю. Г. Бикбулатовой)

Отношение матерей и отцов к острому респираторному заболеванию у своего ребенка младенческого, раннего и дошкольного возраста

В общей структуре патологии детского возраста ведущее место занимают болезни органов дыхания, среди которых наиболее часто встречаются острые респираторные заболевания (ОРЗ). На их долю приходится более 90 % всех болезней респираторной системы у детей. Ежегодно у детей регистрируется до 65–70 тыс. случаев ОРЗ на 100 тыс. населения, что в 2,7–3,2 раза выше, чем у взрослых [3]. Максимальная заболеваемость ОРЗ среди детей отмечается в возрасте от 6 месяцев до 6 лет и составляет от 4 до 6 заболеваний в год. Превышение этого порога дает основание относить таких детей к часто болеющим (ЧБД). Согласно статистике среди детей раннего возраста, посещающих детские сады, группа ЧБД может составлять около 40 % и до 50 %, в то время как среди школьников частые ОРЗ отмечаются менее чем у 15 % детей и подростков [4].

Одним из важных факторов эффективности лечебных мероприятий при ОРЗ у детей является адекватное и грамотное включение в этот процесс родителей больного ребенка [2]. Важную роль играют установки родителей на болезнь, их представления о сущности терапии, профилактики и др., которые не только указывают на уровень их санитарной культуры, но и нередко являются скрытыми индикаторами состояния семейной системы, в которой ребенок проявляет себя как «симптом своих родителей». Если ребенок часто болеет, то причину болезни следует искать и устранять в состоянии здоровья семьи. При болезни ребенка нередко страдает психологический климат в семье. Так, установлено, что рекуррентные респираторные заболевания у детей более чем в 50 % семей сопровождаются умеренным или значительным напряжением отношений между родителями и более чем в 57 % – дефицитом внимания к другим членам семьи, в том числе и к другим детям. В целом показано, что более 70 % родителей, дети которых часто болеют ОРЗ, констатируют ухудшение качества своей жизни [4].

Цель настоящего исследования – сравнительное изучение различий в отношении матерей и отцов к ОРЗ у своего ребенка. В исследовании принимали участие матери и отцы 60 детей возрасте от 0 до 6 лет, которые приводили своего заболевшего ребенка на прием к врачу в детскую поликлинику № 1 города Березники. Все испытуемые были разделены на 3 группы, в соответствии с возрастом детей: младенческий (0–1 год), ранний детский (от 1 года до 3 лет), дошкольный (3–6 лет). Таким образом, каждая группа включала в себя 20 отцов и 20 матерей. Респонденты – люди в возрасте 20–35 лет, имеющие средне-специальное или высшее образование, работающие, материально обеспеченные, ухаживающие за больным ребенком, главным образом, самостоятельно, без привлечения бабушек и других родственников. Все семьи по данным медицинского наблюдения характеризовались как социально благополучные.

В работе использовались следующие эмпирические методы: клиническая беседа, методика диагностики отношения к болезни ребенка (ДОБР) [1]; специально разработанная для этих целей методика «незаконченных предложений» (НП), которая включала себя следующие высказывания: «Когда болен мой ребенок я: чувствую..., стараюсь..., делаю..., требую..., запрещаю..., позволяю..., избегаю..., занимаюсь..., обращаюсь за помощью к...».

В табл.1 представлены данные, полученные на основе опросника ДОБР.

Отношение матерей и отцов к ОРЗ у своего ребенка

Шкалы	Возраст 0 – 1		t- критерий	Возраст 1 – 3		t- кри- терий	Возраст 3 – 6		t- кри- терий
	Матери	Отцы		Матери	Отцы		Матери	Отцы	
Интернальность	7,25	5,75	3,01 ***	7,35	4,10	2,13 **	6,95	5,12	2,05 *
Тревога	4,30	2,15	3,45 ***	2,75	2,15	1,62	2,00	1,15	1,42
Нозогнозия	1,95	4,50	8,73 ***	2,01	2,74	0,79	1,00	2,00	0,68
Контроль активности	4,85	5,00	0,07	2,10	3,90	2,15 **	4,00	7,00	2,74 **
Общая напряженность	2,06	5,76	13,6 ***	1,81	4,67	5,67 ***	1,53	3,79	3,57 ***

Условные обозначения: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$

Как видно из табл. 1, матери, независимо от возраста ребенка, более склонны к экстернальному родительскому контролю болезни ребенка, преуменьшая тем самым свою ответственность за ее возникновение, в то время как отцы описывают свое поведение как амбиентное (различия статистически достоверны). Интересно, что принятие на себя ответственности за болезнь ребенка косвенно подтверждалась методикой НП: 13,7 % отцов (8 чел.) в общей сложности переживали по поводу болезни чувство вины, в то время как его испытывали только 3 матери (5 %). Объяснение экстернальному материнскому контролю, на наш взгляд, кроется в различиях мужской и женской родительской психологии: женщины по своей природе более иррациональны, их уход за ребенком основан на эмоциях и инстинктах, в то время как мужской взгляд базируется на рассудительности, логичности, готовности к принятию ответственных решений.

Умеренный показатель тревоги выявлен только у матерей заболевших младенцев, который статистически значимо отличался от уровня тревоги отцов ($p < 0,001$). Во всех остальных возрастных группах у испытуемых он оказался незначительным, в пределах 1–3 баллов, что, по мнению авторов опросника ДОБР, может указывать на вытеснение тревоги. Вместе с тем, в клинической беседе и на основе методики НП установлено, что переживание тревоги и беспокойства по поводу болезни свойственно большинству (60–75 %) родителей, в значительной степени (страх) – матерям, в меньшей степени – отцам

заболевшего ребенка с тенденцией уменьшения частоты переживания подобных чувств по мере перехода ребенка в следующую возрастную категорию. Любопытно, что наряду с сострадательными чувствами, транслируемыми матерями к своему ребенку, в единичных случаях (10 % обследованных матерей, имеющих детей в возрасте 3–6 лет) отмечалось отчетливо выраженное раздражение по поводу его болезни, чего не выявлено в ответах отцов.

По параметру «нозогнозия» установлено, что отцы, имеющие детей младенческого возраста, склонны более адекватно (нормонозогнозически) оценивать тяжесть болезни своего ребенка, в то время как матери демонстрируют гипонозогнозическую реакцию ($p < 0,001$). Последняя, как видно из табл.1, ярко проявляет себя в поведении обоих родителей, имеющих детей старших возрастов. Таким образом, ОРЗ у детей большинством родителей не воспринимается как достаточно серьезное заболевание. Соответственно, ответы испытуемых, выявленные на основе методики НП по параметрам «стараюсь» и «делаю» включали, главным образом, описание действий медицинского плана: «лечить», «ухаживать», «заботиться о нем», «облегчить боль», «давать лекарства», «выполнять предписания врача» и проч. И лишь единичные ответы касались установления эмоционального контакта с ребенком: «общаюсь с ребенком» (больше у отцов), «стараюсь быть с ним нежнее», «успокоить», «развеселить», «приготовить ему что-нибудь вкусненького» (у матерей).

И матери, и отцы младенцев устанавливают адекватный уровень контроля активности младенца, заболевшего ОРЗ, что, на наш взгляд, происходит «автоматически» в силу недостаточной развитости моторных функций ребенка и высокой степени зависимости его состояния от поведения взрослых. У родителей, имеющих детей раннего возраста во время болезни этот контроль ослабевает и несколько усиливается при достижении дошкольного периода. При этом отцы демонстрируют тенденцию усиления контроля активности больного ребенка с тенденцией соблюдения требований «лечебного покоя», больше – в старшей возрастной группе ($p < 0,01$). Эта тенденция находит свое отражение и в ответах испытуемых по методике НП по категориям «требую от ребенка», «запрещаю», «позволяю».

Так, требования «соблюдать постельный режим» исходит от 15–25 % матерей и 40–45 % отцов в группах детей раннего и дошкольного возраста. Перечень запретов и разрешений у матерей отличается большим диапазоном и противоречивостью. Ребенку запрещается (в порядке убывания частоты ответов) «бегать, прыгать», «играть в компьютерные

игры», «гулять», «смотреть телевизор»; допускается в 25–30 % случаев «играть» (в 10 % случаев на игры накладывается полный запрет), в равной степени нельзя и можно (5–15 % ответов) «баловаться» и «шалить», «заниматься любимыми делами» (10 %) и даже «поздно ложиться спать». Более половины опрошенных отцов запрещают своему ребенку во время болезни «ходить» (т. е. требуют находиться в постели), зато позволяют ему «капризничать» (25–35 % ответов) и «заниматься любимыми делами» (до 75 % респондентов указанных групп), что также свидетельствует о непоследовательности воспитательных стратегий отцов. От 40 до 55 % опрошенных отцов, включая отцов младенцев, подтвердили, что болезнь есть один из способов установления доверительных отношений с ребенком: «больше общаюсь с ним», «требую от ребенка спокойствия и терпения», «избегаю строгости, ссор с ним». 65 % отцов отметили, что полноценному общению с детьми мешает их профессиональная занятость, в то время как для матерей, в ряде случаев, пребывание на больничном листе по уходу за ребенком является дополнительной возможностью заняться домашними делами, уборкой, а если ОРЗ протекает не тяжело, то и для отдыха.

В оценке общей напряженности получены средне-низкие показатели у матерей и средние значения у отцов. При этом отцы в целом демонстрируют относительно большее напряженное отношение к ОРЗ у своего ребенка, в сравнении с матерью (различия статистически достоверны, $p < 0,001$).

Суммируя вышесказанное, можно утверждать, что в целом существуют определенные различия во взглядах матерей и отцов на ОРЗ заболевших детей. Материнское отношение характеризуется высокой терапевтической активностью, направленной на скорейшее выздоровление; умеренной или относительно низкой тревожностью, эмоциональностью; поиском внешних причин возникновения болезни, тенденцией рассматривать ОРЗ как не очень значимое, но фатально неизбежное в детском возрасте заболевание, от которого можно избавиться с помощью медикаментозных средств; противоречивостью в использовании режимных мероприятий. Отцы, наоборот, несмотря на их относительно отстраненность в вопросах ухода и воспитания, более взвешенно и ответственно подходят к проблемам заболевшего ОРЗ ребенка, ищут внутренние заложенные в семье причины его возникновения; формируют нормонозогностическую картину болезни с учетом возможных ее последствий; стремятся осуществлять контроль за соблюдением режимных мероприятий. Однако их воспитательное воздействие также отличается недостаточной последовательностью в силу ситуационной

включенности в контакт с больным ребенком, факультативностью, в сравнении с доминирующим материнским влиянием. Приведенные нами данные могут быть интерпретированы в контексте идей известного педиатра Евгения Комаровского о необходимости изменения воспитательной родительской (феминистской) парадигмы в сторону «распространения мужских взглядов на процесс выращивания детей» [2].

Библиографический список

1. Каган В. Е., Журавлева И. П. Методика диагностики отношения к болезни ребенка (ДОБР) // Психодиагностические методы в педиатрии и детской психоневрологии : методическое пособие / под ред. Д. Н. Исаева, В. Е. Кагана. – СПб., 1991. – С. 30–34.
2. Комаровский Е. О. ОРЗ : Руководство для здравомыслящих родителей. – М. : КЛИНИКОМ, 2008. – 640 с.
3. Коровина Н. А., Заплатников А. Л. Часто болеющие дети и современные возможности иммунопрофилактики острых респираторных инфекций // Трудный пациент. – 2006. – № 9. – С. 29–33.
4. Самсыгина Г. А., Коваль Г. С. Часто болеющие дети : проблемы диагностики, патогенеза и терапии // Детский врач. – 2008. – № 6. – С. 5–10.

Опубликовано: Рождение и жизнь : матер. междунар. конфер. по клинической психологии детства 14–15 октября 2010 года, СПбГПМА / под ред. В. А. Аверина, А. Н. Корнева. – СПб. : Изд. СПбГПМА, 2010. – С. 105–108 (в соавт. с Н. Г. Могилевец).

РАЗДЕЛ 4. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЖЕНСКОГО РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

Отношение к себе первобеременных женщин в оптимальном и пост-оптимальном возрасте рождения ребенка

Мнения ученых относительно оптимального возраста для вынашивания первого ребенка расходятся. По американским данным этот возраст составляет 34 года. По мнению отечественных гинекологов – оптимальным считается возраст от 20 до 25 лет. Проведенные социологические исследования показали, что 61 % представителей мужского пола и 49 % женщин называли возраст от 19 до 24 лет самым лучшим для рождения первого ребёнка [2].

Известно, что беременность много меняет в облике женщины и вносит серьезные коррективы в ее самопредставление, восприятие себя как личности и субъекта общения, в том числе глазами других. Особенности самооценки женщин в период беременности определяется многообразием различных факторов – конституциональных, возрастных, соматических, семейных, психологических и др.

Цель настоящего исследования – изучение отношения к себе беременных в оптимальном и постоптимальном возрасте беременности.

Обследовано 92 беременных первородящих женщин 19–38 лет, уравненных по критериям одноплодной беременности, срока гестации (третий последний триместр беременности), семейного положения (зарегистрированный или гражданский брак), условий проживания (наличие у семьи отдельной жилплощади). Выделены две равные группы беременных женщин: 1) в оптимальном (19–24 года, средний возраст 21,6 г.) и 2) в пост-оптимальном (25–38 лет, средний возраст 30,4 г.) возрасте вынашивания беременности.

В качестве инструментария была использована методика личностного дифференциала [1]. Для обеих категорий испытуемых были предложены для оценки следующие параметры-понятия: «Я до беременности», «Я во время беременности», «Я глазами мужа до беременности», «Я глазами мужа во время беременности». Статистическая обработка проводилась на основе t-критерия Стьюдента.

Получены следующие результаты:

Для группы женщин в оптимальном периоде беременности при сравнении параметров самооценки «Я до беременности» и «Я во время беременности» установлены статистически значимые различия по личностным чертам «обаятельная-непривлекательная» ($p < 0,05$), «сильная-

слабая» ($p < 0,001$), «упрямая-уступчивая» ($p < 0,05$), «добрая-эгоистичная» ($p < 0,05$), «независимая-зависимая» ($p < 0,05$), «энергичная-вялая» ($p < 0,05$), «напряженная-расслабленная» ($p < 0,001$), «уверенная-неуверенная» ($p < 0,01$), «самостоятельная-несамостоятельная» ($p < 0,05$). Таким образом, во время беременности молодая женщина воспринимает себя более слабой, напряженной, неуверенной в себе, уступчивой, более зависимой, эгоистичной, менее энергичной и самостоятельной, оценивает себя как менее привлекательную.

По мнению обследованных женщин данной группы, их мужья до и после беременности статистически значимо оценивают их по следующим параметрам: «сильная-слабая» ($p < 0,001$), «разговорчивая-молчаливая» ($p < 0,05$), «упрямая-уступчивая» ($p < 0,05$), «независимая-зависимая» ($p < 0,05$), «деятельная-пассивная» ($p < 0,05$), «энергичная-вялая» ($p < 0,01$), «уверенная-неуверенная» ($p < 0,01$), «самостоятельная-несамостоятельная» ($p < 0,05$), «раздражительная-невозмутимая» ($p < 0,05$). Иными словами, в глазах мужа молодая беременная воспринимает себя слабой, вялой, неуверенной, уступчивой, зависимой, пассивной, раздражительной и менее самостоятельной.

Для группы женщин в пост-оптимальном периоде беременности получены следующие статистически значимые различия по самооценке личностных характеристик «Я до беременности» и «Я во время беременности»: «сильная-слабая» ($p < 0,01$), «добросовестная-безответственная» ($p < 0,05$), «открытая-замкнутая» ($p < 0,05$), «независимая - зависимая» ($p < 0,001$), «деятельная-пассивная» ($p < 0,001$), «энергичная-вялая» ($p < 0,001$), «справедливая-несправедливая» ($p < 0,05$), «уверенная-неуверенная» ($p < 0,001$), «самостоятельная-несамостоятельная» ($p < 0,01$). Следовательно, в представлениях этих женщин беременность делает их пассивными, зависимыми и неуверенными, слабыми и несамостоятельными, усиливает такую черту как замкнутость, ослабляет возможность справедливо оценивать поступки других людей. Вместе с тем она усиливает «добросовестность», которую можно рассматривать как более внимательное отношение к здоровью «поздно рожаящей» женщины, которая руководствуется приоритетной задачей – родить здорового ребенка.

В представлениях женщин данной группы их мужья до и после беременности оценивают их различно по параметрам «сильная-слабая» ($p < 0,01$), «открытая-замкнутая» ($p < 0,05$), «независимая-зависимая» ($p < 0,001$), «деятельная-пассивная» ($p < 0,05$), «энергичная-вялая» ($p < 0,001$), «дружелюбная-враждебная» ($p < 0,05$), «уверенная-неуверенная» ($p < 0,05$), «общительная-нелюдимая» ($p < 0,05$), «чест-

ная-неискренняя» ($p < 0,05$), «самостоятельная-несамостоятельная» ($p < 0,05$), «раздражительная-невозмутимая» ($p < 0,05$). Как видно из приведенного списка, женщины пост-оптимального возраста в периоде первой беременности, по их представлениям, «в глазах мужей» выглядят благопристойно. Им оказываются свойственны те же качества, что и женщинам первой группы, однако они проявляют, по их мнению, меньше дружелюбия и открытости, больше раздражительности, одновременно стремясь быть более искренними и правдивыми.

Сравнительный межгрупповой анализ по выделенным понятиям выявил статистически значимые различия по параметру «Я до беременности» по характеристике «общительная-нелюдимая» ($p < 0,05$) в пользу большей открытости и общительности женщин старшей возрастной группы, но не выявил каких-либо различий по параметру «Я во время беременности». По параметру «Я глазами мужа до беременности» установлены статистически значимые различия по чертам «добросовестная-безответственная» ($p < 0,05$), «открытая-замкнутая» ($p < 0,05$), «честная-неискренняя» ($p < 0,05$). Черты открытости, честности и ответственности больше приписывают себе женщины в пост-оптимальном периоде, оценивая возможную оценку своего поведения их супругами. В позиции «Я глазами мужа во время беременности» различия установлены только по признаку «разговорчивая-молчаливая» ($p < 0,05$). По мнению молодых беременных женщин, именно их мужья подчеркивают их стремление к общению как возможность получить поддержку и дополнительное внимание, быть услышанной.

В соответствии с процедурой методики личностного дифференциала были определены значения факторов оценки, силы и активности по параметру «Я во время беременности». Они составили для группы женщин с оптимальным возрастом первой беременности: оценка – 15,04; сила – 5,0; активность – 7,58; для группы с пост-оптимальным возрастом соответственно 14,16; 5,13 и 8,07 баллов. Достоверных различий между указанными факторами в группах испытуемых не выявлено. Оценивая результаты, следует отметить, что значения оценки находятся в средних границах, и это свидетельствует о достаточном уровне самоуважения и принятия себя. Показатель силы находится в низких значениях, что говорит о недостаточном самоконтроле, зависимости от внешних обстоятельств, тревожности – набором психологических паттернов, связанных с переживанием беременности. Степень активности определяется на среднем уровне, хотя и тяготеет к низким значениям, указывая на снижение энергичности, усилении пассивности и др. Эти и другие личностные характери-

ки, представленные в указанных выше четырех параметрах-понятиях, составили содержание семантических факторов.

Проведенное нами эмпирическое исследование показывает, что отношение к себе у первобеременных женщин претерпевает значительные изменения, которые затрагивают, прежде всего, энергетическую составляющую: они осознают себя более слабыми, пассивными, вялыми, зависимыми и т.д. Глубоко изменяется также эмоциональная сфера, появляется повышенная раздражительность, тревожность, неустойчивость настроения, неуверенность в себе и др. Представления беременных проецируются на своих супругов, вызывая соответствующие экспектации. Обнаруженные различия в самооценках беременных женщин исследуемых возрастных групп не имеют принципиального характера и могут быть объяснены с точки зрения соответствующих рисков, связанных с возрастом, опасений по поводу предстоящих родов и материнства, кормления грудью у поздно рожаящих. Полученные нами данные могут представлять интерес для специалистов, работающих с беременными в реализации индивидуального подхода в практике сопровождения первобеременных женщин разного возраста.

Библиографический список

1. Методика личностного дифференциала (вариант, адаптированный в НИИ им. В. М. Бехтерева) / Фетискин Н. П., Козлов В. В., Мануйлов Г. М. // Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. – М., 2002. – С. 20–21.
2. Рождение первого ребёнка [Электронный ресурс]. – URL: <http://glomi.ru/story/896>

Опубликовано: Беременная женщина и современный социум : проблемы и перспективы : сборник научных статей международной научно-практической конференции (17–19 сентября 2013 г.) / Урал. гос. пед. ун-т. – Екатеринбург, 2013. – С. 334–338.

Отношение к аборту молодых женщин с разным опытом беременности и родов

Согласно статистике 6 из 10 беременностей в России заканчиваются абортом. Россия по абсолютному числу абортов уступает только Китаю, а по относительному (числу абортов на 1 рождение) – находится на 1 месте в мире [1]. По данным Единой межведомственной информационно-статистической системы количество абортов в РФ продолжает уменьшаться (с 1 501 594 случаев в 2005 году до 989 375 в 2011 году). В Пермском крае их число за анализируемый период также сократилось

в 1,5 раза (с 40002 до 26282 случаев) [2]. Тем не менее, несмотря на наметившиеся оптимистические тенденции, масштаб данной проблемы заставляет задуматься о том, что аборт стал повсеместным явлением в жизни женщины. Между тем, искусственное прерывание беременности является чутким индикатором проводимой государством демографической политики, социально-экономического положения семьи, морально-нравственного состояния общества, сексуального поведения партнеров и психологических установок женщин.

Цель настоящего исследования – изучение отношения к аборту молодых женщин с разным опытом беременности и родов. В исследовании приняли участие 260 женщин в возрасте от 18 до 30 лет, находящиеся в акушерско-гинекологическом стационаре, в том числе 100 чел. по поводу искусственного прерывания беременности; 40 – с диагнозом «внематочная беременность»; 60 – роды посредством кесарева сечения; 60 женщин после родов естественным путем.

В качестве диагностического инструментария была использована специальная анкета, учитывающая социально-демографические характеристики испытуемых (образование, тип родительской семьи, семейное положение, наличие детей) и анамнестические сведения об искусственном прерывании беременности у испытуемых и их ближайшего окружения (матери, сестры, подруги).

Сводные данные об их социальном статусе представлены в табл. 1.

Т а б л и ц а 1

Социальный статус обследованных женщин

Показатели	Группа женщин после аборта (n=100)	Группа женщин после внематочной беременности (n=40)	Группа женщин после кесарева сечения (n=60)	Группа женщин после естественных родов (n=60)
Уровень образования				
Высшее	16 (16 %)	16 (40 %)	18 (30 %)	24 (40 %)
Среднее – специальное	80 (80 %)	24 (60 %)	38 (63,3 %)	30 (50 %)
Полное среднее	4 (4 %)	–	4 (6,7 %)	6 (10 %)
Тип родительской семьи				
Полная семья (родные мать, отец)	80 (80 %)	26 (65 %)	44 (73,3 %)	38 (63,3 %)
Полная семья (родная мать и отчим)	13 (13 %)	9 (22,5 %)	12 (20 %)	15 (25 %)
Неполная семья (мать)	7 (7 %)	5 (12,5 %)	4 (6,7 %)	7 (11,7 %)

Семейное положение				
Не замужем	25 (25 %)	–	–	3 (5 %)
Состоят в гражданском браке	39 (39 %)	15 (37,5 %)	20 (33,3 %)	19 (68,3 %)
Состоят в официальном браке	36 (36 %)	25 (62,5 %)	40 (66,7 %)	38 (63,3 %)
Наличие детей в семье				
Один ребенок	62 (62 %)	30 (75 %)	35 (58,3 %)	20 (33,3 %)
Двое детей	34 (34 %)	2 (5 %)	22 (36,7 %)	34 (56,7 %)
Трое детей	4 (4 %)	–	3 (5 %)	6 (10 %)
Детей нет	–	8 (20 %)	–	–

Как видно из табл. 1, женщины, идущие на аборт, отличаются относительно более низким, в сравнении с другими группами, образовательным уровнем, который в известной мере может определять возможность сознательного регулирования рождаемости, степень информированности о контрацепции, социально-гигиенических аспектах аборта, установку на получение недостающих знаний в этой области. Большинство этих женщин происходят из полноценной семьи, в воспитании которых принимали участие родные отец и мать, однако их семейный статус заметно отличается от представителей других групп. В официальном браке состоит в 1,7–1,8 раза меньше абортированных женщин, а каждая четвертая женщина забеременела вне брака. 80 женщин уже имеют детей, а остальные 20 чел. пришли на него впервые. Примечательно, что в данной группе не было молодых женщин, желавших прервать свою первую беременность. По данным проведенного опроса на аборт толкают, чаще всего, незапланированная беременность (54 %), жилищные (16 %) и финансовые (15 %) проблемы; среди прочих причин указывают на разницу в возрасте с первым ребенком (9 %), отсутствие надежного партнера (3 %), ситуативные факторы – возраст, болезни, учеба (3 %).

В табл.2 представлены сведения об абортах в анамнезе обследованных женщин и их ближайшего окружения.

Т а б л и ц а 2

Абортивный анамнез женщин и их ближайшего окружения

Показатели	Группа женщин после аборта (n=100)	Группа женщин после внематочной беременности (n=40)	Группа женщин после кесарева сечения (n=60)	Группа женщин после естественных родов (n=60)
Наличие абортов в анамнезе у обследованных женщин				
Ранее не делали аборты	20 (20 %)	36 (90 %)	42 (70 %)	35 (58,3 %)

1 раз	40 (40 %)	4 (10 %)	16 (26,7 %)	21 (35 %)
2 раза	32 (32 %)	–	2 (3,3 %)	4 (6,7 %)
3 и более раз	8 (8 %)	–	–	–
Наличие аборт в анамнезе у матерей обследованных женщин				
Респонденты знают	88 (88 %)	29 (72,5 %)	40 (66,7 %)	44 (73,3 %)
Респонденты не знают	12 (12 %)	8 (20 %)	18 (30 %)	16 (26,7 %)
Достоверно известно, что матери никогда не делали аборт	–	3 (7,5 %)	2 (3,3 %)	–
Наличие аборт в анамнезе у взрослых сестер обследованных женщин				
Респонденты знают	62 (62 %)	22 (55 %)	36 (60 %)	40 (66,7 %)
Респонденты не знают	34 (34 %)	15 (37,5 %)	20 (33,3 %)	14 (23,3 %)
Достоверно известно, что сестры никогда не делали аборт	4 (4 %)	3 (7,5 %)	4 (6,7 %)	6 (10 %)
Наличие аборт в анамнезе у подруг обследованных женщин				
Респонденты знают	75 (75 %)	25 (62,5 %)	39 (65 %)	40 (66,7 %)
Респонденты не знают	15 (15 %)	15 (37,5 %)	15 (25 %)	12 (20 %)
Достоверно известно, что подруги никогда не делали аборт	10 (10 %)	–	6 (10 %)	8 (13,3 %)

Данные, представленные в табл. 2, показывают, что аборт является наиболее частым выбором в решении вопроса продолжения беременности у женщин. 80 % обследованных уже делали аборт один и более раз. Хотя данные сопоставимы внутри выделенных групп, тем не менее, в ближайшем окружении решившихся на аборт женщин данная процедура относительно чаще встречается у их матерей, а также подруг испытуемых, чем сестер. По-видимому, данная тема является предметом более доверительного обсуждения с подругами, нежели с кровными родственниками.

В процессе беседы респондентам было также предложено высказать личное мнение по проблеме абортов. В более чем половине случаев получены уклончивые ответы: «Это такая тема, где нет однозначного решения», «Есть вопросы, на которые нельзя ответить положительно или отрицательно». Кроме этого были получены следующие ответы, относящиеся к категории «социальной желательности»: «Медицинские аборты снижают материнскую смертность по сравнению с тем временем, когда они были официально запрещены»; «Аборт оправдан при отсутствии материального достатка, когда нет возможности дать достойное воспитание детям»; «Аборт – безусловное право женщины, защищающее ее сексуальную свободу»; «Аборт, несомненно, опасен при первой беременности развитием бесплодия».

Из 260 опрошенных 192 чел. (73,8 %) выразили положительное отношение к аборту, оставляя для себя «шанс» сделать аборт в «критической для себя ситуации». При этом, женщины уже делавшие аборт пытались оправдать себя более настойчиво. Примечательно, что в высказываниях женщин почти не звучала тема эффективной контрацепции как профилактики нежелательной беременности.

В свете вышесказанного возникает проблема поиска эффективных мер профилактики абортов в медико-социальном аспекте, выявление групп риска по производству абортов, к числу которых относят женщин активного репродуктивного возраста 20–30 лет, женщин, имеющих маленьких детей (1–1,5 года) и девочек подростков [3], а также оказание им квалифицированной психологической помощи.

Библиографический список

1. Ульянов А. Аборты в России : современное состояние проблемы и пути ее законодательного решения в свете мирового опыта [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.russiaprolife.ru/content/aleksey-ulyanov-aborty-v-rossii-sovremennoe-sostoyanie-problemy?page=2>
2. Число прерываний беременности // Единая межведомственная информационно-статистическая система [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.fedstat.ru/indicator/data.do?id=41696&referrerType=0&referrerId=946921>
3. Ткаченко Л. В., Раевский А. Г. Основные пути профилактики абортов и их осложнений // Гинекология. – 2004. – № 3. – С. 151–153.

Опубликовано: Психология человека в условиях здоровья и болезни : матер. третьей междунар. конфер. 5 июня 2013 г. / Минобрнауки РФ, ФГБОУ ВПО «Тамбовский гос. ун-т им. Г. Р. Державина; отв. ред. О. А. Степичева. – Тамбов : Изд. Дом ТГУ им. Г. Р. Державина, 2013. – С. 270–274 (в соавт. с О. В. Леонтьевой).

Личностные особенности женщин, страдающих психологическим и биологическим бесплодием

В настоящее время многие пары сталкиваются с такой проблемой, как бесплодие. Супружескую пару считают бесплодной, если у женщины не наступает беременность в течение года регулярной половой жизни (половые контакты не реже 1 раза в неделю) без использования средств и методов контрацепции. Согласно данным ВОЗ, около 8 % супружеских пар в течение репродуктивного периода жизни сталкиваются с проблемой бесплодия [10]. По другим данным частота бесплодных браков составляет 10–15 %. В 60 % случаев причи-

ной *бесплодия* являются нарушения в организме женщины, в 40 % – в организме мужчины (расстройства эякуляции, импотенция, простатит и др.) [8]. Выделяют «бесплодие неясного генеза» [4], которое также описывается в терминах «идиопатическое бесплодие», «психогенное бесплодие», «психосоматическое бесплодие», когда при всестороннем обследовании обоих партнеров не выявляется объективных причин для возможности зачатия. Среди причин данного бесплодия указывают на психологические факторы – стрессогенные влияния, эмоциональные воздействия, фрустрации, бессознательные интрапсихические конфликты и др. [2; 14 и др.]. Перинатальными психологами и семейными консультантами, оказывающими помощь женщинам, «защитенным» на беременности и ее последствиях, наиболее часто используется термин «психологическое бесплодие» [12; 13].

Присущие современному обществу социально-экономические преобразования, высокий темп жизни отражаются как на индивидуальных, так и на личностных особенностях женщины. Для социально активной женщины становится характерной такая проблема как бесплодие, неосознанный отказ от материнства, происходит трансформация полоролевого поведения [11]. В гендерных исследованиях было отмечено, что современная женщина, ориентированная на самореализацию в социуме, стремится отойти от традиционно закрепившейся в социальном сознании женской роли [1; 11; 15 и др.]. По мнению Е. А. Здравомысловой, все чаще типично женские, фемининные черты начинают восприниматься как не соответствующие современному стилю поведения женщины. Для социально активной женщины становятся характерными такие тенденции, как отказ от материнства, роли хозяйки, ориентация на роль гражданки, профессионала [3]. Обзор литературы показывает, что, несмотря на обилие литературы по данной теме, остаются недостаточно изученными личностные особенности бесплодных женщин.

Цель настоящего исследования – изучение личностных особенностей женщин с психологическим и биологическим бесплодием.

Обследованы 3 группы женщин в возрасте 25–35 лет: страдающие психологическим, биологическим бесплодием и рожавшие. Каждая группа включала 30 чел. Использовались клиническая беседа, психодиагностические методики: полоролевой опросник С. Бем [7], Фрайбургский личностный опросник (FPI) [9].

Получены следующие результаты.

Большинство испытуемых не предъявляли каких-либо жалоб на свое здоровье. В группе больных с бесплодием высказывались единичные жалобы на боли в животе, нарушения менструального цикла.

Отличительной особенностью рожавших женщин было желание общаться. Они с интересом и легкостью отвечали на поставленные вопросы, а сам опрос не вызывал у них сложностей и подозрений. Что касается женщин, страдающих бесплодием, то у них ярко прослеживались неуверенность, затрудненность при ответах, каждый вопрос они тщательно продумывали, прежде чем дать ответ. Некоторые из женщин с биологическим бесплодием не очень охотно вступали в контакт и вообще не решались отвечать на вопросы. Около 20 % опрошенных женщин с бесплодием имели пессимистическую установку на лечение, негативную оценку проводимых лечебных мероприятий.

При обследовании с помощью опросника Сандры Бем у 2/3 рожавших женщин выявлена преимущественно склонность к феминности, у остальных – к андрогинии; среди страдающих биологическим бесплодием у 19 чел. (63,3 %) определялась андрогиния, у 9 (30 %) – маскулинность и только у 2 чел. (6,7 %) – феминность. У женщин с психологическим бесплодием преобладали феминные (60 %) и маскулинные (40 %) качества. Статистически значимых различий по индексу IS между группами женщин с биологическим и психологическим бесплодием не выявлено, в то время как указанные выше группы значительно различались по данному параметру с рожавшими женщинами ($p < 0,001$). Полученные нами данные о гендерных характеристиках женщин с бесплодием согласуются с литературными [5; 6].

В табл. 1 представлены результаты обследования женщин с помощью опросника FPI.

Т а б л и ц а 1

Сравнительный анализ личностных особенностей женщин
на основе опросника FPI

Шкалы	Группы женщин		t-критерий Стьюдента	Группы женщин		t-критерий Стьюдента	Группы женщин		t-критерий Стьюдента
	1	2		1	3		2	3	
I. Невротичность	4,8	6,4	5,3***	4,8	4,9	0,5	6,4	4,9	5,4***
II. Спонтанная агрессивность	4,5	5,1	2,5**	4,5	5,3	1,9	5,1	5,3	0,1
III. Депрессивность	4,9	5,4	1,5	4,9	6,4	5,1***	5,4	6,4	2,9**
IV. Раздражительность	5	5,7	1,9	5	5,2	0,5	5,7	5,2	1,7
V. Общительность	4,9	3,9	2,7**	4,9	3,7	3,5***	3,9	3,7	0,5
VI. Уравновешенность	5,7	3,9	4,1***	5,7	5,1	1,3	3,9	5,1	3,3***
VII. Реактивная агрессивность	4,4	5,4	2,9**	4,4	4,7	1,1	5,4	4,7	2,0
VIII. Застенчивость	5,2	6,8	4,9***	5,2	6,8	4,9***	6,8	6,8	0

IX. Открытость	6,5	6,8	0,7	6,5	5,6	3,1***	6,8	5,6	3,7***
X. Экстраверсия-интроверсия	4,8	3,4	2,9**	4,8	4,1	1,4	3,4	4,1	1,8
XI. Эмоциональная лабильность	5,4	6,2	2,3**	5,4	6,5	2,6**	6,2	6,5	1,0
XII. Маскулинность – фемининность	4,5	5,4	6.0***	4,5	5,1	5,7***	5,4	5,1	0,6

Условные обозначения: 1 – рожавшие; 2 – женщины с психологическим бесплодием, 3 – женщины с биологическим бесплодием; * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$

Как видно из табл. 1, женщины, страдающие психологическим бесплодием, отличаются большей невротичностью в сравнении с женщинами с биологическим бесплодием ($p < 0,001$) и рожавшими ($p < 0,001$). В клинической картине заболевания в значительной мере присутствует психосоматический компонент с признаками астенического синдрома, что подтверждается клиническими наблюдениями: такие женщины, предъявляя жалобы на неспособность забеременеть, указывают на признаки изматывающей усталости: «Лечусь, лечусь, и все тщетно, столько времени, усилий и денег потрачено, а все без толку». В высказываниях женщин с биологическим бесплодием в большей степени присутствовали конкретные жалобы на боли в животе, нарушения менструального цикла и т.п.

Спонтанная агрессивность пациенток с психологическим бесплодием сравнительно выше ($p < 0,01$) агрессивности рожавших женщин, но практически не отличается от агрессивности женщин с биологическим бесплодием ($p > 0,05$). Иными словами, бесплодные женщины отличаются от здоровых большей склонностью к аутоагрессивному поведению.

По параметру депрессивности женщины с психологическим бесплодием уступают женщинам с биологическим бесплодием ($p < 0,001$). У последних она приближается к высоким значениям. В обоих случаях можно говорить о признаках субдепрессивности. Очевидно, что переживание биологического бесплодия характеризуется большей безысходностью, меньшими надеждами на выздоровление, в то время как женщины с психологическим бесплодием осознают себя физически здоровыми.

По параметру раздражительности все три группы испытуемых практически не отличаются ($p > 0,05$) и находятся на уровне средних оценок.

Рожавшие женщины отличаются большей общительностью в сравнении с женщинами, страдающими биологическим ($p < 0,001$) и психологическим ($p < 0,001$) бесплодием. Этот параметр указывает на более широкий круг общения здоровых женщин, обязательно включающий собственных детей. Наблюдения показывают, что бесплодные женщины стремятся к большому уединению, они замкнуты и фиксированы на себе.

Уравновешенность рожавших женщин сравнительно выше ($p < 0,001$) уравновешенности женщин с психологическим бесплодием, но практически не отличается от уравновешенности женщин с биологическим бесплодием ($p > 0,05$). Этот параметр отражает устойчивость человека к стрессу. Близость оценок рожавших женщин и страдающих биологическим бесплодием отражает их гинекологический опыт участия в хирургических операциях, физикальных исследованиях, переживания боли, анестезии и др.

По шкале реактивная агрессивность все три группы находятся на уровне средних значений, однако у женщин с психологическим бесплодием уровень реактивной агрессивности несколько выше ($p < 0,01$), чем у рожавших женщин и женщин с биологическим бесплодием. Указанный параметр отражает степень конфликтности, склонности к доминированию над окружающими, реакции экстрапунитивного (экстратенсивного, т.е. направленного вовне) типа.

По параметру застенчивости рожавшие женщины уступают женщинам с проблемой бесплодия ($p < 0,001$), у последних она приближается к высоким значениям. Рожавшие в большей степени склонны к пассивно-оборонительным реакциям, чем нерожавшие женщины, что отражает в известной мере их зависимость от мужчин.

Женщины, страдающие психологическим бесплодием и рожавшие женщины отличаются большей открытостью, их оценки приближаются к высоким, в отличие от женщин с проблемой биологического бесплодия ($p < 0,001$). Можно предположить, что первые две группы испытуемых склонны к более откровенным и доверительным отношениям с окружающими, в то время как женщины с биологическим бесплодием отличаются закрытостью, меньшей искренностью в ответах и большей сдержанностью.

По параметру экстраверсия-интроверсия все респонденты показали значения, свидетельствующие об их амбивертности, однако рожавшие женщины проявили большую тенденцию к экстраверсии в сравнении с женщинами с психологическим бесплодием ($p < 0,001$). Таким образом, еще раз подтвердилась открытость и стремление к расширению социальных контактов у рожавших.

Эмоциональная лабильность бесплодных женщин приближается к высоким значениям, что указывает на неустойчивость их эмоционального состояния, повышенную возбудимость, раздражительность, слабость регуляторных систем. Результаты по XI шкале подтверждают полученные данные по предыдущим шкалам I, II, IV, VI, VII, в то время как у рожавших они указывают на большую эмоциональную стабильность ($p < 0,01$).

Прослеживаются различия в шкале «фемининность-маскулинность», в которой показатели женщин с биологическим и психологическим бесплодием сравнительно выше показателей у рожавших женщин ($p < 0,001$). Иными словами, рожавшие женщины проявляют большую тенденцию к фемининности, а бесплодные – к маскулинности, что подтверждают данные, полученные с помощью опросника Сандры Бем.

Полученные нами данные на основе клинической беседы и психодиагностических личностных опросников позволили описать достаточно очерченные портреты женщин, страдающих бесплодием.

Психологический портрет женщин с психологическим бесплодием

По гендерным характеристикам эти женщины являются представителями двух психотипов – андрогинного и маскулинного. Таким образом, им свойственно в определенной мере поведение, манеры и привычки, приписываемые мужчинам – открытость, напористость, стремление к доминированию, властность в общении и взаимоотношениях с окружающими. Они отличаются относительно высоким, в сравнении с рожавшими и страдающими биологическим бесплодием уровнем спонтанной и реактивной агрессивности, которая может приобретать характер как направленной на себя, так и гетероагрессии. Базовое эмоциональное состояние этих женщин – тревога и беспокойство, которое сопровождается признаками истощения, усталости, астении, однако последние не достигают уровня депрессии. Женщины с психологическим бесплодием, будучи фиксированы на себе, не склонны открыто высказывать свое недовольство сложившимися обстоятельствами, но склонны подавлять свое беспокойство посредством перекладывания ответственности и формирования чувства вины у окружающих за счет проявления властных и доминирующих тенденций. Поэтому в ряде случаев они могут быть трудны или даже неприятны в общении. В их поведении могут проявляться такие черты, как неискренность, фальшивость, лживость, демонстративное подчеркивание своего миролюбия, двуличность.

Психологический портрет женщин с биологическим бесплодием

По своей гендерной принадлежности это личности преимущественно андрогинного типа, хотя среди них могут встречаться в значительно меньшей степени представители маскулинного и фемининного типов. Они не очень застенчивы, хотя и не очень открыты, особенно если это касается имеющихся у них проблем со здоровьем. Легко могут

замкнуться и уйти в себя, отгораживаясь от контактов. Их спонтанная и реактивная агрессивность умеренная, с большей направленностью агрессии на саму себя. В психическом статусе ведущей эмоцией является тревожная депрессия, характеризующаяся безысходностью, потерей надежды на выздоровление, снижением самооценки, мрачными перспективами. В сравнении с женщинами, страдающими психологическим бесплодием, они физически выносливее, так как имеют больший опыт переживания различного рода болезненных медицинских процедур и манипуляций. По жизни им помогает справляться с трудностями здравый смысл, практичность и прагматический взгляд на вещи.

Психологический портрет рожавших женщин

Это личности, главным образом, фемининного либо андрогинного гендерного психотипа. Их отличает скромность, большая социальная пассивность, отражающая их зависимость от мужчины, открытость, общительность, стеничность, практичность, аккуратность, следование жизненным принципам, недостаточная гибкость в поведении, умеренная раздражительность, не достигающая уровня невротического регистра, уверенность в себе, низкая тревожность, жизнелюбие и оптимистичность.

Понимание психологических особенностей бесплодных женщин позволяет лучше понять внутреннюю картину болезни таких пациенток, чему, к сожалению, пока что мало уделяется внимания со стороны врачей-гинекологов. Тандем клинического психолога и врача – вот путь, на котором возможно решение этой сложной проблемы при разработке алгоритмов диагностики и лечения данной патологии.

Библиографический список

1. Берн Ш. Гендерная психология. – СПб. : прайм-ЕВРОЗНАК, 2004. – 320 с.
2. Богдан Н. А. Психологические проблемы, сопровождающие проблему бесплодия и возможности оказания психологической помощи в процессе его лечения методом ЭКО // Перинатальная психология и медицина, психосоматические расстройства в акушерстве, гинекологии, педиатрии, терапии : матер. Всеросс. научной конфер. – Иваново, 2001. – С. 98–101.
3. Здравомыслова О. М. Семья и общество : гендерное измерение российской трансформации. – М. : Едиториал УРСС, 2003. – 152 с.
4. Зиновьев А. В. Женское бесплодие «неясного генеза». – М. : МЕДпресс, 1990. – 432 с.
5. Карымова О. С., Якиманская И. С. Некоторые психологические особенности репродуктивной установки рожавших женщин и женщин, стоящих на учете по бесплодию // Вестник ОГУ. Приложение. – 2005. – № 12.

6. Карымова О. С. Социально-психологические особенности репродуктивной установки бесплодных мужчин и женщин : автореф. дисс... канд. психол. наук : 19.00.05 / Карымова Оксана Сергеевна. – СПб., 2010. – 25 с.
7. Клецина И. С. Изучение гендерных характеристик личности методом психологической самодиагностики // Практикум по гендерной психологии / под ред. И. С. Клециной. – СПб. : Питер, 2003. – С. 259–299.
8. Крутова В. А., Биличенко Е. Н. Гендерная идентичность и самоактуализация личности женщины согласно ее репродуктивному поведению // Успехи современного естествознания. – 2008. – № 12. – С. 1–2.
9. Крылов А. А., Ронгинская Т. И. Исследование личности с помощью модифицированной формы В опросника FPI // Практикум по общей, экспериментальной и прикладной психологии. – СПб. : Питер, 2000. – С. 314–323.
10. Нерсеян Р. А. Руководство ВОЗ по стандартизированному обследованию и диагностике бесплодных супружеских пар : пер. с англ. 4-е изд. – М. : МедПресс, 1997. – С. 10–91.
11. Попова Ю. Н. Психологические особенности личности современных женщин с различными репродуктивными установками : автореф. дис... канд. психол. наук : 19.00.01 / Попова Юлия Николаевна. – Томск, 2005. – 22 с.
12. Филиппова Г. Г. Нарушение репродуктивной функции у женщин // Журнал практического психолога. – 2005. – № 5. – С. 76–88.
13. Филиппова Г. Г. Психологические особенности беременных женщин с бесплодием и невынашиванием в анамнезе [Электронный ресурс]. – URL: www.perinatalpsy.ru/news/n_091010.html
14. Юнд И. Т. Бесплодие в супружестве. – Киев : Здоровье, 1990. – 175 с.
15. Ярославкина Е. В. Ценностно-смысловая сфера женщин с разной гендерной идентичностью : автореферат дисс... канд. психол. наук : 19.00.01 / Ярославкина Екатерина Владимировна. – Южно-Сахалинск, 2008. – 22 с.

Опубликовано: *Будущее клинической психологии – 2013 : матер. VII Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием (19 апреля 2013 г.) / под ред. Е. В. Левченко (отв. ред.), А. Е. Деменовой, Ю. Р. Гумеровой; Перм. гос. нац. исслед. ун-т. – Пермь, 2013. – С. 111–120 (в соавт. с Е. Н. Ореховой).*

РАЗДЕЛ 5. КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ В ПЕНИТЕНЦИАРНОЙ СИСТЕМЕ

Отношение к себе и образ «Я» инфицированных и неинфицированных ВИЧ опийных наркоманов, находящихся в местах лишения свободы

По данным Российского научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом в 2007 году было официально зарегистрировано 426 тыс. россиян – носителей антител к вирусу иммунодефицита человека. Из них 406 тыс. – взрослые, у которых диагноз ВИЧ-инфекция подтвержден. Однако их реальное число может приближаться к 1 млн. чел., считает директор этого центра академик РАМН В. В. Покровский (всего в мире зарегистрировано 41 млн. ВИЧ-инфицированных) [1]. Ежегодно в РФ регистрируется до 40 тыс. носителей ВИЧ-инфекции [4]. По заключениям ВОЗ в России отмечаются самые высокие в мире темпы заболевания ВИЧ-инфекцией. 90 % заражений ВИЧ-инфекцией происходит через инъекции наркотиков [3]. В местах лишения свободы находится около 42 тысяч зараженных ВИЧ [10].

Актуальной и серьезной социально-медицинской проблемой является содержание осужденных наркоманов в местах лишения свободы, их лечение и последующая социальная реабилитация. Ситуация усугубляется, если наркотическая зависимость сочетается с ВИЧ-инфекцией. В таких случаях поведение осужденных, равно как и лиц, находящихся на свободе, может приобретать крайние формы: оппозиционное поведение, ВИЧ-терроризм и прочее [5].

В этих условиях большое значение приобретает изучение личности заключенных, страдающих наркоманией, осложненной ВИЧ-инфекцией, изучение их ценностно-смысловой сферы, установок, образа «Я», самоотношения и других ядерных образований личности. Литературный поиск показывает, что данной проблематике посвящено мало работ, среди которых следует отметить публикации К. В. Зыковой [6; 7], диссертационные исследования Г. В. Корнеевой [8], А. П. Ланга [9] и др.

Целью настоящего исследования являлось сравнительное изучение отношения к себе и образа «Я» инфицированных и неинфицированных ВИЧ опийных наркоманов, находящихся в местах лишения свободы. Исследование проводилось в ФГУ ИК-38 ГУФСИН России по Пермскому краю в мае 2008 года. Выборка составила 80 мужчин в возрасте 20–30 лет: первая группа – осужденные опийные наркоманы ВИЧ инфекции (ВИЧ –); вторая – с ВИЧ-инфекцией (ВИЧ +), каждая по 40 чел.

Большинство испытуемых имеют низкий образовательный уровень (неполное среднее или средне-специальное образование – 85–90 %), холосты или разведены (80 % с ВИЧ – и 90 % с ВИЧ +), являются рецидивными преступниками (34 чел. с ВИЧ – и 36 чел. с ВИЧ + осуждены 4–5 раз). 85-90 % осужденных отбывает наказание по статьям 158 (кража), 161 (грабеж), 162 (разбой) УК РФ; по 2 осужденных из каждой группы – за убийство (ст. 105).

В работе использовались следующие психодиагностические методики: цветовой тест отношений (ЦТО, авторы Е. Ф. Бажин и А. М. Эткинд) [2], методика диагностики межличностных отношений Т. Лири [12]. В последнем случае осуществлялось сравнение образов «Я-реальное» и «Я-идеальное». Результаты психодиагностики сопоставлялись с данными других методов – клинической беседы, наблюдения, изучением материалов историй болезни.

В методике ЦТО для цветового ассоциирования предлагались следующие стимулы: «Я», «я сейчас», «настоящее», «прошлое», «будущее», «жизнь», «наркотик», «болезнь», «колония». Испытуемым предъявлялся стандартный 8-цветный люшеровский набор; цвета ранжировались в порядке предпочтения, начиная с самого «приятного для глаз» и заканчивая «самым неприятным». Интерпретация осуществлялась в соответствии со стандартными процедурами. Определялся ранг цвета, ассоциируемого в раскладке по предпочтению с данным понятием в диапазоне от 1 до 8. Абсолютные величины разностей рангов каждого цвета в двух (вторая – стандартная люшеровская) раскладках суммировались, вычислялся индекс «к», который в случае идентичности раскладок может изменяться от 0 (что означает крайне положительное отношение) до 32 (крайне отрицательное отношение, неприятие); в более полном виде: 0 – 10,7 – принятие; 10,8 – 21,4 – средняя зона; 21,5 – 32 – неприятие.

Результаты первичного ассоциирования позволили выявить доминирующие цвета для указанных выше понятий (табл. 1).

Т а б л и ц а 1

Доминирующие цветовые представления заключенных-наркоманов

Вербальный стимул	ВИЧ –			ВИЧ +		
	Доминирующий цвет	% предпочтений	к-индекс	Доминирующий цвет	% предпочтений	к-индекс
«Я»	синий черный	40 20	4,3	красный	30	4,6

«Я сейчас»	синий красный черный	25 20 20	6,1	желтый	40	5,7
«Жизнь»	зеленый желтый красный	30 25 20	6,4	зеленый красный	40 15	5,6
«Прошлое»	черный коричне- вый	40 15	22,2	серый черный	45 20	21,6
«Настоящее»	черный желтый серый	40 25 20	15,8	зеленый черный	35 20	14,5
«Будущее»	синий красный черный	25 20 20	3,6	желтый красный	40 20	0,5
«Наркотик»	черный	55	23,6	черный	70	24,8
«Болезнь»	черный серый	50 30	22,3	серый черный	50 30	21,5
«Колония»	черный	60	24,0	серый черный коричне- вый	50 20 20	23,5

Таким образом, «мир» неинфицированного ВИЧ заключенного-наркомана можно описать условно как «черно-сине-зеленый», а ВИЧ + как «серо-зеленый/желтый». Если обратиться к классической люшеровской интерпретации, то для наркоманов без ВИЧ он характеризует (за счет доминирования черного цвета) различные формы протестного поведения (стремление к независимости, негативизм по отношению к авторитетам, давлению извне) на обстоятельства, нарушающие покой [11, с. 61]; а для ВИЧ-инфицированных – пассивно-оборонительную позицию, когда окружающая среда воспринимается как крайне враждебная, в которой требуется оградить себя от лишних контактов при сохранении трезвой, рассудочной оценки ситуации и ригидности установок, либо смешанный тип реагирования, при котором повышается необходимость самоконтроля в ситуациях, связанных с эмоциональной вовлеченностью и принятием ответственности [11, с. 51]. Вместе с тем испытуемые обеих групп принимают себя по позициям «Я», «Я сейчас», «Жизнь», «Будущее» и демонстрируют нейтральное отношение к своему «Настоящему». По отношению к другим понятиям прослеживается тенденция негативной оценки и неприятия. Статистически значимые различия получены по позициям «Наркотик» ($p < 0,001$), «Настоящее» ($p < 0,001$), «Болезнь» ($p < 0,05$) «Жизнь» ($p < 0,05$). Нам представляется, что наркоманами без ВИЧ три последних фактора переживаются острее. Для заключенных-нар-

команов с ВИЧ + понятие «Наркотик» находится в зоне максимально-го (в сравнении с другими параметрами) отвержения. Оно ассоциируется в обеих группах с черным цветом и не только олицетворяет протест, но и границу, за которой кончается жизнь.

Результаты исследования на основе опросника Лири у испытуемых группы ВИЧ – в представлении образа «Я-реальное» показали превышение адаптивных границ по II, III и IV октантам (в пределах 9–10,5 баллов). Иными словами, испытуемые воспринимают себя как эгоистических, агрессивных и подозрительных субъектов. В сравнении с образом «Я-идеальное» статистически значимые различия получены по октантам «Властный – лидирующий» ($p < 0,001$), при этом в «желаемом Я» респонденты хотели бы иметь больше представленности властно-диктаторских качеств. Достоверные различия ($p < 0,001$) получены также по октантам «Независимо-доминирующий»; «Прямолинейный – агрессивный» и «Недоверчивый – скептический», наоборот, в сторону смягчения качеств в образе «Я-идеальное».

Таким образом, для заключенных-опиоманов без ВИЧ идеальный образ – это авторитарный лидер, успешный в делах, требующий к себе уважения и внимания, сильная доминирующая личность. Реальный же образ – это агрессивный тип, строгий в оценке других, насмешливый, раздражительный, критичный, испытывающий трудности в интерперсональных контактах.

Совсем другая картина получена при сравнении образов «Я-реальное» и «Я-идеальное» у наркоманов с ВИЧ +. Умеренное превышение адаптивных границ (8,1–10,0 баллов) отмечено по I, II, III и VII октантам для обоих измерений. Однако ни по одной из 8 октантов не получено статистически значимых различий ($p > 0,05$). Более того, при наложении графических профилей «Я-реальное» и «Я-идеальное» пациентов данной группы мы обнаружили своеобразный «эффект слипания», так, как если бы испытуемые уже достигли своего идеала. Мы объясняем этот факт тем, что заключенные-наркоманы, зараженные ВИЧ, достигли не идеала, а тупика. Будучи рецидивными преступниками, хронически больными, лишенными перспектив выздоровления и социальной поддержки, они выбирают единственный способ существования – криминальный. По-видимому, здесь мы имеем место со своеобразной деформацией личности, когда нормы и принципы уголовного мира становятся желаемыми как идеальные формы и способы выживания в уголовном мире. Отсюда и их пассивность, и отказ от сотрудничества, и непринятие ответственности, и безразличие к проводимому лечению, и значительное преобладание рентных установок. У незараженных ВИЧ есть еще какая-то надежда, которая

заложена в ресурсе здоровья, и меньшей в сравнении с зараженными угрозой смерти. Их стремление к доминированию можно расценивать как своеобразную реакцию гиперкомпенсации, точно также как протестное поведение как проявление бессилия изменить что-то в реальных условиях пенитенциарного заведения.

Библиографический список

1. Академик Вадим Покровский : «У нас число ВИЧ-инфицированных может приблизиться к миллиону» [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.aids74.com/news.html?id=2545>.
1. Бажин Е. Ф., Эткин А. М. Цветовой тест отношений : Методические рекомендации. – Л. : ЛНИПНИ им. В. М. Бехтерева, 1985. – 18 с.
2. ВИЧ-инфекция и наркомания [Электронный ресурс]. – URL: http://katarsis.kogalym.ru/arh_akshen2.htm.
3. До 40 тыс. ВИЧ-инфицированных выявляется в России каждый год – Онищенко [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.rian.ru/society/20080611/109970993.html>.
4. Зыкова К. Ф. Содержание ВИЧ-инфицированных наркоманов в местах лишения свободы // Преступление и наказание. Ежемесяч. общественно-политич. и научно-методич. журнал. – М., 2004. – № 1. – 72 с.
5. Зыкова К. Ф. Социально-психологические особенности ВИЧ-инфицированных осужденных // Человек : преступление и наказание. Сб. матер. научно-теоретической конференции. – Рязань : Изд-во Акад. права и управления Минюста России, 2004. – С. 15–17.
6. Зыкова К. Ф. Социально-психологические особенности ВИЧ-инфицированных осужденных // Преступление и наказание. Ежемесячный обществ.-политич. и научно-методич. журнал. – М., 2008. – № 2 – 70 с.
7. Корнеева Г. В. Психологические особенности смысловой сферы личности ВИЧ-инфицированных осужденных в условиях лишения свободы : автореф. дис.. канд. психол. наук : 19.00.06 / Корнеева Галина Константиновна. – Рязань, 2004. – 24 с.
8. Ланга А. П. Индивидуально-психологические особенности ВИЧ-инфицированных : дисс ... канд психол. наук : 19.00.01 / Ланга Артур Паулино. – Ростов-на-Дону, 2006. – 216 с.
9. По данным ФСИН, 90 % российских заключенных страдают различными заболеваниями [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.newsru.com/crime/13nov2007/zk.html>
10. Собчик Л. Н. Метод цветowych выборов. Модифицированный цветовой тест Люшера : методич. рук-во. – М., 1990. – 88 с.
11. Собчик Л. Н. Диагностика межличностных отношений. Модифицированный вариант интерперсональной диагностики Т. Лири : методич. рук-во. – М., 1990. – 48 с.

Опубликовано: Будущее клинической психологии : материалы Международ. научно-практ. конфер. 3 апреля 2009 г. / под ред. Е. В. Левченко, А. Ю. Бергфельд; Перм. гос. ун-т. – Пермь, 2009. – Вып. 3. – С. 154–159 (в соавт. с Е. Г. Мельник).

Отношение к болезни и лечению ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом женщин, отбывающих наказание в исправительной колонии

Ежегодно в РФ регистрируется до 40 тыс. носителей ВИЧ-инфекции [2]. По заключениям ВОЗ в России отмечаются самые высокие в мире темпы заболевания ВИЧ-инфекцией. 90 % заражений ВИЧ-инфекцией происходит через инъекции наркотиков.

Актуальной и серьезной социально-медицинской проблемой является содержание осужденных с ВИЧ-инфекцией, их лечение и реабилитация [5]. В местах лишения свободы находится более 42 тысяч зараженных ВИЧ [7]. Так, согласно официальным данным Федеральной службы исполнения наказаний России, на конец 2009 года в местах лишения свободы содержались 43645 осужденных, инфицированных вирусом иммунодефицита, что составляет 10 % от общего числа зарегистрированных в России ВИЧ-положительных. Каждый год в следственные изоляторы ФСИН России поступают более 8000 ВИЧ-больных. Из общего числа содержащихся в условиях лишения свободы ВИЧ-инфицированных 80,9 % составляют мужчины, 18,5 % – женщины, 0,6 % – несовершеннолетние [4; 5]. Доля ВИЧ-инфицированных в российских тюрьмах в четыре раза выше, чем в целом по стране. При этом неуклонно растет не только число ВИЧ-инфицированных женщин в российских тюрьмах, но и заболевших СПИДом [3].

В этих условиях большое значение приобретает исследование личности осужденных ВИЧ-инфицированных, их отношения к своему здоровью, болезни, лечению, жизненной позиции в целом [9]. Как показывает литературный поиск, психологические аспекты отношения к болезни и лечению у данной категории больных изучены недостаточно.

Обследовано 132 зараженных ВИЧ женщин в возрасте 18–46 лет, отбывающих наказание в ИК-28 ГУФСИН России по Пермскому краю. Стаж заболевания составил: до 1 года – 21 чел. (16 %); от года до трех – 38 чел. (28,7 %); свыше трех лет – 73 чел. (55,3 %). Испытуемые были распределены на 2 группы.

Первую группу (ВИЧ-инфицированные) составили заключенные, находящиеся на стадии бессимптомного носительства вируса, либо генерализованной лимфаденопатии (стадии I, II) – 52 чел. Это жен-

щины, преимущественно молодого возраста, чаще незамужние, с низким образовательным уровнем, первой, реже второй судимостью, осужденные за имущественные преступления и преступления против личности, с наркологически отягощенным анамнезом (героиновая наркомания), заразившиеся ВИЧ инъекционным, реже половым, путем. В большинстве случаев ВИЧ-инфекция была выявлена впервые в пенитенциарном учреждении. По складу характера это психопатические или явно акцентуированные личности с аффективно-ригидными и эксплозивными чертами характера.

Вторая группа включала больных СПИДом с III и IV стадиями заболевания (СПИД-ассоциированный комплекс; собственно СПИД) – 80 чел. Это преимущественно лица молодого и зрелого возраста, незамужние или разведенные, с низким образовательным уровнем, с повторной судимостью или рецидивные преступницы. Выявлена высокая наркологическая отягощенность и длительный стаж героиновой наркомании. Большинство заразились ВИЧ инъекционным, реже – половым путем. Многие страдают сопутствующими соматическими и инфекционными заболеваниями (туберкулез, гепатит, почечная патология и др.), последствиями перенесенных черепно-мозговых травм. До заключения отношение к своему здоровью было попустительским, поэтому первые признаки ВИЧ-инфекции и СПИДа выявлены в местах лишения свободы.

В работе использовались клиническая беседа, наблюдение, комплекс психодиагностических методик: ТОБОЛ [8]; опросник для изучения отношения к болезни и лечению (ОБЛ), позволяющий выявить 5 видов установок (мотиваций) к лечению [6]; опросник «Уровень субъективного контроля» Е. Ф. Бажина с соавт. [1].

Получены следующие результаты. В табл.1 приведены сводные данные, касающиеся представленности различных типов отношения к болезни (ТОБ) у обследованных больных. В первой группе преобладающими ТОБ являлись анозогнозический (32,7 %), ипохондрический (19,2 %) и неврастенический (15,3 %), а в группе больных СПИДом – ипохондрический (38,85 %), паранойяльный (15,0 %) и дисфорический (12,5 %). В целом выявлено значительное преобладание ипохондрического (31,1 %) ТОБ.

Т а б л и ц а 1

Типы отношения к болезни ВИЧ–инфицированных и больных
СПИДом женщин-заключенных

Тип отношения к болезни	Группа 1 (ВИЧ – инфицированные; n=52)		Группа 2 (больные СПИДом; n=80)		Всего (n=132)	
	чел.	%	чел.	%	чел.	%
Ипохондрический (II)	10	19,2	31	38,85	41	31,1
Анозогнозический (I)	17	32,7	–	–	17	12,9
Дисфорический (III)	4	7,7	10	12,5	14	10,6
Неврастенический (II)	8	15,3	6	7,5	14	10,6
Тревожный (II)	7	13,4	7	8,75	14	10,6
Паранойяльный (III)	1	1,9	12	15,0	13	9,9
Эгоцентрический (III)	1	1,9	5	6,25	6	4,5
Меланхолический (II)	2	3,8	4	5,0	6	4,5
Эргопатический (I)	–	–	2	2,5	2	1,5
Сенситивный (III)	2	3,8	–	–	2	1,5
Апатический (II)	–	–	1	1,25	1	0,8
Гармонический (I)	–	–	2	2,5	2	1,5

Установлено, что у 76 больных (57,5 %), преобладает интрапсихическая направленность реакции на наличие болезни (блок II), признаки дезадаптации при которой свидетельствуют о значительной задеятельности аффективной сферы с комплексом астенических, депрессивных, тревожных, ипохондрических включений, уходом в болезнь, переживаниями чувства вины и т.д. Адаптивный блок (I) был представлен у 21 чел. (15,9 %) исключительно анозогнозическим ТООБ, главным образом, у представительниц первой группы.

Наблюдения за поведением больных с анозогнозическим типом реагирования показывают, что многие из них реально оценивают свое состояние и перспективы, в известной мере им характерны целеустремленность, настойчивость, самообладание. Настроение их, если не брать во внимание периодические возникающие вследствие бытовых и производственных конфликтов психопатические выпадения, по большей части было стабильное, эмоции в целом адекватны ситуации. Многие из них, даже наблюдая за поведением больных СПИДом в терминальной стадии, уверены, что с ними будет все по-другому. Они нередко отказываются от лечения, поскольку не считают себя больными, т.к. находятся еще на первой, бессимптомной стадии. Тем не менее, каждая в этой подгруппе думает, как бы использовать свой диагноз для досрочного освобождения. Некоторые больные не считают нужным сообщить о новом статусе родственникам из-за боязни их отказа от последующих кон-

тактов. Однако, при всей их целеустремленности и настойчивости, ни одна из них не проявляет добровольного желания работать (эргопатический и гармонический ТОО почти не представлены). Пациенты первой группы предпочитают вести праздный образ жизни, проявляют чрезмерную веселость, шутят над жалобами и болезнями больных СПИДом, очень быстро находят сексуальных партнеров.

В целом поведение испытуемых первой группы можно описать как неровное с тенденциями к агрессивности. Контакт с окружающими во многом зависит от их настроения. Им присуща склонность к демонстративности, частым конфликтам с медперсоналом и дракам с осужденными. Больные же СПИДом, несмотря на их большой криминальный опыт и авторитет, выбирают наблюдательную позицию, или даже стремятся к сотрудничеству с администрацией (!) не столько, чтобы получить определенные блага, сколько выстроить благожелательные отношения на случай, если наступит значительное ухудшение состояния. В этом плане им не доверяют другие осужденные, в силу чего больные с клинически очерченными проявлениями СПИДа подвергаются стигматизации и изоляции.

Дезадаптивная интерпсихическая направленность ТОО (блок III) выявлена у 35 обследованных (26,6 %). Часть из них подходит под классическое описание ТОО данного блока. Попав за решетку, они начинают по-другому относиться к своему недугу. Настроение их часто подавлено, они проявляют растерянность, суетливость, пессимизм, неуравновешенность, уныние, часто плачут. Важные прежде жизненные цели, социальные интересы отодвигаются на второй план, неудовлетворенные потребности частично реализуются благодаря тому, что им удается создать у окружающих впечатление своей беспомощности. В учреждении эти осужденные малоинициативны, интерес к окружающему и проводимым мероприятиям небольшой. Многие начинают обращаться к религии, верить в Бога, просить прощения у всех подряд, другие ищут виноватых в своей болезни близких. Навязчиво и подолгу беседуют с медиками, охотно откровенничают. Однако, как показывает опыт общения с данной категорией больных, в их поведении много неискреннего, манипулятивного, умышленного, они таким способом также подготавливают себе почву на будущее, на случай ухудшения здоровья.

Характеризуя доминирующие типы отношения к болезни, можно отметить ряд других особенностей. Так, ипохондрический тип реагирования на болезнь определяет поведение, основанное на чрезмерном сосредоточении на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях. Однако наблюдения показывают и обратное: многие

представительницы данного ТОО активно участвуют в жизни отрядов, некоторые занимают лидирующие позиции в своих коллективах.

Результаты, полученные с помощью опросника ОБЛ показали, что среди ВИЧ-инфицированных женщин доминирующими лечебными установками являются «установка на изменение поведения» (36,4 %) и получение «вторичного выигрыша» от болезни (28,8 %); у больных СПИДом – на достижение симптоматического улучшения (42,5 %). Эта, последняя установка, являлась также преобладающей во всей выборке испытуемых (30,3 %). Хотя колония – это не лучшее место для оздоровления, тем не менее, для многих женщин она представляет собой единственную возможность оказаться в поле зрения здравоохранения.

Исследование локуса контроля показало, что по большинству показателей обе группы испытуемых можно отнести к слабо интернальным личностям. При этом среднеарифметические показатели общей интернальности у больных СПИДом даже выше (6,4 стэна) по сравнению с инфицированными ВИЧ (5,9 стэна), хотя статистически значимых различий между группами по всем шкалам интернальности опросника УСК не выявлено ($p > 0,05$). Нам представляется, что объяснить тенденцию к интернальности исследуемого контингента можно исходя из особенностей их криминального поведения: в группе больных СПИДом больше опытных, рецидивных преступниц. С другой стороны, чтобы выжить в условиях пенитенциарного учреждения, надо надеяться только на себя. Вместе с тем, пациенты со СПИДом становятся более экстернальными в отношении здоровья и болезни (среднее значение 5,4 стэна), в силу которой они вынуждены полагаться на медперсонал, охранников, администрацию, сокамерников в поисках помощи и поддержки.

Таким образом, исследование показало, что наличие тяжелой неизлечимой болезни, какой является СПИД, накладывает отпечаток на личность заключенных-женщин, в известной степени нивелируя черты их предшествующей брутальной криминальности и эксплозивности. В обследовании и лечении такие больные стремятся к сотрудничеству с медицинскими работниками, проявляют исполнительность и последовательность при выполнении врачебных назначений. Они способны даже пойти на нарушение «зэковской» этики ради получения личных привилегий от медицинского персонала, стремятся понравиться и показать свои лучшие человеческие качества, насколько им это удастся. Подобным образом они готовят себе «тылы» в случае значительного ухудшения своего состояния. При этом они нередко чувствуют себя изгоями, несмотря на прошлый тюремный опыт и авторитет, подвергаются моббингу и стигматизации со стороны здоровых заключенных и ВИЧ-инфицированных.

Следует также отметить, что проведенное нами исследование поставило ряд новых вопросов, в частности о том, отличаются ли типы отношения к болезни у обследованных групп от таковых, подобных им, живущих на свободе; в чем заключается качественная характеристика ТОО заключенных от классического описания этих типов и др., что делает разработку выбранной нами темы еще более перспективной.

Библиографический список

1. Бажин Е. Ф., Голынкина Е. А., Эткинд А. М. Методы исследования уровня субъективного контроля // Психологический журнал. – 1984. – № 3. – С. 152–162.
2. До 40 тыс. ВИЧ-инфицированных выявляется в России каждый год – Онищенко [Электронный ресурс]. – URL: [http:// www.rian.ru/society/20080611/109970993.html](http://www.rian.ru/society/20080611/109970993.html)
3. Доклад о глобальной эпидемии ВИЧ/СПИДа (Четвертый глобальный доклад ЮНЭЙДС) [Электронный ресурс]. – URL: www.hivpolicy.ru/news/index.php?id=4397
4. Завадский В. И., Мышко И. В., Кралько А. А. ВИЧ-инфекция в учреждениях уголовно-исполнительной системы Республики Беларусь // Актуальные проблемы пенитенциарной медицины : социально-значимые болезни, ВИЧ/СПИД в местах лишения свободы : материалы 2-й научно-практ. конф. 27–28 ноября 2003 г. – Минск, 2003. – С. 3–8.
5. Зыкова К. Ф. Содержание ВИЧ-инфицированных наркоманов в местах лишения свободы // Преступление и наказание : ежемесячн. общественно-политич. и научно-методич. журнал. – М., 2004. – № 1. – 72 с.
6. Опросник для изучения отношения к болезни и лечению // Клиническая психология : учебник / под ред. Б. Д. Карвасарского. – СПб. : Питер, 2002. – С. 902–904.
7. По данным ФСИН, 90 % российских заключенных страдают разными заболеваниями [Электронный ресурс]. – URL: [http:// www.newsru.com/crime/13nov2007/zk.html](http://www.newsru.com/crime/13nov2007/zk.html)
8. Психологическая диагностика отношения к болезни : пособие для врачей / Л. И. Вассерман, Б. В. Иовлев, Э. Б. Карпова, А. Я. Вукс. – СПб. : СПб НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2005. – 31 с.
9. Рабочая книга пенитенциарного психолога / под ред. А. И. Мокрецова, В. П. Голубева, А. В. Шамиса. – М., 1998. – 107 с.

Опубликовано: *Будущее клинической психологии : матер. Междунар. науч.-практ. конф. (8 апреля 2011 г.) науч. ред. А. Ю. Бергфельд, С. В. Вайнштейн, С. А. Щебетенко; Перм. гос. нац. иссл. ун-т. – Пермь, 2011. – Вып. 5. – С. 257–263 (в соавт. с М. Х. Прозоровой).*

Личностные профили женщин-заключенных, ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом

Аннотация. Исследовались личностные профили заключенных-женщин, инфицированных ВИЧ и заболевших СПИДом, всего 132 чел. У заключенных с начальными стадиями заболевания ярко проявлялись психопатические черты характера, достигающие степени эксплозивности, у страдающих СПИДом они были заметно сглажены. Выявленные особенности в поведении и личностные характеристики отражают их возможности адаптации к условиям пенитенциарного учреждения.

Ключевые слова: пенитенциарная психология, женщины-заключенные, личностный профиль, наблюдение, психодиагностика, ВИЧ, СПИД.

В последнее время пенитенциарными психологами накоплен большой диагностический материал, касающийся использования опросников ММРІ, ММИЛ, СМІЛ, СМОЛ для оценки особенностей личности заключенного. Выделены классификационные группы, описаны психотипы преступников, совершающих различные виды правонарушений, и их специфические особенности, которые находят отражение в личностных профилях [9].

Пенитенциарная система столкнулась с такой серьезной проблемой, как содержание заключенных, зараженных ВИЧ-инфекций вследствие предшествующей наркотизации или девиантных форм сексуального поведения (проституция, промискуитет и др.). По данным статистики, в местах лишения свободы находится более 42 тысяч зараженных ВИЧ [8]. Каждый год в следственные изоляторы ФСИН России поступают более 8000 ВИЧ-больных. Из общего числа содержащихся в условиях лишения свободы ВИЧ-инфицированных 80,9 % составляют мужчины, 18,5 % – женщины, 0,6 % – несовершеннолетние [6]. Доля ВИЧ-инфицированных в российских тюрьмах в четыре раза выше, чем в целом по стране. При этом неуклонно растет не только число ВИЧ-инфицированных женщин в российских тюрьмах, но и заболевших СПИДом [4].

Личность заключенных, зараженных ВИЧ-инфекцией, представляет собой сложный конгломерат из преморбидных особенностей, патохарактерологических качеств, наркологической отягощенности, криминальных наклонностей и тех изменений, которые обусловлены иммунодефицитом. В работе с ними возникают не только трудности медицинского характера, обусловленные ограниченными возможностями проведения качественного лечения и реабилитации в условиях изоляции, но и психологического плана, связанные с преодолением рентных или оппозиционных установок, накладываемых уголовными

правилами, антисоциальной направленностью и т.д. В этих условиях большое значение приобретает изучение личности осужденных ВИЧ-инфицированных, в том числе с использованием многофакторных методов исследования личности.

Проведенный литературный поиск показал, что имеется ограниченное число публикаций, в которых указываются результаты использования методик многостороннего исследования личности заключенных-женщин, зараженных ВИЧ. Заслуживает внимания работа С. Н. Коваленко и С. Л. Соловьевой из Санкт-Петербурга [7], которые с помощью опросника СМОЛ обследовали 100 заключенных-женщин в возрасте от 20 до 35 лет, употреблявших инъекционные наркотики и являющихся носителями ВИЧ-инфекции с хронической формой гепатита В и С. Контрольную группу составили практически здоровые заключенные, не предъявляющие вышеуказанного диагноза, также 100 чел. По результатам теста СМОЛ группа инфицированных авторами была разделена на 2 подгруппы. Для первой подгруппы оказалось характерным наибольшее превышение, в сравнении с контрольной группой, показателей по шкалам депрессии (D), истерии (Hy) и психастении (Pt), т.е. невротической шкал в сочетании с тревожностью. Во второй подгруппе было отмечено превышение показателей в профиле только по шкалам психастении (Pt) и шизоидности (Sc). Для здоровых заключенных оказалось характерным понижение профиля к шкале истерии (Hy) с дальнейшим плавным ростом баллов к шкале шизоидности (Sc). На основании проведенного исследования авторы делают вывод о том, что бывших наркозависимых ВИЧ-инфицированных женщин-заключенных можно отнести к психотипу ипохондрических личностей с выраженными трудностями в социальной адаптации, тревогой, которые больше связываются не с нахождением в условиях пенитенциарного учреждения, а состоянием своего физического здоровья.

Ограниченность публикаций в этом направлении делает проблему достаточно острой в плане определения психодиагностических маркеров для указанного контингента обследуемых с помощью многофакторных методик.

Цель настоящего исследования – изучение личностных профилей заключенных-женщин, инфицированных ВИЧ и заболевших СПИДом для построения адекватных лечебно-профилактических и психокоррекционных мероприятий и определения оптимальных мер социального контроля над поведением осужденных сотрудниками оперативно-режимной службы.

Материалы и методы. Обследовано 132 заключенных-женщин в возрасте 18–46 лет, отбывающих наказание в ИК-28 ГУФСИН России по Пермскому краю. Стаж заболевания составил: до 1 года – 21чел.

(16 %); от года до трех – 38 чел. (28,7 %); свыше трех лет – 73 чел. (55,3 %). Испытуемые были распределены на 2 группы.

Первую группу (ВИЧ-инфицированные) составили заключенные, находящиеся на стадии бессимптомного носительства вируса, либо генерализованной лимфаденопатии (СПИД стадии I, II) – 52 чел. Это женщины преимущественно (82 %) молодого возраста, чаще незамужние (57,2 %), с низким образовательным уровнем (63,4 % имеют неполное среднее образование), с первой (75 %), реже второй (25 %) судимостью, осужденные за имущественные преступления и преступления против личности (в том числе 22 чел. (42,4 %) по статье 228 УК РФ – хранение, сбыт наркотических средств), с наркологически отягощенным анамнезом (героиновая наркомания), заразившиеся ВИЧ инъекционным, реже половым, путем. В большинстве случаев ВИЧ-инфекция была выявлена впервые в пенитенциарном учреждении. За начало заболевания принималось обнаружение в крови испытуемых антител к ВИЧ, подтвержденное иммуноблотингом. Большинство испытуемых страдало рецидивирующими инфекциями верхних дыхательных путей, частыми герпетическими высыпаниями, но сохраняло физическую активность.

Вторая группа включала больных СПИДом с III и IV стадиями заболевания (СПИД-ассоциированный комплекс; собственно СПИД) – 80 чел. Это преимущественно лица молодого (68 %) и зрелого (32 %) возраста, незамужние или разведенные (78,7 %), с низким образовательным уровнем (72,5 % имеют неполное среднее образование), с повторной судимостью (39 чел. (48 %) являются рецидивными преступниками). Выявлена высокая наркологическая отягощенность и длительный стаж героиновой наркомании. 43 чел. (53,7 %) осуждены за хранение и сбыт наркотических средств. Большинство заразились ВИЧ инъекционным, реже – половым путем. Как и у испытуемых первой группы, первые признаки ВИЧ-инфекции и СПИДа выявлены в местах лишения свободы. У 63 чел. имелись сопутствующие соматические и инфекционные заболевания (туберкулез, гепатит, почечная патология и др.), у 9 чел. – последствия перенесенных черепно-мозговых травм в форме не резко выраженной энцефалопатии. В клинической картине заболевания (СПИД) преобладал легочный туберкулез.

Обследование проводилось в МСЧ колонии. Использовались: метод наблюдения, в качестве психодиагностического инструментария – сокращенный многофакторный опросник для исследования личности (СМОЛ), известный также как «мини-мульти» [2] и опросник «Уровень субъективного контроля» (УСК) Е. Ф. Бажина, Е. А. Гольнкиной, А. М. Эткинда [1]. Интерпретация профилей осуществлялась в соответствии с описанием основных клинических шкал ММРІ, адаптированных под СМОЛ [5].

Полученные результаты

Данные наблюдения за испытуемыми 1-й группы позволяют сделать предположение о наличии у многих из них психопатических или явно акцентуированных черт характера с преобладанием аффективно-ригидных и эксплозивных реакций. В своем поведении они отличаются несдержанностью, нетерпеливостью, конфликтностью, агрессивностью. Они вульгарны, сексуально расторможены, склонны к членовредительству и демонстративной псевдосуицидальной активности. Стремятся к самоутверждению, повышению своего статуса в колонии. Отношение к обследованию и лечению чаще негативное

На рис.1 представлен профиль СМОЛ ВИЧ-инфицированных женщин-заключенных.

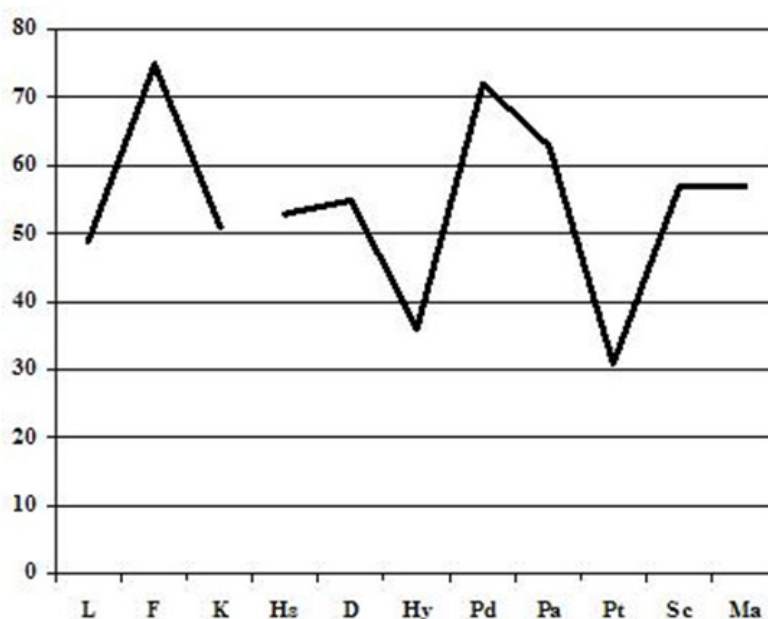


Рис. 1. Усредненный профиль ВИЧ-инфицированных женщин (n=52)

Профиль ВИЧ-инфицированных женщин-заключенных группы 1 расположен в границах 31–72Т и по своей конфигурации относится к пограничным профилям, при которых имеется несколько пиков. Таковыми в профиле являются шкала F, уровень которой достигает 75Т, 4-я (Pd), сочетающаяся с подъемом по 6 шкале (Pa), 8-й (Sc) и 2-й (D), отрицательными пиками на 3-й (Hy) и 7-й (Pt) шкалах. Изолированный пик по шкале психопатии (эмоциональной напряженности, импульсивности), свидетельствует о наличии таких черт характера, как возбудимость, взрывчатость, импульсивность, склонность к асоциальному поведению, которые клинически могут укладываться, как минимум, в границы акцентуированного характера, либо психопатии (незначительное превышение уровня 4-й шкалы от условной нормы в 70Т). Сочетание с 6-й шкалой (код 46) подчеркивает эксплозивность и

указывает на такие поведенческие паттерны, как чувство соперничества, стремление к доминированию, подавлению окружающих, пренебрежение этическими нормами, социальными правилами и т.п. Эти тенденции усиливаются добавочным пиком по 8-й шкале (Sc); профили типа 468... характерны для личностей с трудно корригируемым поведением, брутальной эксплозивностью, взрывным характером. Подъем по 2-й шкале (D) несколько снижает агрессивные реакции. Отрицательный пик по 7-й шкале указывает на наличие решительности, низкий уровень тревожности, отсутствие осторожности. Психологи-криминологи отмечают у таких личностей (высокая 4-я и низкая 7-я шкала), совершающих насильственные преступления, такие черты, как снижение способности к сопереживанию, грубую и жестокую манеру поведения [9]. Это также косвенно подтверждается снижением профиля на 3-й шкале (самостоятельность, отсутствие гибкости, деликатности, дипломатичности, в целом присущих каждой женщине черт мягкости, легкой демонстративности и истероидности). Примечательно, что в профиле ВИЧ-инфицированных женщин-заключенных практически слабо выражены шкалы невротической триады (1–3), в целом можно говорить, что личностный компонент соматизации тревоги (Ns) и депрессивности (D) не играет существенной роли.

Таким образом, интерпретируя усредненный профиль испытуемых группы ВИЧ-инфицированных в целом, можно квалифицировать его как профиль психопатической асоциальной личности [9]. Соотнесение выделенных характеристик с данными наблюдения показывает сходство выделенных паттернов.

Наблюдение за испытуемыми второй группы показало, что, несмотря на свою криминогенную отягощенность, они реже демонстрируют аффективные реакции, возможно, благодаря своему тюремному опыту и авторитету умеют себя сдерживать. В обследовании и лечении стремятся к сотрудничеству с медицинскими работниками, проявляют исполнительность и последовательность при выполнении врачебных назначений. Способны пойти на нарушение тюремной «зэковской» этики ради личных привилегий от медицинского персонала, отличаются услужливостью, угодливостью, стремятся понравиться и показать свои лучшие человеческие качества, однако не умеют это делать искренне, поэтому со стороны такое поведение нередко кажется гротескным или фальшивым. Вполне вероятно, подобным образом они готовят себе «тылы» в случае значительного ухудшения своего состояния. Болезнь и безвыходное положение вынуждает их обратиться к религии. Многие молятся, ведут переписку с церковью. Стремятся получить прощение близких. Наличие явных симптомов СПИ-

Да тяжело переживают. Некоторые становятся депрессивными, иногда высказывают суицидальные мысли. Было также замечено, что эта категория больных подвергалась преследованиям и унижениям (моббингу) со стороны как здоровых заключенных, так и ВИЧ-инфицированных независимо от их тюремного статуса.

На рис.2 представлен усредненный профиль женщин-заключенных, больных СПИДом. Профиль пограничного типа, располагающийся в границах 49–78Т. Индекс Уэлша=1,1 (в сырых баллах), что свидетельствует о его достоверности. Пиками в данном профиле являются 9-я (Ma), сочетающаяся с подъемом на 6-й шкале (Pa) при F=78Т. Облик испытуемого с комбинацией 9б при умеренной выраженности этих пиков характеризуется активностью, общительностью, сочетающихся с чертами аффективной ригидности, подозрительности, злопамятности, враждебности [9]. Личности такого типа стремятся утверждать свое превосходство и использовать окружающих для достижения личных целей. Однако черты brutality и агрессивности менее выражены, что отражается на профиле отрицательными пиками по 8-й (Sc) и 4-й (Pd).

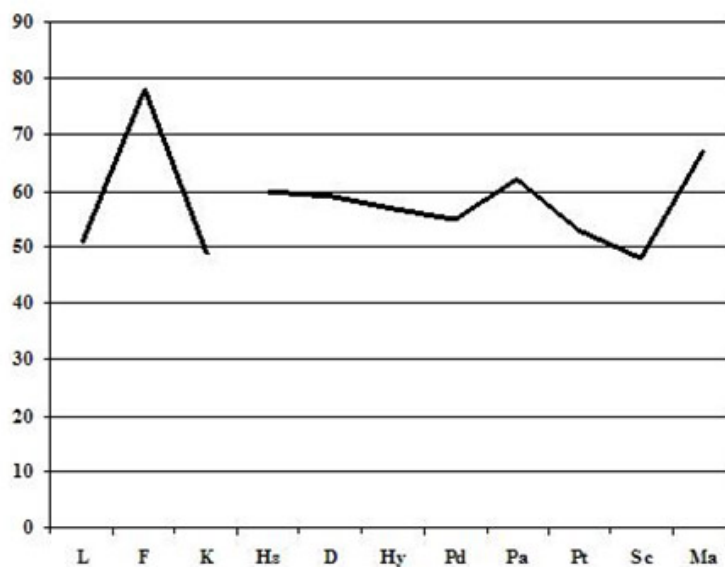


Рис. 2. Усредненный профиль женщин больных СПИДом (n=80)

Можно также утверждать, что «криминально-психопатическая составляющая», несмотря на то, что большинство из обследованных являются рецидивными преступницами, в профиле данных личностей, в отличие от представительниц первой группы, не выражена. Как и у инфицированных ВИЧ, в их профиле также слабо выражены шкалы невротической триады (1-3), хотя различия в их уровнях статистически достоверны (табл.1).

Т а б л и ц а 1

Различия в показателях шкал психологического профиля СМОЛ инфицированных ВИЧ и больных СПИДом женщин-заключенных

Группа	Шкалы СМОЛ (средние значения в Т-баллах)										
	L	F	K	Hs	D	Hу	Pd	Pa	Pt	Sc	Ma
Группа 1 (n=52)	49	75	51	53	55	36	72	63	31	57	57
Группа 2 (n=80)	51	78	49	60	59	57	55	62	53	48	67
различия	-	-	-	*	*	***	***	-	***	**	**

Условные обозначения: * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

Суммируя данные, характеризующие различия между вышеописанными группами испытуемых, можно утверждать, что для женщин-заключенных, болеющих СПИДом, характерна меньшая психопатичность ($p < 0,001$), меньшая шизоидность ($p < 0,01$), большая ипохондричность и депрессивность ($p < 0,05$), большая истероидность ($p < 0,001$), большая психастеничность и гипоманиакальность ($p < 0,001$).

Исследование локуса контроля показало, что по большинству показателей обе группы испытуемых можно отнести к слабо интернальным личностям. При этом средне-арифметические показатели интернальности у больных СПИДом были даже выше (от 5,2 до 6,6 стэна), по сравнению с инфицированными ВИЧ (5,6–5,9 стэнов), хотя статистически значимых различий между группами не выявлено ($p > 0,05$). Нам представляется, что объяснить тенденцию к интернальности исследуемого контингента можно, исходя из особенностей криминальной личности и ситуации: чтобы выжить в условиях пенитенциарного учреждения, надо надеяться только на себя (известная экзовская формула «не надейся, не жди, не проси»). Вместе с тем, пациенты со СПИДом становятся экстернальными по параметру интернальности в отношении здоровья и болезни (уровень 5,3), т.к. в силу болезни вынуждены полагаться на медперсонал, охранников, администрацию, сокамерников в поисках помощи и поддержки. Таким образом, их экстернальность в сфере здоровья носит адаптивный, приспособительный характер.

Обсуждение

Как уже было сказано выше, в особенностях личности испытуемых нашли отражение различные «наслоения»: патохарактерологическая диспозиция, наркотическая зависимость, антисоциальные и криминальные наклонности и, собственно говоря, итог – развитие пока что неизлечимой

болезни, каким является СПИД. Т. С. Бузина ссылается на прогностические данные зарубежных исследований, выполненных на основе ММРІ, в которых показано, что учащиеся, которые в дальнейшем стали употреблять наркотики, отличались от своих сверстников контрольной группы статистически значимым повышением по шкалам Ну (истерия), Pd (психопатия) и Ма (гипомания) [2, с. 10]. А. Ф. Радченко в своем диссертационном исследовании приводит следующие характерные для злоупотребляющих героином типы профилей: 1) профиль с пиками по шкалам «2 – 4 – 8» (депрессия – психопатия – шизофрения); 2) профиль с единственным пиком по шкале «4» (психопатия); 3) профиль с пиками «2 – 9» (депрессия – гипомания) [10]. В цитированной выше работе С. Н. Коваленко и С. Л. Соловьевой для ВИЧ-инфицированных женщин оказалось характерными профили с пиками по шкалам депрессии (D), истерии (Ну) и психастении (Pt), либо психастении (Pt) и шизоидности (Sc) [7]. Как видно, ни одна из вышеописанных конфигураций не соответствует выделенным нами усредненным профилям. С одной стороны, это можно объяснить спецификой данной выборки. С другой – тестовые характеристики во многом совпадают с данными клинического наблюдения, что повышает их достоверность. В профилях СМОЛ больных СПИДом заключенных-женщин отчетливо выступает тенденция к сглаживанию психопатических черт характера (Pd), аффективности и паранойяльности (Pa). Вероятно, это частично обусловлено снижением общего энергетического тонуса, однако, на наш взгляд, имеют значение и изменения в ценностно-смысловой сфере, которые приносит болезнь, когда приходится решать проблемы экзистенциального уровня: «человек перед лицом надвигающейся смерти». Отсюда обращение к религии, раскаяние в отношениях с близкими, поиск поддержки со стороны окружающих, экстернальный locus контроля в сфере здоровья и др. Однако данный тезис нуждается в более тщательной эмпирической проверке.

Суммируя результаты клинического наблюдения и использованных методик, можно отметить значительную разницу в психологическом облике двух групп испытуемых. Женщины-заключенные, зараженные ВИЧ и не имеющие заметных проявлений заболевания, ведут себя в целом как личности, которых эта проблема едва коснулась. Соответственно, они проявляют поведенческие установки в отношении проводимого обследования и лечения как нечто, к чему можно относиться попустительски, либо извлечь из этого дополнительные льготы или дивиденды. Они не стремятся к сотрудничеству, оппозиционируют медперсоналу, в отношениях с другими заключенными стремятся к доминированию. Если определять интернальность как способность принятия ответственности «на себя», то всю предшествующую жизнь испытуемых этой группы можно

рассматривать как череду безответственных поступков. Тогда их тенденция к интернальности может рассматриваться как своеобразный пассивный копинг, отражающий ситуацию пребывания в заключении.

Наличие выраженных симптомов (стадии СПИД) заставляют больных считаться с болезнью. В силу физической слабости, болезненности, немощности такие заключенные, несмотря на свой предшествующий криминальный опыт, часто не могут постоять за себя, отстаивать свои интересы, подвергаются стигматизации и изоляции со стороны других заключенных. Они пытаются приспособиться к ситуации, чтобы выжить в этих условиях, используя социально приемлемые формы контактов, и идя на сотрудничество с администрацией и медицинским персоналом.

Выводы

1. Личностные профили заключенных-женщин, носителей вируса иммунодефицита и больных СПИДом, несмотря на общность криминологических характеристик, значительно отличаются, прежде всего, по выраженности аффективно-психопатических черт характера, что подтверждается наблюдением за их поведением и данными психодиагностики: у больных с ВИЧ они достигают степени эксплозивности, у страдающих СПИДом, несмотря на большую криминальную и наркотическую отягощенность, заметно сглажены.

2. Выявленные у заключенных-женщин с начальными (ВИЧ) и клинически выраженными стадиями (СПИД) заболевания особенности поведения и личностные характеристики, отражают их возможности адаптации к условиям пенитенциарного учреждения с учетом тяжести их заболевания.

Рекомендации

1. В целях определения оптимальных мер социального контроля над поведением ВИЧ-инфицированных осужденных сотрудникам оперативно-режимной службы необходимо учитывать их медико-психологические характеристики.

2. Для коррекции внутренней картины болезни у заключенных с начальными признаками СПИД-болезни необходимо учитывать степень выраженности их аффективных и психопатических черт, сопоставляя данные клинических наблюдений с результатами психодиагностики.

3. Женщины, заболевшие СПИДом и подвергающиеся моббингу и стигматизации со стороны других заключенных, могут представлять группу потенциальных суицидентов, в связи с чем нуждаются в большем внимании со стороны психолого-психиатрических служб и социальных работников.

Библиографический список

1. Бажин Е. Ф., Голынкина Е. А., Эткинд А. М. Методы исследования уровня субъективного контроля // Психолог. журн. – 1984. – № 3. – С. 152–162.
2. Бузина Т. С. Психологические подходы к профилактике ВИЧ-инфекции при употреблении психоактивных веществ. – М. : Прометей, 2009. – 172 с.
3. До 40 тыс. ВИЧ-инфицированных выявляется в России каждый год – Онищенко [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.rian.ru/society/20080611/109970993.html>.
4. Доклад о глобальной эпидемии ВИЧ/СПИДа (Четвертый глобальный доклад ЮНЭЙДС) [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.hivpolicy.ru/news/index.php?id=4397>.
5. Зайцев В. П. Вариант психологического теста Mini-Mult // Психологический журнал. – 1981. – № 3. – С. 118–123.
6. Зыкова К. Ф. Содержание ВИЧ-инфицированных наркоманов в местах лишения свободы // Преступление и наказание : ежемесячный общественно-политич. и научно-методич. журнал. – М., 2004. – № 1. – 72 с.
7. Коваленко С. Н., Соловьева С. Л. Изучение особенностей личности ВИЧ-инфицированных женщин в условиях пеницитарного учреждения / ГМА им. И. И. Мечникова. – СПб., 2002. [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.medlinks.ru/article.php?sid=4024>
8. По данным ФСИН, 90% российских заключенных страдают разными заболеваниями [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.newsru.com/crime/13nov2007/zk.html>
9. Рабочая книга пеницитарного психолога / под ред. А. И. Мокрецова, В. П. Голубева, А. В. Шамиса. – М., 1998. – 107 с.
10. Радченко А. Ф. Конституционально-личностные особенности больных наркоманией и их роль в формировании заболевания : автореф. ... дисс. канд. мед. наук : – М., 1985. – 24 с.

Опубликовано: Медицинская психология в России : электрон. науч. журн. – 2011. – № 2. – URL: <http://medpsy.ru>

Самоотношение ВИЧ-инфицированных и заболевших туберкулезом осужденных

Аннотация. Статья посвящена сравнительному анализу самоотношения у заключенных инфицированных ВИЧ и туберкулезом с начальными клиническими проявлениями и здоровых осужденных. С помощью методики исследования самоотношения (МИС) С. Р. Пантилеева и цветового теста отношений (ЦТО) Е. Ф. Бажина и А. М. Эткинда обследованы указанные три категории испытуемых, отбывающих нака-

зание в колонии общего режима, всего 150 чел. Установлено, что структура самоотношения ВИЧ-инфицированных и заболевших туберкулезом осужденных близка по содержанию. Отличительной особенностью больных туберкулезом является большая реалистичность и критичность в оценке собственного здоровья. Для ВИЧ-инфицированных характерна неоправданная оптимистичность в оценке будущих событий.

Ключевые слова: самоотношение, осужденные, ВИЧ-инфицирование, туберкулез.

По данным проверки пенитенциарных учреждений, проведенной Генеральной прокуратурой РФ в 2010 году в 80 регионах России, было установлено, что 90 % заключенных страдают тяжелыми хроническими заболеваниями. В частности было констатировано, что 40 тыс. осужденных страдают активными формами туберкулеза (каждый двадцатый), 55 тыс. – ВИЧ-инфицированы (каждый четырнадцатый) [1]. Ежегодно в следственные изоляторы ФСИН России поступают более 8000 ВИЧ-больных. Из общего числа содержащихся в условиях лишения свободы ВИЧ-инфицированных 91 % составляют мужчины, 8,5 % – женщины, 0,5 % – несовершеннолетние. Доля ВИЧ-инфицированных в российских тюрьмах в четыре раза выше, чем в целом по стране [16].

Установлено, что активный туберкулез развивается у 1/3 ВИЧ-инфицированных пациентов. Вероятность того, что у людей с ВИЧ-инфекцией, инфицированных также бактериями Коха, разовьется туберкулез, в 113 раз превышает аналогичный показатель среди людей, не инфицированных ВИЧ [3; 11]. В настоящее время обе инфекции – туберкулез и СПИД – рассматриваются как закономерные спутники. Закономерность подобного сочетания объясняется преимущественным распространением обоих этих заболеваний среди одних и тех же групп населения – заключенных и наркоманов.

В этой связи Х. М. Галимзянов ссылается на данные американских авторов, которые указывают на достаточно быстрое распространение туберкулеза среди ВИЧ-инфицированных заключенных, когда в ряде тюрем США наблюдались настоящие вспышки туберкулеза среди данного контингента [6]. Для пенитенциарных учреждений России это также серьезная проблема: только за 2011 год количество больных в местах лишения свободы, у которых ВИЧ сочетался с туберкулезом, увеличилось с 515 до 24963 чел. [16].

Работа с этой категорией заключенных характеризуется трудностями медицинского и психологического характера, которые связаны как с ограниченными возможностями проведения качественного лечения и реабилитации в условиях изоляции, так и с деформацией личности за-

ключенного, вследствие чего возникает необходимость преодоления рентных или оппозиционных установок у заключенных, накладываемых уголовными правилами, антисоциальной направленностью.

В этих условиях большое значение приобретает изучение личности осужденных, страдающих ВИЧ-инфекцией и туберкулезом, их ценностно-смысловой сферы, самооценки, образа «Я», других ядерных образований личности.

Одним из таких образований является самоотношение, которое рассматривается как проявление специфики отношения личности к собственному «Я». Самоотношение – это индивидуально переживаемый устойчивый тип восприятия себя, характеризующийся определенной динамикой психических процессов, уровнем осознания Я и выражающийся в устойчивом типе поведения и саморегуляции [18]. Самоотношение личности определяется также как эмоциональный компонент самосознания, в котором проявляется симпатия, уважение, близость к самому себе [21], как выражение смысла «Я» для субъекта [14], переживание собственной ценности, выражающееся в чувстве самоуважения. Значимой функцией самоотношения является защитная, с помощью которой человек может защищать свое «Я» от отрицательных эмоций и поддерживать самоуважение на относительно постоянном уровне.

Исследованию самосознания больных туберкулезом и ВИЧ/СПИД-ом, находящихся в пенитенциарных учреждениях, посвящено много работ, детальный анализ которых указывает как на ряд общих черт, так и различий в структуре личности этих больных. Общность характеристик определяется, прежде всего, социальным статусом, факторами, способствующими формированию личности и ее асоциальной направленности, психопатологическими отклонениями, аддиктивными наслоениями, спецификой переживания пенитенциарного стресса, усугубляемого повышенным уровнем межличностной агрессии, физическим и сексуальным насилием, моральным унижением и издевательствами, которым подвергается значительная часть осужденных, уголовной кастовостью и др.

Роль самоотношения в структуре личности осужденного актуализирована фактом совершенного преступления, последующего осуждения и наказания, как юридического (лишение свободы), так и психологического (терзания совести). В местах лишения свободы человек вынужден пересмотреть свою жизнь: оценить прошлое, адаптироваться в настоящем и выстроить планы на будущее [20].

Как указывает Е. В. Чернышева, специфической особенностью самоотношения осужденных является привязанность к неадекватному образу «Я», что, по ее мнению, представляет собой один из защитных механизмов самосознания [24]. Кроме того, для осужденных в целом характерно

обесценивающее отношение к своему здоровью (как проявление общего негативного самоотношения личности) с его аутодеструктивной направленностью [2], рентными и манипулятивными установками [19].

Общим для ВИЧ-инфицированных и заболевших туберкулезом является изменение иерархии ценностей, среди которых на первое место выступают ценности биологического выживания, при большей сохранности социальных и деятельных ценностей у больных туберкулезом [9]. Как указывает Т. А. Болдырева, актуальная жизненная ситуация инфицированных заключенных задается двумя факторами – «заключения» и «заболевания», они, в отличие от здоровых осужденных, должны постоянно решать эту двуединую задачу [5]. У тех и других наблюдается снижение самооценки, общий депрессивный статус, пассивность, углубление невротических и психопатических черт личности, заострение акцентуаций характера и др. [8; 9; 17; 22; 23 и др.]. В целом эти особенности согласуются с характеристиками неосужденных лиц, зараженных ВИЧ и туберкулезом, для которых также характерны повышенная невротизация и психопатизация, нейротизм, низкая толерантность к фрустрации и др. [7; 10].

Что касается ВИЧ-инфекции, то отношение к себе и своему заболеванию у осужденных характеризуется определенной спецификой. Самоотношению данной категории лиц свойственна противоречивость и дисгармония, сочетание негативных самооценок с позитивными, выполняющими компенсаторную роль. В большинстве случаев отношение к собственному здоровью характеризуется обесцениванием, невниманием, недостаточной осведомленностью о последствиях заболевания в сочетании с ощущением беспомощности перед ним. При этом нарушение здоровья может рассматриваться и как средство манипуляции для облегчения условий жизни [5; 9; 19].

В рамках обсуждаемой в данной статье темы представляют интерес работы М. М. Орловой, рассматривающей специфичность самоотношения больных туберкулезом легких в контексте адаптационных стратегий. Было установлено, что у данной категории больных формируется устойчивое негативное самоотношение, в то время как факторы позитивного самоценивания оказываются подавленными. Больные туберкулезом в сравнении со здоровыми подчеркивают наличие внутренней неустроенности и снижение самоуважения. Негативное самоотношение у больных туберкулезом рассматривается автором как индикатор формирования новой идентичности больных, центрированной на болезни. Эта трансформация предполагает повышение значимости социальных ролей в структуре идентичности, что можно рассматривать как сферу значимых, но утраченных возможностей; по-

вышение значимости физического «Я» в структуре идентичности; снижение деятельного Я, что объясняется утратой адаптационных стратегий, связанных с восприятием себя здоровым человеком. Негативные самоописания фиксируют утрату значимости прежних социальных ролей и отказ от активности [12; 13].

Сказанное выше распространяется на больных, находящихся на свободе. Совсем иная картина, по-видимому, будет наблюдаться у осужденных инфицированных ВИЧ и туберкулезом, где более отчетливо и жестко проявляются факторы стигматизации, ограниченности социально-ролевого взаимодействия, вторичной выгоды от болезни.

Таким образом, деформация самоотношения является одной из ключевых характеристик личности ВИЧ-инфицированных и больных туберкулезом независимо от их социального статуса.

Однако, несмотря на обилие публикаций, остаются мало изученными аспекты самоотношения осужденных, имеющих начальные или доклинические проявления указанных болезней, когда диагноз уже установлен, субъект информирован, начаты лечебные мероприятия, введены санитарно-гигиенические ограничения и проч., однако субъективно человек еще не осознает себя в полной мере больным.

Материалы и методы

Исследование проводилось на базе ФКУ ИК-38 ГУФСИН по Пермскому краю, в котором приняли участие 3 группы испытуемых по 50 чел. в каждой из них:

1) осужденные с диагнозом ВИЧ-инфицирование, чаще бессимптомное, на стадии А1 и А2 (серопозитивное носительство, внезапная астенизация, частые ОРВИ, начальные признаки периферической генерализованной лимфаденопатии);

2) заключенные с диагнозом туберкулез (начальные, субклинические, стертые, латентные формы проявления – постоянный кашель, астенизация, субфебрилитет, гипергидроз, рентгенологические признаки и др.);

3) условно здоровые осужденные, не страдающие инфекционными заболеваниями, но имеющие определенный набор неосложненных или компенсированных болезней (хронические бронхиты, гастриты и др.), не требующих медицинского вмешательства.

Средний возраст испытуемых составлял соответственно 26 ± 3 ; 27 ± 2 и 24 ± 3 года. В группах ВИЧ-инфицированных и больных туберкулезом преобладали заключенные со средним и средним специальным образованием (78 и 82 % соответственно), в группе здоровых заключенных – с неполным средним (44 %) средним образованием (38 %). 80 % испытуемых были холосты. Осуждены повторно 24 чел. (44 %) из числа ВИЧ-инфицированных и 16 чел. (32 %) – больных туберкулезом.

Субъективное состояние своего здоровья оценивали как отличное 6 ВИЧ-инфицированных (12 %), 13 заболевших туберкулезом (74 %) и 15 здоровых осужденных (30 %); как удовлетворительное – соответственно 28 чел. (56 %), 37 (74 %) и 22 чел. (44 %). Признали себя больными 16 осужденных, инфицированных ВИЧ (32 %) и 13 из группы здоровых (26 %), подразумевая наличие у себя других неинфекционных заболеваний. Предпринимали суицидальные попытки 9 чел. из числа тубинфицированных и 3 – потенциально здоровых.

В работе использовался блок психодиагностических опросников: «Методика исследования самооотношения» (МИС) С. Р. Панталева [15]; «Цветовой тест отношений» (ЦТО) Е. Ф. Бажина и А. М. Эткинда. Интерпретация результатов последнего осуществлялась в соответствии со стандартными процедурами. Определялся ранг цвета, ассоциируемого в раскладке по предпочтению с данным понятием в диапазоне от 1 до 8. Абсолютные величины разностей рангов каждого цвета в двух (вторая – стандартная люшеровская) раскладках суммировались, вычислялся индекс «k», который в случае идентичности раскладок может изменяться от 0 (что означает крайне положительное отношение) до 32 (крайне отрицательное отношение, неприятие); в более полном виде: 0–10,7 – принятие; 10,8–21,4 – средняя зона; 21,5–32 – неприятие [4]. Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием U-критерия Манна-Уитни. Расчеты произведены в программе SPSS.

Полученные результаты и их интерпретация

В табл. 1 и на рис.1 представлены результаты методики МИС.

Т а б л и ц а 1

Результаты исследования самооотношения осужденных (в стэнах)

Название шкалы	Испытуемые			U-критерий Манна-Уитни		
	ВИЧ-инфицированные	Заболевшие туберкулезом	Условно здоровые			
	1	2	3	1-2	2-3	1-3
Закрытость	7,3	6,9	8,2	1096,5	891,0*	1057,0
Самоуверенность	8,4	8,2	9,6	1207,5	823,0**	865,0**
Саморуководство	7,4	6,9	8,2	1131,0	927,0*	1035,0
Зеркальное «Я»	6,2	5,7	7,8	1136,5	696,0**	786,0**
Самоценность	8,3	7,9	9,1	1080,0	933,5*	1008,5
Самопринятие	7,4	7,1	8,1	1192,0	1046,0	1098,5
Самопривязанность	5,3	5,3	6,1	1248,5	1034,5	1026,5
Внутренняя конфликтность	5,9	4,9	3,8	1040,0	1011,0	755,0**
Самообвинение	4,8	4,1	3,2	1081,5	1034,5	867,0

Примечание: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$

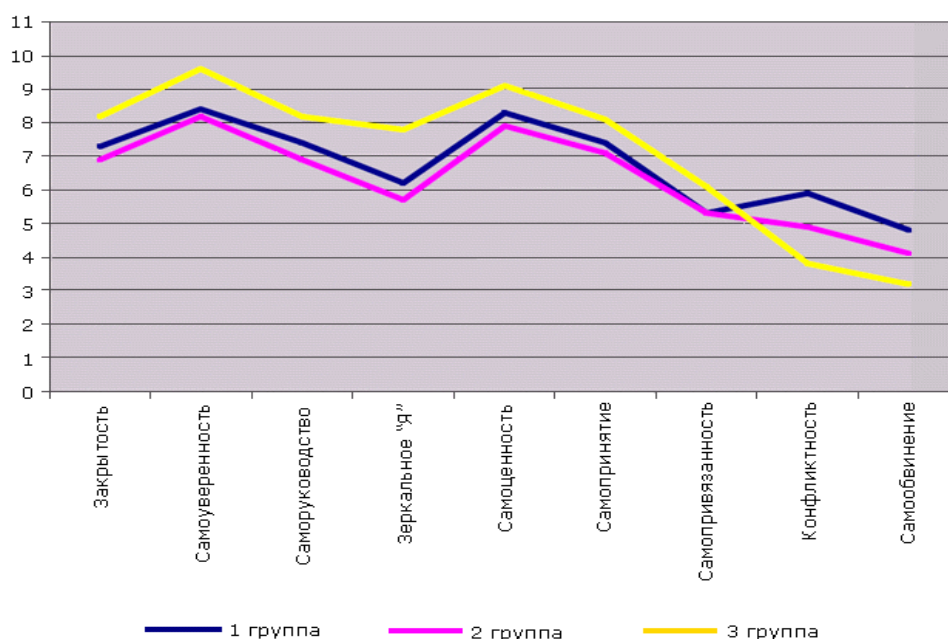


Рис. 1. Показатели основных шкал опросника самооотношения у осужденных

Как видно на рис. 1, конфигурации профилей испытуемых всех трех групп во многом похожи, однако уровни первых семи шкал условно здоровых заметно превышают аналогичные показатели ВИЧ-инфицированных и больных туберкулезом, а по 8 и 9-й – оказываются значительно ниже в аналогичных профилях.

Для ВИЧ-инфицированных и для больных туберкулезом заключенных характерна умеренная (при $p > 0,05$), а для условно здоровых – большая закрытость. Согласно авторам методики, данный показатель является индикатором внутренней честности: чем он выше, тем человек менее честен по отношению к самому себе и своим поступкам. Д. В. Сочивко и О. А. Тоболевич полагают, что открытость в структуре самооотношения осужденных вообще является главным, определяющим фактором, что именно от нее зависит мироощущение преступника, отбывающего наказание [20]. Таким образом, можно предположить, что в процессе аутокоммуникации больные туберкулезом склонны более критично оценивать свое поведение и его последствия ($p < 0,05$), а условно здоровые и ВИЧ-инфицированные свое выживание в местах лишения свободы в заметной степени выстраивают на самообмане.

Всех обследованных выдает высокое самомнение, самоуверенность (наибольшая у условно здоровых, показатели которой обнаруживают статистически значимые различия как с ВИЧ-инфицированными ($p < 0,01$), так и туберкулезными больными ($p < 0,01$). Наличие этих качеств позволяет осужденным чувствовать себя как субъекты, которым есть за что себя уважать, однако эта убежденность не так крепка и подвергается аберрациям при наличии болезни.

Представителей 1-й и 2-й групп отличает умеренный, практически очень близкий ($p > 0,05$), а условно здоровых – высокий показатель саморυководства, отличающих их от больных туберкулезом ($p < 0,05$). Авторы методики описывают данный компонент самоотношения как переживание и осознание субъектом «внутреннего стержня», позволяющего ему руководствоваться представлениями о том, что от него все зависит и он хозяин собственной судьбы. Учитывая, что этот параметр отражает такое качество личности, как интернальность, можно предположить, что зараженные ВИЧ также стремятся использовать данный locus контроля. Однако, как показали уже цитированные выше авторы [20], такие представления – скорее иллюзия, т.к. «внутренний стержень» связан у отбывающих наказание с внутренней ложью, самообманом. В этом смысле больные туберкулезом более честны, но также склонны к тенденции проявления некоторой экстернальности.

Зеркальное Я» представляет собой отраженное самоотношение, связанное с представлением с ожидаемым позитивным отношением к себе со стороны других людей. Как видно из табл.1, у испытуемых всех трех групп значения этого показателя находятся в средней зоне. Однако и здесь обнаруживаются статистически значимые различия с осужденными, зараженными инфекциями ($p < 0,01$). Иными словами, условно здоровые заключенные полагают, что они заслуживают гораздо больше уважения и симпатии, чем больные.

По шкале самооценности сравнительно высокие показатели обнаружили у инфицированных ВИЧ и здоровых, что свидетельствует о том, что осужденные склонны достаточно высоко оценивать ценность собственной личности и предполагаемую ценность своего Я для других, однако статистически значимые различия выявились только между здоровыми и заболевшими туберкулезом ($p < 0,05$), которые в сравнении со здоровыми испытывают определенную уязвимость.

Мироощущение отбывающих наказание характеризуется средне-высоким уровнем самопринятия, без статистически значимых различий между анализируемыми группами. Следовательно, они принимают себя такими, какие они есть, со всеми достоинствами и недостатками.

Их самопривязанность находится на средне-низком, примерно одинаковом уровне, что отражает некоторую неудовлетворенность собой, потребность в изменении.

У всех групп испытуемых определялся низкий уровень внутренней конфликтности. Статистически значимые различия ($p < 0,01$) обнаружены между ВИЧ-инфицированными и здоровыми. Для последних оказалось характерной тенденция к отрицанию проблем, закры-

тости, поверхностному самодовольству, что подтвердило еще раз результаты вышеописанных шкал. Д. В. Сочивко и О. А. Тоболевич указывают, что внутренний конфликт у отбывающих в местах лишения свободы тем сильнее выражен, чем меньше у них внутренняя честность [20]. По-видимому, у обследованных нами преступников он присутствует, однако не вполне осознается в силу вытеснения.

Оказалось также, что для данной категории испытуемых не свойственно самообвинение. По этому показателю они обнаруживают умеренно низкие значения, указывающие на слабые переживания чувства вины и раскаяния.

Показатели по интегральным факторам представлены в табл.2. Как видно из табл. 2, статистический анализ не выявил значимых различий и по обобщенным факторам методики МИС между ВИЧ-инфицированными и зараженными туберкулезом заключенными. Статистически достоверными оказались различия между здоровыми и ВИЧ-инфицированными по всем интегральным факторам, а между здоровыми и тубинфицированными – по факторам «самоуважение» ($p < 0,01$) и «аутосимпатия» ($p < 0,05$). Таким образом, стигматизирующая роль инфицирования доказывается общей структурой самооотношения, снижением положительного отношения к самому себе и дезадаптивными тенденциями, обусловленными проявлениями внутренней конфликтности и неустроенности, более выраженная у ВИЧ-инфицированных.

Т а б л и ц а 2

Обобщенные факторы самооотношения осужденных

Название шкалы	Испытуемые			U-критерий Манна-Уитни		
	ВИЧ-инфицированные	Заболевшие туберкулезом	Условно здоровые			
	1	2	3	1-2	2-3	1-3
Самоуважение	29,3	27,8	33,8	1089,5	569,0**	755,0**
Аутосимпатия	21,0	20,4	23,4	1193,5	859,5*	902,5*
Внутренняя неустроенность	10,6	9,0	7,0	976,0	993,0*	668,5**

Примечание: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$

Можно также констатировать, что здоровые заключенные в большей степени, чем ВИЧ-инфицированные и больные туберкулезом, уверены в себе и менее подвержены сомнениям в способности вызывать уважение. Их высокое самомнение, самоуверенность, ориентация на свои собственные силы, амбициозность, основанные на представ-

лении о том, что они заслуживают большего уважения и признания, позволяют чувствовать себя уверенно и комфортно.

Обобщая результаты, полученные с помощью опросника МИС, можно заключить, что структура самоотношения ВИЧ-инфицированных и заболевших туберкулезом осужденных близка по своему содержанию. Однако в сравнении со здоровыми заключенными представители этих групп обнаруживают разную диспозицию.

Самоотношение осужденных с начальными проявлениями ВИЧ-инфекции характеризуется большей открытостью, внутренней честностью; меньшей уверенностью в себе; меньшей способностью вызывать уважение окружающих; большей внутренней конфликтностью; меньшим самоуважением и аутосимпатией. Они также наиболее остро переживают внутреннюю неустроенность. Однако они, как и здоровые, склонны в одинаковой степени принимать на себя ответственность, осознавать ценность собственной личности.

Самоотношение осужденных, заболевших туберкулезом также характеризуется большей открытостью, меньшей уверенностью в себе, худшим представлением об ожидаемом отношении к себе со стороны других людей, заниженной самооценностью, меньшим самоуважением и аутосимпатией, большей внутренней неустроенностью. Они солидаризируются со здоровыми только по параметру «внутренняя конфликтность».

Вместе с тем следует отметить, что эти изменения неглубоки, деформации самоотношения происходят в пределах адаптивных границ.

Цветовой тест отношений позволяет дополнить представления об эмоциональных компонентах отношений личности. Результаты исследования с помощью ЦТО представлены в табл. 3.

Т а б л и ц а 3

Доминирующие цветовые представления различных категорий осужденных

Вербальный стимул	Осужденные					
	ВИЧ-инфицированные		Заболевшие туберкулезом		Условно здоровые	
	Доминирующие цвета	к-индекс	Доминирующие цвета	к-индекс	Доминирующие цвета	к-индекс
«Я сейчас»	Коричневый / Фиолетовый	23	Серый / Фиолетовый	23	Коричневый / Фиолетовый	23
«Мое прошлое»	Синий / Красный	18	Синий / Зеленый	18	Синий / Красный	18
«Мое будущее»	Красный / Желтый	20	Коричневый / Черный	23	Черный / Серый	23
«Мое здоровье»	Желтый / Серый	21	Серый / Желтый	21	Синий / Зеленый	18
«Моя жизнь»	Коричневый / Фиолетовый	23	Коричневый / Фиолетовый	24	Серый / Черный	25

Табл. 3 показывает, цветовые ассоциации осужденных в значительной степени представлены дополнительными цветами, которые символизируют негативные тенденции: тревожность, стресс, переживание страха, огорчения.

«Цветовой мир» ВИЧ-инфицированных, представленный в категориях «Я сейчас», «Моя жизнь», «Мое здоровье», указывает на чувство неудовлетворенности, угнетенное состояние, стремление выйти из неприятной ситуации. Указанные три позиции по k-индексу тяготеют к зоне неприятия ($k = 21-23$). И наоборот, прошлое и будущее воспринимаются ими более позитивно: как что-то целостное и значимое, оптимистическое и наполненное активностью (k-индекс располагается в средней зоне).

Для больных туберкулезом цветовые отношения указывают на чувство беспокойства и настороженность, неудовлетворенность ситуацией, негативное состояние, разочарованность, пессимистические ожидания, желание уйти от активности. Текущая ситуация, жизнь в целом, здоровье и будущие перспективы окрашены в мрачные тона и располагаются в зоне неприятия, и только воспоминания о прошлом приносят чувство удовлетворения, спокойствия, умиротворения.

Здоровые осужденные также склонны негативно оценивать себя здесь-и-сейчас, свое прошлое и будущее, хотели бы уйти от решения своих проблем, предпочитая пассивное ожидание (k-индексы 23–25 баллов). Чувство удовлетворенности, спокойствие и уверенность связаны с позицией «Мое здоровье», они также склонны позитивно принимать свое прошлое.

Выявлены статистически значимые различия по вербальному стимулу «Мое будущее» между группами ВИЧ-инфицированных и больных туберкулезом ($U=948,5$; $p < 0,05$), ВИЧ-инфицированными и здоровыми ($U=932,5$; $p < 0,05$), а также по параметру «Мое здоровье» между здоровыми осужденными и больными ($U=834,5$ и $U=798,0$; при $p < 0,05$).

Доминирование серого и желтого цветов позволяют сделать вывод о неуверенности, несамостоятельности, пассивности отношения испытуемых к их здоровью, ощущении бессилия перед заболеванием и отсутствии готовности предпринимать активные действия для поддержания здоровья, ориентации на помощь других. В группе здоровых заключенных синий и зеленый цвета ассоциируются с большим принятием актуального состояния здоровья.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о неприятии себя и своей жизни заключенными с ВИЧ-инфекцией и туберкулезом, за исключением того факта, что больные ВИЧ неоправданно оптимистично смотрят в будущее, что может быть связано с недооценкой тя-

жести последствий заражения и отсутствием выраженной симптоматики. Тенденция к неоправданно оптимистическому отношению к грядущим событиям отмечена у ВИЧ-инфицированных Т. А. Болдыревой [5].

Заболевшему человеку свойственно сравнивать себя с людьми здоровыми, находящимися в его окружении, с точки зрения оценки качества собственного функционирования. Такое «идущее вверх сравнение» может выполнять адаптивные функции, но также исказить внутреннюю картину болезни. В этом отношении больные туберкулезом, в сравнении с ВИЧ-инфицированными, более реалистичны, они адекватнее воспринимают сложившуюся ситуацию со своим здоровьем. «Кризис идентичности» в том виде, на который указывает М. М. Орлова, здесь невозможен, поскольку идентичность заболевших осужденных задается, в первую очередь, их пенитенциарным статусом, а уже затем самим фактом наличия болезни, ценностно-смысловое значение которой отличается от такового законопослушных граждан.

В этих условиях перед медицинской и психологической службами ФСИН в числе приоритетных должна быть поставлена задача комплексной коррекции деформированного самоотношения осужденных, страдающих социально опасными болезнями.

Библиографический список

1. 90% заключенных в России больны ВИЧ, туберкулезом или гепатитом [Электронный ресурс]. – URL: http://www.u-hiv.ru/news_hivinrussia_hivzk.htm
2. Актуальные вопросы пенитенциарного здравоохранения / под ред. А. С. Кононца и А. В. Бобрика – М. : Акварель, 2011. – 120 с.
3. Алексеева Л. А., Горбачева Э. С., Груздев Б. М. Туберкулез у ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом // Проблемы туберкулеза. – 1996. – № 2. – С. 16–17.
4. Бажин Е. Ф., Эткинд А. М. Цветовой тест отношений : методические рекомендации. – Л. : ЛНИПНИ им. В. М. Бехтерева, 1985. – 23 с.
5. Болдырева Т. А. Субъективная интерпретация актуальной жизненной ситуации как предмет психологического исследования (на примере ВИЧ-позитивных заключенных колонии общего режима) // Вестник Оренбургского государственного университета. – 2006. – № 9. – С. 87–93.
6. Галимзянов Х. М. Особенности профилактики ВИЧ-инфекции среди лиц, содержащихся в пенитенциарных учреждениях России и зарубежных стран // Астраханский медицинский журнал. – 2010. – Т. 5. – № 3. – С. 124–128.
7. Горбунова Н. В. Социально-психологические особенности пациентов, больных туберкулезом // Молодой ученый. – 2012. – № 11. – С. 350–353.

8. Зыкова К. Ф. Социально-психологические особенности ВИЧ-инфицированных осужденных // Человек : преступление и наказание. Сборник материалов научно-теоретической конференции. – Рязань : Изд-во Акад. права и управления Минюста России, 2004. – С. 15–17.
9. Корнеева Г. В. Психологические особенности смысловой сферы личности ВИЧ-инфицированных осужденных в условиях лишения свободы : автореферат дис.... канд. психол. наук : 19.00.06 / Корнеева Галина Константиновна. – Рязань, 2004. – 24 с.
10. Ланга А. П. Индивидуально-психологические особенности ВИЧ-инфицированных : автореферат дис. ... канд. психол. наук : 19.00.01 / Ланга Артур Паулино. – Ростов-на-Дону, 2006. – 21 с.
11. Ленок Г. В., Былкова О. К., Кушеверская М. Ю. Туберкулез у больных с ВИЧ-инфекцией // Сибирский медицинский журнал. – 2012. – Т. 114. – № 7. – С. 93–95.
12. Орлова М. М. Кризис идентичности у больных туберкулезом легких [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России : электрон. науч. журн. – 2012. – № 3 (14). – URL: <http://medpsy.ru>
13. Орлова М. М. Специфичность самоотношения больных туберкулезом легких в контексте адаптационных стратегий [Электронный ресурс] // Современные исследования социальных проблем (электронный научный журнал). – 2012. – № 11 (19). – URL: www.sisp.nkras.ru
14. Пантилеев С. Р. Самоотношение как эмоционально-оценочная система. – М. : МГУ, 1991. – 108 с.
15. Пантилеев С. Р. Методика исследования самоотношения / С. Р. Пантилеев. – М. : Смысл, 1993. – 32 с.
16. Проблема туберкулёза, ВИЧ, гепатита, сифилиса в местах лишения свободы России [Электронный ресурс]. – URL: <http://tyurma.com/problema-tuberkuleza-vich-gepatita-sifilisa-v-mestakh-lisheniya-svobody-rossii>
17. Санникова О. Е. Особенности психических расстройств у ВИЧ-инфицированных осужденных : автореферат дис. ... канд. мед. наук : 14.01.06 / Санникова Ольга Евгеньевна. – СПб., 2010. – 19 с.
18. Селезнева Е. В. Самоотношение как акмеологический феномен // Мир психологии. – 2008. – № 4. – С. 238–249.
19. Сергеев М. П. О совершенствовании правовых основ медико-психологического обеспечения лиц, осужденных к лишению свободы // Медицинское право. – 2011. – № 2. – С. 33–38.
20. Сочивко Д. В., Тоболевич О. А. Психологические особенности гендерной самоидентификации в структуре самоотношения личности осужденных // Научно-практический журнал Вологодского института права и экономики ФСИН. Преступление. Наказание. Исправление. – Вологда : Изд-во Волог. ин-та права и экон. ФСИН России. – 2010. – № 11. – С. 41–46.
21. Столин В. В. Самосознание личности. – М. : МГУ, 1983. – 284 с.

22. Тертыникова В. В. Клинико-эпидемиологические особенности у больных туберкулезом и ВИЧ-инфекцией в условиях пенитенциарной системы // Кубанский научный медицинский вестник. – 2008. – № 3–4. – С. 145–148.
23. Узлов Н. Д., Е. Г. Мельник. Отношение к себе и образ «Я» инфицированных и неинфицированных ВИЧ опийных наркоманов, находящихся в местах лишения свободы // Будущее клинической психологии : материалы Междунар. научно-практ. конфер. 3 апреля 2009 г. / под ред. Е. В. Левченко, А. Ю. Бергфельд; Перм. гос. ун-т. – Пермь, 2009. – Вып. 3. – С. 154–159.
24. Чернышева Е. В. Особенности Я-концепции личности осужденных : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.01 / Чернышева Елена Викторовна. – Екатеринбург, 2005. – 24 с.

Опубликовано: *Клиническая и медицинская психология : исследования, обучение, практика : электрон. науч. журн.* – 2014. – № 2 (4). – URL: <http://medpsy.ru/climp> (в соавт. с О. В. Башкирцевой).

РАЗДЕЛ 6. ВОПРОСЫ ИЗУЧЕНИЯ ЛИЧНОСТИ ОСУЖДЕННОГО

Жизнестойкость и психологическое благополучие заключенных в соответствии с их тюремной иерархией

Аннотация. В статье предпринята попытка рассмотреть личности рецидивных преступников с различным тюремно-лагерным статусом через призму жизнестойкости и параметров психологического благополучия. Обследованы 60 заключенных, выполняющих функции хозяйственно-лагерной обслуги при краевой туберкулезной больнице № 7 ГУФСИН по Пермскому краю, относящихся к категориям «обиженных», «мужиков» и «красных». Используются психодиагностические опросники: тест жизнестойкости С. Мадди, шкала психологического благополучия К. Рифф и цветовой тест отношений Е. Ф. Бажина и А. М. Эткинда. Статистически значимых различий по всем параметрам жизнестойкости между «обиженными» и «мужиками» не выявлено, зато установлено их существенное преобладание в группе «красных» над «мужиками».

По показателям психологического благополучия, за исключением «цели в жизни», статистически значимых различий между группами «обиженных» и «мужиков» не выявлено, однако таковые получены при сравнении групп заключенных категорий «красные» и «мужики». Результаты сравнения индексов ЦТО осужденных из категорий «мужиков» и «обиженных» обнаружили статистически значимые различия по параметрам «я сейчас», «моя жизнь» и «свобода». У «обиженных», в отличие от «мужиков», присутствовали позитивные оценки своей текущей жизни, страх перед свободой, удовлетворенность существующим положением и статусом. «Красные», в отличие от «мужиков», полностью принимают себя в настоящем и стремятся к свободе. В работе также приводится сопоставление психологического статуса заключенных из категории «обиженных» с их социально-криминологическими характеристиками, раскрыты причины, которые побуждают их поддерживать свой лагерный статус. Показано, что изучение психологического благополучия личности заключенных и их жизнестойкости позволяет понять содержательную сторону психологии заключенных с разным иерархическим статусом, внутренние мотивы их поведения, выстроить адекватный и лично-отно-ориентированный стиль психокоррекционной работы.

Ключевые слова: пенитенциарное учреждение, осужденные, криминальная субкультура, тюремно-лагерная иерархия, жизнестойкость, психологическое благополучие заключенных.

Концепция развития уголовно-исполнительной системы Российской Федерации до 2020 года предполагает изменение идеологии применения основных средств исправления осужденных в местах лишения свободы с усилением психолого-педагогической работы с личностью и подготовки ее к жизни в обществе. Она предусматривает поиск и внедрение новых индивидуальных форм работы, обеспечивающих оказание психологической помощи каждому осужденному с учетом его личностных характеристик; повышение требований к научному и методическому уровню психодиагностической и психокоррекционной работы, разработку и развитие психотерапевтического направления работы психолога, совершенствование научно-технического обеспечения его деятельности, внедрение инновационных технологий, адаптации передового отечественного и зарубежного опыта работы.

Одним из серьезных препятствий, стоящих на пути исправления в условиях пенитенциарных учреждений, является асоциальная субкультура с ее специфическим набором ценностных ориентаций, норм поведения, сетью устойчивых неформальных взаимосвязей правонарушителей, а также устоявшееся разделение заключенных на касты [3; 7; 9]. Ю. К. Александров выделяет 4 основных группы тюремно-лагерной иерархии заключенных: «блатные» (черные), «мужики» (серые), «козлы» (красные) и «опущенные» или «обиженные» (голубые). Блатные (воры, жиганы, путевые, авторитеты и др.) представляют элитную группу заключенных. Они не работают, осуществляют контроль над поведением всех членов преступного сообщества, пополнением «общака», разбором конфликтов. Наиболее многочисленной группой (до 50–60 %) является «мужики» (работяги, трудяги). Они занимают довольно обособленное положение по отношению к другим категориям (мастям) осужденных. Отличие «мужиков» от «блатных» состоит в том, что они могут и должны работать, их отличает от «красных» (положительных, активистов) то, что они не сотрудничают с администрацией. Самую низшую ступень иерархической лестницы занимают голубые, обозначаемые в ненормативной лексике как «петухи», «опущенные» и т. п. (в Пермском крае осужденных данной категории обычно обозначают как «обиженные»). Они обязаны выполнять всю грязную и непрестижную работу, подчиняться всем [1].

На базе приемно-сортировочного медицинского отделения транзитно-пересыльного пункта ФБЛПУ КТБ № 7 ГУФСИН РФ по Пермскому краю обследованы 60 заключенных в возрасте от 24 до 60 лет, входящих в отряд хозяйственно-лагерной obsługi общей численностью 98 чел. Все обследованные – рецидивные преступники, отбыва-

ющие второй и более срок. В соответствии с тюремной иерархией в отряде они разделились на «обиженных» (16 чел.), «красных» (17 чел.) и «мужиков» (65 чел.). В исследовании были задействованы все осужденные из категорий «обиженных» и «красных», а также 27 «мужиков» (41,5 % данной категории заключенных).

Использовались психодиагностические опросники: тест жизнестойкости С. Мадди [4], шкала психологического благополучия (ШПБ) К. Рифф [2] и цветовой тест отношений (ЦТО) Е. Ф. Бажина и А. М. Эткинда [6]. Статистическая обработка данных осуществлялась на основе t-критерия Стьюдента для независимых выборок.

Тест жизнестойкости определяет такое качество личности, как «hardiness», описываемое как отвага, храбрость, выносливость, «упертость», стрессоустойчивость. Оно включает три параметра: вовлеченность в жизненные события, или, наоборот, отвергнутость жизнью; контроль (интернальность или беспомощность) и принятие риска.

Методика К. Рифф описывает психологическое благополучие личности по шести признакам: «положительные отношения с другими», «автономия», «управление окружением», «личностный рост», «цель в жизни», «самопринятие».

Цветовой тест отношений базируется на предположении, что существенные характеристики невербальных компонентов отношений к значимым другим, самому себе отражаются в цветовых ассоциациях к ним. Интерпретация результатов основывается на двух процедурах:

а) сопоставление цветов, ассоциируемых с определенными понятиями, с их местом в раскладке по предпочтению (показатель $k = Y(d_i)$, где d_i – абсолютные величины разностей рангов каждого цвета в двух раскладках). Индекс k может изменяться от 0 (что означает резко положительное отношение) до 32 (крайне отрицательное отношение, неприятие); в более полном виде: 0 – 10,7 означает принятие; 10,8 – 21,4 – средняя зона; 21,5 – 32 – неприятие;

б) интерпретация эмоционально-личностного значения каждой цветовой ассоциации, на основе чего может быть составлено представление о содержательных особенностях отношения.

Оценка осуществлялась по следующим стимулам: «я сейчас», «мое прошлое», «мое будущее», «мое здоровье», «моя жизнь», «свобода».

Получены следующие результаты по опроснику К. Рифф (табл. 1).

Средние значения показателей жизнестойкости у различных
категорий осужденных

Название шкалы	Стандартные оценки	Категория осужденных		
		«Обиженные»	«Мужики»	«Красные»
Вовлеченность	37.64±8.08	34.62	34.74	45.58
Контроль	29.17 ±8.43	27.87	28.37	35.88
Принятие риска	13.91± 4.39	10.37	11.88	16.29

По параметрам жизнестойкости все показатели испытуемых укладываются в средние стандартные нормы с тенденцией их возрастания от «обиженных» к «мужикам» и далее к «красным». При этом статистически значимых различий по исследуемым параметрам между «обиженными» и «мужиками» не было выявлено ($p > 0,05$). «Красные» отличались от «мужиков», наоборот, большей вовлеченностью ($p < 0,001$), степенью контроля ($p < 0,001$), принятием риска ($p < 0,001$), а также большим интегральным показателем жизнестойкости ($p < 0,001$). Это связано с тем, что «красные», занимающие такие должности, как старшие дневальные (завхозы), нарядчики, коменданты, наделены административной властью, что дает им возможность использовать свой статус в личных целях, чувствовать себя более уверенными. Они могут всегда сделать выбор: либо принести зло другому осужденному или сделать добро. Соответственно, для администрации учреждения они совершают противоположное действие. Осужденные этой категории считают, что от их решений зависит многое. В отличие от «красных», «мужики» более склонны ощущать собственную беспомощность, подневольность, они не могут выбирать вид деятельности, который им по душе, так как за них решают другие. «Мужики» вообще не хотят рисковать, а «обиженные» и вовсе стремятся к простому комфорту и безопасности, поскольку у них нет никаких прав, есть только обязанности и запреты. Соответственно, «обиженным» незачем рисковать, главное – не потерять то, что еще осталось. Зато «красные» вынуждены постоянно лавировать между осужденными и представителями администрации учреждения, и без определенного риска им обойтись невозможно. В целом, жизнестойкость «красных» выше, чем у «мужиков» и «обиженных» ($p < 0,001$). Следовательно, они менее подвержены совершению неадекватных действий при возникновении сложных жизненных ситуаций, у них выше способность противостоять стрессу. Качественная оценка параметров психологического благополучия испытуемых, относящихся к категориям «обиженных», показала низкие уровни по шкалам «поло-

жительное отношение с другими» и «самопринятие», все другие показатели психологического благополучия исследуемых категорий заключенных укладывались в границы среднего уровня, за исключением «управления окружением» у «красных» (высокий уровень). В табл. 2 представлены цифровые значения ШПБ.

Т а б л и ц а 2

Средние значения показателей (сырые баллы) психологического благополучия личности у различных категорий осужденных

Название шкалы	Стандартные оценки	Категория осужденных					
		«Обиженные»		«Мужики»		«Красные»	
		показатель	уровень	показатель	уровень	показатель	уровень
Положительное отношение с другими	65.07 ± 8.59	52.37	низкий	53.92	средний	62.00	средний
Автономия	55.24 ± 7.54	48.25	средний	52.48	средний	60.70	средний
Управление окружением	62.31 ± 8.47	57.31	средний	53.81	средний	66.76	высокий
Личностный рост	63.03 ± 7.68	56.31	средний	60.85	средний	68.52	средний
Цель в жизни	66.10 ± 8.78	54.87	средний	61.88	средний	68.88	средний
Самопринят.	61.48 ± 9.07	48.06	низкий	52.00	средний	61.05	средний
Общий балл по опроснику	373.23 ± 39.69	317.18	средний	334.96	средний	387.94	средний

Как и при оценке жизнестойкости, по исследуемым параметрам, за исключением «цели в жизни» ($p < 0,05$), статистически значимых различий между группами «обиженных» и «мужиков» не выявлено ($p > 0,05$). Оценивая значимость выявленных показателей, можно предположить, что «обиженные» имеют меньше устремлений и целей; их жизнь, подчас, лишена смысла, они испытывают беспокойство по поводу некоторых личных качеств, желают быть не теми, кем являются. В отличие от них, «мужики» имеют смысл в жизни, а заключается он в скорейшем освобождении из мест лишения свободы.

«Мужики» и «красные» различались по показателям шкал «положительное отношение с окружающими» ($p < 0,05$), «автономия» ($p < 0,001$), «управление окружением» ($p < 0,001$), «самопринятие» ($p < 0,001$), «личностный рост» ($p < 0,001$), «цели в жизни» ($p < 0,05$),

общему интегральному индексу ($p < 0,001$). В условиях пенитенциарного учреждения личностный рост в том понимании, которое вкладывают в это понятие представители гуманистической психологии (самореализация, самоактуализация), вряд ли возможен, тем не менее, «красные» приобретают значительно больший опыт общения, навыки решения трудных жизненных ситуаций, управления другими людьми, чувство самоуважения, хотя объединяющим жизненным смыслом для обеих категорий осужденных является скорейшее освобождение из мест лишения свободы. Интересно, что по параметру «управление окружением» и «красные», и «обиженные» имели средневысокие баллы, хотя статистически значимых различий по этому признаку между группами не выявлено ($p > 0,05$). Интерпретируя этот факт, можно отметить, что и те, и другие вынуждены использовать гибкие манипулятивные стратегии для управления своим окружением, для того, чтобы улавливать или создавать условия и обстоятельства, подходящие для удовлетворения личных потребностей и достижения целей в тех границах и возможностях, которые позволяет им их лагерный статус.

Исследование с помощью ЦТО. Результаты первичного ассоциирования позволили выявить доминирующие цвета у различных категорий осужденных для указанных им понятий (табл. 3).

Т а б л и ц а 3

Доминирующие цветовые представления различных категорий осужденных

Вербальный стимул	«Обиженные»		«Мужики»		«Красные»	
	Доминир. цвет	к-индекс	Доминир. цвет	к-индекс	Доминир. цвет	к-индекс
«Я сейчас»	желтый	14,12	зеленый	20.14	синий	9.41
«Мое прошлое»	желтый	16,37	желтый	19.70	красный	18.70
«Мое будущее»	красный	16,87	желтый	16.81	зеленый	17.17
«Мое здоровье»	желтый	20,25	зеленый	19.48	зеленый	19.17
«Моя жизнь»	желтый	10,75	зеленый	16.51	зеленый	12.94
«Свобода»	желтый	20,87	красный	13.25	зеленый	9.64

Таким образом, «Я-мир» («Я-сейчас», «Мое здоровье», «Моя жизнь») осужденных из категории «обиженных» можно описать условно как преимущественно желтый, «мужиков» – зеленый и «красных» как главным образом сине-зеленый. В соответствии с представлениями Л. И. Собчик, доминирующие основные цвета могут отражать определенные личностные свойства, такие как тип реагирования, ведущий мотив, ведущая эмоция и позиция [8]. Желтому цвету соответствует спонтанность и неустойчивость интересов; эмоциональная вовлеченность, оптимистичность, инфантильная жизненная

позиция. Зеленый цвет отражает такие качества как сопротивляемость и упорство; удержание позиции; эмоциональную ригидность и соответствует зрелости. Красному цвету сопутствует самоутверждение; достижение успеха; агрессивность и мужественность. Синий цвет указывает на сенситивность и потребность в понимании; избегание неуспеха; пессимистичность и женственность.

Цветовые предпочтения испытуемых в большинстве случаев отражают промежуточное (нейтральное) между принятием и непринятием отношения. В зоне полного принятия находятся только категории «красных» «Я сейчас» ($k=9,41$) и «Свобода» ($k=9,64$), ближе к зоне неприятия располагаются «Мое здоровье» ($k=20,25$) и «Свобода» ($k=20,87$) категории «обиженных», а также «Я сейчас» ($k=20,14$) заключенных, относящихся к группе «мужиков».

Результаты сравнения индексов ЦТО осужденных из категорий «мужиков» и «обиженных» обнаруживают статистически значимые различия по параметрам «Я сейчас», «Моя жизнь» и «Свобода» на уровне $p < 0,001$. Это свидетельствует о том, что «мужики» воспринимают свое нахождение в исправительной колонии болезненнее, чем «обиженные». Настоящее воспринимается ими как мало приемлемое. У «обиженных», наоборот, присутствуют позитивные оценки своей текущей жизни. Единственное, что их пугает, это будущее, которое связано с неизбежным освобождением из заключения. Их в большей степени устраивает настоящее.

Статистически значимые различия между осужденными из категорий «красных» и «мужиков» выявлены по шкалам «Я сейчас» ($p < 0,001$), «Моя жизнь» ($p < 0,05$) и «Свобода» ($p < 0,01$). «Красные» полностью принимают себя в настоящем; их жизнь заслуживает более позитивных оценок; свобода для них более желанна, Для освобождения они способны приложить более существенные усилия, чем «мужики». Способом достижения поставленных целей является сотрудничество с администрацией пенитенциарного учреждения.

В свете полученных данных представляет особый интерес изучение психологического статуса заключенных из категории «обиженных» в его сопоставлении с социально-криминологическими характеристиками.

7 чел. представителей данной группы – лица молодого возраста (18–25 лет), остальные 9 осужденных в возрасте от 26 до 55 лет. Их отличает невысокий образовательный уровень: основное общее образование получили 7 чел., среднее (полное) общее – 2, начальное профессиональное (ПТУ) – 7 чел. Трое осужденных – воспитанники детских домов, семеро заключенных происходят из неблагополучных семей. У 4 чел. диагностирована легкая умственная отсталость, у одного – глухонемота. Состоят в официальном браке – 4, гражданском – 6 чел.

Все обследованные – рецидивные преступники. 9 (62,6 %) осуждены за кражу (ст.185 УК РФ), остальные (37,4 %) за тяжкие преступления: 2 чел. – изнасилование (ст. 131 УК РФ), 3 – причинение тяжкого вреда здоровью (ст. 111 УК РФ) , 1 – убийство (ст. 105 УК РФ), 1 чел. – грабеж (ст. 161 УК РФ).

По оперативным данным двое осужденных являются пассивными гомосексуалистами. Основная часть «обиженных» (11 чел. или 68,7 %) приобрела данный статус, будучи несовершеннолетними. Причинами перехода заключенных в данную группу явились: 1) статьи, связанные с изнасилованием – 2 чел.; 2) действия сотрудников администрации – 1 чел.; 3) психологический прессинг и физическое давление со стороны других осужденных в следственных изоляторах (разговоры, подводящие к каким-либо заключениям о действиях сексуального характера, например, кунилингус в коитусе с женщиной; избиения) – у 6 чел. (37,5 %); 4) собственный выбор вследствие отсутствия материальных средств для существования (из-за возможности заработать сигареты и чай за определенную работу – мытье туалетов, вынос мусора и т.д.) и для достижения некоего психологического комфорта – 7 чел. (43,7 %).

В ФК ЛПУ КТБ № 7 «обиженные» выполняют следующую работу: 1) обслуживание контрольно-следовой полосы (КСП) с внутренней стороны (для осужденных других категорий это считается таким грехом, за который могут опустить); 2) обслуживание мусорной свалки; 3) санитарно-технические работы (устранение засоров в системе канализации); 4) уборка туалетов в общежитии.

Как показали результаты психологического исследования, «обиженные» воспринимают свой статус как вполне приемлемый. Это можно объяснить достаточно комфортными условиями их содержания: наличием отдельной секции для проживания, отдельного места для приема пищи в столовой, отдельной смены для помывки в бане и т.д. В силу того, что их роль заведомо predetermined, а согласно тюремным законам, фактически вечна, им не нужно что-либо доказывать своим поведением другим осужденным и сотрудникам администрации. Наконец, они ощущают свою значимость, необходимость для учреждения в силу того, что выполняемая ими работа не может быть больше никем сделана.

Управление окружением имеет высокий уровень у «обиженных» вследствие их достаточно обособленного существования. В их узком и predetermined мире они хорошо знают друг друга, на основании чего выстраивают соответствующие стратегии взаимоотношений внутри своей касты, не вмешиваясь в жизнь других заключенных.

Боязнь свободы может быть обусловлена следующими причинами: 1) трудностями при взаимодействии с «другим» миром (отсутст-

вие традиций криминальной субкультуры, заниженная самооценка, негибкость поведенческих установок и др.; 2) хорошо отлаженный быт в местах заключения в сравнении с неопределенными условиями существования на свободе; 3) страх потери своей ролевой принадлежности (наблюдения показывают, что «обиженные» дорожат своим статусом, и не стесняются его в местах лишения свободы).

Суммируя результаты исследования, следует отметить, что изучение психологического благополучия личности и ее жизнестойкости, перенесенное в контекст особых условий жизни, каким является пенитенциарное учреждение, позволяет довольно точно раскрыть содержательную сторону психологии заключенных с разным иерархическим статусом, глубже понять внутренние мотивы их поведения. Учет этих особенностей открывает возможности для осуществления адекватной и личностно-ориентированной психокоррекционной работы.

Библиографический список

1. Александров Ю. К. Очерки криминальной субкультуры. – М., 2001.
2. Бажин Е. Ф., Эткинд А. М. Цветовой тест отношений : методические рекомендации. – Л., 1985.
3. Дубягина О. П. Криминологическая характеристика норм, обычаев и средств коммуникации криминальной среды. – М., 2008.
4. Леонтьев Д. А., Рассказова Е. И. Тест жизнестойкости. Методическое руководство по новой методике психологической диагностики личности с широкой областью применения. – М., 2006.
5. Лысак И. В., Черкасова Ю. Ю. Тюремная субкультура в России : монография. – Таганрог, 2006.
6. Пергаменщик Л. А. Опросник «Шкалы психологического благополучия» К. Рифф : процесс и результаты адаптации // Психол. диагностика. – 2007. – № 3. – С. 73–97.
7. Пирожков В. Ф. Криминальная субкультура : психологическая интерпретация функций, содержания, атрибуты // Психол. журнал. – 1994. – Т. 15. – № 2. – С. 38–51.
8. Собчик Л. Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности СМИЛ : методическое руководство. – СПб., 2002.
9. Старков О. В. Криминальная субкультура : спецкурс. – М., 2010.

Опубликовано: Психология и право. – 2012. – № 2. – С. 77–87. Электронная версия: – URL: <http://psyjournals.ru/psyandlaw /2012 / n2/52066.shtml> (в соавт. с С. Ш. Араслановым)

См. также: Тарасевич Г. «Обиженные» зэки не хотят свободы. В России проведено первое глубинное исследование психологии заключенных // Русский репортер. – 2012, 26 сентября. – № 38 (267). – С. 86–88.

Личностные особенности заключенных в соответствии с их иерархией в преступном сообществе

Аннотация. На базе Федерального казенного ЛПУ «Краевая туберкулезная больница № 7 Объединения исправительных учреждений с особыми условиями хозяйственной деятельности №1 ГУФСИН по Пермскому краю» обследовано 87 заключенных, относящихся в соответствии с тюремной иерархией к категориям «красных», «мужиков» и «обиженных». Использовались психодиагностические опросники интерперсональной диагностики Т. Лири в модификации Л. Н. Собчик и СМОЛ (Мини-мульти) Описаны психологические профили заключенных. Особый интерес представляет категория заключенных «обиженные». Их отличает нетерпимость к критике, переоценка собственных возможностей, тенденция к властно-доминирующему и догматизму, обидчивость, недоверчивость и подозрительности. Для них характерны повышенная покорность и зависимость от мнения окружающих. В то же самое время, «обиженные» вполне удовлетворены своим статусом. В условиях заключения они боятся свободы и испытывают страх перед освобождением из мест лишения свободы

Ключевые слова: пенитенциарное учреждение, осужденные, тюремная иерархия, личностные особенности заключенных.

Анализ специальной литературы показывает, что изучению личностных особенностей заключенных в учреждениях пенитенциарной системы уделяется большое внимание, при этом делается больший акцент на описание личностных профилей правонарушителей, осужденных за различные тяжкие и менее тяжкие преступления (убийства, нанесение телесных повреждений, изнасилования, грабежи, воровство и др.) [8; 9]. Так, в «Рабочей книге пенитенциарного психолога», изданной еще в 1998 г., приводятся многочисленные описания психотипов преступников, познание особенностей личности которых, безусловно, является важным подспорьем для работников уголовно-исправительных учреждений [10].

Вместе с тем, уголовный мир живет по своим законам, часто отличающийся от мира светской жизни, в котором приняты совершенно иные ценности и моральные нормы [4; 7 и др.]. Имеет место деление на касты, привилегированные условия для жизни уголовных авторитетов и стигматизация, унижительное отношение к тем, кто принадлежит к категории отверженных [1], сформирована особая криминальная субкультура [2; 13]. В свете вышесказанного изучение личностных особенностей различных категорий осужденных представляется акту-

альным и практически значимым, так как позволяет изучить психологию заключенных «изнутри», с целью понимания истинных, глубинных причин их поведения в условиях пенитенциарного учреждения. Это имеет значение и для всего гражданского общества в процессе реформирования уголовно-исполнительной системы, так как определенные нормы уголовной морали, тюремный жаргон и блатной шансон стали составными элементами российского менталитета [6; 16].

Ю. К. Александров выделяет 4 основные группы тюремно-лагерной иерархии заключенных: «блатные» (черные), «мужики» (серые), «козлы» (красные) и «опущенные» или «обиженные» (голубые). Блатные (воры, жиганы, путевые, авторитеты и др.) представляют элитную группу заключенных. Они не работают, осуществляют контроль над поведением всех членов преступного сообщества, пополнением «общака», разбором конфликтов. Наиболее многочисленной группой (до 50–60 %) являются «мужики» (работяги, трудяги). Они занимают довольно обособленное положение по отношению к другим категориям (мастям) осужденных. Отличие мужиков от блатных состоит в том, что они могут и должны работать, их отличает от «красных» (положительных, активистов) то, что они не сотрудничают с администрацией. Самую низшую ступень иерархической лестницы занимают голубые, обозначаемые в ненормативной лексике как «петухи», «опущенные» и т. п. (в Пермском крае осужденных данной категории обычно обозначают как «обиженные»). Они обязаны выполнять всю грязную и непрестижную работу, подчиняться всем [1].

Цель настоящего исследования – изучение личностных особенностей заключенных в соответствии с их иерархией в преступном сообществе.

Обследовано 87 заключенных в возрасте от 24 до 52 лет, входящих в отряд хозяйственно-лагерной obsługi общей численностью 98 чел., что составило 89 % от среднесписочного числа осужденных. Все обследованные – рецидивные преступники, отбывающие второй и более срок. В соответствии с тюремной иерархией в отряде они разделились на «красных» (17 чел.), «мужиков» (54 чел.) и «обиженных» (16 чел.).

Использованы психодиагностические опросники ДМО – метод диагностики межличностных отношений, модифицированный вариант интерперсональной диагностики Т. Лири, разработанный Л. Н. Собчик [11] и СМОЛ (Мини-мульт) [5].

В табл. 1 представлены средние значения октант у разных категорий заключенных и уровень различий между показателями.

Средние значения октант у различных категорий осужденных

Название октант	Иерархическая каста заключенных					
	«Красные»	«Мужики»	«Оби- женные»	Значимость различий между группами, $p <$		
	1	2	3	1–2	2–3	1–3
I. Властный – лидирующий	7,10	6,53	10,77	–	0,001	0,001
II. Независимый – соперничающий	5,70	6,23	8,33	–	–	0,01
III. Прямолинейный – агрессивный	6,60	7,23	8,33	–	–	–
IV. Недоверчивый скептический	7,80	7,69	10,44	–	–	0,05
V. Покорный – застенчивый	7,60	7,69	9,33	–	–	–
VI. Зависимый – послушный	8,50	8,53	1,55	–	–	–
VII. Сотрудничаю- щий – конвенциальный	5,40	4,76	7,11	–	0,05	–
VIII. Ответственный – великодушный	6,20	5,30	8,22	–	0,05	–

У заключенных из категории «красных» выявлены уверенность в себе, умение быть хорошим наставником и организатором, свойства руководителя (I – 7,10). Характерен уверенный, соперничающий стиль межличностных отношений (II – 5,70). Проявляются прямолинейность и настойчивость в достижении цели (III – 6,60). Характерна реалистичность базы суждений и поступков, скептицизм и неконформность (IV – 7,80). Отражается такая особенность межличностных отношений, как склонность брать на себя чужие обязанности (V – 7,60). «Красные» осужденные нуждаются во внешнем доверии и признании (VI – 8,50), стремятся к дружелюбному отношению с окружающими (VII – 5,40), обладают развитым чувством ответственности (VIII – 6,20). На основании выше изложенного, об осужденных из категории «красных» можно говорить как об относительно сбалансированных в плане адаптации личностях.

«Мужики» по своим характеристикам практически не отличаются от категории «красных».

У представителей иерархической ниши «обиженных» выявлены нетерпимость к критике и переоценка собственных возможностей, склонность к властно-лидирующему деспотизму и догматичности (показатель по I октанту – 10,77); обидчивость, недоверчивость в отношениях с окружающими, склонность к критике, недовольству дру-

гими, подозрительность (показатель по IV октанту – 10,44). При этом характерны повышенная покорность, вплоть до самоуничтожения (показатель по V октанту – 9,33), высокая зависимость от мнения окружающих и высокая подчиняемость (показатель по VI октанту – 10,55).

Статистически значимых различий при сравнении осужденных из категорий «красных» и «мужиков» не выявлено. При сравнении осужденных из категорий «мужиков» и «обиженных» определяются статистически значимые различия по шкалам «властный – лидирующий» ($p < 0,001$), «сотрудничающий – конвенциональный» ($p < 0,05$), и «ответственный – великодушный» ($p < 0,05$). Если властные тенденции у «мужиков» выражены умеренно и находятся в границах адаптивной зоны, то у обиженных они «зашкаливают» и проявляются деспотизмом, нетерпимостью к критике, что одновременно в силу низкого иерархического статуса сочетается у них с необходимостью конформизма, зависимости от чужого мнения, услужливостью, раболепством, демонстрацией показного дружелюбия. Дистанция между категориями заключенных еще больше увеличивается при сравнении категорий «красных» и «обиженных», где более отчетливо подчеркивается обособленная позиция последних и даже некоторое превосходство по отношению к окружающим (II октант). Представляет интерес определение индексов доминирования и дружелюбия, предусматриваемые данной методикой, которые рассчитываются по следующим формулам: 1) Доминирование = $(I - V) + 0,7 \times (VIII + II - IV - VI)$; 2) Дружелюбие = $(VII - III) + 0,7 \times (VIII - II - IV + VI)$. В табл. 2 представлены значения указанных индексов.

Т а б л и ц а 2

Индексы доминирования и дружелюбия у заключенных

Индексы	Иерархическая каста заключенных		
	«Красные»	«Мужики»	«Обиженные»
Индекс доминирования	- 3,58	- 4,44	- 1,67
Индекс дружелюбия	- 0,36	- 2,53	- 1,22

Как видно из табл. 2, более склонны к доминированию «обиженные», менее – «мужики», более дружелюбны «красные», менее – «мужики». Полученные результаты указывают на непростой статус заключенных из категории «обиженных», их противоречивую, двойственную природу отношений с другими.

В табл. 3 представлены средние значения показателей СМОЛ у различных категорий осужденных и статистически значимые различия между группами.

Т а б л и ц а 3

Средние значения показателей шкал опросника СМОЛ (Т-баллы)
у различных категорий осужденных

Название шкалы	Иерархическая каста заключенных					
	«Красные»	«Мужики»	«Обиженные»	Значимость различий между группами, $p <$		
	1	2	3	1-2	2-3	1-3
L	49.41	49.39	52.62	–	–	–
F	54.23	55.57	57.50	–	–	–
K	48.29	47.18	45.37	–	–	–
1 (Hs)	46.88	51.28	51.37	0,05	–	–
2 (D)	44.35	53.94	52.12	0,001	–	0,01
3 (Hy)	45.53	50.94	51.81	–	–	–
4 (Pd)	47.18	50.18	56.62	–	–	0,05
6 (Pa)	47.59	52.85	63.12	–	0,05	0,01
7 (Pt)	40.65	44.76	49.56	–	–	–
8 (Sc)	43.41	47.55	56.19	–	0,05	0,05
9 (Ma)	45.53	52.33	56.94	0,001	–	–

На рис. 1 показан усредненный профиль СМОЛ осужденных из категории «красных». В целом, показатели по основным шкалам вписываются в коридор нормы (30–70Т).

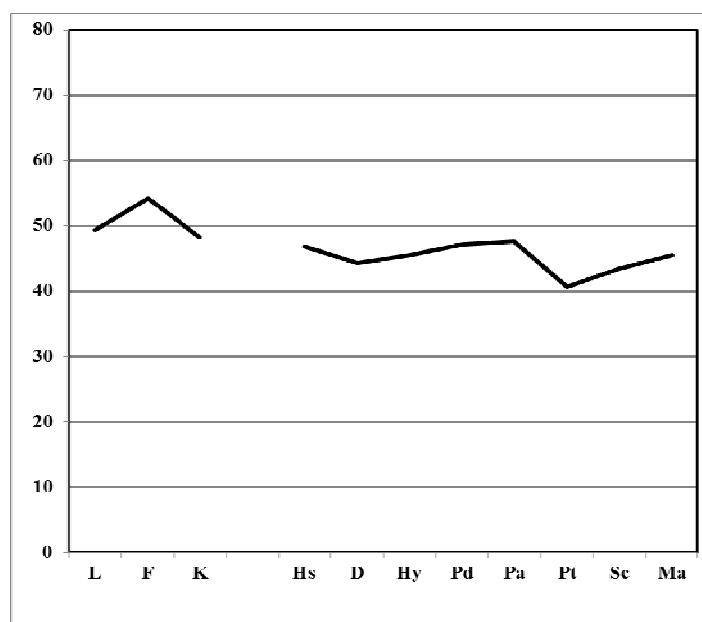


Рис. 1. Усредненный профиль СМОЛ заключенных из касты «красных»

По своей конфигурации – это заниженный уплощенный профиль, свидетельствующий о так называемой гармоничной или конкордат-

ной норме. В профиле СМОЛ слабо намечается конверсивная V, указывающая на возможные проблемы со здоровьем, стремление таким образом привлечь внимание к своей персоне. Наибольшие показатели получены по 6-й (Pa), 4-й (Pd) и 9-й (Ma) шкалам. Код 64 – индикатор асоциального поведения по Ф. Б. Березину с соавт. [3] и эксплозивного типа реагирования по Л. Н. Собчик, по мнению которой при низко нормативных показателях по 6-й шкале проявляются гиперкомпенсаторные установки у личностей агрессивного толка в форме подчеркивания своих миротворческих тенденций [12]. Сочетание с подъемом по 9-й шкале отражает повышенную активность, энергичность, стремление утверждать свое превосходство и использовать окружающих ради достижения собственных целей. Поведение «красных» более расковано, высказывания, действия часто опережают планомерную и последовательную продуманность поступков. Характерно отсутствие конформности, стремление к независимости. В лично значимых ситуациях могут проявляться быстро угасающие вспышки конфликтности. Нормативный пик по шкале F также указывает на снижение конформности, внутреннюю напряженность и недовольство сложившейся ситуацией. Наиболее низкий показатель получен по 7-й (Pt) шкале – шкале психастении (тревожности), что может указывать на отсутствие осторожности в поступках и щепетильности в вопросах морали, на обнаженный эгоцентризм, сниженную способность к сопереживанию, неконформность установок, грубоватую и жесткую манеру поведения, циничный взгляд на жизненные явления.

На рис. 2 показан усредненный профиль Мини-мульти осужденных из категории «мужиков».

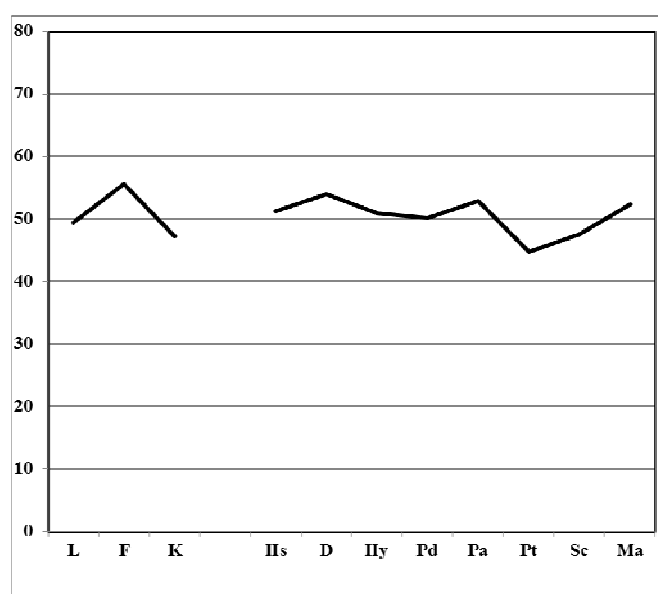


Рис. 2. Усредненный профиль СМОЛ заключенных из касты «мужиков»

Это также нормативный профиль, границы которого расположены в пределах 30–70Т. Наивысший показатель получен по 2-й шкале (D) – шкале депрессии (пессимистичности). В качестве ведущего пика в профиле, не выходящим за пределы нормы, она выявляет преобладание пассивной личностной позиции. Для лиц данного типа свойственны следующие особенности: высокий уровень осознания имеющихся проблем через призму неудовлетворенности и пессимистической оценки своих перспектив; склонность к раздумьям, инертность в принятии решений, выраженная глубина переживаний, скептицизм, самокритичность, некоторая неуверенность в себе, своих возможностях. Личности, профили которых акцентуированы по 2-й шкале, способны на отказ от реализации сиюминутных потребностей ради отдаленных планов. Стиль межличностного поведения проявляется чертами зависимости. Данные личности нуждаются в понимании и доброжелательном к себе отношении. Одновременное повышение показателей по 2-й (D), 6-й (Pa) и 9-й (Ma) шкалам может свидетельствовать о склонности данных лиц к перепадам настроения. Как указывает Ф. Б. Березин с соавт., код 26 указывает на выраженную дисгармоничность – одновременное существование субдепрессивных тенденций и аффективной ригидности. Личности указанного типа могут испытывать проблемы в общении, связанные с ожиданием подвохов, враждебных действий со стороны окружающих. Снижение показателя по 7-й шкале аналогично значению данной шкалы в профиле «красных».

На рис. 3 представлен усредненный профиль СМОЛ осужденных из категории «обиженных».

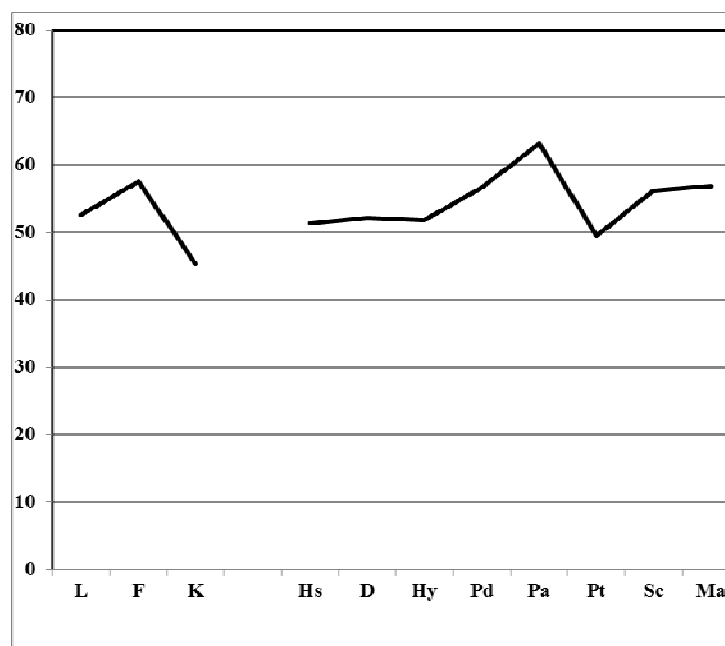


Рис. 3. Усредненный профиль СМОЛ «обиженных»

Здесь также показатели по основным шкалам вписываются в «коридор психической нормы» (30–70Т). Профиль характеризуется уплощенностью по шкалам «невротической триады», подъемом по 6-й (Pa) шкале и некоторым снижением по 7-й (Pt). Ф. Б. Березин с соавторами, описывая характеристики таких личностей, указывает на наличие у них черт некоторой ригидности, подозрительности, настороженности по отношению действий окружающих. Авторы отмечают, что такие люди в своей деятельности стремятся не достичь успеха, но избежать неудачи, свести к минимуму возможность просчета или ошибки за счет минимизации личных усилий, принятия ответственности или необходимости выбора. Это люди раз и навсегда определившиеся со своими принципами, нормами либо стандартами, на которых они ориентируются, поэтому окружающими могут восприниматься как добросовестные, аккуратные, тщательные, усидчивые, постоянные [3]. Такого рода поведение подчеркивается снижением профиля на 7-й (Pt) шкале, указывающие на эгоцентрические установки. У «обиженных» проявляется любовь к аккуратности, что подтверждается наблюдениями, известная гибкость и изобретательность, которая не срывает при изменении жизненной ситуации. В межличностных контактах у лиц с повышенной 6-й (Pa) шкалой проявляется выраженное чувство соперничества, стремление к отстаиванию престижной роли в референтной группе. До определенного предела они производят впечатление лиц устойчивых к стрессу, что в значительной степени обусловлено их слабой подвластностью средовым влияниям, ограниченным количеством степеней свободы и тугоподвижностью нервных процессов с трудностью переключения из обычного состояния в иное, новое. Низкие показатели по шкалам 1–3 свидетельствуют об отсутствии озабоченности состоянием здоровья, энергичности, отсутствием спонтанности в межличностных отношениях.

Противоречивость описываемых характеристик, личностных качеств представителей касты «обиженных» указывает на обособленность их положения среди заключенных. Описываемые паттерны активности скорее относятся к их ограниченному миру себе подобных, среди которых они как-то могут «самоактуализироваться», проявляя свои истинные человеческие качества. Главная проблема осужденных этой категории – это отсутствие нормальных человеческих отношений с представителями других групп осужденных.

При сравнении осужденных из категорий «красных» и «мужиков» выявлены статистически значимые различия по 1-й ($p < 0,05$), 2-й шкале ($p < 0,001$) и 9-й ($p < 0,001$) шкалам. Различия по 1-й (Hs) шкале – шкале

ипохондрии может свидетельствовать о том, что «мужики» более инертны в принятии решений, более склонны к выполнению правил и инструкций. Они более осторожны и осмотрительны. Различия по 2-й шкале – шкале депрессии (D) объясняется тем, что «мужики» менее уверены в себе, более зависимы. У них сильнее выражена потребность в понимании и доброжелательном отношении к себе со стороны окружающих. Различия по 9-й шкале – шкале гипомании (Ma) может указывать на то, что «мужики» более позитивны в своей самооценке, более оптимистичны чем «красные». В то же время у осужденных из категории «мужиков» может наблюдаться меньшая сформированность жизненных установок и незрелость мотивационной сферы.

При сравнении осужденных из категорий «мужиков» и «обиженных» выявлены статистически значимые различия на уровне $p < 0,05$ по 4-й (Pd), 6-й (Pa) и 8-й (Sc) шкалам. Различия по 4-й шкале объясняются тем, что «обиженные» более склонны к психопатическим реакциям, более импульсивны и нетерпеливы. У них более выражено стремление к реализации сиюминутных побуждений вопреки здравому смыслу. У «мужиков» менее завышенный уровень притязаний. Говоря образно, осужденный из категории «мужиков» – это человек «без изюминки». Представители данной касты заключенных демонстрируют самые высокие показатели по шкале аффективной ригидности (Pa) в сравнении с другими группами, они недоверчивы и враждебны, у них более развито чувство соперничества. «Мужики» более миролюбивы и менее обидчивы. Различия по 8-й шкале могут свидетельствовать о том, что «обиженным» труднее адаптироваться к обыденным условиям повседневной жизни в местах заключения в силу более выраженной индивидуальности.

При сравнении осужденных из категорий «красных» и «обиженных» выявлены статистические различия по 2-й ($p < 0,01$), 6-й ($p < 0,05$) и 8-й ($p < 0,05$) шкалам. «Обиженные» более подвержены тревоге, неуверенности в себе, агрессии и конфликтам, чем «красные». Однако, осужденным из категории «красных» более характерно подчеркивание своих миролюбивых тенденций. В отличие от «красных», лицам из категории «обиженных» характерны отчужденная позиция в межличностных отношениях, агрессивность и злопамятность, неспособность принимать самостоятельные решения.

Результаты проведенного исследования позволили дополнить психологические характеристики осужденных с различной тюремной иерархией, полученные в предыдущем исследовании [15]. В частности, они расширили представления о противоречивой природе личности «обиженных», в которых сочетаются, с одной стороны, склон-

ность к властно-лидирующему деспотизму, с другой – к раболепию, ощущение самодостаточности и внутреннего комфорта в условиях заключения со страхом перед освобождением [14; 15].

Библиографический список

1. Александров Ю. К. Очерки криминальной субкультуры. – М., 2002.
2. Анисимков В. М. Криминальная субкультура. – Уфа, 1998.
3. Березин Ф. Б., Мирошников М. П., Соколова Е. Д. Методика много-стороннего исследования личности. – 3-е изд., испр. и доп. – М., 2011.
4. Дубягина О. П. Криминологическая характеристика норм, обычаев и средств коммуникации криминальной среды. – М., 2008.
5. Зайцев В. П. Вариант психологического теста Mini-Mult // Психологи-ческий журнал. – 1981. – № 3.
6. Катин В. И. Криминальная субкультура и ее культурологическое зна-чение // Социально-гуманитар. знания. – 2007. – № 5.
7. Корецкий Д. А., Тулегенов В. В. Криминальная субкультура и ее кри-минологическое значение. – СПб., 2006.
8. Особенности психологического статуса и адаптации лиц, отбывающих наказание в местах лишения свободы / М. Е. Сандомирский, Р. Х. Ги-затуллин, К. В. Кузьмин // Вестник УЮИ – № 1. – Уфа, 2000.
9. Панкин А. И., Анфиногенов А. И. Психологический портрет преступ-ника : понятие, виды, методика составления // Право и юридическая психология. – 1995. – № 1.
10. Рабочая книга пенитенциарного психолога / под ред. А. И. Мокрецова, В. П. Голубева, А. В. Шамиса. – М., 1998.
11. Собчик Л. Н. Диагностика межличностных отношений : модифициро-ванный вариант интерперсональной диагностики Т. Лири : методиче-ское руководство. – М., 1990.
12. Собчик Л. Н. Стандартизированный многофакторный метод исследо-вания личности : методическое руководство. – М., 1990.
13. Старков О. В. Криминальная субкультура. – М., 2010.
14. Тарасевич Г. «Обиженные» зэки не хотят свободы // Русский репор-тер. – 2012. – № 38 (267). – С. 86–88.
15. Узлов Н. Д., Арасланов С. Ш. Жизнестойкость и психологическое бла-гополучие заключенных в соответствии с их тюремной иерархией // Психология и право. – 2012. – № 2. – С. 77–87. Электронная версия: <http://psyjournals.ru/psyandlaw/2012/n2/52066.shtml>
16. Шемякина В. В. Криминальная субкультура в современной России : автореф. дис. ... канд. юрид. наук : 12.00.08. – Челябинск, 2010.

Опубликовано: Психология и право. – 2013. – № 2. – С. 88–98. Элек-тронная версия: – URL: <http://psyjournals.ru/psyandlaw/2013/n2/61036.shtml> (в соавт. с С. Ш. Араслановым).

Самооценка агрессивности и стилей межличностных отношений осужденных к пожизненным срокам лишения свободы

Аннотация. В статье приводятся данные о различиях в декларируемой самооценке агрессивности и стилей межличностных отношений осужденными на пожизненное лишение свободы в зависимости от срока отбытого наказания – до и свыше 10 лет.

Ключевые слова: осужденные, пожизненное лишение свободы, личность преступника, агрессивность, стили межличностных отношений.

Постановка проблемы

Проблема агрессивности и агрессивного поведения лиц, склонных к правонарушениям, совершивших преступления и отбывающих срок наказания, привлекает внимание разных специалистов, занимающихся изучением причин антисоциальных действий и их юридической оценкой, медико-психологической квалификацией личности преступника, а также вопросами превенции криминального поведения. Отечественными учеными проведены комплексные психолого-криминологические исследования лиц, совершивших насильственные преступления [1; 3; 13; 16 и др.], раскрыта мотивация противоправных действий преступников [2; 4; 12, 27 и др.], описаны особенности агрессивности лиц, совершивших убийства [10; 13 и др.]. В последнее время отмечается повышенный интерес исследователей к изучению социально-демографических, криминологических и психологических характеристик личности преступников, осужденных на пожизненное лишение свободы (ПЛС) [6; 28; 29; 32 и др.], число которых медленно, но неуклонно растет [17]. Согласно статистике, на 1 ноября 2013 г. в учреждениях уголовно-исполнительной системы содержалось 1844 осужденных к ПЛС [23]. Увеличение количества осужденных к ПЛС составляет 25–27 чел. в год. К 2015 г. численность данной категории спецконтингента может приблизиться к 2000 чел. [14].

Г. Г. Шиханцев в учебнике «Юридическая психология», выдержавшем несколько изданий (1998–2006), приводит обобщенный психологический портрет 107 осужденных на пожизненное заключение, отбывавших наказание в Исправительном учреждении ФБУ ИК 5 «Вологодский пятак» УФСИН России по Вологодской области. Портрет составлен на основе первичного обследования осужденных, проведенного в 1996 году штатным психологом колонии В. В. Поповым [33]. Спустя 10 лет группой специалистов было проведено повторное углубленное обследование указанного контингента, в том числе с помощью методик, исследующих агрессивность (тест руки Вагнера, оп-

росник Басса-Дарки и др.). Оказалось, что сведения, полученные в 2009 году, мало чем отличаются от добытых в 1996 году. Личностные характеристики получились почти идентичными. Что касается агрессивности, то в обеих характеристиках было сказано, что «общая агрессивность у осужденных снижена, но с врожденной склонностью к вербальной агрессии». Преступнику, отбывающему пожизненное наказание, приписываются следующие черты: «по характеру несколько замкнут, погружен в себя, пессимист, испытывает трудности в общении и адаптации, чувствителен, раздражителен, склонен к аффективным реакциям, мнителен, тревожен, замкнут на чувственном восприятии реальности с пониженным, часто подавленным фоном настроения» [5]. Из повторного заключения исчезло указание на чувство вины, которое ранее определялось как завышенное и относилось к числу наиболее тяжелых переживаний отбывающих пожизненное наказание: чувство вины перед потерпевшими и их родными – у 32,8 %; чувство вины перед собой и своими родными – 37,2 % [33].

Б. Г. Бовиным и Ю. В. Славинской проведено сравнительное психодиагностическое исследование с использованием личностного опросника СМИЛ осужденных к ПЛС, отбывающих наказание в учреждениях ИК-1 (участок ПЛС) УФСИН России по Республике Мордовия (113 чел.) и ИК-5 УФСИН России по Вологодской области (117 чел.) Их усредненные коды профилей по Уэлшу оказались практически идентичными: 84»217'63950/F'KL/ и 4»8127'69350/ F-KL/. Общими для них оказалось сочетание высоких значений 4 и 8 шкал (> 80Т), что отражает непредсказуемость, импульсивность и нонконформность этих личностей. К таким субъектам применим термин «шизоидная личность», которой свойственны определенные расстройства мышления, поведения и склонность к резонерству, маскирующему интеллектуальную несостоятельность, снижение продуктивности мышления; своеобразие восприятия окружающей обстановки, находящее свое выражение в странных и необычных мыслях и поступках; чувство неадекватности и неполноценности; отсутствие интересов и привязанностей. Часто люди с таким профилем характеризуются не агрессивным поведением, а скорее криминальными эпизодами, совершенными в результате социальной дезадаптации, своеобразия мышления, эмоциональной холодности, отсутствия эмпатии, невозможности прогнозирования последствий своих преступных действий. Как правило, их преступления часто бессмысленны, плохо спланированы и чрезвычайно жестоки [6].

Осужденные к ПЛС содержатся в крайне суровых условиях. Согласно наблюдениям сотрудников пенитенциарных учреждений, сохраняют спо-

способность здраво рассуждать и контролировать себя как социального человека 3–4 % от общей численности пожизненно заключенных. Большинство осужденных к ПЛС необратимо регрессируют. Реально очень малое число заключенных стремится сохранить в себе личность. Первый год пожизненного заключения человек привыкает к новым условиям. Потом еще года три идет период стабилизации, в это время заключенный похож на робота. Он выполняет команды, не задумываясь, словно робот. Далее либо он адаптируется к условиям существования, либо угасает [17, 20, 28]. Доктор психологических наук В. С. Мухина, много лет посвятившая изучению личности осужденных к ПЛС, такое состояние называет «застывшим стрессом» (или застывшим аффектом), который держит личность под постоянным прессингом, поддерживается условиями отбывания наказания, тяготой убийства и в конечном итоге – однообразием существования. Она указывает на 4 основных фактора, определяющих физическое и психическое самочувствие осужденного: 1) строгий режим, 2) бедность предметного мира, 3) сенсорная депривация, 4) специфические условные (уставные) формы общения администрации и охраны с заключенными [20; 21].

В свете вышесказанного все большую актуальность приобретает необходимость глубокого изучения личности осужденного к ПЛС, а также вопросы оказания ему квалифицированной психологической помощи, на что указывают многие специалисты [7; 8; 15; 30 и др.].

Детальный анализ литературы показывает, что имеются противоречивые сведения об особенностях проявления агрессии у этой категории осужденных, а также их стилей межличностного общения. Остается также не выясненным, имеются ли различия в параметрах проявления агрессивности и оценке себя как субъекта общения у лиц, уже отсидевших первые 5–10 лет (т.е. прошедших адаптационный период и выдержавших условия строго пребывания), и тех, у кого этот срок перевалил за 10 лет (т.е. отбывающих оставшийся пожизненный срок, но уже в более смягченных условиях). Все это и определило предмет настоящего исследования. В своей работе мы исходили из предположения, что таковые различия у осужденных на ПЛС высоко вероятны, однако агрессивные реакции у них подавлены, носят неявный характер и имеют тенденцию к аккумулярованию; интерперсональное взаимодействие грубо деформировано, искажено и, в силу своей принудительности и заформализованности, оказывает истощающее воздействие на личность.

Материалы и методы

С целью проверки вышеуказанных гипотез нами было проведено эмпирическое исследование на контингенте осужденных к ПЛС в количестве 60 чел. на базе ФКУ ИК-5 УФСИН России по Вологодской

области, расположенной на острове Огненном (пос. Новоозеро Белозерского района), в период служебной командировки одного из нас (Е. А. Сайдали – на тот период старший лейтенант внутренней службы, сотрудник ФКЛПУ КТБ-17 ОИУ-1 ОУХД ГУФСИН России по Пермскому краю) в это учреждение в июле–августе 2013 года. Учитывая возможность предстоящего исследования, на которое в последующем было получено разрешение начальника колонии полковника внутренней службы В. И. Горелова, нами были предварительно изучены все доступные материалы по пожизненно осужденным, условиям их пребывания в исправительной колонии на сайтах Интернета. Нас интересовали также мнения о них инспекторов, непосредственно осуществляющих надзор, использовались возможности наблюдать за поведением осужденных на ПЛС во время беседы, проведения психодиагностического исследования, в других возникших ситуациях. Следует сразу отметить, что все факты, касающиеся описания условий пребывания в колонии, имеющиеся в открытом доступе, в частности публикациях журналиста и правозащитника О. Лурье [19], полностью подтвердились. Помощь в отборе испытуемых была оказана штатным психологом колонии. Критерием отбора была их относительная психическая сохранность, контактность. Большинство заключенных имели судимость по 3–5 статьям. Самые распространенные из них 105, 126, 127, 131, 132, 135, 158, 161, 168 и 228 УК РФ.

Первая группа респондентов была сформирована из уже отбывших срок наказания в течение 5–10 лет. Средний возраст обследованных составлял 28 ± 6 лет. 3 чел. имели начальное, 18 – среднее, 7 – средне-специальное (рабочие профессии), 2 чел. – высшее образование. 16 чел. были женаты и имели детей, 9 состояли в гражданском браке, остальные были холосты.

Вторая группа из осужденных на ПЛС включала испытуемых, которые уже отбыли наказание свыше 10 лет. Учитывая, что прием этой категории преступников начался в эту колонию еще в 1996 году, эти осужденные являлись ее старожилами. Средний возраст обследованных – 42 ± 5 лет. Образовательный уровень у них был также низким: начальное образование (3–5 классов) имели 5 чел, средне-специальное – 3, среднее – 17, хотя 5 чел. имели незаконченное высшее образование. 10 чел. были холосты, остальные состояли в официальном или гражданском браке и имели детей, в настоящее время разведены.

Беседа и психодиагностическое обследование осуществлялось в специально отведенном помещении, оснащеном «тревожной кнопкой», под тщательным надзором младшего инспектора. Испытуемым

предъявлялись тексты опросников, бланки для заполнения, в которых осужденные делали отметки карандашом. Вопросы также дублировались устно. На период прохождения тестирования наручники снимались, что во многом способствовало большей открытости испытуемых и созданию атмосферы доверия.

Наблюдение за испытуемыми осуществлялось в процессе выполнения ими предложенных заданий, а также в иных ситуациях, когда для этого предоставлялась возможность. По своему характеру наблюдение являлось выборочным, невключенным, обобщенным, неформализованным в соответствии с систематикой Л. А. Ретуш [25].

Психодиагностическое исследование проводилось с помощью опросника диагностики показателей и форм агрессии А. Басса и А. Дарки (Buss-Durkee Hostility Inventory, BDHI), в модификации А. К. Осницкого [9; 22] и опросника «Диагностика межличностных отношений» (ДМО) – модифицированного варианта интерперсональной диагностики Т. Лири, разработанного Л. И. Собчик [31]. Подсчет данных по шкалам опросника Басса-Дарки осуществлялся в «сырых» баллах, что позволило сопоставить их с результатами аналогичных исследований, выполненных в том же ключе. Дополнительно определялся уровень агрессивной мотивации (УАМ), представляющий сумму показателей по шкалам «физическая агрессия», «вербальная агрессия» и «раздражение». Считается, что если $УАМ > ИА$ (индекса агрессивности, представляющего сумму показателей физической, вербальной и косвенной агрессии), то это свидетельствует о потенциале агрессии, а если $УАМ < ИА$, то это говорит о подавлении личности [7].

Полученные результаты и их интерпретация

Из бесед с инспекторами, осуществляющими надзор за осужденными с ПЛС, создалось впечатление, что у них имеется несколько предвзятое отношение к заключенным, основанное на чувствах презрения, унижения. Многие отзывались о них как о «нелюдях», недостойных сочувствия, которые непредсказуемы в поведении и «себе на уме», как о «психах», от которых можно ожидать чего угодно. Они отмечали, что для этой категории преступников агрессивность носит кратковременный, импульсивный характер, которая проявляется чаще всего по отношению к сокамернику: «Такой человек может месяцами вести себя спокойно, накапливая раздражение и недовольство к своему партнеру, с которым уже тысячи раз обо всем переговорил, в котором знакома каждая черточка его внешности и поведения, и от которого никоим образом невозможно избавиться». По рассказам инспекторов, вспышки агрессии у осужденных бывают не часто, но они могут проявляться грубым физическим насилием вплоть до попыток

убийства своего напарника. Однако этого никогда не происходит ввиду немедленного пресечения таких действий с последующим применением репрессивных мер со стороны администрации.

Беседуя с осужденными на ПЛС, мы не обнаружили у них внешних проявлений агрессии, понимая, что многое в их отношениях между собой, а также с сотрудниками колонии остается «за кадром». Большинство из них в начале беседы держались скованно, замкнуто, на вопросы отвечали осторожно, проявляли тревожность. Для многих беседа с экспериментатором была своеобразной отдушиной от их сенсорной депривации, вносила разнообразие и эффект новизны, поэтому они охотно шли на контакт. Главными интересами у них были новости о том, что происходит в мире, в стране, за пределами колонии. Однако, отвечая на задаваемые вопросы, они иногда отвлекались от темы, начинали говорить о чем-то своем, затем как бы стряхивали с себя «наплыв мыслей» и снова включались в разговор. Осужденные старшего возраста выглядели более апатичными и опустошенными. В целом их поведение соответствовало описаниям, данным в литературе [5] и тому, что подразумевала профессор В. С. Мухина, много лет лично общавшаяся с данной категорией заключенных, под термином «аутизм осужденных на ПЛС» [20].

Результаты психодиагностического исследования.

В табл. 1 представлены данные, полученные с помощью опросника Басса-Дарки. В оценке результатов осужденных мы ориентировались на данные, представленные М. Е. Сандомирским с соавт. (2000) для категорий преступников, отбывавших наказание в колонии общего режима [26].

Т а б л и ц а 1

Средние значения показателей агрессии у респондентов

Виды агрессии	Пожизненно осужденные, отбывшие наказание от 5 до 10 лет (n=30)	Пожизненно осужденные, отбывшие наказание свыше 10 лет (n=30)	t-критерий, уровень различий
1. Физическая агрессия	2.93	6.2	5.8***
2. Вербальная агрессия	3.8	7.23	4.7**
3. Косвенная агрессия	2.73	6.03	6.2***
4. Негативизм	1.43	2.8	3.3**
5. Раздражение	2.97	6.9	6,6***
6. Подозрительность	2.43	6.1	6.9***
7. Обида	3.63	6,0	6.0***
8. Чувство вины	4.0	7.1	8.0***

Индекс агрессивности	9.46	19.46	5.8***
Индекс враждебности	6.06	12.1	6.7***
Уровень агрессивной мотивации	9.7	20.33	5.8***

Условные обозначения: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$

Установлено, что осужденные, отбывшие пожизненный срок 5–10 лет, демонстрируют низкие показатели агрессии, сопоставимые с нормами для обычных людей, установленными А. К. Осницким [9], и значительно более низкие значения, чем у преступников, чей срок предполагаемого освобождения определен судом. Объяснение этому факту можно дать, интерпретируя его с позиций «подавленной агрессивности». То есть в условиях строгой изоляции и отсутствий каких-либо послаблений режима такие осужденные сконцентрированы лишь на выживании, т.к. любые проявления агрессии не только строго пресекаются, но и служат основанием для немедленного применения санкций. Наши наблюдения, как и данные литературных описаний личности этой категории преступников, говорят скорее о депрессивном статусе этих респондентов [5, 20, 33]. Послушное поведение служит для них также слабой, но все же надеждой, на последующее условно-досрочное освобождение или президентское помилование либо хотя бы послабление условий пребывания. Индексы агрессивности и враждебности у них оказались невысокими (нормой считаются величины равные 21 ± 4 и $6,5-7 \pm 3$ соответственно), хотя потенциал агрессии у них имеется ($УАМ > ИА$).

У преступников, уже отбывших 10 и более лет из пожизненного срока, все самооценочные параметры, а также интегральные показатели агрессивности и враждебности увеличиваются в 2–3 раза. Что происходит реально в психике осужденного в этот период, сказать трудно, т.к. зафиксированные случаи открытого выражения агрессии хотя и имеют место, как было сказано выше, но носят эпизодический характер, приобретая форму кратковременных вспышек. Можно предположить, что пройдя значительный путь адаптации к жестким тюремным требованиям и заслужив тем самым небольшое послабление режима, они показывают свое «истинное лицо», свой агрессивный статус, когда уже «нечего терять». Потенциал агрессии у них в абсолютных цифрах еще более высокий ($УАМ > ИА$).

В табл. 2 представлены результаты, полученные с помощью опросника ДМО.

Различия в самооценке личностных качеств у осужденных на ПЛС

Виды агрессии	Пожизненно осужденные, отбывшие наказание от 5 до 10 лет (n=30)	Пожизненно осужденные, отбывшие наказание свыше 10 лет (n=30)	t-критерий, уровень различий
I. Авторитарный	10.27	6.67	4.9***
II. Эгоистический	9.63	7.03	3.3**
III. Агрессивный	10.23	8.4	2.3*
IV. Подозрительный	9.73	10.27	0.7
V. Подчиняемый	2.9	3.07	0.4
VI. Зависимый	3.27	3.17	0.2
VII. Дружелюбный	3.03	3.2	0.4
VIII. Альтруистический	3.03	2.8	0.5
Индекс доминирования	12.17	4.99	7.2 ***
Индекс дружелюбия	-16.34	-13.13	1.7

Условные обозначения: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$

Табл. 2 показывает, что осужденные на ПЛС, отбывшие наказание от 5 до 10 лет, отличаются от преступников, кто уже отсидел 10 и более лет, только по I-му ($p < 0,001$), II-му ($p < 0,01$) и III-му ($p < 0,05$) октантам. У первых значения вышеперечисленных шкал значительно выше.

Как указывает Л. И. Собчик [31], у людей, чьи показатели по I-му октанту находятся в границах от 8 до 12 баллов, проявляются такие черты, как нетерпимость к критике, переоценка собственных возможностей. Лицам, чьи уровни превышают 9 баллов по II-й шкале, свойственно проявление нарциссизма, характерное для людей с чувством собственного превосходства над окружающими. Вполне вероятно, что осужденные на пожизненный срок, отсидевшие 5–10 лет, будучи насильниками и серийными убийцами, ощущают себя эксклюзивными преступниками, способными перейти границу дозволенного там, где даже для обычного преступника это кажется невозможным. Значения III-го октанта также имеет тенденцию в сторону повышения, на границах которого проявляются упорство, несдержанность и недружелюбие. Аналогичным образом можно интерпретировать и уровни по IV-й шкале, свидетельствующие о росте недоверия, подозрительности и обидчивости в межличностных отношениях. У испытуемых этой группы определялся невысокий индекс доминирования при выраженном проявлении недружелюбия.

Сказанное выше удивительно точно пересекается с мнением об осужденных к ПЛС, высказанным в письме В. С. Мухиной одним из арестантов, которому «посчастливилось» сменить, как минимум, двадцать сокамерников. Автор пишет, что склад души у этих людей был «абсолютно однотипным». «...Все они были совершенными холериками, не терпящими никакой критики в свой адрес. А если таковая и случалась произвольно или по необходимости, то за ней тут же следовал эмоциональный взрыв вербального характера, безошибочно свидетельствующий о ярко выраженных мнительности, ранимости, самолюбии, укоренившихся в душах этих несчастных людей» <...> «Кроме себя они больше никого не слышат» <...> «В них преобладает какая-то невероятная потребность к самовозвышению, хотя по умственным способностям и нравам они собой совсем ничего не представляют. Им почему-то нужно именно от сокамерников услышать о своих высоких личностных качествах. Причем не один раз, а постоянно» <...> «Многие из них пытаются навязывать другим свою волю» [20, с. 166–167].

Пожизненно осужденные, отбывшие наказание свыше 10 лет, мало отличались от их предшественников по шкалам опросника ДМО. Как уже было сказано выше, статистически значимые различия обнаружены только по первым трем октантам, сохраняя близкие параметры по все остальным. Можно предположить, что в их поведении снижается авторитарность, они вновь обретают уверенность в себе, становятся более толерантными к критике, смягчаются нарциссические и агрессивные тенденции, что сказывается и на индексе доминирования, который снижается в 2,5 раза ($p < 0,001$). Вместе с тем, они остаются такими же недружелюбными, как и пожизненно осужденные, отбывшие наказание 5–10 лет ($p > 0,05$).

Сказанное выше иллюстрируется дискограммами осужденных, представленными на рис. 1 и 2.

Как видно из представленных дискограмм, у преступников, отбывших свыше 10 лет пожизненного срока, отчетливо прослеживается движение векторов «доминирование» и «агрессивность» в сторону снижения, что несколько противоречит данным, полученным с помощью опросника Басса-Дарки, показывающих, наоборот, что декларируемая агрессивность у них значительно возрастает. На наш взгляд, выявленные характеристики субъектов, выстраивающих такой тип межличностных отношений, следует рассматривать в модели затрудненного общения в концепции, разработанной В. А. Лабунской с сотр.[18].



Рис.1. Дискограмма осужденного на ПЛС, отбывшего наказание 5–10 лет.



Рис.2. Дискограмма осужденного на ПЛС, отбывшего наказание свыше 10 лет.

Под затрудненным общением понимается широкий спектр явлений, который можно свести к неналаженному, расстроенному, нарушенному, неблагополучному, дискомфортному, неэффективному общению. В. А. Лабунской выделены два варианта социально-психологических портретов субъекта затрудненного общения. Не вдаваясь в подробное описание каждого из них, следует отметить, что они во многом напоминают описание личности людей с криминальными наклонностями, в том числе и преступников, осужденных на ПЛС. И те, и другие характеризуются: несбалансированной структурой личности;

поведенческой ригидностью, застреванием на выборе одной из возможных стратегий межличностных отношений; стремлением к превосходству, реализуемом в деструктивности, допускающей психологическое и физическое унижение другого; стилем жизни, отличающимся низким социальным интересом и деформациями во взаимодействии; хвастливостью, высокомерием, эгоцентричностью. «Ведущими установками, сопутствующими стилю жизни субъекта “затрудненного общения”, – пишет В. А. Лабунская, – становятся самоуверенность, напористость, отсутствие заботы о благополучии других, враждебность, доминантность. Такой человек стремится к контролю, желает приобрести полную власть над окружающими, всегда готов унижить и оскорбить их. Субъект затрудненного общения зависим, беспомощен, другие ему нужны только для того, чтобы избежать чувства одиночества и ненужности» [24, с. 313–314].

Интерпретируя полученные нами результаты исследования осужденных на ПЛС, можно сделать вывод о том, что их агрессивность в первые 5–10 лет отбывания наказания может быть подавлена условиями режима, что также субъективно ими осознается, однако она декларируется в стилях межличностного взаимодействия в скудных, ограниченных ситуациях затрудненного общения. У преступников, адаптировавшихся к условиям пребывания, отбывших наказание более 10 лет, отмечается подавление (возможно угнетение, за счет более глубокого вхождения в состояние пенитенциарного аутизма) доминантных гетероагрессивных реакций, но происходит аккумуляция затаенной внутренней агрессии, явно или смутно осознаваемой ими и стремящейся к разрядке.

В этой связи вспоминается сюжет рассказа английского писателя Ивлина Во «Коротенький отпуск мистера Лавдея» об одном душевнобольном, который десять лет терпеливо пребывал в условиях психиатрической больницы, никоим образом не показывая своего безумия, а затем был выписан по настоянию родственников. Через два часа он вернулся в больницу «насовсем» со странной, «доброй» улыбкой на лице, сообщив, что много лет тешил себя надеждой на небольшую вылазку, которая оказалась недолгой, но «в высшей степени приятной». Первое, что он сделал, выйдя из больницы, – совершил убийство безвинной жертвы, молодой женщины, которая всего то и совершила, что позволила обогнать его на велосипеде [11].

В свете вышесказанного закономерным встает вопрос о введении в действие ч.5 ст.79 УК РФ, предусматривающей, что лицо, отбывающее ПЛС, может быть освобождено условно-досрочно, если судом будет

признано, что оно не нуждается в дальнейшем отбывании этого наказания, и фактически отбыло не менее двадцати пяти лет лишения свободы, при отсутствии у осужденного злостных нарушений установленного порядка отбывания наказания в течение предшествующих трех лет. У некоторых пожизненников такой дедлайн уже приближается.

Но если уровень агрессивной мотивации через 10 лет пребывания в колонии строгого режима возрастает как минимум в 2 раза (как у наших испытуемых) при внешне «благопристойном» поведении, должны быть даны полные и научно обоснованные гарантии при их освобождении о том, что преступного рецидива больше не произойдет.

Библиографический список

1. Антонян Ю. М., Кудрявцев В. Н., Эминов В. Е. Личность преступника. – СПб. : Юридический центр Пресс, 2004. – 366 с.
2. Антонян Ю. М. Основные мотивы поведения осужденных // Человек : преступление и наказание. – 2009. – № 1. – С. 9–19.
3. Антонян Ю. М., Гульдман В. В. Криминальная патопсихология. – М. : Наука, 1991. – 248 с.
4. Антонян Ю. М., Могачев М. И., Смирнов В. В. Убийцы, отбывающие пожизненное лишение свободы // Общество и право. – 2010. – № 2. – С. 148–153.
5. Антонян Ю. М. Психология убийства – М. : Юрист, 1998. – 235 с.
6. Бовин Б. Г., Славинская Ю. В. Криминологические и психологические характеристики лиц, осужденных к пожизненному лишению свободы // Прикладная юридическая психология. – 2011. – № 1. – С. 98–107.
7. Баламут А. Н. Психологическая помощь осужденным с пожизненными сроками отбывания наказания : автореферат дис. ... канд. психол. наук : 19.00.06. – Рязань, 2007. – 25 с.
8. Баламут А. Н. Осужденные к пожизненному лишению свободы и пути оказания им психологической помощи : монография. – М. : ПРИ, 2009. – 198 с.
9. Бруннер Е. А. Методика диагностики показателей и форм агрессии А. Басса и А. Дарки (адаптация А. К. Осницкого) [Электронный ресурс]. – URL: <http://brunner.kgu.edu.ua/index.php/cv/41-bd> (дата обращения: 13.03.2013).
10. Булатчик Э. П. Особенности агрессивности лиц, совершивших убийство : автореферат дис. ... канд. психол. наук : 19.00.01. – СПб., 2006. – 22 с.
11. Во И. Мерзкая плоть. Возвращение в Брайдсхед. Незабвенная. Рассказы. – М. : Прогресс, 1979. – С. 609–616.
12. Гульдман В. В. Мотивация противоправных действий у психопатических личностей : автореферат дисс. ... докт. психол. наук : 19.00.06. – М., 1985. – 40 с.

13. Ениколопов С. Н. Агрессия и агрессивность насильственных преступников : автореферат дисс. ... канд. психол. наук : 19.00.06. – М., 1984. – 14 с.
14. Кокурин А. В., Селиверстов В. И. Осужденные к пожизненному лишению свободы. По материалам специальной переписи осужденных и лиц, содержащихся под стражей, 12–18 ноября 2009 г. / под ред. В. И. Селиверстова. – Вып. 4. – М. : ИД «Юриспруденция», 2011. – 98 с.
15. Кокурин А. В., Славинская Ю. В. К вопросу о психологическом сопровождении осужденных к пожизненному лишению свободы в условиях реформирования уголовно-исполнительной системы // Юридическая психология. – 2010. – № 2. – С. 25–28.
16. Кудрявцев С. В. Изучение преступного насилия : социально-психологические аспекты // Психологический журнал. – 1988. – № 2. – С. 55–62.
17. Куликов В. Число пожизненных приговоров выросло в пять раз // Российская газета – Федеральный выпуск. – № 5182 (103) от 14 мая 2010 г.
18. Лабунская В. А., Менджерицкая Ю. А., Бреус Е. Д. Психология затрудненного общения. Теория. Методы. Диагностика. Коррекция : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – М. : Академия, 2001. – 288 с.
19. Лурье О. Пожизненно осужденные лица. Где и как... [Электронный ресурс] – URL: <http://www.echomsk.spb.ru/blogs/lurye/16404.php>. (дата обращения: 24.06.2013).
20. Мухина В. С. Отчужденные : Абсолют отчуждения. – М. : Прометей, 2009. – 704 с.
21. Мухина В. С. Пожизненно заключенные : мотивация к жизни // Развитие личности, 2002–2009.
22. Осницкий А. К. Психология самостоятельности. Методы исследования и диагностики. – М. – Нальчик, 1996. – С. 51–56.
23. Пожизненное лишение свободы в России [Электронный ресурс]. – URL: <http://ru.wikipedia.org/wiki/> (дата обращения: 28.02.2014).
24. Психология личности. Учебное пособие / под ред. П. Н. Ермакова, В. А. Лабунской. – М. : Эксмо, 2007. – 653 с.
25. Регуш Л. А. Практикум по наблюдению и наблюдательности. – СПб. : Питер, 2001. – 176 с.
26. Сандомирский М. Е., Гизатуллин Р. Х., Аминев Г. А., Еникеев Д. А. Психологическая диагностика лиц, отбывающих наказание в местах лишения свободы : методические рекомендации. – Уфа, 2000. – 25 с.
27. Сафуанов Ф. С. Психология криминальной агрессии. – М. : Смысл, 2003. – 300 с.
28. Славинская Ю. В. Психические состояния лиц, отбывающих пожизненное лишение свободы : автореферат дисс. ... канд. психол. наук : 19.00.06. – Рязань, 2002. – 24 с.
29. Славинская Ю. В., Бовин Б. Г. Личность осужденного, отбывающего пожизненное лишение свободы : социально-демографичес-

- кие и криминологические аспекты // Коченовские чтения : «Психология и право в современной России», 2010. – С. 188–192.
30. Славинская Ю. В., Кокурин А. В. Особенности организации психологического сопровождения лиц, отбывающих пожизненное лишение свободы // Организационно-правовое, психолого-педагогическое и социально-экономическое обеспечение Концепции развития уголовно-исполнительной системы Российской Федерации до 2020 года : современное состояние и перспективы : сб. матер. Междунар. науч.-практ. конф. (Рязань, 27–28 октября 2011 г.). – В 2 т. – Рязань : Академия ФСИН России, 2011. – Т. 2. – Ч. 2. – С. 75–81.
31. Собчик Л. Н. Диагностика межличностных отношений : модифицированный вариант интерперсональной диагностики Т. Лири : методическое руководство. – М., 1990. – 48 с.
32. Третьяк Е. С. Изучение личности осужденных к пожизненному лишению свободы как основа проведения социально-психологической работы // Вестник института : преступление, наказание, исправление. – Вологда, 2013. – № 4 (24). – С. 55–60.
33. Шиханцов Г. Г. Юридическая психология. Учебник для вузов. – М. : Зерцало, 1998. – 341 с.

Опубликовано: Научно-методический электронный журнал «Концепт». – 2014. – Т. 20. – С. 1551–1555. [Электронный ресурс]. – URL: <http://e-koncept.ru/2014/54574.htm> (в соавт. с Е. А. Сайдали)

См. также:

Узлов Н. Д., Сайдали Е. А. *От подавленной к аккумулятивной агрессии : как осужденные к пожизненному лишению свободы оценивают свою агрессивность* // Тюменский медицинский журнал. – 2014. – Т. 16. – № 1. – С. 47–49.

Узлов Н. Д. *Декларируемая агрессивность законопослушных граждан и осужденных к различным срокам лишения свободы, диагностируемая опросником Басса–Дарки* // Вестник Пермского университета. Философия. Психология. Социология. – 2014. – № 2(18). – С. 100–110.

Н. Д. Узлов

**ЛИЧНОСТЬ, БОЛЕЗНЬ, КРИМИНАЛЬНОСТЬ:
избранные статьи по клинической
и пенитенциарной психологии**

**Редактор Л. И. Дорошина
Корректор Ж. В. Кузнецова
Оригинал-макет М. М. Зарифов**

*В оформлении обложки использована иллюстрация с картины
французского художника-сюрреалиста Виктора Браунера
«Зеркало несотворённого» (1945)*

Подписано в печать 27.10.2014. Формат 60x84/16.
Бумага писчая белая. Усл.-печ. л. 13,75 п. л.
Тираж 500 экз.

ООО Научно-издательский центр «Социосфера»
440026, Россия, г. Пенза, ул. Лермонтова, д. 34, ком. 201-в.
Тел. (8412)21-68-14,
веб-сайт: <http://sociosphera.com>,
e-mail: sociosphere@yandex.ru

Типография ООО «Копи-Ризо»: 440000, г. Пенза,
ул. Московская, д. 74, оф. 211. (8412)56-25-09