

11. Халецкая О.В. Минимальная дисфункция мозга в детском возрасте / О.В. Халецкая, В.Д. Трошин // Журн. неврол. и психиатрии им. Корсакова. – 1988. – Т. 98. – №9. – С. 4–8.

12. Шамянов Р.М. Внешние и внутренние детерминанты личности в процессе ее социализации. Дис. ... докт. психол. наук. – Саратов, 2002. – 362 с.

13. Ясюкова Л.А. Оптимизация обучения и развития детей с ММД. Диагностика и компенсация минимальных мозговых дисфункций. Методическое руководство. – СПб.: ГП «ИМАТОН», 1997. – 80 с.

14. Barkley R.A. www.vnimanie.org. – 2006.

15. Pliszka S.R. The use of psychostimulants in the pediatric patients // *Pediatr. Clin. North America*. – 1998. – №45. – С. 1085–1098.

УДК 159.92

Н.В. Пережигина, М.В. Дрынова

СИСТЕМА ОТНОШЕНИЙ В СТРУКТУРЕ «Я-КОНЦЕПЦИИ» ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

В данной статье представлен новый взгляд на систему отношений в структуре «Я-концепции» психосоматических больных с учетом их индивидуальных особенностей и длительности течения заболевания.

Ключевые слова: Структура «Я-концепции», личность, психосоматическая болезнь.

Проблема «Я-концепции» личности, особенностей ее строения, развития и функционирования поднималась неоднократно в истории гуманитарного знания, явно или имплицитно включаясь в психологические концепции формирования личности. В настоящее время, обозначенная нами проблема системы отношений в структуре «Я-концепции» личности по своей практической и теоретической значимости относится к одной из фундаментальных проблем общей психологии, психологии личности, социальной психологии, но до сих пор остается «белым пятном в отечественной психологической науке, тогда как именно она наиболее интенсивно разрабатывается во всем мире» [1, с. 34].

В качестве отправной точки для исследования природы «Я-концепции» нами были приняты методологические принципы анализа проблемы изучения личности, сформулированные в русле общепсихологической теории деятельности: «Личность – это особое качество, которое приобретает индивидом в обществе, в совокупности отношений, общественных по своей природе, в которые индивид вовлекается... Иначе говоря, личность есть системное и поэтому «сверхчувственное» качество, хотя носителем этого качества является вполне чувственный, телесный индивид со всеми его природными и приобретенными свойствами» [2, с. 35]. С этой точки зрения проблема «Я-концепции» образует новое психологическое измерение и является пробле-

мой «высокого жизненного значения, венчающей психологию личности» [5, с. 52].

Представители зарубежной и отечественной психологии рассматривают понятие «Я-концепции» как сложный составной образ (или картину), включающий в себя совокупность всех характеристик, сознательных и бессознательных, психических и физических черт индивида; как целостность личности с ее субъективной внутренней стороной, с тем, что известно индивиду о самом себе [4]. Данная система включает в себя три основных компонента: когнитивный, эмоциональный и оценочно-волевой (поведенческий). Нижний уровень «Я-концепции» составляют неосознанные, представленные только в переживаниях установки, традиционно ассоциирующиеся в психологии с самочувствием и эмоциональным отношением к себе. Выше расположены самосознание и самооценка отдельных свойств и качеств. Затем, эти оценки складываются в относительно целостный образ «Я», который вписывается в общую систему ценностных ориентаций личности, связанных с осознанием ею целей своей жизнедеятельности и средств, необходимых для достижения этих целей [3].

Признание и принятие всех аспектов своего «Я» обеспечивает интегрированность «Я-концепции» личности, утверждает «Я» в качестве мерила самого себя и своей позиции в жизненном пространстве. Внутренний диалог здесь выполняет функция прояснения и утверждения самоидентичности.

Таблица 1

Распределение рангов основных и дополнительных цветов в группах (тест ЦТО А.М. Эткинда)

Группа	Серый (0)	Синий (1)	Зеленый (2)	Крас- ный (3)	Жел- тый (4)	Фиоле- товый (5)	Корич- невый (6)	Черный (7)
А	2,28	4,72	5,77	5,83	6,17	5,30	3,68	2,25
В	2,38	4,83	6,25	6,34	5,94	4,94	3,23	2,09

Психологические конфликты, связанные с длительным течением болезни, как стрессового фактора, препятствуют личностному росту и самоактуализации, прерывают и расщепляют взаимодействие «Я-образов», каждый из которых силится «заявить о себе», но не принимается и отторгается (или защитно трансформируется) личностью. «Эмоциональный фонд», возникающий на основе переживаний субъекта, включенных в рациональные моменты самосознания, обуславливает адекватность и дифференцированность самовосприятия личностью своего тела, своей социально-ролевой принадлежности и своей внутренней позиции. В связи с этим, исследование системы отношений в структуре «Я-концепции» психосоматических больных поможет вскрыть, на наш взгляд, не только механизмы их становления, но и адекватно учитывать их при проведении психотерапевтических, психокоррекционных и реабилитационных мероприятий.

Для достижения поставленной цели нами было проведено комплексное исследование 106 пациентов (N=106) с явно выраженными дерматокосметологическими дефектами кожи лица, шеи, кистей рук в возрасте 45–55 лет. Больные были распределены по двум группам. В группу А вошли 53 пациента с длительностью заболевания менее 1-го месяца ($n_1=53$), в группу В – 53 пациента со стажем заболевания более 3-х лет ($n_2=53$). Все больные были мужчинами с идентичными социальными характеристиками и нозологией (псориаз, экзема, нейродермит).

В качестве метода исследования нам был выбран цветовой тест отношений (ЦТО) А.М. Эткинда (1985). Для статистической обработки полученных данных использовались: методы общей статистики (выявление значений средних тенденций, моды, медианы, дисперсии), методы сравнительной статистики (критерий U – Манна-Уитни, χ^2 – Пирсона), метод корреляционного анализа (ранговый коэффициент корреляции r_s – Спирмена). Обработка полученных данных проводилась с использованием пакета прикладных программ STATISTICA 6.0.

В ходе эксперимента, среди испытуемых, принадлежащих к одной и той же группе, нами были отмечены схожие эмоционально-поведенческие реакции на предлагаемые задания. Пациенты, вошедшие в группу А, относились к обследованию критически-настороженно, не были заинтересованы в результатах, демонстрировали отказные реакции и не принимали помощь экспериментатора. Пациенты группы В, наоборот, охотно шли на контакт, интересовались целями исследования и полученными результатами. Просили объяснить им значения цветов, стремились к социально-желаемым результатам.

По результатам исследования нами было получено следующее распределение рангов основных и дополнительных цветов в группах (см. табл. 1):

Из таблицы 1 видно, что для больных с хроническими аллергодерматозами (АД) характерно сходство цветовых предпочтений при ранжировании цветов. Так, последние четыре позиции (1-6-0-7) указывают на застенчивость и пассивность, затрудняющие чувственную раскованность обследуемых во взаимодействии с окружающими. Свидетельствуют о повышенной чувствительности испытуемых к внешним раздражителям, о наличии актуальной потребности в преодолении «ограничений» собственного тела и стремлении к самостоятельности в принятии решений.

Исходя из семантического поля цветовых предпочтений, мы можем выделить обобщенный «профиль личности» испытуемых. Цветовой ряд испытуемых группы А (4-3-2-5) значительно отличает их от пациентов группы В. Данные цветовые предпочтения указывают на стремление больных преодолеть предубеждение и недоброжелательность окружающих, настороженность и недоверчивость во взаимоотношениях с ними в связи с тенденцией к преувеличению значимости собственного мнения в ситуации заболевания. Помимо этого, пациенты группы А обладают повышенным уровнем сензитивности к критическим замечаниям в свой адрес; отличаются упрямством, своеволием, изобретательностью

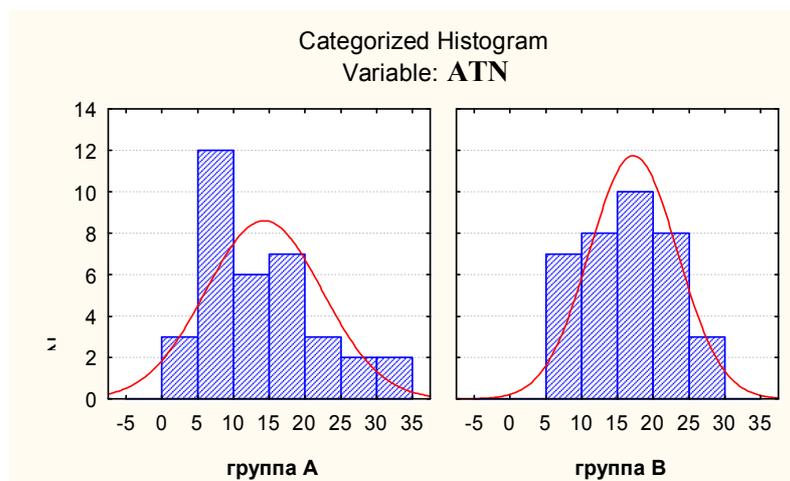


Рис. 1. Кривая распределения показателей ATN в группах (тест ЦТО А.М. Эткинда)

и богатством фантазии, возводимыми в жизненный принцип.

Пациентам группы В (3-2-4-5) присущи: богатое воображение, яркость чувств, потребность в необычных приключениях, интересных знакомствах, волнующих событиях, вызывающих заинтересованность и энтузиазм.

При анализе кривых распределения показателей аутогенной нормы (ATN) – последовательности цветов (3-4-2-5-1-6-0-7), принятой Люшером в качестве нормы и являющейся эталоном нервно-психического благополучия, и коэффициента вегетативного тонуса (КВ) – показателя гомеостатических возможностей организма в группах при уровне значимости $p < 0,05$, нами были

выявлены статистически значимые различия, отраженные в рисунках 1 и 2.

Из рисунков 1 и 2 видно, что показатели ATN в группе В, в отличие от кривой распределения в группе А, близки к идеальной последовательности цветовых предпочтений Люшера, а КВ – к нормальному распределению, что указывает на высокий уровень психологической адаптации больных со стажем заболевания более 3-х лет.

При анализе данных, полученных по завершению второго этапа исследования, – при подборе цвета к понятиям, имеющим существенное значение, – нами были выявлены следующие особенности.

Свое физическое состояние в настоящий момент большинство испытуемых ассоциирует с не-

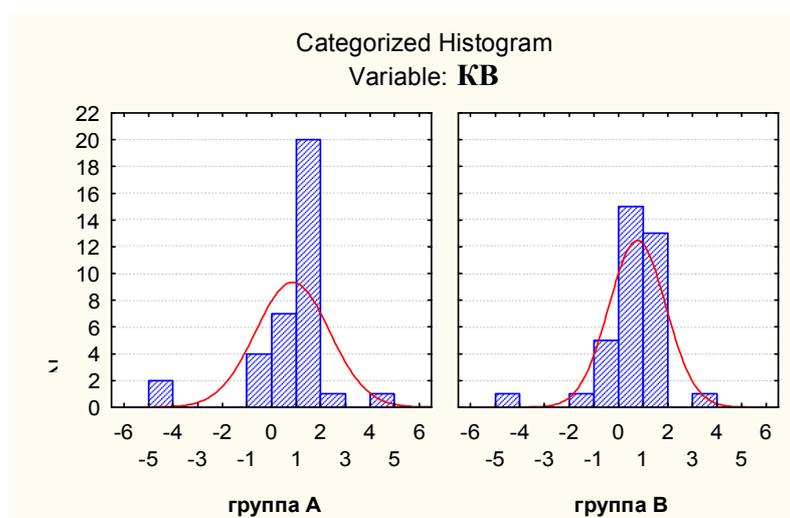


Рис. 2. Кривая распределения показателей КВ в группах (тест ЦТО А.М. Эткинда)

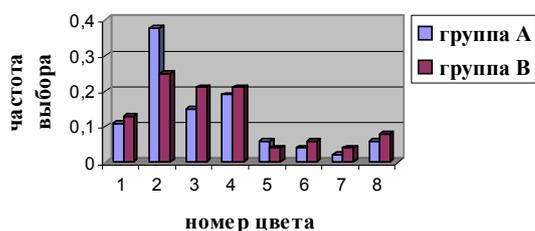


Рис. 3. Значимые различия ассоциативного ряда по параметру «мое физическое состояние» (тест ЦТО А.М. Эткинда)

реализованным желанием освободиться от мешающих «ограничений» своего тела – видимых дерматокосметологических дефектов лица, шеи, кистей рук, о чем свидетельствует преобладание зеленого цвета (2) в сделанных выборах (см. рис. 3).

Понятие «моя болезнь» у больных группы А наиболее часто ассоциировалось с черным цветом (7), указывающим на непринятие ситуации болезни как таковой и ее активное отвержение. В выборе больных группы В преобладал коричневый цвет (6), указывающий на восприятие ситуации болезни лишь со стороны чувственной основы физических ощущений, вызывающих дискомфорт (см. рис. 4).

При выборе цвета, ассоциирующегося с параметром «отношения с окружающими», больные с длительностью заболевания менее 1-го месяца отдавали предпочтение желтому цвету (4), отражающему склонность к несдерживаемой экспансивности, раскованности, полной радостных надежд изменчивости при отсутствии последовательности и планомерности действий. В выборе больных со стажем заболевания более 3-х лет, напротив, преобладал зеленый цвет (2), характерный для людей, отличающихся упорством, целеустремленностью, точностью действий и поступков; склонных к критическому анализу ситуации в целом с высоким уровнем толерантности

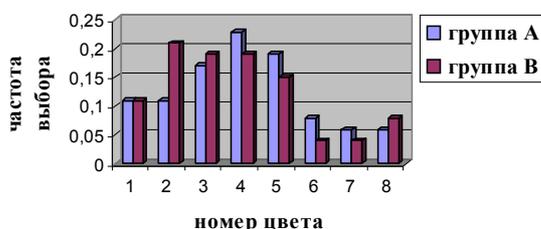


Рис. 5. Значимые различия ассоциативного ряда по параметру «отношения с окружающими» (тест ЦТО А.М. Эткинда)

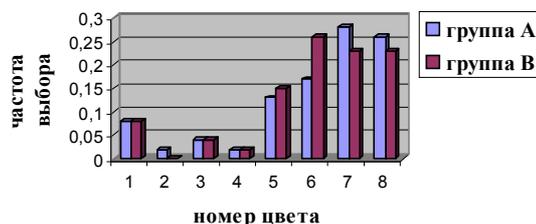


Рис. 4. Значимые различия ассоциативного ряда по параметру «моя болезнь» (тест ЦТО А.М. Эткинда)

к изменениям внешней и внутренней среды и постоянством мировоззрения (см. рис. 5).

Подводя итог вышеизложенному, мы можем заключить, что наличие хронического АД приводит к изменению системы отношений в структуре «Я-концепции» больных с последующей трансформацией удельного веса входящих в нее компонентов. Доминантой становится «телесное Я», разделенное надвое: «я – больной» и «я – здоровый», каждый из которых относится к противоположным полюсам личности. Больные начинают занимать пассивную жизненную позицию, резко повышается их уровень сензитивности к критическим замечаниям в свой адрес, снижается степень фрустрационной толерантности.

При появлении первых симптомов заболевания пациенты стремятся избежать излишнего внимания со стороны окружающих, путем ограничения контактов. Они намеренно преувеличивают значимость собственного мнения для достижения оптимального уровня самовосприятия и самоотношения. Непринятие ситуации болезни как таковой и ее активное отвержение с помощью экспансивных реакций приводит к нарушению процесса планирования, целеполагания и саморегуляции. При хронификации болезненных переживаний пациенты начинают испытывать потребность в необычных приключениях, интересных знакомствах, волнующих событиях, вызывающих заинтересованность и энтузиазм, для повышения уровня самооценки. Изменяют свое отношение к болезни: начинают воспринимать «кожные страдания» лишь со стороны чувственной основы физических ощущений, вызывающих дискомфорт. В качестве компенсации формируется ряд характерологических особенностей: упорство, целеустремленность, точность действий и поступков, склонность к критическому анализу ситуации, высокий уровень толерантности к изменениям внешней и внутренней среды.

Библиографический список

1. Абульханова К.А. Время личности и время жизни / К.А. Абульханова, Т.Н. Березина. – СПб., 2001. – 293 с.

2. Асмолов А.Г. О некоторых перспективах исследования смысловых образований личности / А.Г. Асмолов, Б.С. Братусь, Б.В. Зейгарник и др. // Вопросы психологии. – 1979. – №4. – С. 35–45.

3. Бернс Р. Развитие Я-концепции и воспитание. – М.: Прогресс, 1986. – 420 с.

4. Дорожевец А.Н. Исследование образа тела в зарубежной психологии / А.Н. Дорожевец, Е.Т. Соколова // Вестник Московского ун-та. Сер.14. Психология. – 1985. – №4. – С. 39–49.

5. Леонтьев А.Н. Лекции по общей психологии. – М.: Смысл, 2000. – 511 с.

УДК 157

В.Г. Рагозинская

ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Представлены результаты сравнительного и факторного анализов показателей эмоционального состояния различных групп психосоматических больных и здоровых индивидов. По результатам исследования, эмоциональное состояние психосоматических пациентов имеет значимые отличия от эмоционального состояния здоровых испытуемых.

Ключевые слова: психосоматические расстройства, эмоциональное состояние, депрессия, тревога, враждебность, алекситимия.

Актуальность настоящего исследования определяется широкой распространенностью психосоматических расстройств в общей популяции и их резким возрастанием в последние десятилетия [1]. Под психосоматическими расстройствами понимают нарушения функций органов и систем организма, в происхождении и течении которых ведущая роль принадлежит психологическим, психосоциальным и культурным факторам [2].

По современным представлениям, одним из важнейших факторов возникновения и развития различных психосоматических расстройств являются эмоционально-негативные состояния (для обзора см.: [6]). Показано, что усиленное функционирование нейроэндокринной системы при интенсивных и/или длительных эмоционально-негативных состояниях приводит к дезинтеграции физиологических механизмов, лежащих в основе координированной приспособительной деятельности и при наличии органа-мишени, адаптивные возможности которого резко снижены, способствует возникновению психосоматических расстройств. Соматическое заболевание, в свою очередь, усиливает эмоциональные расстройства, что вызывает усугубление психопатологической картины (ипохондрия, фобии и пр.) и возникновение полисистемных психосоматических циклов [2].

По данным современных исследований, наиболее часто в основе различных заболеваний ле-

жат депрессия, тревога, агрессивность и враждебность, оказывающие неблагоприятное влияние на течение и прогноз заболеваний и снижающие приверженность к лечению [2; 4; 6; 7]. Также в литературе имеются указания на то, что в возникновении психосоматических расстройств решающее значение имеет не только интенсивность и длительность эмоционального напряжения, но также склонность к подавлению эмоций, отсутствие их эффекторного отреагирования [3; 5] и нарушение их когнитивной переработки (алекситимия) [8].

Влияние, которое психологические факторы оказывают на соматические процессы, является многосторонним. Как было указано выше, затяжные эмоционально-негативные состояния вызывают напряжение нейроэндокринной системы, дисфункциям которой отводится ведущая роль в развитии соматической патологии. Наряду с этим сопутствующие эмоционально-негативным состояниям увеличение частоты психотравмирующих событий и снижение социальной поддержки приводят к повышению психосоциальной уязвимости в отношении соматических заболеваний. Кроме того, враждебные, тревожные и депрессивные люди посредством специфических систем убеждений и соответствующих им форм поведения (например, свойственного им хронического состояния бдительности, поиска и регистрации источников опасности) провоцируют и создают стрессовые ситуации, вызывающие у субъ-