

На правах рукописи

СТОЯНОВА Ирина Яковлевна

**ПРАЛОГИЧЕСКИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
В НОРМЕ И ПАТОЛОГИИ**

Специальность 19.00.04—«Медицинская психология»

А В Т О Р Е Ф Е Р А Т
на соискание ученой степени
доктора психологических наук

Томск-2007

Исследование выполнено в ГУ НИИ психического здоровья Томского научного центра Сибирского отделения Российской академии медицинских наук и на факультете психологии ГОУ ВПО «Томский государственный университет».

Научные консультанты:

доктор психологических наук, профессор,
член-корреспондент РАО
Залевский Генрих Владиславович

доктор медицинских наук, профессор,
академик РАМН
Семке Валентин Яковлевич

Официальные оппоненты:

доктор психологических наук, профессор
Мещерякова Эмма Ивановна,
ГОУ ВПО «Томский государственный
университет»

доктор психологических наук, профессор
Тхостов Александр Шамильевич,
ГОУ ВПО «Московский государственный
университет»

доктор медицинских наук, профессор
Рыбалко Михаил Иванович,
ГОУ ВПО «Алтайский государственный
медицинский университет»

Ведущая организация: Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева.

Защита состоится 9 ноября 2007 года в 10 часов на заседании диссертационного совета Д 212.267.16 при Томском государственном университете по адресу: 634050, г. Томск, ул. Ленина, 36.

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке Томского государственного университета (634050, г. Томск, ул. Ленина, 34).
Автореферат разослан 8 октября 2007 года.

Ученый секретарь диссертационного совета
кандидат психологических наук, доцент

Т. Г. Бохан

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность изучения праологических образований (ПрО) обусловлена комплексом социально-психологических факторов. Многообразие жизнедеятельности человека предполагает разные способы взаимодействия с реальностью, которые могут способствовать как нарушениям адаптации и здоровья, так и становиться основой преодоления трудностей. К таким феноменам относятся ПрО. Являясь продуктом мифологического мышления, они содержат догматическую направленность, отвержение новых возможностей познания реальности опытным путем. Однако в социуме выявляется широкая распространенность архаических представлений в форме верований, примет и суеверий, применяемых в различных сферах бытия с целью защиты от невзгод, порожденных непредсказуемостью мироустройства. Сформированные на ранних этапах филогенеза, первобытные представления оказываются включенными в картину мира современного человека. Они сохраняют свою значимость наряду с другими защитными образованиями, возникающими в более поздние периоды.

Анализ литературных источников показывает, что при изучении ПрО функция психологической защиты (ПЗ) лишь обозначена. Отмечается недостаточность психологической информации о составляющих праологической защиты (ПрЗ), ее содержательной предпочтительности и активации у людей без нарушений здоровья и пациентов с невротическими, психосоматическими и аддиктивными расстройствами. Отсутствуют данные о специфичности данного феномена в системе других способов ПЗ и стратегий совладания. Рассмотрение ПрО в качестве защитно-адаптивного феномена позволит уточнить как патогенные, так и ресурсные его возможности.

Выявление роли праологического в контексте жизнедеятельности человека определяется также научными задачами в связи с недостаточной изученностью его психологического содержания. Существующие литературные источники представлены следующими направлениями рассмотрения праологического: 1) как способа познания картины мира и приспособления человека к природной и социальной среде; 2) как продукта филогенетического и социокультурного развития; 3) как личностного феномена в континууме «норма – патология».

В первом случае праологическое рассматривается в качестве первобытного мышления, специфического способа познания, включающего коллективные представления. Содержанием коллективных представлений является система верований в действие магических сил, традиций, обычаев и ритуалов, имеющих защитные свойства для членов определенного сообщества и не зависящих от бытия отдельной личности (Левин-Брюль Л., 1998; Юнг К.-Г., 1998; Стефаненко Т. Г., 2003; Брудный А. А., 2005). В других подходах представлены сравнительные характеристики первобытного и мифологического мышления как этапов эволюционного процесса. Показано, что в мифе психологический опыт

человечества кристаллизуется в символических формах (Кабрин В. И., 2004; Филатов Ф. Р., 2004). При этом исторический разрыв с мифологическим мышлением и переход к более зрелым формам познания становится возможным, когда мысль обращается к исследованию самой себя (Журавлев И. В., Тхостов А. Ш., 2003).

Расширение мифологических представлений связано с общественными кризисами, порождающими широкий спектр мировоззренческих, семейных, персональных и оздоровительных мифов (Леви-Стросс К., 1983; Ницше Ф., 1990; Библер В. С., 1992; Фрейд З., 1993; Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. В., 1999; Элиаде М., 2000; Мещерякова Э. И., 2001; Леонтьев Д. А., 2005; Тхостов А. Ш., Райзман Е. М., 2005).

При изучении обрядово-ритуальной и суеверной деятельности как составляющей первобытного мышления рассматриваются его характеристики как защитного феномена и способа трансформации личности (Уоллес А. Ф. К., 1966; Бургиньон Э., 2001; Де-Вос Д., 2001; Саенко Ю. В., 2004). Отмечается роль ритуалов в процессах эволюционного развития и социализации (Касавин И. Т., 1992; Выготский Л. С., 1994; Соколова Е. Т., Николаева В. В., 1995; Фромм Э., 1995; Кохут Х., 1996).

В аспекте выявления дезадаптивных компонентов применения ритуалов выявляется их использование при акцентуациях характера (Личко А. Е., 1985), а также в фиксированных (ритуальных) формах поведения (Залевский Г. В., 1993, 2004, 2005).

При рассмотрении кризисных условий как фактора расширения спектра пралогического выделяются две тенденции, одна из которых обусловлена интересом к традициям предков, другая – восприятием современных условий как периода упадка, способствующего потере социальной идентичности и формированию социально-стрессовых расстройств (Александровский Ю. А., 1993; Дмитриева Т. Б., Воложин А. И., 2001; Менделевич В. Д., Соловьева С. Л., 2002; Семке В. Я., 2004, 2005). В аспекте нарушений психического здоровья выявлен магифренический синдром (Положий Б. С., 2000, 2006).

Развиваются представления о ПЗ как системе стабилизации личности, сопряженной с внутренними и внешними конфликтами, состояниями тревоги и дискомфорта (Василюк Ф. Е., 1995; Анцыферова Л. И., 1996; Фрейд З., 1996; Фрейд А., 1998; Карвасарский Б. Д., 1998; Петровский А. В., 2005). Защитные механизмы изучаются в структуре личности пациентов с психотическими, невротическими и личностно-аномальными расстройствами, а также у людей без нарушений здоровья (Анцыферова Л. И., 1994; Юнг К.-Г., 1996; Нэнси М.-В., 1998; Столин В. В., 2003). При угрозе целостности личности защитные механизмы отвечают за ее интеграцию и приспособление к реальным обстоятельствам (Грановская Р. М., Никольская И. М., 1998; Калшед Д., 2001; Бассин Ф. В., 2003; Зимбардо Ф., 2003; Вассерман Л. И., Исаева Е. Р., 2003; Савенко Ю. С., 2003; Налчаджян А. А., 2004).

В континууме нарушений здоровья архаическое мышление рассматривается при изучении конституционально-биологических психических

заболеваний (Фрейд З., 1996; Юнг К.-Г., 1997; Кернберг О., 2000; Журавлев И. В., Тхостов А. Ш., 2003). Установлено, что примитивные ПЗ, включающие элементы ПрО, характерны для психотических и личностно-аномальных расстройств (Мучник М. М., Семке В. Я., Семке А. В., 2001; Нэнси М.-В., 2003; Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В., 2006).

Остаются неизученными особенности проявлений пралогичности у пациентов с нарушениями непсихотического спектра. Это больные с клиническими диагнозами, сформулированными на базе МКБ-10. Ранг психических непсихотических заболеваний составляют невротические расстройства (посттравматические стрессовые расстройства и диссоциативные невротические расстройства), психосоматические нарушения, аддиктивные расстройства (алкогольная и наркотическая зависимости).

Мы полагаем, что изучение содержательной предпочтительности, активации, направленности, функциональности, ценностной значимости ПрО в континууме «здоровье – непсихотические расстройства» могут быть выявлены и описаны в терминах современной научной психологии. Недостаточность психологической информации о проявлениях этого феномена у людей без психических нарушений обуславливает необходимость его рассмотрения в нормативной группе с последующей экстраполяцией на нозологию. Выявление специфичности пралогического как способа ПЗ в системе других защитно-адаптивных стратегий поможет определить его специфику в жизнедеятельности пациентов и здоровых людей, что позволит уточнить психологическую модель патогенеза. Новую психологическую информацию можно использовать в практике социальной и клинической работы в аспекте превенции и психологической помощи, включая психологическое консультирование, психокоррекцию и психотерапию.

Таким образом, актуальность проблемы ПрО в контексте клинической психологии связана с недостаточной изученностью многих аспектов этого феномена. Понятие пралогического неоднозначно представлено в современных междисциплинарных исследованиях. Широкий спектр авторских подходов обусловлен различиями концепций, целей и исследовательских задач, сформулированных в рамках смежных дисциплин (психологии, культурологии, антропологии, этнографии). Размытость предмета изучения, недостаточная разработанность методологического и методического аппарата не позволяют выделить критерии проявления данного феномена у людей без нарушений психического здоровья, а также при наличии невротических, психосоматических и аддиктивных расстройств. Концептуальные противоречия в первую очередь связаны с определением понятия, которое традиционно изучается как мышление, возникшее на ранних этапах филогенеза. Вне исследовательской проблематики оказывается совокупность ПрО, сформированных в процессе последующего культурно-исторического развития. Во-вторых, рассмотрение пралогического как категории мышления не позволяет в полной мере провести психологический анализ данного

феномена во всем многообразии его проявлений. В-третьих, отмечается недостаточная изученность востребованности ПрО у пациентов не-психотического спектра, включая невротические, психосоматические и аддиктивные расстройства. Выявление их специфичности как способа ПЗ, их роли в системе адаптивного комплекса стало предпосылкой к проведению настоящего исследования.

Постановка проблемы. При операционализации понятий неизбежен поиск таких, с помощью которых возможно провести научное исследование. Используя в качестве ключевых понятий «пралогические образования» и «пралогическая защита», мы исходили из следующих предпосылок.

Содержание ПрО охватывает всю совокупность эмоционально окрашенных коллективных представлений, включая верования, суеверия, приметы, ритуалы, осознаваемых как явления, происходящие при действии магических сил и сформированные в процессе культурно-исторического и социокультурного развития до настоящего времени. При рассмотрении данного феномена в его традиционном варианте в качестве «пралогического или первобытного мышления», т. е. мыслительного процесса, на первом плане оказываются особенности, характеризующие архаический (дологический) способ познания, отличающийся от мышления, основанного на установлении причинно-следственных связей. При этом вне психологического анализа остаются важные характеристики, присущие данному феномену, в частности, содержательная предпочтительность тех или иных ПрО, особенности проявления защитных механизмов и их мотивационно-регулирующее значение. При выделении дефиниции отмечаются различия в семантическом содержании. В качестве синонимов используются понятия «дологическое», «архаическое», «магическое» или «мистическое», каждое из которых характеризует лишь одну из особенностей ПрО. Так, понятие «дологическое» отражает особенности познавательного процесса, «архаическое» – временные характеристики, связанные с прошлым, «магическое» – веру в существование незримых сил. Использование термина «пралогические образования» позволяет изучать особенности феномена в их целостной представленности, «сплавленности», неразделимости.

ПрО как полифункциональный психологический феномен могут выступать в качестве составляющих мировоззрения, социальной установки, фиксированных форм поведения. Обретенные «на индивидуальном» в качестве готового социокультурного (этнокультурального) продукта, ПрО проявляются в процессе становления коммуникативного мира, выполняя адаптивную и защитную функции. Являясь составляющими жизненного мира человека, ПрО имеют различную содержательную ценность. Выделяя категорию «пралогическая защита», мы обращаем внимание на ее функциональное сходство с другими способами ПЗ, в то же время – на отличительные проявления данного феномена.

Базовая особенность пралогического – идентификация со своей социальной группой. Безоговорочная вера в истины и ценности своего социума, «потребность в мифе» (Лобок А. М., 1997), иллюзорная объективность коллективных представлений формируют особый способ ПЗ, обладающий «многослойностью» защитных проявлений. Психологические защитные свойства ПрО порождаются значимостью социальной группы или личностью, от которых они были восприняты, верой в их магическую силу, разделенной ответственностью с сообществом, создавшим этот феномен, простотой объяснительных принципов, раскрывающих картину мира. Включенная в коллективные и социальные представления, ПРз объединяет образования, сформированные в архаических культурах, а также социальные стереотипы современности.

Целью исследования является выявление природы и роли ПрО в норме и патологии (на модели непсихотических психических расстройств).

Объект исследования: феномен ПрО в норме и патологии (непсихотические психические расстройства).

Предмет исследования: адаптивно-защитные свойства ПрО.

Гипотеза исследования: ПрО выполняют адаптивно-защитную функцию, эффективность которой предполагается различной в норме и у пациентов с психическими нарушениями непсихотического спектра. ПрО включены в адаптивно-защитную систему человека.

Для достижения цели исследования и проверки гипотез были поставлены следующие **задачи**:

1. Рассмотреть природу и сущность ПрО, установить закономерности их проявлений в соотношении с различными адаптивно-защитными феноменами.
2. Создать методическую программу реконструкции ПрО.
3. Определить специфику ПрЗ как системного образования на модели «норма – непсихотические расстройства».
4. Изучить востребованность ПрО, включая содержательную значимость и ценность, трансформацию как социокультурного феномена, их применение в контексте жизнедеятельности в совокупности с другими способами средового взаимодействия.
5. Выявить проявления ПЗ и совладания у пациентов с расстройствами непсихотического спектра и в нормативной группе.
6. Описать системно-уровневую модель адаптивно-защитного комплекса, включающего пралогическую и психологическую защиты и копинг-стратегии у пациентов с расстройствами непсихотического спектра и в нормативной группе.

Методологические и теоретические основы. Исследование основывается на следующих концепциях: развития психологических особенностей человека в процессе филогенеза, а также под влиянием культурной и социальной реальности (Выготский Л. С., 1984; Асмолов А. Г., 1996, 2002), специфичности первобытного мышления (Леви-Брюль Л.,

1998), архетипической природы коллективных представлений (Юнг К.-Г., 1995), ПЗ и совладания (Лазарус А., 1995; Фрейд З., 1996; Фрейд А., 1996; Маслоу А., 1997); переживания кризисных ситуаций (Василюк Ф. Е., 1984, 1995; Анцыферова Л. И., 1994, 1996); мифологической природы мировоззрения (Лобок А. М., 1997; Леонтьев Д. А., 2005).

Историко-эволюционная концепция А. Г. Асмолова рассматривает феномен ПрО в ракурсе, обусловленном современным этапом развития постнеклассической психологии. В русле этой концепции открывается возможность изучать ПрО не только в их традиционной представленности в качестве пралогического мышления, но и как ПЗ. Исследование базировалось также на концепции фиксированных форм поведения (ФФП) Г. В. Залевского (1993, 1999, 2000, 2003, 2004) и теории психологических систем (ТПС) В. Е. Ключко (2002, 2004, 2005). ПрО рассматриваются нами как феномен, обладающий защитной функциональной направленностью и включающий разные подсистемы защитно-адаптивного свойства, как специальная система пралогической стабилизации личности, направленная на ограждение сознания от неприятных, травмирующих переживаний, сопряженных с внутренними и внешними конфликтами, кризисами, состояниями тревоги и дискомфорта.

ТПС позволяет описывать человека как открытую систему с учетом роли культуры в становлении его многомерного мира, а также порождения им собственного мира как открытого пространства жизни (Ключко В. Е., 2002, 2005). Базируясь на этих подходах, возможно рассмотрение ПрЗ как одного из уровней защитно-адаптивного комплекса. Рассматривая внутрисистемные взаимодействия между уровнями, можно определить эффективность каждого в аспекте следования логике самоорганизации. Мы полагаем также, что спектр защитных стратегий у здоровых людей является более эффективным по сравнению с пациентами с невротическими, психосоматическими и аддиктивными нарушениями. Для больных применимо понятие «потенциально открытая система», которая в меньшей степени, по сравнению с нормой, базируется на принципе соответствия. Применяя ТПС, становится возможным изучать пралогические содержания в континууме «здоровье – непсихотические расстройства» с учетом их ценностной представленности, выделять факторы, порождающие «открытость» системы, либо нарушающие взаимодействия человека с миром и становящиеся патогенными.

Базируясь на концепции ФФП (Залевский Г. В., 1993, 1999, 2000, 2003, 2004; 2005), мы полагаем, что снижению эффективного взаимодействия и порождению болезни способствует психическая ригидность, закрепленная в фиксированных (ритуальных) формах поведения. Этот феномен может проявляться в преморбиде, в особенностях реагирования личности на травму и в низком уровне поисковой активности. Психологическое содержание феномена ригидности проявляется в способности личности изменить свое поведение в связи с изменениями ситуации, приверженности к однотипному образу действий. Поэтому выраженность психической ригидности как состояния либо личностной

черты становится фактором, усиливающим архаические аспекты взаимодействия с реальностью. При этом снижаются эффективность социально-средовых взаимодействий, а также возможности потенциально открытой системы, что порождает несоответствие во внутрисистемных (комплексе, включающем уровни ПЗ и стратегии совладания) и внешне-системных (коммуникативных) взаимодействиях. В качестве причины усиления психической ригидности у человека могут выступать фрустрация, тревога, страх, шок. При этом психическая ригидность может иметь различную направленность и интенсивность: проявляться у людей без нарушений здоровья, быть составляющей патопсихологического симптомокомплекса, а также характеризовать социальные взаимодействия, основанные на архаических представлениях и стереотипах. Социальное окружение может способствовать формированию ФФП (т. е. ПрЗ), порождающих ограничение личностных ресурсов и возможностей саморазвития. При этом затрудненность самоорганизации приводит к усилению ФФП как способов ПЗ от неуспешных взаимодействий с миром, позволяющих, с одной стороны, использовать чужой «надситуативный» опыт, а с другой – применять «готовый продукт» в виде штампов и стереотипов и тем самым экономить энергию. Рассматривая ПрО в качестве составляющих мировоззрения (включающем компонент ПЗ), можно предположить, что ригидные, усвоенные извне или навязанные личности пралогические стереотипы, не интегрированные с индивидуальным опытом, могут способствовать патогенному внутриличностному расколу (Леонтьев Д. А., 2005).

Таким образом, **концепция исследования** заключается в рассмотрении ПрО в качестве специфического способа ПЗ, выполняющего мотивационно-регулятивную функцию при взаимодействии человека со средой. ПрЗ проявляется в целостной совокупности всех особенностей, свойственных коллективным проявлениям. Функции ПЗ заключаются в частично осознаваемом проявлении специальной системы стабилизации личности, направленной на ограждение сознания от неприятных, травмирующих переживаний, сопряженных с внутренними и внешними конфликтами, состояниями тревоги и дискомфорта. С помощью коллективных представлений, имеющих мифологическую природу, заимствованных личностью из «наиндивидуального» опыта, можно представлять реальность в комфортном, упрощенном и более понятном виде, использовать готовые, уже существующие «технологии» в форме традиций, обычаев, ритуалов. При этом значительная доля ответственности за их использование возлагается на автора данного продукта, т. е. на коллективные представления, социальные стереотипы, явившиеся результатом совместной деятельности сообщества, с которым стремится идентифицироваться человек.

ПрО, обретенные человеком в процессе культурно-исторического развития, тесно связаны с его социально-ролевой реализацией. Как функционально-ролевой субъект он реально оказывается включенным в

различные социальные группы, каждая из которых порождает собственные пралогические феномены. Выполняя функцию ПЗ в каждой из ролевых позиций, ПрО реализуются с учетом их востребованности в конкретной группе. При этом ценность содержаний пралогического определяется личностной значимостью для каждого.

Методы. Проблема изучения психологических аспектов ПрО порождает трудности, связанные с наличием экзистенциального аспекта, факторов внутренней детерминации, феноменологического плана, неосознаваемых проявлений, сопряженности действия множества защитных механизмов. Методологические подходы позволяют наиболее эвристично рассматривать феномен ПрО у отдельного человека в многообразии их психологических характеристик, выделить специфику их активности, направленности, ценностно-смысловой значимости в системе защитно-адаптивных стратегий. Для проверки выдвинутых гипотез использована программа, включающая следующие методы, подходы, методики и процедуры:

1. Эмпирический подход был реализован при анализе литературных источников в ракурсе междисциплинарных исследований, посвященных изучению содержаний пралогического.

2. Метод реконструкции пралогических образований осуществлялся с помощью авторских методик – стандартизованного интервью и «Опросника верований и суеверий».

3. Феноменологический подход применялся в качестве основного метода изучения опыта переживания ситуаций, в которых активировались пралогические образования. При этом основной процедурой явилось исследование вербальных самоописаний.

4. Разновидностью феноменологического подхода явился экзистенциально-гуманистический, позволяющий выявлять смысловую ценность содержания пралогических образований.

5. Метод моделирования, с помощью которого создана концептуальная системно-уровневая модель адаптивно-защитного комплекса и определено соотношение способов пралогической и психологической защиты, а также стратегий совладания в качестве уровней психологической системы.

6. Метод психодиагностики заключался в использовании стандартизованных методик «Индекс жизненного стиля» (Вассерман Л. И., Клубова Е. Б., 1998) и «Копинг-стратегии» (Хайм Е., 1988).

7. Методы математической статистики. Статистический анализ данных осуществлялся в компьютерной системе «STATISTICA 6.0».

Используемый комплекс методов позволяет верифицировать феномен ПрО во всем многообразии его проявлений, включая особенности ПЗ.

Научная новизна. Впервые выделен феномен ПрО как системное проявление ПрЗ и показаны его качественные отличия в норме и у пациентов с непсихотическими психическими расстройствами. Определена система адаптивно-защитного комплекса, включающего ПрЗ, ПЗ и

стратегии совладания. Произведено эмпирическое и экспериментальное изучение ПрО как способов ПЗ и совладания в континууме «норма – непсихотические расстройства». Подвергнуты системному научно-психологическому анализу содержания, сопряжённые с репрезентацией коллективных представлений в форме верований, суеверий, поверий и ритуалов, сформированных в процессе культурно-исторического развития и в современных условиях, которые рассматриваются в качестве способа ПрЗ. При изучении особенностей ПрО проводится операционализация понятий, именуемых «пралогические образования» и «пралогическая защита». С позиций теорий психологических систем и ФФП описаны психологические характеристики ПрО как способа ПЗ у лиц без нарушений здоровья и пациентов с невротическими, психосоматическими и аддиктивными расстройствами. Выделены критерии ПрЗ. Рассмотрена специфика ПрЗ у пациентов непсихотического спектра и в нормативной группе. Описана модель адаптивно-защитного комплекса, содержащего уровни ПрЗ, ПЗ и стратегий совладания. Установлена взаимосвязь между способами ПрЗ, ПЗ и совладания и определена их специфика и эффективность в норме и нозологических группах. Выявлены различия в соотношении способов разрешения жизненных ситуаций, включая личностный подход, опору на традиции или действие магических сил, у пациентов непсихотического спектра и здоровых людей. Установлены особенности трансформации ПрО у пациентов и в норме. Показаны различия в содержательной ценности ПрО для пациентов непсихотического спектра и нормативной группы. Возможность изучения человека как открытой системы, с учетом роли культуры в становлении его многомерного мира, а также порождения им собственного мира как открытого пространства жизни, позволила установить критерии эффективности ПрЗ как системного образования.

Теоретическое значение заключается в расширении области знаний о феномене ПрО с позиций теории психологических систем и концепции ригидности. Выделены качественные отличия проявлений пралогического в норме и при непсихотических расстройствах. Произведена операционализация и уточнено содержание понятий «пралогические образования» и «пралогическая защита». Выявлены составляющие ПрО как способов ПЗ. Получена новая психологическая информация о феномене ПрО в континууме «здоровье–болезнь». Обобщены и систематизированы данные о закономерностях ПрО, их востребованности, ценности и содержательной значимости. Показаны роль ПрО в многомерном мире современного человека, их полифункциональная направленность и место в системе разных защитных стратегий. Описаны комплексные защитно-адаптивные модели, включая систему ПрЗ, и уровни ПрО, ПЗ и совладания, выявлена их эффективность в норме и при невротических, психосоматических и аддиктивных нарушениях.

Практическая значимость. Полученные результаты раскрывают новые возможности использования психологической информации о ПрО

в сферах социальной практики, включая клиническую психологию и образование. Создана психодиагностическая программа, направленная на реконструкцию ПрО. Комплекс методик включает «Опросник верований и суеверий» (ОВИС) и стандартизованное интервью, что позволяет изучать особенности ПрО у людей без нарушений психического здоровья, а также с нарушениями непсихотического спектра. Методика ОВИС направлена на изучение степени выраженности ПрЗ в аспектах пралогического восприятия, магической тревожности, магического прогноза, применения нетрадиционных способов лечения, использования примет и верований. С помощью интервью реконструируется психологическая информация о востребованности ПрО, их соотношении с другими жизненными стратегиями при разрешении ситуаций, содержательной предпочтительности и возможностей трансформации. Интерпретация полученных результатов является прогностически значимой в аспекте определения степени психического здоровья и направлений психологической помощи. В совокупности с методиками «Индекс жизненного стиля», «Копинг-стратегии» психодиагностическая программа позволяет изучать особенности защитно-адаптивного комплекса человека и использовать полученную информацию в психологическом консультировании. Данная психодиагностическая программа применяется в клиниках ГУ НИИ психического здоровья, а также ГУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН, в клинике неврозов (г. Барнаул) в процессе психотерапевтической и консультативной работы. Новая информация о ПрО включена в содержание учебных курсов для студентов-психологов ТГУ и его представительств в г. Кемерове и Барнауле. Разработана программа психологического консультирования с опорой на информацию, полученную в ходе исследования.

На защиту выносятся следующие положения:

1. Базовая особенность ПрО проявляется в адаптивно-защитной функции. Подсистемами ПрЗ являются пралогическое восприятие (суеверность), магическая тревожность, магический прогноз, активность применения пралогических способов защиты, использование магических способов, направленных на сохранение здоровья.
2. В норме функции ПрО значительно расширяются. Сохраняя функцию ПрЗ, они становятся стратегией совладания, ресурсом, повышающим эффективность самоорганизации.
3. У пациентов функции ПрО имеют более узкую защитную направленность.
4. Адаптивно-защитная система, включающая ПрЗ, ПЗ и стратегии совладания, в норме характеризуется эффективностью проявлений всех ее уровней, которые становятся источником ресурсов, направленных на формирование эффективных социальных взаимодействий. Дисфункциональность адаптивно-защитного комплекса больных с психическими нарушениями определяется избыточной устойчивостью фиксированных подсистем, нарушающих возможности адекватного реагирования в связи с ситуационной средовой изменчиво-

стью, преобладанием защитных уровней над стратегиями совладания, а также неадаптивных копинг-стратегий.

Достоверность результатов и значимость выводов обеспечиваются их соотношением с существующими литературными данными, достаточным объемом выборки и измеряемых характеристик, корректным использованием процедур статистической обработки эмпирических данных, внедрением результатов исследования в практику.

Апробация. Результаты исследования докладывались на российских и международных симпозиумах и конференциях: «Психологический универсум образования человека нозического» (Томск, 1998); Всемирном Конгрессе ВПА (Hamburg, 1999); научно-практической конференции «Актуальные проблемы психического здоровья» (Владивосток, 1999); конференции «Психическое здоровье в XXI веке» (Томск, 2000); Международном Конгрессе психиатров (Yokohama, 2002); IV съезде физиологов Сибири (Новосибирск, 2002); научно-практической конференции «Этнопсихиатрия и этнонаркология на рубеже веков» (Томск, 2002); III Всероссийском съезде психологов (Санкт-Петербург, 2003); 28 Международном Конгрессе психологов (Beijing, China, 2004); Сибирском психологическом Форуме (Томск, 2004); научно-практической конференции «Психолог в образовании: методологические и методические проблемы» (Томск, 2005); Всемирном Конгрессе по этнокультуральной психиатрии (Beijing, China, 2006); отчетных научных сессиях НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН (Томск, 1998—2006); Всероссийском гуманитарном Форуме «Сибирские Афины» «Формирование культуры личности средствами искусства в системе классического образования» (Томск, 2006).

Практическое внедрение. Результаты исследования явились основой для разработки программ психологической помощи, включая превенцию, психологическое консультирование и психокоррекцию. По материалам исследования разработаны учебные курсы для студентов психологического факультета ТГУ «Пралогические образования в ценностно-смысловом контексте личности», «Динамика первобытного мышления в контексте культурно-исторического развития личности», «Пралогические образования в системе жизненных стратегий современников». Эти спецкурсы в рамках клинической психологии включены в учебные программы для студентов психологических факультетов в гг. Новосибирске, Кемерове, Барнауле. Программа психодиагностики пралогических образований применяется в комплексе с другими методами психодиагностики в процессе дифференциально-диагностического обследования пациентов в клиниках ГУ НИИ психического здоровья и ГУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН, в клинике неврозов (Барнаул), а также в процессе психотерапевтической и консультативной работы. По материалам исследования издано методическое пособие «Методы психологической диагностики расстройств психического здоровья у военнослужащих».

Результаты работы отражены в 42 публикациях.

Структура диссертации. Работа включает введение, четыре главы, заключение, выводы, список использованной литературы, приложения. Текст диссертации иллюстрирован таблицами и рисунками.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во введении обосновывается актуальность темы, которая определяется тенденциями общественного развития, а также научной значимостью проблематики. Рассмотрение системы адаптивно-защитного комплекса (ПрЗ, ПЗ и стратегии совладания) у пациентов с невротическими, психосоматическими и аддиктивными нарушениями определяется как объект исследования, а феномен ПрО в системе адаптивно-защитного комплекса – как предмет. Сформулированы цель, задачи и гипотеза. Результаты пилотажного исследования позволили перевести данные описательной рабочей модели ПрО как способ ПЗ в эмпирическую модель – концепцию. Представлена научно-методическая база исследования, сформулированы положения, выносимые на защиту, указываются научная новизна, теоретическая и практическая значимость результатов, проведение апробации и практического внедрения.

В главе 1 «Пралогические образования в филогенетическом и социокультурном контексте. Способы психологической защиты и совладания в континууме «здоровье – болезнь» очерчивается диапазон исследовательских моделей при изучении ПрО. Развивается идея сопоставимости ПрО, мифологических и социальных представлений как способов ПЗ. В качестве ПЗ пралогические содержания сохраняют свою значимость наряду с другими защитными образованиями, возникающими в более поздние периоды культурно-исторического развития. Феномен ПЗ в различных его вариантах рассматривается у здоровых людей и пациентов с психическими, личностными, невротическими, психосоматическими и аддиктивными нарушениями.

В разделе 1.1. «Истоки и условия порождения первобытного мышления. Содержание пралогического» прослеживается проблематика взаимодействия человека с социальной средой, начиная с ранних этапов антропогенеза, изучаются возможности групповых ценностей и представлений в формировании индивидуальной картины мира (Дерманова И. Б., 1996; Салливан Г. С., 1999; Лукаш Е. Ю., 2004). Предлагается определение этнических групп, в которых формируются коллективные представления, являющиеся основой пралогического мышления. Этнос изучается в качестве психологической общности, способной выполнять важные для личности функции в процессе приспособления к природной и социальной среде (Налчаджян А. А., 2004). В качестве базовой потребности, реализуемой при социальной идентификации, выделяется переживание причастности к группе, необходимость ощущения себя частью «мы» (Лебедева Н. М., 1993; Фрейд З., 1996; Фромм Э., 1996; Пезешкиан Н., 1996; Адлер А., 2000; Андреева Г. М., 2000). К наи-

более древним формам групповых («коллективных», по терминологии К.-Г. Юнга, 1996) представлений, выполняющих регулятивную, информационную и защитную функции, принадлежит феномен пралогического мышления, который впервые описан в работах Э. Дюркгейма (1998), Д. Фрезера (1996), Э. Тэйлора (1995), Л. Леви-Брюля (1994, 1998), К. Леви-Стросса (1996). Отмечается, что пралогическая информация, получаемая человеком от сообщества, в котором протекает его жизнедеятельность, однородна и упорядочена, требует однозначного и точного выполнения обрядов и предписаний, сопровождающих каждый шаг человека от рождения до смерти.

Содержание пралогического (первобытного) мышления (ПМ) охватывает совокупность эмоционально окрашенных коллективных представлений, включая верования, ритуалы, традиции и обычаи, сформированные в глубокой древности, присущие людям архаических культур и не зависящие от бытия отдельной личности (Леви-Стросс К., 1994; Юнг К.-Г., 1995; Фрейд З., 1996; Леви-Брюль Л., 1998; Стефаненко Т. Г., 2003; Фромм Э., 2004). Базовые характеристики ПМ включают эмоциональную интенсивность переживания; нечувствительность к логическим противоречиям (неразличение реальности явления и его образной представленности); непроницаемость для объективного опыта (вера в магию сильнее реальности); потребность в сопричастности своей социальной группе; сплавленность, недифференцированность широкого спектра чувств – страха, надежды, религиозного ужаса; потребность слиться воедино с общим началом (закон партиципации); мистическое содержание представлений (вера в таинственные силы и общение с ними); проявления анимизма (приписывание природным явлениям человеческих свойств). Устанавливается особенность восприятия времени, характерная для первобытного мышления: «мифическое время существует в форме настоящего, длящегося вечно» (Журавлев И. В., Тхостов А. Ш., 2005, с. 7). Выявляются противоречия концепции Л. Леви-Брюля, обусловленные сравнением явлений, имеющих различное психологическое содержание: научное мышление и коллективные представления (Стефаненко Т. Г., 2003).

Первобытное мышление рассматривается в качестве мыслительного акта, способа мифологического познания мира, суеверно-ритуальной деятельности. В первом случае этот феномен изучается как архаический способ познания мира, который характерен для ранних этапов развития человека и отличается от деятельности, протекающей на основе установления причинно-следственных связей (Фрезер Д., 1996; Леви-Брюль Л., 1998; Брудный А. А., 2005; Klíx Fr., 1980).

Проявления партиципации как потребности в сопричастности своей социальной группе, в идентификации с ней рассматриваются как базовый личностный феномен (архаическая потребность, сформированная на ранних этапах филогенеза), а также как магическая составляющая,

обладающая защитными свойствами для членов определенной группы (Карагодина Е. Г., 1997; Обухов Я. Л., 1999).

Возникновение мифа, как социокультурного феномена, связано с преодолением форм пралогического мышления и развитием повествовательной логики мировосприятия. При сравнении первобытного и мифологического типов мышления допускаются их отождествление, расширительное толкование понятия мифа (Лобок А. М., 1996, 1997). Исследователи проводят параллели между мифологическим настроем первобытного и современного человека, мифологией и религией как детерминантами его базовых потребностей (Фрейд З., 1995; Юнг К.-Г., 1996; Фромм Э., 2004). Как и в первобытном мышлении, главная функция мифа представляется как идентификация с определенной социокультурной группой (Лобок А. М., 1997). Выделяются мифологические основы мировоззрения (Леонтьев Д. А., 2005). Отмечается сходство между содержанием первобытной культуры и характеристиками мифа в аспекте синкретности субъекта и объекта, их неразличимости и диффузности (Лосев А. Ф., 1998; Журавлев И. В., Тхостов А. Ш., 2003).

Семейные легенды (мифы), представляющие совокупность интегрированных, но неправдоподобных убеждений, могут быть ПЗ, противоположной критическому восприятию реальности. При этом семейные нарушения – это следствия существующих мифов, которые удерживают жизнь семьи в определенных границах (Сатир В., 1999; Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. В., 2001; Андреева Т. В., 2004; Олифиревич Н. И., Зинкевич-Куземкина Т. А., Веленина Т. Ф., 2006). Семейная легенда имеет четкую связь с культуральными мифами, включающими идеализированные представления о браке и семейной жизни, здоровье или болезни близких, героизме членов семьи (Кратохвил С., 1991; Варга А. Я., 2001).

Защитные функции мифа и обрядово-ритуальной деятельности раскрываются в широком спектре отечественных и зарубежных исследований (Касавин И. Т., 1992; Выготский Л. С., 1994; Леонтьев А. Н., 1995; Соколова Е. Т., Николаева В. В., 1995; Фрейд З., 1996; Фромм Э., 1996; Кохут Х., 1996). Показано, что осуществление ритуалов приносит в субъективное восприятие жизни измерение постоянства и безопасности, а самовосприятие обогащается чувством собственной дееспособности, доверием к себе, возможностью контролировать события и воздействовать на них (Стефаненко Т. Е., 2003). Семейные ритуалы и традиции также выполняют функцию ПЗ (Холмогорова А. Б., 2002).

С помощью психоаналитического метода установлены компенсаторная и защитная функции мифа. Функциональная «полезность» мифа определяется анализом его содержания, в процессе которого возможна переработка подавляемых желаний. О. Ранк, Г. Занк (1998) склонны рассматривать регрессивную составляющую мифа, проявляющуюся в сокрытии от сознания примитивных проявлений, как новое качество человека, обретенное в процессе культурно-исторического развития.

«Ритуальная реорганизация опыта» осуществляется в виде научения, упрощающего картину мира. Сложный мир опыта превращается в организованный мир символа. В ритуальной трансформации приобретаются новые качества личности – понимание, когнитивная структура и идентичность (Уоллес А. Ф., 1966; Бургиньон Э., 2001; Де-Вос Д., 2001). А. Маслоу (1998) описывает способы личностной и межпоколенной психологической защиты в форме «деритуализации» и «реритуализации» в качестве факторов, определяющих человеческие ценности.

При изучении суеверно-ритуальной деятельности показано, что наиболее актуальными в студенческой среде являются верования, связанные с экзаменами (Саенко Ю. В., 2004). При этом суеверные представления направлены на защиту от предполагаемых опасностей и овладение желаемыми благами.

Значительное число исследований посвящено ПрО как составляющим культуры (Шибутани Т., 1969; Выготский Л. С., 1994; Асмолов А. Г., 1996, 2000; Лурье С. В., 2003). Рассматриваются ее различные функции. В частности, выделяются понятия «репрезентативной» (Ионин Л. Г., 2000) и «субъективной» (Triandis Н. С., 1999) культуры. Утверждается, что каждая культура в качестве идеала создает собственный мифологизированный образ (Лотман Ю. М., 1992). В контексте соотношения культурных традиций и социальных условий, ориентированных на пралогические ценности или исключаящие их, рассматривается концепция М. Мид (1988) о трех вариантах культур. Проявление защитных функций социальных представлений в сочетании с базовыми потребностями человека рассматривается в контексте теории «социальной личности» Э. Фромма (1991). Установлено, что содержания мифологического характера являются компонентом мировоззрения современников, что проявляется в субъективном искажении образа мира и некритичном отношении к усваиваемым извне постулатам и объяснительным схемам (Леонтьев Д. А., 2005).

В разделе 1.2. «Кризисные условия общественного развития как фактор расширения спектра пралогических образований» рассматриваются причины активации ПрО в современных условиях. Выделяются тенденции исследований, одна из которых изучает ассимиляцию мистических идей обществом и индивидом. При этом обращение к архаическому рассматривается в качестве показателя регресса личности и общества, возврата к отжившим, примитивным формам осмысления реальности, усиления мифологизации его мировоззренческой основы при восприятии картины мира (Ницше Ф., 1990; Юнг К.-Г., 1992; Библер В. С., 1992; Фрейд З., 1993; Карагодина Е. Г., 1997). Выявляются особенности формирования социальных, персональных и семейных мифов, связанных с социокультурными и мировоззренческими кризисами (Леви-Стросс К., 1970; Юстицкий В. В., 1999; Элиаде М., 2000; Эйдемиллер Э. Г., Мещерякова Э. И., 2001).

Изменявшаяся социокультурная ситуация порождает «оздоровительные» или «ипохондрические» мифы. В качестве причин их актуализации отмечается, что «подобная структурированная, организованная деятельность, направленная на сохранение здоровья, не требует для своего инициирования проблем с его нарушениями и может быть определена как социальная ипохондрическая практика» (Тхостов А. Ш., Райзман Е. М., 2005). Другая тенденция мифологизации изучалась как проявление интереса к «корням», стремления преодолеть оторванность от них в поисках поддержки и защиты в стабильных ценностях предков (Росс Л., Нисбетт Р., 2000; Тоффлер, 2001; Стефаненко Т. Г., 2003; Фромм Э., 2004).

Распад советской державы как социальной системы повлек за собой массовый «культурный шок» и потерю устойчивой социальной идентичности (Александровский Ю. А., 1993; Положий Б. С., 1996, 2006; Дмитриева Т. Б., Воложин А. И., 2001). Это обуславливает личностный поиск социальных феноменов, отражающих групповую сплоченность, способствующую восстановлению целостности и упорядоченности, обретению защиты в трудных условиях (Менделевич В. Д., Соловьева С. Л., 2002). Одна из концепций, связанная с формированием невротических расстройств в условиях общественного кризиса, обозначена как кризис идентичности (Положий Б. С., 1996, 2001, 2006). Отмечается, что в современных условиях люди оказываются недостаточно приспособленными к стремительно меняющимся условиям жизни. Выделяются четыре варианта кризиса идентичности (аномический, диссоциальный, негативистический и магический). Описывается магифренический синдром, суть которого заключается в специфическом нарушении сознательной психической деятельности, доминировании идей магического содержания, противоречащих научным представлениям, бурный всплеск интереса ко всему иррациональному, мистическому, переключение деятельности (даже в ущерб себе и близким) на активность в поисках истины или разгадки тайн бытия.

В кризисных условиях могут усиливаться тенденции к идентификации личности со стабильными и устойчивыми общностями (семья, род, этнос), что проявляется через мифологизацию ценностей старшего поколения (Арьес Ф., 1999; Дружинин В. М., 2000; Стефаненко Т. Г., 2003; Налчаджян А. А., 2004). Выпадение из социальной среды как способ ПЗ может актуализироваться в ситуациях общественного кризиса (Мертон Р., 2000). Возможны уход в мир фантазий, идеализация прошлого (Максимова Н. Ю., Никольская И. М., 2000; Калшед Д., 2003).

В разделе 1.3. «Примитивные и зрелые способы психологической защиты» обсуждаются исследовательские модели и функции психологических защитных механизмов (Либин А. В., 1999). Формирование ПЗ связано с проявлениями тревоги, которая может проявляться как неотъемлемая часть адаптивного процесса или свидетельствовать о ее нарушении (Березин Ф. Б., 1988; Левитов Н. Д., 2001). Показана значимость тревожности как эмоционального феномена в аспекте формиро-

вания ПЗ (Фрейд З., 1936; Франкл В., 1990; Хорни К., 1993; Салливан Г. С., 1999; Мей Р., 2001). Выделяются формы тревоги и страхов, избавление от которых свидетельствует об эффективности действия психологических защитных механизмов (МПЗ): адекватная и неадекватная тревожность (Божович Л. И., 2000; Прихожан А. М., 2000); реалистический страх, моральная тревога или чувство вины, невротическая тревога перед силой и характером собственных страстей и желаний (Фрейд З., 1975). Тем самым ПЗ соотносится с такими функциями психики, как уравнивание, приспособление и регуляция (Фрейд З., 1975; Романова Е. С., Гребенщиков Л. Р., 1996). Рассматриваются дифференциальные критерии архаических (примитивных) и более зрелых защит (высшего порядка).

Концептуальные представления о МПЗ в процессе их изучения подвергаются коррекции (Костандов Э. А., 1983; Фрейд А., 1996). При этом различаются нормальные, действующие в повседневной жизнедеятельности ПЗ, выполняющие профилактические функции, а также патологическая защита как неадекватная форма адаптации (Никольская И. М., Грановская Р. М., 2000; Гулина М. А., 2000). Функциональное назначение и цель ПЗ заключаются в ослаблении внутриличностного конфликта, обусловленного противоречием между инстинктивными импульсами бессознательного и интериоризованными требованиями внешней среды, возникающими в результате социального взаимодействия. Снижая этот конфликт, защита регулирует поведение человека, повышая его приспособляемость и стабилизируя психические процессы. Кроме того, МПЗ связаны с внутриличностными конфликтами в сфере самосознания (Столин Б. Б., 1983), самооценки (Соколова Е. Т., 1989; Зимбардо Ф., 1991), нравственности (Михеева И. Н., 1991); с ситуациями фрустрации (Налчаджян А. А., 1988), творческой адаптации (Бассин Ф. В., 1969; Шибутани Т., 1969).

На фоне отсутствия единых определений и классификации ПЗ по поводу их количества, специфичности, критериев дифференцированности на нормальные и патологические, понимания их роли в формировании личностных, невротических и психосоматических расстройств выделяются их общие свойства. Отмечается, что ПЗ действуют в подсознании, отрицая, искажая или фальсифицируя действительность в ситуации стресса, конфликта, фрустрации, психотравмы, интрапсихической адаптации (Бассин В. Ф., 1975; Банщиков В. М., 1984; Налчаджян А. А., 1988; Петровский А. В., Ярошевский М. Г., 1990; Ташлыков В. А., 1992; Карвасарский Б. Д., Исурина Г. Л., 1998).

Установлена специфичность системы ПЗ, обусловленная возрастными и гендерными особенностями. Зрелые защиты в большей степени характерны для «маскулинных» испытуемых независимо от возраста и биологического пола (Каменская В. Г., Зверева С. В., 2005). Выявляется предназначение ПЗ в онтогенетическом аспекте как автоматическое приспособление к среде за счет самопротекции (Кляйн М., 2001).

При этом по мере взросления и усложнения взаимодействия с социальным окружением недостаточность подобных механизмов защиты может приводить к дезадаптации (Winnicott D., 1986).

При выделении различий между «зрелыми» и «примитивными» формами ПЗ обращается внимание на то, что архаические защиты действуют общим, недифференцированным образом во всем сенсорном пространстве индивида, «сплавляя» между собой когнитивные, эффективные и поведенческие параметры. Более совершенные защиты осуществляют определенные трансформации одной из психических сфер – мыслей, чувств, ощущений, поведения или их комбинации. Концептуальное разделение более архаичных и высокоорганизованных защит несколько произвольно. Например, зрелые защиты – соматизация, отрицание, эротизация – могут проявляться подобно «низшим» защитам: действовать автоматически и быть недоступными для мыслительных процессов. К примитивным защитам относятся изоляция, отрицание, всемогущественный контроль, примитивные идеализация и обесценивание, проекция, интроекция, расщепление Эго, а также диссоциация (Laughlin A., 1970; Кернберг О., 1996, 2000; Нэнси М.-В., 1998, 2003). Классификация низших ПЗ основывается на следующих критериях: обусловленность довербальной стадией формирования; недостаточность связи с реальностью; отсутствие учета определенности и константности объектов, находящихся вне границ «Я» (Нэнси М.-В., 1998).

Отмечается сходство между некоторыми способами примитивной ПЗ и проявлениями мифологического мышления (Фрейд З., 1996).

В разделе 1.4. «Пралогические образования как способ психологической защиты. Соотношение социальных и коллективных представлений в качестве защитных стратегий» проводится анализ этих проявлений как феноменов ПЗ. В социальных представлениях выделяются следующие характеристики: интенсивная эмоциональная окраска (Андреева Г. М., 2000), крайний субъективизм, наполненность стереотипами, предрассудками, мистическим содержанием, иллюзорностью (Стефаненко Т. Г., 2003). Это способствует формированию личностно окрашенной, субъективно искаженной картины мира, включающей защитные элементы (Леонтьев Д. А., 2005). Выявляются стереотипы – мнения и убеждения, различающиеся интенсивностью мотивации и устойчивостью системы представлений (Налчаджян А. А., 2004). Основные функции стереотипов проявляются в упрощении картины объективной реальности (экономии собственных усилий при формировании картины мира), приспособлении к социально-средовым условиям жизнедеятельности (адаптивность), сохранении существующего правопорядка (тенденция к стабильности), искажении реальности (ПЗ), в поддержании групповых ценностей (Трусов В. П., Филатов А. С., 1984; Залевский Г. В., Залевский В. Г., 2005). Мотивационные аспекты формирования стереотипов включают широкий спектр защитных механизмов, которые актуализируются в ситуации фрустрации. При этом «стереотипы становятся резервуарами проявлений агрессивности, враждебности,

эмоционального напряжения» (Налчаджян А. А., 2001, 2004), базой для формирования фиксированных форм поведения (Залевский Г. В., 2000, 2004). Мотивами к проявлению стереотипов могут стать потребности в самооправдании, в отстаивании личных или групповых интересов, в дискредитации «жертвы» (Сикевич З. В., 1999). В стереотипах могут реализоваться ПЗ по типу проекции, замещения, интроекции, идентификации (Дюйкер Х., Фрийда М., 1990; Налчаджян А. А., 2001).

В разделе 1.5. «Стратегии совладания в контексте пралогических образований» обсуждаются концепции и модели копинг-поведения. Предлагается определение феномена как активных, динамичных когнитивных, поведенческих и эмоциональных проявлений, направленных на разрешение ситуации (Маслоу А., 1987). Отмечается, что выбор активных действий повышает вероятность устранения воздействия стрессоров на личность. Особенности стрессоустойчивости обусловлены «Я-концепцией», локусом контроля, эмпатийным потенциалом, условиями среды (Averil et al., 1971; Лазарус А., 1991; Neal, 1998). Обсуждаются концепции и особенности реализации совладающего поведения (Маслоу А., 1987; Лазарус А., 1991; Анцыферова Л. И., 1994). Эффективное совладающее поведение описывается как повышающее адаптивные возможности личности, как реалистическое, гибкое, большей частью осознаваемое, активное, включающее в себя произвольный выбор (Lazarus R. S., 1985; Анцыферова Л. И., 2000). Проводится анализ ПЗ и совладающего поведения, отмечается значимость веры для усиления конструктивности (Василюк Ф. Е., 1983; Либин А. В., Либина Е. В., 1996; Либин А. В., 1998). При расширении понятия ПЗ стратегии совладания определяются как «защитные адаптивные стратегии» (Налчаджян А. А., 1988). Выделяются критерии для создания классификаций адаптивных стратегий (Малкина-Пых И. Г., 2004). Одним из основных компонентов в психологии совладания является образ «Я». Отмечается, что упрощенность, недифференцированность «Я»–образа, характерного для человека архаической культуры, обуславливает применение неадаптивных стратегий и усиливает процессы деиндивидуализации (Либина Е. В., Либин А. В., 1996; Зимбардо Ф., 2003).

В разделе 1.6. «Пралогические образования и психологическая защита в континууме «здоровье–болезнь». Архетипическая защита» проявления пралогического рассматриваются на донозологическом и нозологическом уровнях. В исследованиях А. Е. Личко (1985) изучаются приметы и ритуалы в качестве специфической ПЗ от тревоги за будущее, которая свойственна индивидам с психастенической акцентуацией характера. ПЗ, основанная на использовании ритуалов, обрядов, примет, придает уверенность в себе, поднимает настроение, снижает тревожность. Отмечается роль магического настроения в психотерапевтической практике как фактора, повышающего чувствительность к внушающему воздействию. Однако, при высоких его показателях затрудняется усвоение психотерапевтической информации вследствие предубежден-

ности, склонности к стереотипам мышления и предрассудкам (Захаров А. И., 1992). В представлениях М.-В. Нэнси (1998, 2003) о примитивных защитных механизмах, характерных для психопатических личностей, основной защитой является «всемогущий контроль». Кроме того, используется проективная идентификация, множество диссоциаций и «отыгрывание» вовне. Психоаналитически ориентированные исследователи (Когут Х., 1991; Ressler С., 1992; Абрахам Р., 1998) выделяют специфический спектр МПЗ при разных видах психопатических нарушений, включая возбудимые, нарциссические, шизоидные, параноидные, депрессивные личности. Исследователи обращают внимание на то, что защитные механизмы выполняют различные функции в отношении «Я» в зависимости от ранга расстройств. При невротической организации личность использует зрелые защиты для того, чтобы уберечь себя от интрапсихического конфликта (Адлер А., 1995). Психотические пациенты используют примитивные защиты, чтобы установить внешние границы «Я», уберечься от дезинтеграции. При аномалиях личности используются примитивные защиты против внутреннего конфликта (цель – невротическая, механизм – психотический). Примитивная изоляция, расщепление и отрицание – наиболее частые способы ПЗ у больных с простой формой шизофрении. При параноидной шизофрении к этим способам присоединяются проекция и всемогущество. Шизотипические («рефлексирующие») пациенты используют интеллектуализацию, поворот против себя (Кернберг О., 2000; Мучник М. М., Семке В. Я., Семке А. В., 2001).

Другим вариантом примитивной ПЗ являются описанные Д. Калшедом (2001) «архетипические защиты личностного духа». Эти феномены возникают в результате детской травмы и наносят серьезный ущерб развитию и здоровью. Отличительной чертой такой травмы является переживание невыразимого ужаса перед угрозой растворения «связного Я» (тревога дезинтеграции). Эти защиты проявляются бессознательно в мифопоэтических образах, в фантазиях и сновидениях. Исследователь формулирует гипотезу, согласно которой архаические защиты, связанные с травмой, персонифицированы в архетипических демонических образах. Образы снов, связанных с травмой, представляют собой автопортрет архаичных защитных действий психики. Создавая эти «автопортреты», сновидения участвуют в процессе исцеления, продуцируя символы аффектов и тех фрагментов личностного переживания травмы, которые иначе не могут быть представлены в сознании.

В разделе 1.7. «Личностные особенности и способы психологической защиты и совладания у пациентов с невротическими расстройствами» обсуждаются теории неврозогенеза. Отмечается, что личностные особенности обуславливают проявления психологических защитных комплексов.

Концепции неврозогенеза отражают роль личностных проявлений при сохранении либо нарушении здоровья (Юнг К.-Г., 1996; Хорни К., 1998; Франкл В., 2000). Проводится анализ личностных особенностей

здоровых и склонных к невротическим нарушениям. Характерным для «неврозоустойчивой» личности является широкий репертуар стилей поведения (сценариев) в условиях фрустрирующих событий, гибкость стратегий поведения в условиях действия психотравмы. «Потенциальный невротик» склонен к шаблонному и стереотипному реагированию, ригидности, что затрудняет адаптацию. Фиксированные (ритуальные) формы поведения как составляющие психической ригидности, характерные для пациентов с невротическими нарушениями, выявлены в исследованиях Г. В. Залевского (1993, 2004, 2005).

Феномен ПЗ содержит центральное противоречие между стремлением человека сохранить психическое равновесие и потерями, к которым ведет вторжение ПЗ. Если они непосильны для личности, это приводит к появлению специфических невротических симптомов и нарушениям приспособляемости (Фрейд З., 1996; Грановская Р. М., Никольская И. М., 1998; Ташлыков В. В., 1998; Карвасарский Б. Д., 2005).

Для больных неврастенией, с депрессивным типом внутренней картины болезни (ВКБ), в начале заболевания характерны такие стратегии совладания, как переключение мыслей на более важные, чем болезнь, размышления, уход в работу, сохранение самообладания. У пациентов с фобическим типом ВКБ чаще проявляется проблемный анализ болезни и ее последствий, поиск соответствующей информации, пассивное сотрудничество с передачей ответственности за выздоровление медицинским работникам. Больные истерическим неврозом в ситуации фрустрации используют прежние, инфантильные стереотипы поведения. В качестве ПЗ для них характерны механизм регрессии, манипулятивный способ ухода в болезнь с целью перекладывания ответственности за решение собственных проблем на врача и лиц ближайшего окружения (Ташлыков В. В. и др., 1988). Для пациентов неврозами навязчивых состояний характерными являются защитные механизмы интеллектуализации и изоляции аффекта (Вассерман Л. И., Клубова Е. Б. 1998). При изучении способов ПЗ и совладания у пациентов с невротическими расстройствами отмечается большая частота дезадаптивных стратегий по сравнению с нормой. К дезадаптивным стратегиям относятся конфронтация, избегание, дистанцирование, бегство. В качестве способов ПЗ используются «проекция» и «замещение».

Совокупность подобных проявлений защитно-овладевающего стиля в виде пассивных форм реагирования не приводит к изменению ситуации, но усиливает нарастание эмоционального напряжения и тревоги вплоть до появления телесных дисфункций – головной боли, общего дискомфорта как соматических эквивалентов тревоги. Это способствует потенциальной угрозе дестабилизации личности (Вассерман Л. И., Исаева Е. Р., 2003).

В разделе 1.8. «Личностные особенности и способы психологической защиты и совладания у пациентов с психосоматическими расстройствами» рассматриваются модели формирования психосоматиче-

ских расстройств и личностные особенности больных. На примере гипертонической и язвенной болезни желудка изучаются проявления ПЗ и совладающего поведения.

Согласно концепции Ф. Александера (1985), внутриличностный конфликт между потребностью и страхом у лиц, склонных к психосоматическим нарушениям, может выражаться разными способами: с помощью психических перестроек, посредством телесных нарушений (дисфункций), проявляющихся в виде хронических психосоматических симптомов, в форме изменения способа поведения. Отмечается роль архаических импульсов, которые формируются на довербальных стадиях развития (Мак-Дауголл Д., 1982). В концепции Г. Амона (1979, 2000) утверждается, что психосоматические расстройства являются выражением структурного Эго-дефицита, берущего начало в раннем симбиозе «мать–ребенок». Взаимоотношения ребенка с матерью могут быть построены так, что болезнь для него является единственным способом эмоционального контакта. В соответствии с представлениями М. Шур (1998), автора концепции десоматизации–ресоматизации, предрасположенность к психосоматическим заболеваниям вызвана недостаточной дифференцированностью эмоциональных и соматических процессов. Роль поисковой активности как объяснительного принципа возникновения и формирования болезни рассматривается в работах В. С. Ротенберга, В. В. Аршавского (1984, 1996). Выделен феномен «выученной беспомощности», основной характеристикой которой является ее тенденция к генерализации (Селигмен Р., 1995; Петровский А. В., Ярошевский М. Г., 1998). Отмечается, что выученная беспомощность проявляется эмоциональными расстройствами (депрессия, невротическая тревога), на фоне которых возникают психосоматические заболевания.

Для пациентов характерны эгоцентризм, эмоциональная незрелость, инфантилизм, неспособность к управлению символическими процессами, недостаточная вовлеченность в актуальную ситуацию, неумение описывать нюансы переживаний, повышенная истощаемость, высокая тревожность. Отмечаются доминирующая роль образа «Я» как механизма поведенческой регуляции, недостаточность адекватных способов удовлетворения потребностей (Рейковский Я. Л., 1979; Тхостов А. Ш., Арина И. Е., 1991; Ересью Д. Б., Исурина Г. С., Кайдановская Е. В., 1994; Обухов Я. Л., 1999; Березовский А. Э., Крайнова Н. Н., Бондарь Н. С., 2001). Большинство авторов рассматривают эгоцентризм как фиксированность на собственных интересах и телесных ощущениях при отсутствии учета интересов других и требований ситуации, как обязательную принадлежность «психосоматической», личностной структуры. Эгоцентрическая направленность личности обнаруживает себя в гипертрофированно рациональном отношении к миру, прагматизме, потребительских склонностях, ригидных установках (Залевский Г. В., 2001; Менделевич В. Д., Соловьева С. Л., 2002).

В исследованиях личности психосоматических пациентов выделено понятие «инфантильная личность» (Райх Дж., 1996; Былкина Н. Д.,

1999), для которой характерны зависимость и пассивность, детские способности мышления, импульсивность, завышенные притязания, пассивная агрессивность. У пациентов эмоции и чувства не выражаются в экспрессивном поведении, их фантазии стереотипны и примитивны, отмечается «эмоциональная сцепленность» с «ключевой фигурой», обычно – с матерью.

Среди факторов, предрасполагающих к возникновению психосоматической патологии, выделяется феномен алекситимии, содержание которого включает трудности при описании собственных чувств, недостаточность аффективного опыта, невысокие возможности в операциях символизации, бедность фантазий и воображения, предпочтение фокусированности на внешних объектах (Урванцев Л. П., 1998; Эйдемиллер Э. Г., Макарова О. Ф., 2000). Установлены критерии «отрицания» и «дефицита». Первый предполагает выраженное торможение аффектов, что вызывает «вторичную алекситимию», которую можно рассматривать в качестве ПЗ, и предполагать ее обратимость (Nemiah J. S., 1997). В ряде случаев авторы отмечают необратимость алекситимических проявлений у пациентов (Исурина Г. Л., Кайдановская Е. В., Карвасарский Б. Д., 1994). Здесь в качестве объяснения подобных феноменов используется модель «дефицита», вызванного биохимическими, нейрофизиологическими или генетически обусловленными нарушениями. Алекситимия как способ ПЗ использует незрелые механизмы в форме отреагирования, отрицания, проективной идентификации. Непосредственной причиной подобного дефекта развития может быть нарушение ранних отношений «мать–ребенок», негативно влияющее на становление представлений о мире и собственной личности (Урванцев Л. П., 1998; Кохут Х., 2001; Кляйн М., 2002; Нэнси М.-У., 2003). В. В. Николаева (2000) установила взаимосвязь алекситимии с особенностями психической саморегуляции, основываясь на концепции смысловых образований личности (Братусь Б. С., Василюк Ф. Е., 2000).

При изучении адаптации пациентов с онкологическими заболеваниями выявлены особенности переживания и реакции пациентов при узнавании о болезни (Семке В. Я., Гузев А. Н., 1995).

Специфика внутриличностного конфликта у пациентов с гипертонической болезнью проявляется в интерперсональном напряжении, существующем между агрессивными импульсами и чувством зависимости (Alexander F., 1951). Социальное поведение пациентов описывается как чрезмерно адаптивное, уступчивое, ориентированное на социальный успех, пассивное, направленное на избегание конфликтов и сдерживание аффектов (Данбар Ф., 1956; Цикулин А. Е., 1989; Айвазян Т. А., 1990; Волков В. С., Собчик Л. Н., 1990; Каплан Г. И., Сэдок Б. Д., 1994). Особенности ПЗ и совладания определяются характером саморегуляции, а также когнитивными, эмоциональными и поведенческими стереотипами личностного и социального функционирования (Ташлыков В. В., 1998). Л. И. Вассерман, Е. Б. Клубова (1998) отмечают, что больные с

хронической сердечной недостаточностью по сравнению с людьми без нарушений здоровья обнаруживают повышенную напряженность ПЗ, что свидетельствует о наличии актуальной психотравмирующей ситуации. Для многих пациентов характерен высокий уровень защиты по типу отрицания, вытеснения, что отражает активное исключение из сознания определенных психотравмирующих событий.

Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки традиционно относится к группе заболеваний, в патогенезе которых важную роль играют эмоциональное реагирование, структура и содержание внутриличностного конфликта. Этот конфликт базируется на фрустрированной потребности в эмоциональной привязанности и компенсаторном лидерстве в межличностных отношениях. Подчеркивается роль ранней эмоциональной депривации в формировании патологического стереотипа эмоционального реагирования (Рысс Е. С., Щерба Н. Н., Соловьева С. Л., 1986), дефектность первичного эмоционального опыта, отсутствие глубоких привязанностей, неблагоприятные отношения в родительской семье (Орлова М. М., Фролова С. В., 1996). Выявляются фрустрация потребности в аффиляции и независимости, трудности в общении, конфликтность, склонность к обвинительным реакциям с фиксированностью на защите «Я», снижение возможностей при формировании конструктивных способов разрешения проблем, нарушение связей между ментальными и соматическими процессами (Йенсен Д., 1995). Уточняется роль родительской семьи, в которой формируются определенные базисные схемы, являющиеся глубинными мировоззренческими установками по отношению к самому себе и окружающему миру. Такими схемами у пациентов с язвенной болезнью становятся фиксация на реальной или мнимой утрате, негативное отношение к себе, к окружающим, к будущему, тирания долженствования (Кулаков С. А., 2003), запрет на выражение чувств (Холмогорова А. Б., Гаранян Н. Г., 1999).

В структуре личности пациентов с язвенной болезнью выявляются проявления зависимости, отказ от доминирующих orally-рецептивных потребностей из-за их несовместимости со стремлением к независимости (Александр Ф., 1985), вытесненная склонность к самоповреждению (Overbeck H., Biebl A., 1975). Многообразие личностной типологии включает «невывразительную» личность с бедной фантазией, ригидную и механистичную, которая в окружающих видит лишь себя, а в кризисных ситуациях привычно реагирует развитием психосоматической симптоматики (Данбар Ф., 1993). При гиперактивном типе личности желание зависимости отвергается, вследствие чего больные часто попадают в хронически фрустрирующую ситуацию (Александр Ф., 1934). Характерными проявлениями являются неуравновешенность, вспыльчивость, повышенная реактивность, преобладание процессов возбуждения над торможением (Зюбан А. Л., 1972). Выявляются эмоциональная возбудимость, склонность к проявлениям тревоги, страха (Лурье, С. В., 1959; Коркина М. В., Мариллов В. В., 1982), честолюбие, стремление к самоутверждению, гиперсоциальная исполнительность (Белов В. П., 1971),

астенические проявления в сочетании с повышенной самооценкой, ответственностью, приверженностью морально-этическим принципам (Немчин Т. А., 1974). К преморбидным особенностям относятся раздражительность, пониженное настроение с оттенком мрачности и угрюмости, замкнутость и сенситивность (Губачев Ю. М., 1990). Способы ПЗ у пациентов пассивного типа связаны с мотивацией боязни неудачи и проявляются в вытеснении, регрессии, уходе в болезнь.

В разделе 1.9. «Личностные особенности и способы психологической защиты и совладания у пациентов с проявлениями аддиктивных нарушений» эти феномены изучаются в рамках алкогольной и наркоманической зависимостей. Состояние опьянения рассматривается как компонент мистического сознания, а власть наркотика происходит от его способности стимулировать мистические свойства человеческой природы (Джеймс У., 1923). Установлено, что для пациентов с алкоголизмом и наркоманией свойственны проявления магического мышления, характеризующие изменения личности под влиянием болезни (Сухарев А. В., Брюн Е. А., 1998). У пациентов, злоупотребляющих ПАВ, отмечается наличие полярных и противоречивых качеств: резкие колебания настроения, неустойчивость интересов, собственная переоценка, сенситивность, склонность к самоанализу, излишняя самоуверенность и легкая ранимость, развязность и застенчивость, ласковость и жестокость (Бехтель Э. Б., 1997; Менделевич В. Д., 2001; Бохан Н. А., Мазурова Л. В., 2004). Б. С. Братусь (1984), И. Н. Пятницкая (2000), А. И. Мандель (2003) отмечают, что личность наркомана в преморбиде отличаются черты незрелости, неустойчивости, невыраженности и постепенного снижения интеллектуальных проявлений, отсутствие нравственных норм, склонность к колебаниям настроения. В условиях фрустрации потребностей у пациентов редуцируются рационалистические основы мышления и цикл осознанных и организованных действий, а на первый план выступает аффективный компонент мышления, базирующийся на иррациональных представлениях заместительного характера (Выготский Л. С., Лурия А. Р., 1993). Больные стараются избегать ответственности за происходящее в реальной жизни, объясняют неудачи неблагоприятным стечением обстоятельств с перенесением акцента на внешний локус каузальности. Для каждого пациента характерны свои излюбленные темы фантазирования и нереалистического отношения к действительности, которые используются для снижения уровня тревоги. Этот способ изменения психического состояния фиксируется в определенный часто повторяющийся стереотип поведения – ритуал (Генайло С. П., 1995). В процессе течения болезни у больных происходят «стирание», обеднение индивидуальных отличий и усиление стереотипных, фиксированных ритуальных форм поведения (Братусь Б. С., 1982; Залевский Г. В., 1999). Важная роль отводится семейным особенностям пациентов с алкогольной и наркотической зависимостями как социально-психологическому фактору, способствующему формирова-

нию аддиктивного поведения (Максимова Н. Ю., Милютин Е. Л., 2000; Бохан Н. А., Мазурова Л. В., 2003). Выявляются конфликтные отношения между членами семьи (враждебность, агрессивность, конфликты между родителями), психологические особенности взрослых (отец отсутствует или отличается слабым характером, мать излишне заботлива, уступчива или проявляет излишнюю властность, холодность), нереальные стремления родителей по отношению к детям (Уильямс Б., 2000; Белокуров С. Б., 2001). Установлено, что у пациентов с алкогольной зависимостью по сравнению с лицами без нарушений психического здоровья на достоверно значимом уровне преобладают ПЗ «отрицание» и «компенсация». Большая выраженность отрицания у пациентов интерпретировалась как следствие болезни, как преморбидная черта личности, способствующая формированию аддикции (Клубова Е. Б., 1995). По сравнению со здоровыми людьми у больных наркоманией преобладают неадаптивные стратегии в форме избегания разрешения проблемной ситуации, пассивной кооперации (Ялтонский В. М., 1995).

В разделе 1.10. «Пралогические образования в системе защитных стратегий» обобщаются исследовательские подходы при изучении содержания пралогического как способа ПЗ. Установлена значимость коллективных представлений в контекстах приспособительного взаимодействия человека с природной и социальной средой в культурно-историческом и социокультурном контекстах. Выявлено сходство функциональной направленности ПрО с другими защитными стратегиями (мифологическими и социальными представлениями и установками, ПЗ и стратегиями совладания).

В главе 2 «Исследование пралогических образований как способов психологической защиты в системе адаптивно-защитных стратегий» излагается программа исследования. Обосновываются концептуальные подходы, позволяющие изучать ПрО как способ ПЗ в системе других защитных стратегий. Проводится операционализация понятий. Рассматриваются подходы к изучению специфичности ПрЗ как одного из уровней адаптивного комплекса, включающего различные способы ПЗ и совладания. Осуществляется моделирование алгоритмов ПрЗ. Проводятся процедуры стандартизации. Определяется модель адаптивно-защитного комплекса, включая ПрЗ, ПЗ и стратегии совладания. Описывается психодиагностическая программа, позволяющая реконструировать ПрО у пациентов с невротическими, психосоматическими и аддиктивными расстройствами, а также у людей без нарушений психического здоровья. Дается характеристика выборки исследования.

В разделе 2.1. «Программа исследования» излагается процесс формирования исследовательской проблемы. В результате предварительного анализа предмета исследования выдвинута гипотеза и обоснованы предположения об особенностях ПрО как способов ПЗ у пациентов с невротическими, психосоматическими и аддиктивными расстройствами в сравнении с людьми, не имеющими подобных нарушений. Предложены подходы к изучению специфичности ПрЗ как одного

из уровней адаптивного комплекса, включающего различные способы ПЗ и совладания. Рассматриваются методологические основания, разработка методов, позволяющих изучать особенности ПрО как способы ПЗ у пациентов с непсихотическими расстройствами. Описываются методы организации исследования, принципы создания авторской программы изучения ПрО, сбора эмпирического материала, анализа и интерпретации результатов исследования, методы математической статистики.

Планирование деятельности базировалось на следующих направлениях исследовательского поиска: а) разведывательная стратегия – формулировка проблем, обуславливающих изучение ПрО у пациентов непсихотического регистра в качестве объекта исследования; б) описательный вариант, позволяющий качественно представить объект исследования; в) аналитико-экспериментальная стратегия, с помощью которой описательная модель-концепция ПрЗ наполняется эмпирическими характеристиками; г) установление специфичности проявлений ПрЗ у пациентов всех нозологических форм по сравнению с людьми без нарушений здоровья, между нозологическими группами, а также в каждой из нозологий; д) повторно-сравнительный вариант – описательная модель соотношений ПрЗ с другими видами ПЗ и стратегиями совладания у больных непсихотическими расстройствами.

В **разделе 2.2.** «Реконструкция пралогических образований. Программа и методика эмпирического исследования. Моделирование алгоритмов пралогической защиты» обосновывается необходимость создания программы психодиагностики ПрО, принципы ее реализации, этапы и условия ее реализации, способы разработки. Реконструкция ПрО осуществлялась с помощью моделирования установок, отношения, переживания и поведения людей в жизненных ситуациях, восстанавливающих пралогические способы реагирования. Воссоздавая индивидуальный ракурс пралогического реагирования, а затем обнаруживая его соответствие условиям реализации и частоту использования, выявлялись закономерности проявлений ПрЗ.

Осуществлялись следующие этапы программы реконструкции ПрО:

- Проведение пилотажного исследования для выявления содержаний пралогического, а также экспертного опроса здоровых людей и страдающих расстройствами непсихотического спектра для составления списка ПрО и определения их востребованности, направленности, содержательной предпочтительности.
- Разработка экспериментальной (предсказательной) модели изучения ПрО и стандартизация опросника «ОВИС».
- Формирование выборки исследования (пациенты с невротическими, психосоматическими и аддиктивными нарушениями и нормативная группа).
- Психодиагностика больных, страдающих непсихотическими психическими расстройствами, а также людей нормативной группы с учетом

возрастных, половых различий и уровня образования для выявления востребованности ПрО.

- Определение специфичности ПрЗ в норме и нозологических подгруппах пациентов с непсихотическими расстройствами.
- Создание эмпирической (предсказательной) модели адаптивно-защитного комплекса, включающего ПрЗ, ПЗ и стратегии совладания.
- Психодиагностика адаптивно-защитного комплекса в нормативной группе и у пациентов с расстройствами непсихотического спектра.
- Выявление специфичности адаптивно-защитного комплекса в нозологических группах и в норме.

В процессе пилотажного исследования выявлены алгоритмы пралогического реагирования, под которыми понимаются устойчивые паттерны выполнения защитных действий с опорой на магические силы в угрожающих для индивида ситуациях. Одним из этапов реконструкции пралогических содержаний стало создание «Опросника верований и суеверий» (ОВИС).

Содержание опросника посвящено использованию в жизнедеятельности примет, ритуалов, поверий, закрепленных социокультурными традициями в коллективных представлениях либо моделируемых самостоятельно. Окончательный вариант включает шкалы «Пралогического восприятия», «Магической тревожности», «Магического прогноза», «Применения нетрадиционных способов лечения», «Действенного использования пралогических образований», представляющих различные компоненты ПрЗ. Ответ на каждый вопрос предполагает один из пяти вариантов ответов, а семибалльная система оценок способствует большей наглядности результатов и позволяет более точно выявить степень выраженности ПрЗ у испытуемого. При интерпретации данных можно получить качественную информацию о содержании, активации и востребованности тех или иных видов ПрЗ, мотивах их использования. Количественная выраженность каждой шкалы опросника способствуют выявлению уровня напряженности отдельных компонентов, а общий показатель пралогической защиты (ОППрЗ) – интегративный уровень ПрЗ. Наличие количественных оценок ПрЗ открывает возможность сопоставительного анализа между показателями отдельных шкал ОВИС, а также общего показателя напряженности ПрЗ. Представлены критерии эффективности ОВИС как метода экспресс-диагностики, процедуры стандартизации, а также факторы, которые могут повлиять на достоверность результатов.

Феноменология пралогического изучалась с помощью стандартизованного интервью, которое проводилось после выполнения задания по заполнению ОВИС с целью объективизации результатов исследования. Содержание интервью направлено на выявление особенностей осознания и выделения соотношения между составляющими индивидуального опыта, включая опору на самостоятельное установление причинно-следственных отношений между происходящим, на традиции старшего поколения или на действие магических сил (как компоненты

ПрО). Выявлялся опыт ситуативного применения верований и/или суеверий, использования примет в повседневности, характерные переживания, обусловленные ПрО, особенности их трансформации как символа веры. Устанавливалась значимость ПрО в контексте жизнедеятельности и отношение к ним.

В разделе 2.3. «Алгоритм защитно-адаптивного комплекса» рассматриваются способы моделирования защитно-адаптивного комплекса и установления его эффективности. При создании защитно-адаптивной системы выделялись алгоритмы ПрЗ, ПЗ и стратегии совладания в качестве факторов, содержащих специфическую функциональную направленность и способы реализации. Эффективность комплекса обусловлена системным взаимодействием всех его уровней, проявляющихся в аспекте взаимодополнения. Эффективность определяется ведущей ролью конструктивных стратегий совладания и соподчиненной – ПЗ. В качестве методов изучения выделены «Опросник верований и суеверий», «Индекс жизненного стиля», «Исследование копинг-стратегий».

В разделе 2.4. «Характеристика выборки исследования» представлены особенности выборки, определяемые аналитическими задачами исследования, а ее репрезентативность – целевой установкой исследовательской программы. Исследование проводилось в течение 1998—2005 гг. на базе клиники НИИ ПЗ ТНЦ СО РАМН и НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН, Областной клинической больницы. Обследовано 332 пациента с клиническими диагнозами, сформулированными на базе МКБ-10 и включающими различные варианты невротических, психосоматических и аддиктивных нарушений. Из них 151 – с невротическими нарушениями: с диагнозами «диссоциативное истерическое расстройство» (экспрессивный и импрессивный варианты) – 112, «посттравматическое стрессовое расстройство» (ПТСР) – 39; «гипертоническая болезнь» – 53, «язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки» – 58; «психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ» – 70.

Клиническая типология невротических диссоциативных расстройств (Семке В. Я., Перчаткина О. Э., 2000) включала экспрессивный и импрессивный варианты истерического невроза, различающиеся внешним и внутренним планом проявления эмоций. Обследовано 11 мужчин и 101 женщина в возрасте 19—60 лет. Средний возраст испытуемых – $38,47 \pm 1,82$ года, средняя давность заболевания – $11 \pm 0,7$ года. Средний возраст пациентов мужского пола, бывших участниками военных действий в Чечне с диагнозом ПТСР – $28,59 \pm 1,20$ года, давность заболевания – $3,73 \pm 0,43$ года. Типичными в клинической картине проявлениями являлись повторные переживания травматического стресса в виде навязчивых воспоминаний (реминисценций), кошмарных сновидений, ангедонии, избегания любых ситуаций, напоминающих о трагических событиях, проявления

импульсивности, состояния «оцепенелости», эмоциональной притупленности, или депрессии и тревоги.

Средний возраст больных гипертонической болезнью – $39,06 \pm 0,2$ года, из них 27 женщин и 26 мужчин. Давность заболевания – $7,36 \pm 2,9$ года. Психологические особенности, сопровождающие клинические проявления сердечно-сосудистых нарушений, включали невротические симптомы в форме повышенной тревожности, сверхконтроля над импульсами враждебности и агрессивности, боязни потерять благосклонность значимых людей, стремление к самоутверждению и осознание невозможности выражения этих проявлений. Из пациентов с язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки 17 мужчин, 41 женщина. Средний возраст – $36,8 \pm 0,9$ года, давность заболевания – $6,34 \pm 0,3$ года. Клинической картине заболевания сопутствовала невротическая симптоматика со стремлением к маскировке собственной неуверенности, демонстрации независимости, повышенным уровнем психоэмоциональной напряженности, тревожности, склонности к перепадам настроения.

Группа пациентов мужского пола с психическими расстройствами, связанными с употреблением ПАВ, включала 35 человек с проявлениями алкогольной зависимости. У них отмечалось сочетанное употребление наркотиков и других ПАВ (преимущественно фармакологических препаратов). Средний возраст мужчин с проявлениями лекарственной аддикции – $26 \pm 0,3$ года, средняя продолжительность заболевания – $4,6 \pm 0,9$ года. Средний возраст пациентов с алкогольной зависимостью – $37 \pm 1,8$ года, средняя продолжительность заболевания – $8,5 \pm 0,7$ года. Для пациентов данной нозологической группы характерно отсутствие грубых изменений личности. Наличие сходных клинических проявлений у пациентов представленных нозологий позволило рассматривать их в рамках диагностической группы больных непсихотическими психическими расстройствами. Учет половых, возрастных критериев выборки, давности заболевания пациентов различных нозологических групп позволил рассмотреть специфику пралогического в каждой группе, а также провести сопоставительный анализ этого феномена между группами.

В качестве сравнительной группы в выборку вошли жители Томска и Томской области, не имеющие нарушений психического здоровья и соответствующие основной группе по половому, возрастному, образовательному критериям и месту проживания. Обследовано 253 человека: медицинские сестры (70), студенты I и III курсов психологического и спортивного факультетов ТГУ и ТГПУ (110), врачи (41), преподаватели ТГУ и ТГПУ (32). Ориентация на выделенные критерии позволила получить информацию о феномене ПрО в нормативной и нозологической группах.

Глава 3 «Пралогические образования как способы психологической защиты» посвящена эмпирической проверке концептуальной модели ПрЗ. Выявляются различия в проявлениях ПрЗ в аспекте активации разных сфер жизнедеятельности, соотносенности с другими жизненными стратегиями, особенностями трансформации. Устанавливается спе-

цифичность ПрЗ в каждой нозологической группе, особенности ее составляющих, а также общей выраженности. Определяется эффективность ПрЗ как системного образования.

В разделе 3.1. «Пралогические образования в контексте личностного опыта пациентов с непсихотическими расстройствами и здоровых людей» рассматриваются сферы применения ПрО: сохранение традиций, межличностные отношения, учебная и профессиональная деятельность, здоровье, семейные аспекты, природная среда, повседневная жизнедеятельность. На модели нормативной группы установлено, что в процессе изменения социокультурных условий меняются соотношения востребованности жизненных стратегий. Выявляется тенденция к преобладанию рационального способа разрешения жизненных ситуаций с дополнительным использованием традиционных подходов и опоры на действие магических сил. В группе пациентов с непсихотическими нарушениями опора на помощь магических сил и использование традиций сохраняет свою значимость, что формирует неэффективные способы взаимодействия с реальностью. Доказывается специфичность трансформации ПрО как культурного феномена. Полученная информация подтверждает предположения о включенности ПрО, отражающих соматические, личностные и ситуационные аспекты человеческого бытия, в картину мира современного человека.

При ранжировании применения ПрО установлена их различная значимость в зависимости от сферы жизнедеятельности. У пациентов с невротическими нарушениями значимыми являются ПрО в сферах «здоровье» и «межличностные отношения», затем следуют «традиции предков», «необычные явления природы», «семья», «повседневная деятельность». Последнее место занимает сфера профессиональной деятельности (различия достоверны при $p \leq 0,01$). При психосоматических нарушениях предпочитают ПрО в сферах здоровья и природных явлений, которые выступают в качестве исцеляющего источника. Следующие позиции занимают «семья», «повседневность», «сохранение традиций предков», «профессиональная деятельность», «межличностные отношения». Для пациентов с аддиктивными расстройствами характерно следующее соотношение ПрО: «традиции предков», «профессиональная деятельность», «необычные явления природы», «семья», «межличностные отношения», «здоровье», «повседневность». При этом актуализация ПрО порождала воспоминания о ритуальных действиях, связанных с аддикцией. В нормативной группе профессиональная и учебная деятельность наряду с сохранением традиций предков и семейными ритуалами являются наиболее востребованными по сравнению с другими сферами жизнедеятельности ($p \leq 0,01$).

Т а б л и ц а 1

***Распределение стратегий жизнедеятельности
среди больных непсихотического спектра и в норме***

Выборка исследования	Стратегии жизнедеятельности (в %)		
	I – основной, II – дополнительный		
	Установление причинно-следственных связей	Опора на традиции	Действие магических сил
I основной II дополнительный	I—II	I—II	I—II
Непсихотические расстройства	57,2* 34,3* (91,5)*	42,7* 41,0 (83,7)*	41,9* 44,3 (86,2)*
Невротические расстройства	66,4 28,7 (95,1)	45,3* 41,7 (87,0)*	43,4* 47,6* (91,0)*
Психосоматические расстройства	61,3* 32,9 (94,2)*	48,6* 49,4 (98,0)*	35,8* 42,1 (77,9)*
Аддитивные расстройства	33,9* 41,2* (75,1)*	24,2* 31,9 (55,1)*	46,7* 41,2* (87,9)*
Норма	77,1* 22,9* (100)*	20,8* 41,1 (61,9)*	7,6* 28,0* (35,6)*

Примечание. Звездочкой () отмечены достоверные различия между основным и дополнительными стратегиями жизнедеятельности при $0,01 < p < 0,05$.*

Достоверные различия между показателями пациентов различных нозологических групп и здоровых людей выявляются при сравнении личностного опыта, включающего опору на установление причинно-следственных отношений, опору на традиции или действие магических сил в качестве основного и дополнительного способов разрешения жизненных ситуаций (табл. 1).

У пациентов на достоверном уровне снижается вклад причинно-следственного способа и увеличивается роль опоры на традиции, особенно на действие магических сил. При этом показатели опоры на незримые силы в качестве основного и дополнительного способа равномерно распределяются во всех группах больных (различия недостоверны), а сумма этих стратегий превосходит показатели установления причинно-следственных связей и опоры на традиции на уровне тенденции (различия не достоверны).

Т а б л и ц а 2

Переживание действия магических сил у пациентов и в норме

Выборка исследования	Переживание действия магических сил (в %)		
	Тревога	Спокойствие	Вызывает улыбку
Норма	20,3*	55,0*	24,7*
Неврозы	35,9	49,6*	14,5*
Диссоциативные расстройства	39,4	46,2*	14,4*
Экспрессивный вариант	31,2	52,1*	16,7*
Импрессивный вариант	47,6	40,3*	12,1*
ПТСР	32,4	53,0*	14,6*
Психосоматические расстройства	46,7	43,9	9,4
Гипертоническая болезнь	49,5	39,8	10,7
Язвенная болезнь	43,9	48,0	8,1
Аддитивные расстройства	30,1	47,8	22,1
Алкоголизм	34,2	51,7	14,1

Наркомания	26,0	43,9	30,1
Непсихотические расстройства	37,6	47,1	15,3

Примечание. Звездочкой (*) отмечены достоверные различия при $0,001 < p < 0,05$.

У пациентов с аддикцией отмечаются наиболее низкие показатели установления причинно-следственных связей в качестве основного способа жизнедеятельности. При этом как дополнительный способ рациональный подход преобладает в этой нозологической группе и достоверно превышает показатели пациентов с неврозами. Сумма показателей рационального подхода на достоверном уровне снижена (по сравнению с нормативной группой, а также с пациентами других нозологий). Сумма способов опоры на традиции у аддиктивных пациентов является самой незначительной по сравнению с другими способами. В наиболее высоких значениях данный феномен проявляется у пациентов с психосоматическими нарушениями и на уровне достоверности отличается от показателей пациентов с невротическими и аддиктивными расстройствами. Опора на магические силы в качестве основного и дополнительного способов взаимодействия с реальностью является высокой у пациентов с аддикцией и невротическими нарушениями и на уровне достоверной значимости преобладает по сравнению с пациентами с психосоматическими расстройствами. Недоверие к себе, переживание недостаточности опоры в настоящем обуславливает у больных обращение к магическим силам как способу ПЗ, на которую можно возложить ответственность за все, что происходит с ними в жизни.

Наиболее высокий уровень тревоги в отношении ПрО отмечается у пациентов при гипертонической болезни, импрессивном варианте диссоциативных нарушений (на уровне достоверных различий по сравнению со средними значениями выборки), а также при язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки (на уровне недостоверно значимой тенденции).

Представляется, что отличительные от нормы переживания больных порождаются отношением к верованиям, которое было свойственно людям на более ранних этапах культурно-исторического развития. У пациентов по сравнению со здоровыми людьми сохраняется большая значимость культовых верований в качестве жизненной стратегии. Как и в периоды прошлого, эти образы вызывают у пациентов чувства страха, тревоги и эмоционального напряжения. По-видимому, пралогические феномены воспринимаются буквально, в их конкретной, а не в их символической представленности в качестве элемента культуры прошлого. Больные в большинстве случаев верят в реальность магических сил.

Для пациентов непсихотического спектра по сравнению с нормативной группой характерно увеличение показателей отношения к ПрО в аспекте буквального следования традициям и снижение его как дань культуре прошлого (рис. 1).

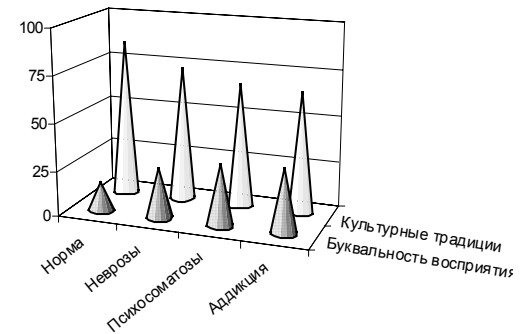


Рис. 1. Отношение к пралогическим образованиям у пациентов и в норме

Отмечаются различия в мотивации при использовании ПрО. У больных непсихотическими расстройствами преобладает мотивация предостережения, боязни неудачи – 71,5 % (неврозы – 73,4 %; психосоматозы – 75,6 %; аддикции – 65,6 %). В группе здоровых в 59,8 % случаев проявляется мотивация, направленная на прогнозирование удачного развития событий, достижения успеха ($p \leq 0,01$).

В разделе 3.2. «Пралогическая защита у пациентов с невротическими расстройствами» рассматриваются особенности ПрО в качестве способа ПЗ у пациентов невротического спектра, включая диссоциативные расстройства и ПТСР. На рис. 2 представлены соотношения показателей ПрЗ у пациентов с диссоциативными расстройствами (экспрессивный и импрессивный варианты).

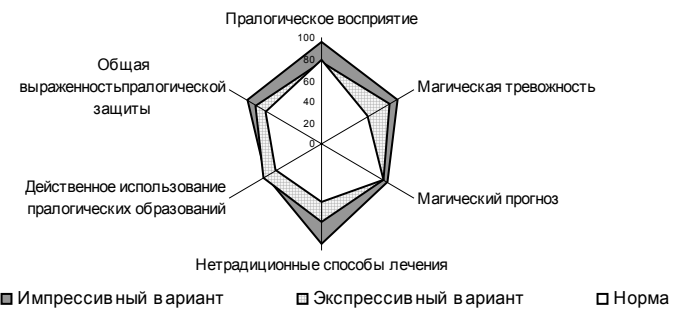


Рис. 2. Распределение показателей пралогической защиты у пациентов с диссоциативными расстройствами и в норме

В обеих группах шкальные оценки ОВИС находятся в пределах высоких значений, кроме шкалы активного использования ПрО, находящейся в пределах средних значений. Показатели пралогического восприятия – 96,4 и 78,2, магической тревожности – 83,4 и 72,8, примене-

ния нетрадиционных способов лечения – 95,1 и 72,7, общей выраженности ПрЗ – 81,3 и 71,1 ($p \leq 0,01$).

Более высокие значения ПрЗ при импрессивном варианте невроза, очевидно, обусловлены тем, что на фоне снижения настроения, усиления невротической тревоги, неустойчивой самооценки с тенденцией к ее снижению возникает защитный механизм по типу пралогического (мифологического) фантазирования. При этом отсутствует стремление осмыслить психотравмирующую ситуацию, определить для себя оптимальный вариант поведения, добиться реальных результатов. В условиях фрустрации потребностей в системе самосохранения невротической личности редуцируются рационалистические подходы разрешения проблем и усиливаются стереотипные, ригидные, порожденные ПрО.

У пациенток с экспрессивным вариантом нарушений на фоне постоянного желания продемонстрировать собственную уникальность и необычность выявлены искажения восприятия времени. ПрЗ заключается в идеализации себя в прошлом времени для поддержания самооценки в настоящем. Пациентки старшей возрастной группы подробно и с удовольствием сообщают о том, какими «замечательными» они были в дошкольном либо «пионерском» возрасте, какими были послушными и никогда не нарушали наказов родителей и учителей. При этом в большинстве случаев приводятся одни и те же «примеры из жизни», которые с удивительным постоянством сообщаются лечащему врачу, соседям по палате, психологу, медицинскому персоналу. Искажение восприятия времени достигается с помощью гипертрофированной идеализации собственного «детского Я» и некритичный перенос его в настоящее, игнорирование временной динамики.

Актуализация ПрО у пациентов с ПТСР обусловлена искажением восприятия реальности и снижением возможности установления причинно-следственных связей. В этих случаях на помощь логике «приходит» мистика, заполняя пробелы в нарушенной картине мира. Функциональная направленность ПрЗ – стремление мистическим образом преобразовать действительность в более понятную и менее угрожающую. Применение ПрО помогает восстановить чувство безопасности и возможность контролировать события. В отличие от здоровых людей, для больных этой группы характерны склонность к упрощенчеству картины мира, одноплановость и адинамизм восприятия времени, «возложение ответственности» на магические силы. Отмечается выраженная напряженность каждого из компонентов, а также интегративного показателя ПрЗ (69,3), находящихся в зоне высоких значений ($p \leq 0,001$).

В разделе 3.3. «Пралогическая защита у пациентов с психосоматическими расстройствами» рассматриваются особенности ПрО в качестве способа ПЗ у пациентов психосоматического спектра, включая гипертоническую и язвенную болезнь желудка и 12-перстной кишки. Анализируются соотношения шкальных оценок ОВИС как компонентов ПрЗ, а также ее общая выраженность.

Значения компонентов ПрЗ у пациентов с гипертонической болезнью расположены в зоне высоких значений либо приближаются к ним. Показатели шкал при язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки находятся в зоне средних значений ($p \leq 0,01$).

Высокие показатели у пациентов с гипертонией отмечаются по шкалам пралогического восприятия (74,3), магической тревожности (70,5), применения нетрадиционных способов лечения (70,7). При этом интегративный уровень ПрЗ (68,3) приближается к аналогичным значениям у пациентов с невротическими расстройствами. Многие пациенты, как женщины, так и мужчины (67,9), выделяли приметы и поверья, свидетельствующие о возможных болезнях, гибели и смерти людей из близкого окружения. Они демонстрировали знание и других областей применения ПрЗ, но приметам и поверьям, указывающим на неблагоприятное развитие событий, нарушение здоровья или предрекающих гибель человека, придавалось особое значение. Таким образом, при гипертонии выделяется «ипохондрическая» пралогическая составляющая ПЗ. У этих пациентов, как и при диссоциативных нарушениях, отмечался значительный интерес к гаданиям и гороскопам, к магическим способам предсказания судьбы (65,6), высокий уровень магической тревоги (70,5). Если у больных женского пола с гипертонической болезнью значения шкальных оценок превосходили аналогичные, характерные для женщин без нарушений здоровья, то у пациенток с язвенной болезнью выявляются противоположные тенденции.

Шкальные оценки пралогического восприятия и магического прогноза на достоверно значимом уровне ($p \leq 0,01$) являются более высокими у женщин без нарушений здоровья. Оценки магической тревожности преобладают (51,7, $p \leq 0,05$) у пациенток. Видимо, более низкие показатели шкал у пациенток с язвенной болезнью по сравнению с нормой обусловлены проявлениями алекситимии в форме нарушения эмоциональной идентификации и искажением переживаний, которые в большей степени свойственны пациентам с язвенной болезнью по сравнению с больными гипертонией. Искажение эмоционального реагирования у пациенток с язвенной болезнью не дает возможности снизить эмоциональное перенапряжение, которое проявляется и на уровне магической тревожности, превышающей нормативные значения.

У пациентов мужского пола показатели шкал магической тревожности и применения нетрадиционных способов лечения значительно превосходят аналогичные показатели здоровых ($p \leq 0,01$). Мужчины без нарушений здоровья превосходят больных только по показателям шкалы магического прогноза (на уровне тенденции). Показатели остальных шкал у мужчин не имеют достоверных различий. Отличия шкальных оценок магической тревожности у пациентов, которая превышает показатели здоровых, может свидетельствовать о наличии алекситимии, которая способствует повышению эмоционального напряжения и формированию магической тревожности.

В разделе 3.4. «Пралогическая защита у пациентов с аддиктивными расстройствами» рассматриваются особенности ПрО как способа ПЗ у пациентов с алкоголизмом и наркоманией. Изучаются соотношения шкальных оценок ОВИС как компонентов ПрЗ, а также ее интегральный показатель, сопоставляются групповые показатели больных с зависимостью от психоактивных веществ, ПТСР и нормативной группой.

Показатели шкал ОВИС свидетельствуют о том, что их значения у больных аддиктивными нарушениями находятся в пределах высоких значений, кроме шкал магического прогноза и применения нетрадиционных способов лечения, расположенных в зоне средних значений ($p \leq 0,01$). Шкала магической тревожности имеет самые высокие значения (72,6), затем следуют пралогическое восприятие (65,2), действительное использование ПрО (63,9), общая выраженность ПрЗ (60,2).

Отмечаются различия шкальных оценок между группами больных алкоголизмом и наркоманией. При алкогольной зависимости выявляются невысокие значения шкалы магического прогноза ($p \leq 0,01$). Возможно, этот феномен свидетельствует о своеобразной защите по типу суеверного избегания возможной негативной информации о себе и своем будущем. Шкала пралогического восприятия («суеверности») имеет более высокие показатели у больных наркоманией ($p \leq 0,05$). Эти данные свидетельствуют о склонности приписывать собственные неудачи отрицательному влиянию магических сил. ПрЗ соотносится с такими характеристиками особенностями пациентов, как слабость волевой регуляции, сниженная ответственность за свое поведение и жизнь, приписывание нарастающей изоляции и снижению социального функционирования действию незримых сил. У больных наркоманией имеют место значительная включенность в систему верований, выраженность ПЗ, основанной на использовании ритуалов, обрядов, в том числе талисманов и амулетов, что придает уверенность в себе, поднимает настроение, временно снижает тревожность. Шкала магической тревожности является более высокой у больных алкоголизмом по сравнению с показателями пациентов с наркоманией (75,6; 69,4, различия недостоверны). Видимо, пациенты обеих групп на фоне проявлений эмоциональной незрелости и потери контроля над реальностью в сфере семейных и профессиональных отношений стремятся к магическому преобразованию системы своих отношений, уходу от реальных действий. Пассивность пациентов при взаимодействиях с социальным окружением формирует способ ПЗ по типу самооправдания за «функциональную пустоту» и бесполезность своего существования и возложение ответственности за происходящее на магические силы. Высокий уровень магической тревоги свидетельствует о том, что охранительная система личности дает «сбой», а способы ПЗ в системе приспособительного поведения становятся неэффективными.

В разделе 3.5. «Результаты изучения феномена пралогической защиты» рассматривается феномен ПрЗ как системное образование. Вы-

деляются уровни ПрЗ в аспекте их функциональной направленности и эффективности как адаптивной и защитной модели.

Определяя ПрЗ как систему, необходимо рассмотреть ее эффективность как целостного образования, а также роль каждого из уровней (подсистем), вносящих свой функциональный вклад в результат ее деятельности. Следуя логике теории психологических систем (Клочко В. Е., 2002, 2005) и концепции фиксированных форм поведения (Залевский Г. В., 1993—2004), доказана специфичность моделей ПрЗ в норме и у пациентов с психическими нарушениями непсихотического спектра. Возможность изучения человека как открытой системы с учетом роли культуры в становлении его многомерного мира, а также порождения им собственного мира как открытого пространства жизни позволила установить критерии эффективности ПрЗ как системного образования.

В качестве факторов, порождающих «открытость» системы, выявленных на модели нормативной группы, определяется соответствие применения содержаний прагматического современного условиям бытия. При рассмотрении способов жизнедеятельности как системного образования установлено, что эффективность этого феномена определяется соотношениями системных уровней, включающих личностный вклад в формирование опыта разрешения ситуаций, самостоятельное установление причинно-следственных связей между происходящим, а также опору на традиции и ПрЗ. Преобладание в системе рационального способа разрешения жизненных ситуаций, определяющего высокую поисковую активность и «авторского» способа взаимодействия с дополнительным использованием традиционных подходов и опоры на действие магических сил свидетельствует об эффективности данной модели.

Установлено, что в нормативной группе система жизнедеятельности в большей степени соответствует критериям, описанным выше. У пациентов опора на помощь магических сил и использование традиций как ведущих способов жизнедеятельности сохраняет свою значимость, что формирует неэффективные способы взаимодействия с реальностью и усиливает их несоответствие. Это несоответствие проявляется в искаженном восприятии времени как недостаточности реальности бытия человека в мире, а также значимости настоящего временного периода. Соотношение ПрЗ в нормативной группе и у пациентов непсихотического спектра представлено на рис. 3.

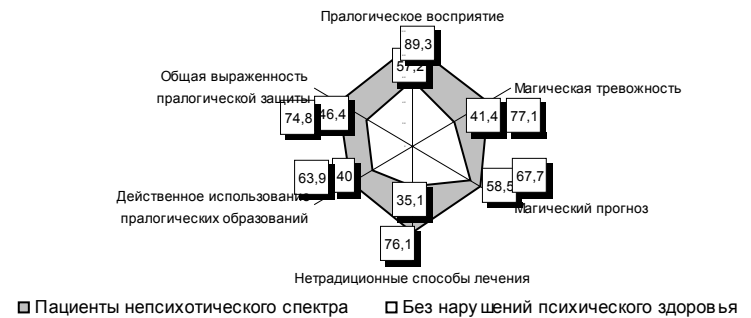


Рис.36. Распределение показателей пралогической защиты у пациентов не психотического спектра и в норме

Отмечается выраженная напряженность каждого из компонентов ПрЗ и ее общего интегративного показателя (74,8) в группе пациентов различных нозологий по сравнению со здоровыми людьми ($p \leq 0,001$). Самые высокие значения выявлены в показателях магического восприятия (89,3) и магической тревожности (77,1).

Искажение временной перспективы у пациентов обуславливает специфику трансформации ПрО как культурного феномена и порождает отличительные от нормы переживания, связанные с отношением к верованиям, которые были свойственны людям на более ранних этапах культурно-исторического развития. Нарушению взаимодействий в потенциально открытой психологической системе и порождению болезни способствует психическая ригидность, закреплённая в фиксированных и ритуальных формах поведения (Залевский Г. В., 1993—2004). Этот феномен проявляется у пациентов в низком уровне поисковой активности, неспособности изменения способа взаимодействия в связи с ситуативными изменениями, приверженностью к однотипному образу действий.

Эти данные свидетельствуют о дисфункциональности ПрЗ. Выраженность психической ригидности у пациентов с не психотическими расстройствами становится фактором, способствующим неэффективным взаимодействиям, которые снижают возможности потенциально открытой системы. Ригидное следование традициям, созданным в глубокой древности, неэффективным семейным паттернам закрепляет пралогические способы реагирования и снижает уровень «открытости» психологической системы. В нормативной группе функции ПрО значительно расширяются. Сохраняя функцию ПрЗ, они становятся стратегией совладания с проблемными ситуациями, а также ресурсом, повышающим эффективность самоорганизации.

В главе 4 «Системно-уровневая модель адаптивно-защитного комплекса у пациентов с расстройствами не психотического спектра и здоровых людей» рассматриваются соотношения Прз, ПЗ и совладания

(адаптивные копинг-стратегии). Выявлено своеобразие соотношения защитных стратегий в каждой нозологической группе и их отличительные проявления в сопоставлении с нормой.

В разделе 4.1. «Системно-уровневая модель адаптивно-защитного комплекса у здоровых людей» рассматриваются уровни ПрЗ, ПЗ и адаптивные стратегии совладания в системе целостного защитного комплекса, выявляются его качественные особенности. Показатели ПЗ в процентном исчислении свидетельствуют о преобладании ПЗ по типу компенсации и вытеснения (72,7 и 64,2). Остальные виды ПЗ на достоверно значимом уровне ($0,01 > p < 0,05$) имеют более низкие значения и расположены в пределах низкой и средней выраженности. Общая выраженность ПЗ имеет средние значения (46,9).

Поведенческие стратегии совладания распределены равномерно и включают обращение (27,3), сотрудничество (22,5), отвлечение (20,4), отступление (17,1). Преобладают адаптивные (обращение и сотрудничество – 49,8) и относительно адаптивные (отвлечение – 20,4) стратегии, в сумме составляющие 70,2. Неадаптивные стратегия в форме отступления отмечаются в 29,8. В когнитивных стратегиях отмечаются предпочтения в форме проблемного анализа (27,5), сохранения самообладания (23,6), определения собственной значимости (21,8). Показатели адаптивных стратегий в эмоциональной сфере находятся на более низком уровне (24,4) по сравнению со значениями когнитивной (39,7) и поведенческой (35,9) сфер. Представляется, что эмоциональная сфера может рассматриваться как фактор риска, обуславливающий нарушения здоровья.

В системе адаптивного комплекса процентное соотношение показателей ПЗ составляет 30,6, ПрЗ – 29,9, адаптивных стратегий – 39,5 (рис. 4). Таким образом, в группе здоровых людей ($p < 0,05$) преобладает активный способ разрешения жизненных ситуаций в виде адаптивных стратегий по сравнению с уровнями ПЗ.

Такое сочетание способов ПЗ при ведущих значениях адаптивных стратегий характеризует активный уровень поисковой активности и опоры на личностный опыт, позволяет сохранять ресурсы и способствует эффективной жизнедеятельности.

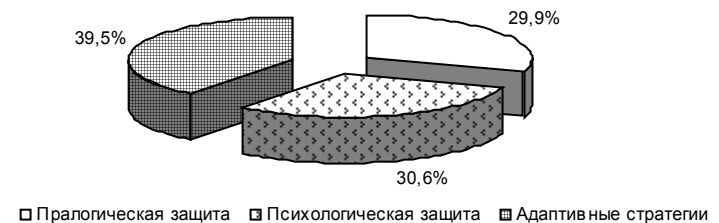


Рис. 4. Распределение показателей пралогической защиты, психологической защиты и совладания в норме

При взаимодействии с реальностью происходит личностная регуляция применения ПрО, основанная на использовании собственного опыта и учитывающая временные параметры и социальное окружение.

В разделе 4.2. «Системно-уровневая модель адаптивно-защитного комплекса у пациентов с невротическими (диссоциативными, ПТСР) расстройствами» сопоставляются особенности защитного комплекса в группе невротиков, а также у здоровых людей. У пациентов по сравнению с нормативной группой на достоверно значимом уровне ($p < 0,01$) преобладают ПЗ по типу отрицания, замещения, интеллектуализации, реактивных образований, проекции, а также значения общей выраженности ПЗ. При этом ПЗ по типу вытеснения является преобладающей в группе лиц без нарушений здоровья (на достоверно значимом уровне), а по типу компенсации – на уровне тенденции (при отсутствии достоверной значимости). Напряженность широкого спектра ПЗ у пациентов свидетельствует о снижении адаптивных проявлений. Наличие разнонаправленных, амбивалентных тенденций в структуре ПЗ значительно усиливает эмоциональную дезорганизацию личности. Показатели ПЗ у пациентов с ПТСР по типу отрицания, регрессии и замещения превосходят аналогичные у пациентов с диссоциативными нарушениями. Кроме того, ПЗ по типу проекции у пациентов с ПТСР на достоверном уровне превосходит аналогичные показатели у пациентов с экспрессивным вариантом диссоциативных нарушений. Выраженность ПЗ по типу отрицания значительно снижает адаптивный потенциал после возвращения к жизнедеятельности в мирных условиях.

Процентное соотношение стратегий совладания у пациентов с ПТСР показало, что в поведенческой сфере адаптивные стратегии проявляются лишь в 7,3 %, относительно адаптивные – в 38,7 %, неадаптивные – в 54,0 %. Среди деструктивных проявлений этого феномена преобладают «отступление» – 19,6 % и «активное избегание» – 17,1 %. В когнитивной сфере конструктивные стратегии выявляются в 11,3 %, относительно адаптивные – в 43,9 %, неадаптивные – в 44,8 %. Последние чаще всего проявляются в форме подавления эмоций – 24,6 % и агрессивности – 13,1 % (37,7).

У пациентов с диссоциативными нарушениями по сравнению с ПТСР неконструктивные стратегии преобладают в эмоциональной сфере на уровне достоверной значимости – 67,5 %. Соотношение показателей суммы стратегий трех сфер в нозологической группе свидетельствует о выраженности относительно адаптивных и неадаптивных и невысоких значений конструктивных стратегий (24,4).

В комплексной адаптивно-защитной системе у пациентов с невротическими нарушениями, включая уровни ПрЗ (46,9), ПЗ (38,1) и адаптивных стратегий (15,0), представленной на рис. 5, преобладает ПрЗ ($0,001 < p < 0,01$).

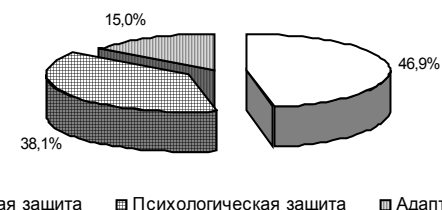


Рис. 5. Распределение показателей прагматической защиты, психологической защиты и совладания у пациентов с невротическими расстройствами

В показателях адаптивных копинг-стратегий отмечаются самые низкие значения. Таким образом, в данном комплексе ведущими способами снятия напряжения и избавления от тревоги является система ПЗ прагматического и психоаналитического уровней. Преобладание защитных уровней над адаптивными стратегиями порождает несоответствие при взаимодействии с реальностью в виде снижения поисковой активности, пассивности, статичности, ригидности, гипертрофированного искажения действительности, магического настроения, механическом перенесении надситуативного опыта в жизненный контекст, формировании фиксированных форм поведения.

В разделе 4.3. «Системно-уровневая модель адаптивно-защитного комплекса у пациентов с психосоматическими расстройствами» сопоставляются особенности защитного комплекса. Выявлено, что показатели ПЗ по типу отрицания, регрессии, проекции, замещения, интеллектуализации, реактивного образования, а также общей выраженности ПЗ превосходят аналогичные на уровне достоверной значимости в группе без нарушений здоровья. При этом ПЗ по типу компенсации на достоверно значимом уровне у здоровых людей превосходят значения пациентов, по типу вытеснения – на уровне тенденции, не достигающей значимой достоверности различий.

В этой нозологической группе отмечаются достоверные различия между пациентами с гипертонической и язвенной болезнью в показателях регрессии, которая преобладает у последних. Для пациентов с гипертонией характерны высокие показатели ПЗ по типу интеллектуализации и реактивных образований (на уровне высокой достоверной значимости). Напряженность ПЗ «реактивные образования» значительно снижает адаптивные возможности пациентов.

В качестве стратегий совладания у пациентов с гипертонией на поведенческом уровне применяются адаптивные (с преобладанием обращения и сотрудничества) – 28,9, относительно адаптивные (компенсация и отвлечение) – 32,3 (65,2). В остальных случаях отмечаются неадаптивные стратегии в виде отступления и активного избегания – 34,8. В когнитивной сфере преобладают конструктивные стратегии – 39,4, затем следуют неадаптивные – 36,8 и относительно адаптивные – 23,8.

В эмоциональной сфере значительное место занимают неадаптивные стратегии (подавление эмоций, агрессивность, растерянность) – 51,3, затем следуют относительно адаптивные (пассивная кооперация, эмоциональная разгрузка) – 27,4, адаптивные (протест, оптимизм) – 21,3.

Адаптивные стратегии в поведенческой сфере у пациентов с язвенной болезнью составляют 21,0, относительно адаптивные – 32,1, неадаптивные – 46,9. В когнитивной сфере адаптивные стратегии составляют 36,1, относительно адаптивные – 26,4, неконструктивные – 37,5. В эмоциональной сфере, как и у пациентов с гипертонией, преобладают неконструктивные стратегии – 52,8, затем следуют адаптивные – 29,3 и относительно адаптивные – 17,9. У пациентов с язвенной болезнью, так же как и у пациентов с гипертонией, выявляется неэффективность стратегий совладания, особенно в сфере эмоциональных стратегий. В целом адаптивные стратегии у пациентов психосоматическими расстройствами составляют 29,6, неадаптивные – 40,3, относительно адаптивные – 30,1.

В адаптивно-защитном комплексе при психосоматических нарушениях (рис. 6) преобладают ПЗ (41,2) и ПрЗ (39,2) (различия не достоверны).

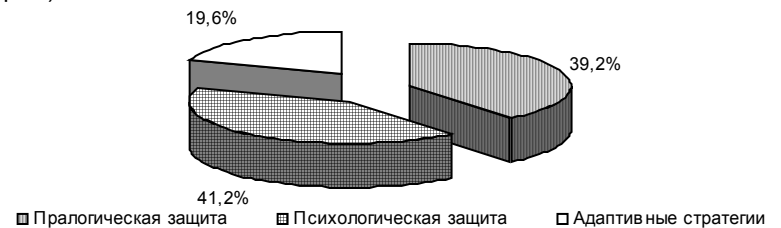


Рис. 6. Распределение показателей паралогической защиты, психологической защиты и совладания у пациентов с психосоматическими расстройствами

Уровень адаптивных стратегий достоверно ниже ($p < 0,001$), чем показатели ПЗ и ПрЗ (19,6). Сходство индивидуальных стилей реагирования у пациентов с психосоматическими и невротическими расстройствами проявляется в преобладании комплекса ПЗ над адаптивными стратегиями. Высокий уровень ПЗ свидетельствует о значительном снижении поисковой активности, преобладании пассивности. Показатели ПрЗ в соотношении с другими видами индивидуально опыта (по сравнению с группой здоровых людей) отражают снижение причинно-следственных связей и увеличение опоры на традиции и действие магических сил. Фактором, снижающим адаптивный ресурс, является преобладание неадаптивных копинг-стратегий, что порождает фиксированные формы поведения.

В разделе 4.4. «Системно-уровневая модель адаптивно-защитного комплекса у пациентов с аддиктивными расстройствами» сопоставляются особенности защитного комплекса при алкоголизме и наркотической зависимости. Установлено, что уровень ПЗ, включая регрессию,

компенсацию, проекцию, замещение, преобладает у пациентов с фармакологической аддикцией ($p < 0,05$). Напряженность этих способов защиты характеризует проявления незрелости и инфантилизма, эмоциональной неустойчивости, импульсивности, непредсказуемости, снижение самоконтроля, усиление враждебности и агрессивности. При алкогольной зависимости более высокие значения характерны для ПЗ «интеллектуализация» ($p < 0,01$).

В качестве стратегий совладания у пациентов с наркотической зависимостью на поведенческом уровне применяются только 14,1 адаптивных стратегий, относительно адаптивных – 40,7 и неадаптивных – 45,2. Адаптивные стратегии в когнитивной сфере составляют 29,4, относительно адаптивные – 32,9, неадаптивные – 37,7. В эмоциональной сфере конструктивные стратегии составляют 16,2, относительно адаптивные – 24,2, неадаптивные – 59,6. Показатели стратегий у пациентов с наркотической зависимостью отражают их неэффективность на всех уровнях.

В модели защитного комплекса (рис. 7) при аддиктивных нарушениях отмечаются наиболее низкие показатели адаптивных стратегий (8,9; $p < 0,01$).

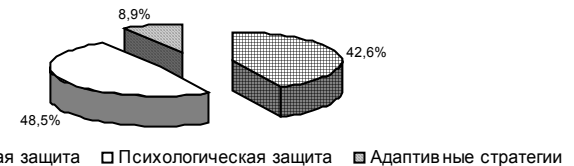


Рис. 7. Распределение показателей пралогической защиты, психологической защиты и совладания у пациентов с аддиктивными расстройствами

Высокой напряженностью отличается уровень ПЗ (48,5). Показатели ПЗ свидетельствуют о недостаточности функциональной эффективности, что способствует усилению тревоги, эмоционального перенапряжения и дезорганизации. Проявления ПрЗ (42,6) свидетельствуют о нарастании пассивности, фатализма, фиксированных ритуальных форм поведения, связанных с употреблением наркотиков и алкоголя. Уровни ПЗ, ПрЗ и стратегий совладания не обладают специфической функциональной направленностью и зачастую дублируют друг друга, формируя неэффективные внутрисистемные взаимодействия.

В разделе 4.5. «Обобщение результатов изучения эффективности системно-уровневой модели адаптивно-защитного комплекса» рассматривается эффективность модели адаптивно-защитного комплекса в качестве системного образования у пациентов с невротическими, психосоматическими и аддиктивными расстройствами. В модели адаптивно-защитного комплекса нормативной группы преобладает активный способ разрешения жизненных ситуаций в виде адаптивных стратегий по сравнению с уровнями ПЗ. Такое сочетание способов ПЗ при ведущих значениях адаптивных стратегий характеризует активный уровень

поисковой активности и опоры на личностный опыт, позволяет сохранять ресурсы и способствует успешной жизнедеятельности. К факторам, которые способны нарушить баланс адаптивно-охранительной системы в нормативной группе, относятся низкие значения адаптивных эмоциональных стратегий.

Адаптивно-защитные модели при невротических, психосоматических и аддиктивных расстройствах являются менее эффективными по сравнению с нормативной группой. У здоровых людей системные уровни реагирования в большей степени соответствуют условиям современного взаимодействия. В каждом из уровней присутствует ресурс, связанный с готовностью использования уникальных стратегий, порожденных изменением социально-средовых условий. В нозологических группах защитно-адаптивная система имеет ригидный характер и меньшие возможности пластичных изменений в ситуациях перемен.

В заключении подводятся итоги исследования, определяются закономерности проявления ПрО как способов ПЗ у пациентов с непсихотическими расстройствами, уточняется роль ПрЗ в комплексной защитно-адаптивной модели, рассматривается ее эффективность в норме и нозологических группах, намечаются перспективы дальнейших исследований. Развитие исследований ПрО может быть связано с психологической поддержкой превентивных, восстановительных и образовательных инициатив, изучением стратегического ландшафта социально-психологического пространства, определения группового ресурса, создания инновационной модели психологической помощи с расширением возможностей психологии как конструктивной проекторочной науки.

В приложении приведены статистические таблицы.

ВЫВОДЫ

1. Выявлен и проанализирован феномен пралогических образований, его природа и сущность. Установлена роль пралогических образований как базовой характеристики защитно-адаптивной системы. Определена специфика пралогической защиты как функционального образования, место в системе других способов психологической защиты и стратегий жизнедеятельности. Доказаны качественные отличия пралогической защиты в норме и у пациентов с непсихотическими психическими расстройствами. В норме функции пралогических образований значительно расширяются. Сохраняя функцию пралогической защиты, они становятся стратегией совладания, ресурсом, повышающим эффективность самоорганизации. У пациентов они содержат более узкую защитную направленность.

2. Созданная программа реконструкции пралогических образований позволила рассмотреть пралогическую защиту как системное образование, включающее пралогическое восприятие, магическую тревожность, магический прогноз, применение нетрадиционных способов лечения,

действенное использование пралогических образований. Разработана психодиагностическая программа реконструкции, в которой выделены алгоритмы пралогических образований. Доказана диагностическая «чувствительность» методики ОВИС при выявлении специфики пралогической защиты в норме и при непсихотических психических нарушениях.

3. Установлено, что в нозологических группах пралогическая защита содержит большую напряженность и менее широкую функциональную направленность по сравнению с нормативной группой. У здоровых людей в ситуациях, имеющих особую ценностно-смысловую значимость, пралогическая защита может проявляться не только в качестве защитного образования, но и стратегии совладания.

4. Доказаны различия востребованности пралогических образований в норме и при непсихотических психических расстройствах, включая содержательную значимость и ценность, особенности трансформации как социокультурного феномена, применение в совокупности с другими способами средового взаимодействия. У пациентов снижается вклад причинно-следственного способа и увеличивается роль опоры на традиции, особенно на помощь незримых сил. Выявлены отличительные от нормы особенности трансформации пралогических образований, свойственные пациентам с непсихотическими расстройствами. Отмечается буквальность восприятия пралогических феноменов в их конкретной, а не символической представленности.

5. Выявлены проявления психологической защиты и совладания у пациентов с расстройствами непсихотического спектра и в нормативной группе в системе адаптивно-защитного комплекса. В нозологических группах психологическая защита отличается большей напряженностью, а копинг-стратегии – меньшей эффективностью.

6. Описана системно-уровневая модель защитно-адаптивного комплекса, включающего пралогическую и психологическую защиты и копинг-стратегии и доказана ее эффективность. Для пациентов характерна недостаточность функциональной эффективности комплекса. Выявленные феномены не обладают специфической функциональной направленностью и дублируют друг друга, формируя неэффективные внутрисистемные взаимодействия.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Рациональное и магическое в личности человека // Психологический универсум образования человека нозотического : материалы Междунар. симпозиума (27—29 сентября 1998 г.) / под ред. проф. В. И. Кабрина. – Томск, 1998. – С. 158—160.
2. К проблеме формирования неадекватного поведения у ликвидаторов аварии на ЧАЭС и возможности его психотерапевтической коррекции // Реабилитация в психиатрии (клинические и социальные аспекты). – Томск, 1998. – С. 168—169 (Соавт.: Ошаев С. А., Семке В. Я.)

3. Популяционные исследования архаических форм психологической защиты // Транскультуральная психиатрия и наркология: материалы научно-практ. конф. – Владивосток, 1999. – С. 74—76 (Соавт.: Ошаев С. А., Семке В. Я., Куприянова И. Е.)
4. Социально-психологические аспекты экспектации и реабилитации участников ликвидации аварии на ЧАЭС // Транскультуральная психиатрия и наркология : материалы научно-практ. конф. – Владивосток, 1999. – С. 86—87 (Соавт.: Ошаев С. А., Семке В. Я.)
5. Формы психологической защиты у больных с пограничными расстройствами // Актуальные вопросы психиатрии. – Томск, 1999. – Вып. 9. – С. 42—44 (Соавт.: Ошаев С. А., Перчаткина О. Э.)
6. Архаические формы психологической защиты у больных психосоматическими заболеваниями // Актуальные вопросы психиатрии. – Томск, 1999. – Вып. 9. – С. 54—56 (Соавт.: Братушева И. А.)
7. Некоторые психологические характеристики пациентов, переживших экстремальные ситуации // Актуальные вопросы психиатрии. – Томск, 1999. – Вып. 9. – С. 51—53 (Соавт.: Семке В. Я., Ошаев С. А.)
8. Сравнительный анализ механизмов совладания и архаических форм психологической защиты у пациентов с невротическими нарушениями // **Сибирский психологический журнал**. – 1999. – Вып. 10. – С. 77—80 (Соавт.: Ошаев С. А.)
9. Архаическое мышление и особенности «психологических защит» // Очерки этнопсихологии и этнопсихиатрии / под ред. В. Я. Семке, Н. А. Бохана, О. К. Галактионова. – Томск, 1999. – С. 94—113 (Соавт.: Семке В. Я.)
10. Психологическая защита и терапевтическая тактика пациентов с язвенной болезнью // **Сибирский вестник психиатрии и наркологии**. – 1999. – № 4. – С. 66—68 (Соавт.: Семке В. Я., Гарганеева Н. П., Братушева И. А.)
11. Сравнительные психологические характеристики больных язвенной болезнью // Актуальные вопросы психиатрии. – Томск, 1999. – Вып. 9. – С. 57—58 (Соавт.: Дорохова Т. А., Гарганеева Н. П., Братушева И. А., Ошаева Н. М., Куприянова И. Е.)
12. Psychological Defense in Psychosomatics // World Congress of Psychiatry. – Hamburg, 1999. – S. 293 (Co-autors: Dorokhova T.)
13. Новые технологии в диагностике нервно-психических заболеваний // Современные технологии психиатрического сервиса. – Томск, 1999. – С. 36—37 (Соавт.: Сперанская Л. Ф.)
14. Psychological defense in psychosomatics // Psychiatry on New Thresholds : XI World Congress of Psychiatry. – Hamburg, 1999. – P. 222. – Poster Session–14. – PO-14-005 (Co-autors: Dorokhova T., Potapkin I., Semke V.)
15. Опросник верований и суеверий – новый способ психодиагностики праплогической защиты // Новые формы организации психиатрического сервиса: материалы научно-практ. конф. – Томск, Барнаул, 2000. – С. 43—45 (Соавт.: Ошаев С. А., Добрянская Д. В.)
16. Деструктивные компоненты в механизмах психологической защиты и совладания у больных диссоциативными расстройствами // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии. – Томск, 2001. – Вып. 10. – С. 68—69 (Соавт.: Ошаев С. А., Перчаткина О. Э.)

17. Особенности адаптации лиц, перенесших длительное стрессогенное воздействие // **Сибирский вестник психиатрии и наркологии**. – 2001. – № 1. – С. 80—86 (Соавт.: Ошаев С. А., Епанчинцева Е. М., Семке В. Я.)
18. Специфика механизмов психологической адаптации при фармакологической аддикции // **Сибирский вестник психиатрии и наркологии**. – 2001. – № 1. – С. 90—94 (Соавт.: Добрянская Д. В., Бохан Н. А.)
19. Показатели тревоги у больных гипертонической болезнью с цереброваскулярными осложнениями // **Сибирский вестник психиатрии и наркологии**. – 2001. – № 1. – С. 77—80 (Соавт.: Семке В. Я. Мордовин В. Ф.)
20. Показатели тревоги у пациентов гипертонической болезнью с цереброваскулярными осложнениями и особенности психотерапии // **Сибирский вестник психиатрии и наркологии**. – 2001. – № 2. – С. 57—59 (Соавт.: Семке Г. В.)
21. Особенности психологической защиты у больных аддиктивными состояниями // **Сибирский вестник психиатрии и наркологии**. – 2001. – № 3. – С. 88—90 (Соавт.: Добрянская Д. В., Бохан Н. А.)
22. Влияние механизмов психологической адаптации на уровень тревожности при фармакологической аддикции // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии. – Томск, 2001. – Вып. 10. – С. 192—194 (Соавт.: Добрянская Д. В.)
23. Механизмы психологической защиты в контексте изменения социокультурных условий // **Сибирский вестник психиатрии и наркологии**. – 2001. – № 4. – С. 77—80 (Соавт.: Семке В. Я., Красноперова Н. Ю., Ошаев С. А.)
24. Психологические характеристики пациентов с синдромом раздраженного кишечника // **Сибирский вестник психиатрии и наркологии**. – 2002. – № 2. – С. 63—66 (Соавт.: Наумова Е. Л., Семке В. Я., Ошаев С. А., Белобородова Э. И., Петухова Н. А.)
25. Mechanisms of psychological defense / Partnership for Mental Health: XII World Congress of Psychiatry. – Yokohama, 2002. – S. 245. – Poster Session PO-20. – PO-20-1.
26. Гендер как фактор развития психодезадаптивных состояний у школьников // **Сибирский вестник психиатрии и наркологии**. – 2002. – № 3. – С. 55—59 (Соавт.: Семке В. Я., Левина И. Л.)
27. Этнокультуральные и социокультурные аспекты прагматического мышления // Этнопсихиатрия и этнонаркология на рубеже веков : материалы научно-практ. конф. с междунар. участием. – Томск, 2002. – С. 96—100.
28. Изучение востребованности прагматического мышления как формы психологической защиты в российской популяции // Психология нового времени : материалы научно-практ. конф. – Барнаул, 2002. – С. 59—61.
29. Прагматическое мышление как форма защиты у пациентов с психосоматической патологией // **Материалы III Всерос. съезда психологов**. – СПб., 2003. – Т.7. – С. 372—373 (Соавт. Кононова М. Е., Куприянова И. Е.)
30. Соотношение показателей опросника Александровича у пациентов с нарушениями функций ЖКТ // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии. – Томск, 2003. – Вып. 12. – С. 198 (Соавт.: Петухова Н. А.)
31. Соотношение показателей шкал опросника Александровича у пациентов с синдромом раздраженной кишки с разной выраженностью депрессивных расстройств // Депрессивные расстройства : материалы междунар. конф. – Томск, 2003. – С. 316 (Соавт.: Петухова Н. А.)

32. Влияние семейных факторов на формирование личности больных с гипертонической болезнью // **Сибирский вестник психиатрии и наркологии**. – 2003. – № 4. – С. 54—55 (Соавт.: Веснина М. В.)
33. Pralological forms of psychological defense in alcoholism / 28 International Congress of Psychology. – Beijing, China, 2004. – Abstract Book. – 4083. – 148. – P. 967 (Co-autors: Bokhan N. A.)
34. Методологические подходы к проблеме изучения пралогичности в ментальном пространстве больных с непсихотическими расстройствами // **Вестник Томского гос. университета**. Серия «Психология». – 2005. – № 286. – С. 33—42.
35. Психологическая модель травматического стресса на примере посттравматических стрессовых расстройств // **Вестник Томского гос. университета**. Серия «Психология». – 2005. – № 286. – С. 123—130 (Соавт.: Ошаев С. А., Семке В. Я.)
36. Пралогическое мышление в структуре личности пациентов с непсихотическими расстройствами // **Сибирский вестник психиатрии и наркологии**. – 2005. – № 3. – С. 57—61.
37. Возрастные и гендерные особенности психологической адаптации у больных с гипертонической болезнью // Актуальные вопросы психосоматических исследований : материалы научно-практ. конф. – Томск, 2005. – С. 36—41 (Соавт.: Веснина М. В.)
38. Новые психодиагностические технологии в работе с пациентами непсихотического регистра // Проблемы, теории, истории и практики в современных научных исследованиях : материалы Всерос. научно-практ. конф. вузов Кузбасса. – Кемерово, 2006. – Т. 2. – С. 203—205.
39. Психологические особенности системно-уровневой модели адаптации у больных с расстройствами непсихотического спектра // **Сибирский вестник психиатрии и наркологии**. – 2006. – № 3. – С. 94—98.
40. Психологическая модель травматического стресса на примере лиц, участвовавших в ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС // **Сибирский вестник психиатрии и наркологии**. – 2006. – Приложение. – С. 202—206 (Соавт.: Ошаев С. А.)
41. Методы психологической диагностики расстройств психического здоровья у военнослужащих : метод. пособие ГУ НИИ ПЗ ТНЦ СО РАМН. – Томск, 2006. – 37 с (Соавт.: Казенных В. В., Куприянова И. Е., Веснина М. В.)
42. Historical Roots of Ethnopsychotherapy in Siberia. World Association of Cultural Psychiatry First // World Congress of Cultural Psychiatry. – Beijing, China, 2006. – S-VI-54 (Co-autors: Semke V.)