

МОСКОВСКИЙ ОРДЕНА ЛЕНИНА И ОРДЕНА ТРУДОВОГО
КРАСНОГО ЗНАМЕНИ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М.В.ДОМОНОСОВА

ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГИИ

РЕНЬЕ В.Э

РОЛЬ ЛИЧНОСТНОГО ФАКТОРА В ВОССТАНОВЛЕНИИ
ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ БОЛЬНЫХ ПИЗОФРЕНИЯЙ

Специальность № 190004 - медицинская психология

Д и с с е р т а ц и я
на соискание ученой степени
кандидата психологических наук

Научный руководитель:

доктор психологических наук,
профессор Б.В.Зейгарник

МОСКВА - 1978

О Г Л А В Л Е Н И Е

	Стр.
В в е д е н и е	3
I. Постановка проблемы	7
§ 1. Представления о личностном компоненте трудовой деятельности	7
§ 2. Исследования семей больных психозами..	17
II. Метод исследования и испытуемые	36
III. Трудовые установки больных психозами	55
§ 1. Больные с сохраненной трудовой установ- кой	55
§ 2. Больные с нарушениями трудовой установ- ки	67
§ 3. Больные, не имеющие положительной трудо- вой установки	79
IV. Семейные ситуации и их влияние на трудовую дея- тельность больных психозами	91
§ 1. Семейные ситуации больных психозами ..	91
§ 2. Зависимость влияния семьи от трудовых установок больных психозами	108
З а к л ю ч е н и е	123
В ы в о д ы	133
Литература	136
Приложение	149

В В Е Д Е Н И Е

Успехи современной психиатрической науки, особенно в области психофармакологии, определили особую актуальность вопросов, связанных с возвращением больных психозами в жизнь общества. Начиная с первых работ, посвященных трудоустройству больных психозами /Гейер, 1933/ и до наших дней в социально-трудовой реабилитации больных отмечаются все новые достижения как в теоретическом плане, так и в решении клинико-организационных, практических вопросов.

Несмотря на достигнутые успехи, актуальной остается разработка психологических аспектов реабилитационных программ. Особая необходимость психологических исследований в этой области обусловлена тем, что помимо клинических факторов, содействующих или препятствующих социально-трудовой компенсации больных психозами /тип течения патологического процесса, структура и варианты ремиссий, их глубина и стойкость, особенности и выраженность дефекта и т.д./, выделяются еще и такие факторы, как личность больного, характер его трудовой деятельности, среда в широком и узком смысле этого слова. Так как эти факторы по своей сути являются психологическими, то они требуют и соответствующего изучения.

Психологические аспекты рассматривались как в ранних /Гейер, 1933; Камнева, 1933; Мелехов, 1935/, так и в последующих клинических работах /Коробкова и Дувельская, 1958; Гейерштейн и Цфасман, 1964/, посвященных проблеме трудоспособности при психозах. Так, Т.А.Гейер и Е.Н.Камнева рассматривали роль личностных установок, С.Г.Гейерштейн и И.Л.

Цфасман анализировали психологические требования, которые тот или иной вид труда предъявляет больным. Э.А. Коробкова, И.И. Дунельская останавливались на роли взаимодействия больного с его окружением в трудовой деятельности. Однако по вполне понятным причинам, основное внимание в этих работах было уделено клиническим и организационным вопросам трудоустройства больных.

Психологические исследования, проводящиеся в рамках разработки реабилитационных программ, за рубежом, в частности в США, до сих пор занимает незначительное место. В основном эти исследования касаются отношения пациента к реабилитационным мероприятиям. Так как система реабилитации психически больных в США, по признанию самих американских ученых /*Engelhardt, Rosen, 1976*/, развита гораздо слабее, чем в социалистических странах, и особенно в Советском Союзе, то американские исследователи, работающие в этой области, в первую очередь заняты соматически больными. Это и определяет их малый интерес к собственно психологическим исследованиям, к изучению и коррекции личности больного. Личность изучается и корригируется лишь постольку, поскольку необходимо вовлечь больного в реабилитационные мероприятия, добиться того, чтобы он проявил полную заинтересованность в этих мероприятиях /*Diller, 1958; Barry, 1965*/.

В Советском Союзе психологические исследования в области социально-трудовой реабилитации психически больных в последние десять лет получили значительное развитие. В этих работах рассматривается весьма широкий круг вопросов, связанных с изучением нарушений динамики трудовой деятельности, влияние на эффективность труда, изменений сенсомоторной сферы, нару-

лений интеллекта и умственной работоспособности /Коган, 1972, 1977; Коган, Коробкова, 1967; Коган, Лебединская, 1971/. В самые последние годы особое внимание уделялось разработке психологически обоснованных трудовых рекомендаций, а также изучению личности с точки зрения профессиональной ориентации психически больных в целях профилактики инвалидности /Кабаченко, 1976, 1977; Рубинштейн, 1972, 1976, 1977; Халфина, 1974, 1976/.

Актуальность настоящего исследования обусловлена необходимостью дальнейшего усовершенствования социально-реабилитационной работы, которая сейчас преимущественно проводится на основе либо клинико-психопатологических данных, либо психологического анализа сохранности навыков и отдельных сторон познавательной сферы больного. В то же время вопросы, касающиеся изменений личности больного в связи с восстановлением трудовой деятельности, остаются недостаточно разработанными.

Хотя представление о роли таких личностных образований, как "отношение к труду", "мотивы труда", "трудовые установки" в трудовой деятельности, является общепринятым, до сих пор не уточнено содержание этих понятий. В понимании марксистской психологии личность является социальным продуктом, поэтому изучение упомянутых образований, как в норме, так и в патологии, должно проводиться в системе взаимосвязей конкретной личности с ее социальным окружением.

Соответственно в нашем исследовании поставлены следующие задачи:

I. Выделение личностного компонента трудовой деятельности и анализ его изменений при психозе.

2. Изучение взаимоотношений больного с ближайшим социальным окружением /в частности, взаимоотношения в семье/ в плане выявления влияния этого отношения на трудовую деятельность больного шизофренией.

3. Клинико-экспериментальное изучение влияния семьи в зависимости от определенных характеристик личности больного.

Практическая ценность работы. Решение проблем о конкретном психологическом содержании личностного компонента трудовой деятельности, роли этого компонента в опосредовании влияния семьи на трудовую деятельность больных шизофренией, способствует как профилактике инвалидизации психически больных, так и вовлечению инвалидов в производственную деятельность. Трудовая деятельность для психически больных сама по себе является психогигиеническим и лечебным фактором, а увеличение численности трудоспособного населения страны дает безусловный экономический эффект. Получаемые критерии показаний для коррекционной работы с семьями больных открывают новые перспективы для организации работы психолога в программах социально-трудовой реабилитации.

I. ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМЫ

§ I. Представления о личностном компоненте трудовой деятельности

В соответствии с принципом деятельности /Леонтьев, 1972, 1975; Рубинштейн, 1946, 1973/ труд рассматривается как главная деятельность человека. На основе марксовской теории труда С.Л.Рубинштейн определяет труд как "сознательную целенаправленную деятельность, которая направляется на осуществление результата, до действия данного в представлении трудящегося и регулируется волей в соответствии с ее сознательной целью" /1946, с.572/. Труд, как и всякая другая человеческая деятельность, формируется на основе практического опыта человека, в результате его взаимодействия с окружающими людьми и предметами. Можно предположить, что в случае распада трудовая деятельность также восстанавливается под влиянием того или иного социального воздействия.

В советской психологии широко реализуется принцип - "внешние воздействия связаны со своим психическим эффектом опосредованно через личность" /Рубинштейн, 1959, с.118/. Если под "внешним воздействием" понимать влияние социального окружения, а в качестве "психического эффекта" в нашем случае рассматривать психологическую сторону трудовой деятельности, то открытым остается вопрос о том, что именно при восстановлении трудовой деятельности выступает в качестве опосредующего, личностного звена. В трудовой деятельности человек реализует себя как целостная личность. Однако определенные стороны личности, как субъекта трудовой деятельности, являются

особенно значимы. С другой стороны, сами задачи исследования предъявляют специальные требования к личностным характеристикам. Так как мы ищем личностный компонент, соотносимый не с какой-либо конкретным видом труда, а с трудовой деятельностью в целом, то он должен отвечать следующим требованиям:

- 1/ быть специфичным только для трудовой деятельности;
- 2/ иметь общий, а не ситуативный характер, то есть быть относительно постоянным и устойчивым.

Рассмотри теперь, насколько личностные характеристики трудовой деятельности, которые традиционно используются в психологии, соответствуют этим требованиям.

В советской психологии в качестве основного личностного компонента трудовой деятельности выделяется отношение к труду. С.А.Рубинштейн /1946/ задает это понятие через главные мотивы трудовой деятельности, которые обусловлены отражающимися в сознании людей общественными отношениями. Сама эта мотивы С.А.Рубинштейн представляет как проявление личности в деятельности, обогащение и расширение собственного бытия этой личности.

Отношение человека к окружающей действительности является центральной категорией теории личности В.Н.Мясцева /1960/. Анализируя различные виды отношений на материалы психопатологии, В.Н.Мясцев /1935/ описывает отношение к труду при неврастении как сознательное, сочетающееся с эгоцентрически личной тенденцией проверить свои силы. При истерии же характерно негативно личное и внешнее отношение, демонстрирующее фиктивный характер работы. Структура таких отношений представляет собой сложное сочетание эмоциональных и рациональных, субъективных и объективных, непосредственных

и опосредованных, внутренних и внешних мотивов. Само отношение к труду определяется сознанием значения и смысла лично для самого работающего, непосредственным интересом к собственно процессу труда, обстановкой работы, общим состоянием человека.

В теории личности К.К.Платонова /1969/ отношения составляют одну из четырех основных сторон личности - социально обусловленные личностные особенности. Одной из этих особенностей, или черт, личности является отношение человека к труду. Эти взгляды конкретизированы в обширном исследовании "Личность и труд" /М., 1965 г./. В нем, в частности, раскрыты свойства личности, обуславливающие отношение к труду /Адашкин, 1965/ - интерес к своему труду, понимание общественной значимости своего труда. Анализ отношения к труду в этом исследовании имеет, однако, конкретный характер и касается определенных видов труда. К тому же внимание исследователей сосредоточено не на роли личности в труде, а на роли труда в формировании личности, в том числе и в формировании отношения к труду.

А.Г.Здравомыслов и В.А.Ядов /1965, 1967/ в качестве личностного компонента труда рассматривают так называемое "отношение" или "интерес" к труду, представляемого в виде одной из ценностных ориентаций личности. В качестве критериев этого отношения они выделяют инициативность и эффективность работы, степень удовлетворенности работой и степень признания общественной значимости труда.

Зарубежные исследования личностной обусловленности труда были посвящены преимущественно проблеме мотивации. Мотивы труда рассматривались либо в рамках бихевиористской теории экономической стимуляции /Blum, Naylor, 1968/, в понятиях теории социальной интеракции /Mayo, 1945/, либо как

разные уровни самоактуализации и самореализации, согласно А. Маслоу / Herzberg, 1966/. Разнообразные "мотиваторы" труда, рассматриваемые в этих работах, можно подразделить на две группы. К первой относятся мотивы, характерные для творческого труда, - собственно трудовые /направленные непосредственно на содержание труда/. Вторая группа - это социально-престижные мотивы - материальная заинтересованность, общение, подтверждение своей самооценки /включая стремление занять положение в обществе/.

Особой популярностью среди западных исследователей пользуется когнитивная модель трудовой мотивации /Heckhausen, 1967; Vroom, 1964/, основанная на теории Э.Роттера и Д.Эткинсона. В данном случае мотив рассматривается как предпочтение определенного класса исходов. Если эти исходы имеют положительную валентность /аффективную ориентацию/, то мотив также рассматривается как положительный /"мотив приближения"/. Если же исходы имеют отрицательную валентность, то мотив соответственно отрицательный /"мотив избегания"/. Сама трудовая деятельность представляется как выполнение определенных ролей, некоторые стороны которых и являются содержанием упомянутых мотивов. В. Врум / Vroom, 1964/ выделяет следующие аспекты трудовых ролей, обладающие мотивационной силой: зарплата за оказываемые услуги, реализация психической или физической энергии, общественная значимость, общение, социальный статус. Характерно, что реализация энергии и общественная значимость рассматриваются автором в категориях психоанализа и теологического объяснения капиталистического производства, данного Максом Вебером. Для взглядов В. Врума в целом характерна психологизация собственно экономических факторов, абсолютизация

капиталистических производственных отношений. Соответственно предлагаемые автором содержательные характеристики мотивов труда в основном чужды труду в социалистическом обществе.

В связи с задачами нашего исследования необходимо остановиться на понятии "трудоспособность", тесно связанным в рассматриваемом нами аспекте с личностным компонентом трудовой деятельности. Такое рассмотрение предполагает в качестве основной характеристики трудоспособности личностный аспект труда.

Для нашей работы существенным является различение личностного аспекта, связанного с трудом в целом, и связанного с конкретными его видами. В психиатрической практике, в отличие от психологии труда, речь часто идет не о пригодности человека по его психическим свойствам к тому или иному виду труда, а о способности /психологической/ к труду вообще. Работоспособность, таким образом, можно рассматривать как конкретную форму трудоспособности, способ ее выражения.

С понятием "трудоспособность" и "работоспособность", как уже упоминалось, тесно связано понятие "отношение к труду". В зарубежной литературе близкими к ним являются понятия "удовлетворенность трудом" / *job satisfaction* / и "трудовая мораль" / *job morale* /. Внутри этих понятий тоже существует различия между трудом в целом и конкретным видом труда. Так, понятие "трудовая мораль", как правило, относится к труду в целом. Мы приводим здесь несколько примеров определения этого понятия: "Отношение индивида ко всем чертам своего труда и ко всем людям, с которыми он работает" / *Likert, Willits*, 1940, с.27/. "Степень, в которой удовлетворяется потребности индивида и степень, в которой он связывает это удовлетворение со своей целостной трудовой ситуацией" / *Блюм*, 1958, с.62/.

Удовлетворенность трудом может быть рассмотрена как в отношении труда в целом, так и в отношении определенных его аспектов /руководство, рабочий коллектив, содержание труда, зарплата и т.д./. В.Брун /1964/ отмечает, что удовлетворенностью различными конкретными аспектами труда занимаются те исследователи, которые заинтересованы в определении детерминант общей удовлетворенности трудом. Те исследователи, которые изучают связь удовлетворенности трудом с успешностью трудовой деятельности, как правило занимаются удовлетворенностью трудом в целом.

Задачи нашей работы требуют такой личностной характеристики труда, которая относилась бы к трудовой деятельности в целом. Опираясь на проведенный анализ понятий трудоспособности и работоспособности, мы предполагаем, что данная характеристика лежит в области трудоспособности и удовлетворенности трудом в целом.

Из рассмотренных нами понятий, понятие "отношение к труду" безусловно специфично для трудовой деятельности и в этом отвечает первому из выдвинутых нами требований. Однако, за исключением понимания "отношения к труду", предлагаемого С.Л.Рубинштейном, это понятие всегда выступает как отношение к частному виду труда, к его содержанию и к условиям его протекания. Это отношение очень динамично и весьма легко меняется в самом процессе труда /В.Н.Мяснецов, К.К.Платонов, А.Г.Здравомыслов и В.А.Ядов/. Такое понимание отношения к труду вполне оправдано при изучении трудовой деятельности в норме /в определенных аспектах и при патологии/, так как в этом случае интерес представляет не столько проблема привлечения человека к труду как высокая эффективность и устойчивость труда.

Как мы уже отмечали, С. Л. Рубинштейн выдвигает более общее понимание отношения к труду, которое содержательно задается теми или иными мотивами труда. Мотивация труда, хотя и иначе представляемая, занимает центральное место также в зарубежных исследованиях, касающихся личностного компонента труда. Мотивы обладают достаточно общим характером, постоянством и устойчивостью безотносительно к частному виду и условиям труда. Однако вряд ли можно говорить о специфичности для трудовой деятельности таких мотивов, как общение, поддержание самооценки, самоутверждение и др. Помимо трудовой, они могут реализовываться и во многих других видах деятельности. Следовательно и такая характеристика личностного компонента трудовой деятельности лишь частично отвечает требованиям нашей задачи.

А. Н. Леонтьев анализирует труд преимущественно в контексте теоретического изучения возникновения сознания, которое он связывает с принципиальными изменениями структуры деятельности при появлении труда как специфически человеческого вида деятельности, и выделяет ее особые единицы - действия. То, на что направлены действия /цели/, "не совпадает с тем, что их побуждает, т.е. не совпадает с мотивом... деятельность" /1972, с. 270/. Цели и действия трудовой деятельности общественно детерминированы. Они не определяются личными потребностями человека. Трудовая деятельность, таким образом, представляет своего рода выполнение социального заказа общества, ее мотивы, как правило, лежат вне этой деятельности. Труд выступает как средство реализации личных потребностей и одновременно, независимо от человека, его результаты отвечают потребностям общества. Осуществление трудовой деятельно-

сти в нашем обществе является реализацией одной из основных общественных норм. В интериоризованном виде эта норма выступает в форме определенной социальной установки, которую можно назвать трудовой установкой личности. Переформулируя обобщенную дефиницию социальной установки, данную П.Н. Вихиревым /1973/, трудовую установку можно определить как устойчивое состояние предрасположенности индивида к положительной или отрицательной оценке трудовых процессов, сложившееся на основе жизненного опыта данного индивида, оказывающее регулятивное, динамическое, организующее влияние на перцептивные, эмоциональные и мыслительные процессы и выражающееся в последовательности поведения относительно трудовых процессов.

Это понятие имеет лишь формальное сходство с "трудовой установкой" в психологии труда /Гастев, 1973/, понимаемой преимущественно как двигательная установка. Неоднократно указывалось также на недопустимость смешения понятий "социальная установка" и "установка" в общей психологии /Асмолов, Ковальчук, 1977; Надирзяли, 1974/.

Социальную установку можно рассматривать как в рамках социального взаимодействия, так и в рамках психологической структуры личности человека. Последнее рассмотрение зависит от наших теоретических представлений о личности. В настоящем исследовании используется понимание личности, разработанное в теории деятельности А.Н. Леонтьева, согласно которому "в основании личности лежат отношения соподчиненности человеческих деятельностей" /1975, с.188/, которые психологически выражаются как относительно устойчивая конфигурация главных, внутри себя иерархизированных мотивационных линий.

Согласно одному из распространенных подходов к струк-

туре социальной установки /Fishbein, 1963; Rosenberg, 1956/, она состоит из оценки объекта установки индивидом с точки зрения его "инструментальности" степени, в которой этот объект может служить средством достижения целей индивида, и ценности этих целей для индивида.

Существенным для психологии личности является введенное А.Н.Леонтьевым различение понятий "значение" и "личный смысл". Значение - это то, "что открывается в предмете или явлении объективно - в смысле объективных связей, отношений, взаимодействий" /1972, с.289/ и став фактом индивидуального сознания, "значение... не утрачивает своего объективного содержания" /там же, с.289/. С другой стороны, личный смысл выражает личное отношение человека к объекту или явлению. Он выражает отношение мотива к цели, "создается отражением в голове человека отношением того, что побуждает его действовать, к тому, на что его действие направлено как на свой непосредственный результат" /там же, с.292/.

Учитывая возможность "инструментально-ценностного" рассмотрения социальной установки, для представления ее в качестве элемента конкретной структуры личности, нам кажется целесообразным сопоставить ее с понятием "личный смысл". "Инструментальность" объекта установки в этом случае прямо выступает как определенный его личный смысл для индивида, а так называемая "валидность" или ценность цели - как место, которое занимает мотив и связанный с ним личный смысл в иерархии мотивов. Таким образом социальная установка для субъекта выступает как определенная устойчивая форма личного смысла - объект установки как средство реализации его личных мотивов и требований общества. Объектом трудовой установки

являются трудовые процессы: систематическое выполнение общественно-полезных действий, требующих затраты определенных усилий и организованности. Конкретное содержание личностного смысла определяется соответствующими мотивами субъекта. Если сам труд выступает в качестве мотива, то это является частным случаем такого представления, так как при этом трудовые процессы являются как мотивом, так и средством его достижения.

Такое понимание трудовой установки можно соотнести с понятием "смысловой установки" в определении А.Г. Асмолова. "Смысловая установка актуализируется мотивом деятельности и представляет собой форму выражения личностного смысла в виде готовности к совершению определенной деятельности, определяет устойчивый характер ее общей направленности и динамики" /1976, с.15/.

Выдвинутое нами понимание трудовой установки отвечает всем требованиям искомого нами личностного компонента трудовой деятельности. Трудовая установка специфична для трудовой деятельности /в отличие от мотивов/, носит общий, относительно постоянный, а не ситуативно-изменяющийся характер /в отличие от "отношения"/ и обеспечивает постоянную связь между реализацией основных потребностей человека и трудовыми процессами.

§ 2. Исследования семей больных пизофренией

Как известно, само социальное окружение и, соответственно, его влияние очень сложно и многообразно. Можно выделить по меньшей мере три основных составляющих этого окружения: семейная сфера, производственная социальная среда и круг референтных лиц, не входящих ни в семейную, ни в производственную сферу /друзья, знакомые и т.д./. Все эти состав-

лящие безусловно вносят свой специфический вклад в формирование и восстановление трудовой деятельности. Однако ограниченные возможности нашего исследования вынуждают нас уделить основное внимание лишь какой-либо одной составляющей непосредственного социального окружения. Согласно социально-психологическим исследованиям /Саливанов, 1975/, семья выступает как один из главных и непрерывно действующих элементов микросреды личности. К тому же она, по сравнению с другими элементами этой микросреды, более доступна к изучению.

Семья в последнее время привлекает все большее внимание не только исследователей-социологов и социальных психологов, но также психиатров и медицинских психологов. При изучении проблем, встающих перед исследователями больных шизофренией, семья изучается в самых различных аспектах - как этнологический фактор /либо в психологическом, либо в генетическом плане/, как фактор, влияющий на течение болезни, как объект психотерапии. Рассмотрим некоторые из этих аспектов, наиболее близкие к задаче нашей работы.

Значение семейно-бытовых условий для состояния психически больных отмечал еще Б.И.Бехтерев /1904/, а также многие другие психиатры. Однако отечественные исследования, непосредственно посвященные проблемам семьи больных шизофренией, пока немногочисленны /имеются в виду работы, касающиеся социально-психологических аспектов взаимоотношений внутри семьи больных шизофренией, так как проблемы генетической обусловленности шизофрении находятся за пределами задач данного исследования/.

В ряде работ, посвященных рассмотрению социально-психологических и клинических проблем больных шизофренией, рассматривается возможная типология семей и соответствующие зада-

чи семейной психотерапии /Воловик, Вид, 1975; Мишина, 1975; Черниловская, 1973/. И.М.Черниловская выделяет семьи с "део-потичным поведением" родителей, семьи с внешним впечатлением согласованности взаимоотношений, семьи с конфликтными взаимоотношениями и семьи с отсутствием согласованности и договоренности. Хотя эти типы семейных взаимоотношений выделены на основе собственных наблюдений автора 60 семей больных шизофренией, при использовании метода группой дискуссии, И.М.Черниловская во многом опирается на работы американских исследователей. Задачи психотерапевта дифференцированы согласно выделенным типам внутрисемейных отношений. Автор указывает на то, что семьи рассматриваются в контексте социального восстановления больных шизофренией, но критерии для выделения типов семей не содержат никаких-либо определенных параметров социально-трудовой реабилитации, а касаются межличностных отношений вообще.

В работах В.М.Воловика, В.Д.Вид и Т.М.Мишиной рассматриваются задачи психотерапевтической работы с целью налаживания взаимоотношений между больным и его семьей, формирования тех или иных компенсаторных механизмов.

Другая группа исследований /Варламов, Горбунова, 1977; Волыер, 1969; Горбунова, 1976; Канлан, 1969, 1971; Нагеев, 1976/ посвящена отношениям родственников к больным шизофренией, влиянию семьи на течение заболевания, в частности на устойчивость ремиссий.

По данным обследования 60 семей больных шизофренией Л.Н.Горбунова /1976/ отмечает, что в большинстве случаев отношение к ребенку со стороны отца и матери имеет характер подавления его самостоятельности, в то же время у родителей отсут-

ствуется эмоциональный контакт с больными детьми. По ее данным в 70% семей имели место глубокие моральные и характерологические конфликты. В целом автор указывает на недостаточное понимание родителями болезненных проявлений и психологических особенностей своих детей. Для коррекции патологических взаимоотношений в семье Л.Н.Горбунова совместно с Э.В.Варламовым /1977/ предлагает проводить семейную групповую психотерапию в два этапа: психотерапия в малой группе "больной и его родители" и психотерапия в группе нескольких родственников /7-10 человек/.

Е.А.Нагаев /1976/ в своей работе указывает на ухудшение реадaptации больных шизофренией при конфликтных интерперсональных взаимоотношениях в семье и социальной неустroенности больных. Он отмечает необходимость психологической перестройки в системе "миросоциальных отношений" - коллектив - семья - больной.

Более подробно на вопросах зависимости устойчивости ремиссий и социальной реадaptации больных от влияния семьи в своих работах останавливаются Л.Р.Каплан /1969, 1971/ и М.И. Вольнер /1969/.

Л.Р.Каплан делит родственников больных на "правильно" и "неправильно" понимающих перенесенную болезнь. К первым относятся те, которые постоянно поддерживают связь с врачом, следят за упорядоченным режимом труда и отдыха больного, относятся к больному с большим тактом, терпимостью, заботливостью, постепенно расширяют круг обязанностей больного, стимулируют его активность, одобрительно относятся к вовлечению больного в трудовые процессы, помогают ему в этом, при обострении психического состояния стремятся использовать все воз-

возможности для купирования приступа болезни в домашних условиях, контролирует правильность приема лекарств.

В качестве критериев противоположной группы автор выделяет следующие: почти постоянная конфликтная ситуация в семье; попытка дать психологическое истолкование началу психического заболевания; частичный или полный отказ выполнять указания врача; создание больному постоянного "давящего" режима, стремление оградить его от влияния окружающей среды; стремление при ухудшении госпитализировать больного. Л.Р.Каплан обнаружил, что хотя ухудшение состояния в обеих группах наблюдалось примерно одинаковое количество раз, госпитализации в группе "правильно понимающих" родственников встречались лишь в 35% случаев ухудшения, в то время как во второй группе - в 63% случаев ухудшения. Помимо клинических и терапевтических факторов, снижающих повторные госпитализации /доброкачественное течение рецидива и систематический прием лекарств/, автор отмечает и личную активную заинтересованность социально компенсированных больных в сохранении своего социального положения, что стимулирует их к выполнению врачебных указаний. В этой связи Л.Р.Каплан отмечает следующие задачи врача - создание в семье вокруг больного активирующей обстановки, постальное привлечение его к труду, психотерапия с использованием материальной заинтересованности, привлечение в диспансер.

Несмотря на то, что, с точки зрения социально-трудовой реабилитации, отношения в семье в этой работе охарактеризованы более содержательно, чем, например, в работе М.М.Черняховской, подобное деление семейной ситуации на "благоприятную" и "неблагоприятную" является недостаточным. Для уточнения влияния, очевидно, необходима разработка дифференцированной типологии.

логи семьи. Также вряд ли можно все влияние семьи свести к контролю за систематическим и правильным выполнением назначений врача.

Сходные описания благоприятных и неблагоприятных семейно-бытовых условий имеются у М.И. Вольпера. В качестве причины отрицательного отношения к больным он отмечает с одной стороны патологическое поведение больных /гиперсексуальность, асоциальные поступки/, а с другой - неправильные представления родственников и соседей об опасности, связанной с совместным проживанием с душевнобольными. Автор также констатирует, что нет прямой зависимости между типом ремиссии и благоприятной или неблагоприятной семейной ситуацией. Больные с благоприятным окружением, по данным автора, отличаются более длительными ремиссиями и более короткими сроками госпитализации. Они более регулярно участвуют в занятиях в лечебно-трудовых мастерских /ЛТМ/. М.И. Вольпер также делает вывод о необходимости разъяснительно-воспитательной работы с родственниками в рамках реабилитационных мероприятий.

Однако ценность этой работы, так же как работ Л.Р. Каплана, снижает тот факт, что автор все возможное влияние семьи сводит к обеспечению надлежащего курса поддерживающей терапии. Игнорируется социально-психологическая сторона взаимоотношений, направленность этих отношений, их эмоциональные аспекты.

Значительно большее количество исследований семей больных психозами мы можем найти в зарубежной литературе, что в известной мере связано с распространенностью в западных странах психодинамических концепций психических заболеваний.

Первые исследования семейного окружения больных психозами в США стали появляться в конце 40-х и в начале 50-х

годов /Lidz , Lidz , 1949; Ackerman , 1954; Bateson , Jackson , 1956; Fleck e.a. , 1957; Lidz , 1958/. Столь позднее появление таких работ может показаться странным в связи с тем, что американская психиатрия находится под сильным влиянием психоанализа, концепции которого, как известно, в значительной мере построены на анализе взаимоотношений между ребенком и родителями в раннем возрасте. Однако ортодоксальный психоанализ не рассматривал семью как целое; изолированно изучались отношения между ребенком и одним из родителей. Психодинамическая трактовка шизофрении в духе неопрейдизма, с одной стороны, и проникновение в американскую психиатрию идей общей теории систем фон Берталанфи - с другой, определенно своеобразно новое отношение к семье больных шизофренией. Семья стала рассматриваться как небольшая открытая социальная система, элементы которой изменяются, взаимодействуют друг с другом, а вся система в целом стремится сохранить равновесие. Д.Шпигель и Н.Белл /Spiegel , Bell / в главе американского руководства по психиатрии, посвященной семье психически больных, формулирует сущность этого подхода следующим образом: "Проблема - "что в семье вызывает патологию у индивида?", сменилась проблемой - "какие процессы взаимодействия между индивидом и семьей связаны с поведением, которое мы называем "патологическим"?" /1959, с.139/.

Упомянутые работы по этой теме, как и многие последующие, представляют попытки решения проблем, связанных с этиологией шизофрении. В общих чертах взгляды этих исследователей можно представить следующим образом. Семья, в которой ребенок заболевает шизофренией - изначально неблагоприятна /Т.Лидз обозначает это выражением "разбитый семейный очаг"/. Вместо

взаимного понимания и доверия между супругами устанавливаются отношения подозрительности и противоборства. Внешняя аффективная жизнь в этих семьях бедна, статична; все действия внутри семьи строго ритуализированы, роботоподобны /*Ackerman*, 1960/. К ребенку направлены или отношения сверхопеки или агрессивности.

Т.Лидз /*Lidz*, 1957/ выделяет два основных типа подобных семей: "расщепленный" и "искаженный" /"*skewed*"/. В семьях первого типа каждый из супругов имел затруднения в эмоциональной сфере, стремился заставить другого подчиняться своим этическим стандартам и нормам поведения, не желая считаться с потребностями и интересами другого. Противоборствующие супруги стараются использовать своего ребенка в качестве союзника в борьбе за установление своего "порядка" в семье. Так называемые "искаженные" семьи внешне оставляют впечатление вполне благополучных. Тем не менее отношения в этих семьях нельзя признать здоровыми, так как здесь один из супругов имеет значительные психические отклонения, которые принимаются остальными членами семьи как нормальное явление, а в некоторых случаях даже подкрепляются. Т.Лидз обнаружил, что в таких семьях один из супругов либо болен шизофренией /60% случаев/, либо является хроническим алкоголиком или невротиком.

Подобные ситуации в семье затрудняют нормальное развитие эмоциональной жизни ребенка, ограничивают его самостоятельность, препятствуют формированию адекватных механизмов защиты /*Weinberg*, 1960/. Некоторые авторы предлагают более конкретные механизмы формирования шизофренической симптоматики у ребенка. Так, Г.Ботсон /*Botson*, 1956/ считает, что в таких семьях как правило устанавливаются так называемые

"двойственные" отношения *[double-bind]* между родителями и ребенком. Это — своего рода амбивалентность в общении с ребенком, который одновременно воспринимает как положительное содержание высказывания, так и скрытую враждебность по отношению к себе, которая имеется в этом высказывании. Такие отношения способствуют дезинтеграции личности ребенка.

Д. Уинн *[Wynne, 1968]*, исходя из транзакционистского подхода Д. Дьюи и Э. Бекта, предлагает схему формирования нарушений речи и мышления в процессе общения в семье. Автор приводит данные, подтверждающие его гипотезу о том, что определенные характеристики любого члена семьи можно предсказать по характеристикам остальных членов семьи. Клинические психологи, прослушивая в магнитофонной записи речь членов семьи больного, могли путем слепого анализа отличить эти записи от записей речи членов здоровых семей, а также определить тип нарушения личности у больного *[Wynne, Ruckoff, Day, e.a., 1958]*.

Как уже было упомянуто, в этих работах семьи больных психозами рассматриваются как неблагоприятные, причем в одинаковой степени патогенные. Внимание исследователей сосредоточено только на тех характеристиках семьи, которые способствуют развитию патологического процесса и снижают адаптивные возможности больного. Таким образом в плане социально-трудовой реабилитации больных психозами семья рассматривается как отрицательный фактор. Соответственно даются практические рекомендации в духе известной концепции "лечить надо не больного, а семью, в которой он живет". В качестве наиболее адекватного метода лечения предлагается семейная психотерапия.

Многие исследователи критически относятся к точке зрения упомянутых выше авторов относительно того, что полученные

ими данные подтверждают социогенную природу шизофрении. Указывается на то, что выделяемые типы семей и взаимоотношений внутри семьи не являются специфичными для шизофрении. Отмечается также возможность объяснения полученных фактов на генетических и биологических основаниях /см., например, обзор Э.Форреста /*Forrest*, 1975/, а также общую критику социокультурологического подхода к проблеме происхождения психозов J.Данхэма /*Dunham*, 1976/.

Положительным является то, что эти исследователи впервые отчетливо акцентировали необходимость изучения семейного фактора в аспекте рассмотрения семьи как целостной системы и начали исследование структуры взаимоотношений в семьях больных шизофренией. Однако психодинамический подход вместо клинико-психопатологического изучения, чрезмерная психологизация при недооценке биологической обусловленности психотических расстройств, делает работы американских исследователей рассмотренного направления мало перспективными для эффективного применения в реабилитационных программах.

В качестве другого направления изучения семьи больных шизофренией можно выделить те исследования, которые в первую очередь посвящены проблемам адаптации больных после выписки из больницы, рецидивам заболевания у больных, явлениям госпитализма, связанным с длительным пребыванием в больнице и т.п. Семьи больных шизофренией, соответственно, изучаются в этом контексте; при этом обходятся такие вопросы, как этиология шизофрении, правомерность рассмотрения шизофрении, как нозологической единицы и т.п. Основное внимание уделяется исследованиям влияния семьи на течение и исход болезни. В первую очередь сюда относятся работы представителей британской школы

социальной психиатрии / *Brown e.a.*, 1962, 1972; *Vaughn, Leff*, 1976/.

Г.Броун и Д.Уинг /*Brown, Wing*, 1972/ предположили, что высокая степень выраженности эмоций у родственников является основным фактором, определяющим рецидив обострения симптоматики у больного психозом независимо от других факторов, таких, как длительность заболевания, тип симптоматики, степень тяжести предыдущего обострения. Для подтверждения этой гипотезы в течение двух лет изучалось 100 больных психозом и их родственники. Перед выпиской больного из стационара проводились беседы, как с ним, так и с его родственниками дома. Впоследствии проводились совместные беседы - через две недели после выписки и через 9 месяцев после выписки. По этим беседам, согласно специальным шкалам /*Brown, Rutter*, 1966/ оценивались взаимоотношения в семье, особенности поведения больного и его психопатологическое состояние. При оценке взаимоотношений в семье вычислялся суммарный "эмоциональный индекс" /ЭИ/ для родных больного. Он определялся по таким показателям, как количество критических замечаний в адрес больного, количество проявлений открытой враждебности и случаев эмоциональной сверхвозвращенности /необыкновенно выраженной тревоги и заботы о больном/. Учитывалось не только содержание высказываний, но и такие косвенные признаки, как интонация, мимика, жестикация. Предполагалось, что то отношение, которое родные проявляли к больному во время беседы, является характерным для их общения с больным и в других ситуациях. Также предполагалось, что данные, полученные из бесед с родственниками относительно их внутрисемейной ситуации, являются достаточными для реконструкции семейной ситуации.

Исследование выявило положительную корреляцию между высоким ЭИ у родственников и наступлением рецидива у больных в течение 9 месяцев после выписки /при высоком ЭИ рецидив наблюдался у 58% больных, при низком - в 16% случаев/. Было обнаружено, что хотя вероятность рецидива безусловно зависит от таких показателей, как клиническое состояние, особенности поведения в трудовой деятельности больного, пол, регулярность приема лекарств, высокий ЭИ у родственников выступает как фактор независимый от других, в значительной мере способствующий наступлению рецидива. Причем оказалось, что высокий ЭИ у родственников не провоцируется состоянием больного, а определяется, в основном, особенностями самих родственников. К таким особенностям относятся, например, чрезмерная изолированность родителей - чем меньше они имеют контактов вне дома, тем больше они зависят от больного в плане общения и тем больше их контакт с больным эмоционально насыщен.

Было обнаружено, что при высоком ЭИ у родных, рецидивы у больных наблюдаются чаще в том случае, когда прием лекарств был нерегулярным, а интенсивность общения высока. Соответственно делается вывод, что для снижения вероятности возникновения рецидивов больными, имеющим в своем окружении лиц с высоким ЭИ, необходимо, таким образом, уменьшение контактов с этими лицами и регулярный прием лекарств.

Проведенный эксперимент вызвал критические замечания / *Scott et al., 1977* / в основном касающиеся вопроса о том, в какой степени ЭИ действительно служит прогностическим показателем. При этом было отмечено, что большинство обследованных больных имели достаточный стаж заболевания для того, чтобы выявились характерные особенности течения болезни, которые

позволили бы прогнозировать рецидивы на определенный промежуток времени, не обращаясь к показателям типа ЭИ. Следует отметить, что хотя Г.Броун и его сотрудники отвергли данную критику, указывая, что 60% больных были стационарированы впервые, а у 27%, на которые ссылается Р.Скотт, впервые наблюдались признаки заболевания, это не снимает суть возражения, а лишь свидетельствует об игнорировании авторами клинических особенностей наблюдаемых состояний, отражающих определенные закономерности течения психозов. Выделенные на основе единства симптоматики и течения заболевания, клинические варианты психозов /Снежневский, 1959/ позволяют даже по особенностям одного, отдельно взятого психотического эпизода предсказать вероятный дальнейший ход заболевания.

В исследованиях С.Вона и Д.Леффа /*Vaughn, Leff*, 1976/ были уточнены некоторые показатели, определяющие вероятность рецидивов, а также проверена специфичность для психозов найденной зависимости рецидивов от высокого ЭИ у родственников. Используя сокращенный вариант метода Г.Броуна, С.Вон и Д.Лефф показали, что поддерживающая терапия медикаментами группы фенотиазинов эффективна лишь для больных, родственники которых имеют высокий ЭИ. Для этих больных вероятность рецидива уменьшается, если они общаются со своими родственниками менее 35 часов в неделю. В качестве профилактических мер было предложено: активная медикаментозная терапия, трудоустройство /с целью уменьшения контактов с родственниками и увеличения самостоятельности/, помещение в дневной стационар. Помимо этих "административных" мер, необходимо также изменение неадекватных установок родственников. Авторы отмечают, что до сих пор мало известно о том, как эти установки формируются и насколько

ко они поддаются изменениям. Для этого необходимо изучение факторов, от которых зависит ЭИ, например, анализ жалоб родственников — относятся ли эти жалобы к постоянным чертам больного или к явлениям в поведении, прямо связанным с болезнью.

Относительно специфичности данных Г.Броуна и Д.Линга для шизофрении выяснилось, что у больных, страдающих невротической депрессией, рецидивы также наблюдаются чаще в тех случаях, когда у родственников этих больных высокий ЭИ. Для родственников депрессивных больных ЭИ полностью определяется количеством критических замечаний в адрес больного, причем депрессивные больные более чувствительны к подобным замечаниям, и у них возникают рецидивы при более низком уровне критического отношения со стороны родственников, чем у больных шизофренией.

К этому направлению относятся также исследования Р.Скотта /*Scott*, 1970, 1975/, хотя в его взглядах на роль семьи отмечается некоторое влияние "антипсихиатрии". В частности, он выступает за относительность понятия "психическая болезнь", считая сам диагноз психиатра лишь подтверждением "победы" одной "идентичности" системы личностных нормативов в семье над другой. Психиатр, по мнению автора, призывается в помощь для подтверждения "идентичности" одного из родственников — "болен не я, а он" /ребенок/. Р.Скотт, однако, отмечает, что в практике наибольшей значимостью обладает вопрос влияния теперешних отношений в семье на исход заболевания, а не вопросы этнологии.

Автором и его сотрудниками, с целью определения типов взаимоотношений в семье и показаний к семейной психотерапии, в течение 15 лет было изучено 90 так называемых "нуклеарных" /состоящих из двух родителей и больного сына или дочери/ се-

ней больных шизофренией. Описываются два типа подобных семей: семьи с "непрочными" /*untenable* / отношениями между больным и его родителями и семьи с "прочными" /*tenable* / отношениями. В первом случае /одна треть первичных поступлений/ больной и его родители не могут постоянно жить вместе, происходит как бы "выталкивание" больного из семьи, что, однако, не означает прекращения связи между семьей и больным. Эти больные после выписки большую часть времени проводят в бродяжничестве, живут вне дома /например, в обихитнях/. Во втором случае /остальные две трети из общего числа впервые стационаризованных/ больные после выписки возвращаются в семью и остаются в ней. Около половины этих больных имеют неблагоприятный исход, становятся инвалидами. Однако, в отличие от больных с "непрочными" отношениями, они, как правило, способны справляться с домашней работой.

Для выявления упомянутых типов Р. Скотт предлагает диагностическую методику - "тест семейных взаимоотношений" /*Family Relationship Test* - *Scott e.a.*, 1970/, созданную на основе теста межличностного восприятия /"*Interpersonal Perception Test*" - *Laing, Phillipson*, 1966/. В этой методике перечислены разные черты характера. Например, "тревожность", "доминантность", "зависимость", "самоуверенность", "эмоциональная неадекватность" и т.д. Часть этих характеристик считается признаками патологического состояния, часть признаками легкой невротизации, часть - психического здоровья. Тест предъявляет как больному, так и его родителям. Родители оценивают больного, оценивают сами себя, а также дают предполагаемую оценку самих себя со стороны больного. Соответственно такие же оценки даются больными. По мнению автора, результаты этого теста

должны дать представление о "личностной идентичности" каждого члена семьи, то есть о том, как он себя рассматривает - в качестве больного или здорового. Этот тест выявляет также зависимость этой самооценки от тех оценок, которые даются ему другими членами семьи.

Тест семейных взаимоотношений позволяет различать "прочные" и "непрочные" отношения по соотношению самооценок родителей с оценками их самих со стороны больных. Если в первом случае эти оценки совпадают, то во втором, при "непрочных" отношениях, характеристики, данные своим родителям больными, значительно хуже тех, которые родители дают сами себе. Как отмечает автор, здесь дело не только в том, что больной неадекватно воспринимает своих родителей. У этих родителей их собственная самооценка в значительной степени зависит от оценки пациента и, соответственно, столь отрицательная оценка, которую они получают от больного, вызывает у них сильную тревогу и желание доказать, что их ребенок действительно болен.

Так как Р. Скотт считает способность больного к образованию социальных связей вне семьи основным критерием благоприятного прогноза при шизофрении, то семейная терапия, по его мнению, должна обеспечить формирование и развитие этой способности. Перспективы семейной терапии при "непрочных" отношениях в семье автор оценивает как крайне неблагоприятные. Он отмечает, что лишь 5-8% больных этой группы в состоянии полностью покинуть свою семью и начать самостоятельную социальную жизнь.

При "прочных" семейных отношениях автор признает семейную терапию гораздо более перспективной, особенно в тех случаях, когда больной пытался отделиться от своей семьи, но

потерней неудачу или он сам ищет помощи у психиатра в связи с тем, что вся его жизнь ограничена семейным кругом.

Рассмотренные работы отражают практическую ориентацию исследований в британской социальной психиатрии. Как отмечает в своем обзоре Э.Форрест /*Forrest*, 1975/, организация внебольничной помощи в Великобритании обеспечивает быстрое применение полученных данных на практике. Но помимо того, что механизмы влияния семьи трактуются либо с упрощенных физиологических позиций /*Brown e.a.*, 1972/, либо предлагаются некоторые психоаналитические и экзистенциальные представления /*Scott*, 1975/, затруднено использование в отечественной психиатрии даже фактического материала, полученного английскими исследователями. Это в первую очередь связано с тем, что в этих работах проводится, на наш взгляд, недостаточная клиническая квалификация обследованных больных, отмечается общая тенденция к умалению роли клинического фактора в социально-трудовой реабилитации.

В упомянутых работах, как мы видим, обнаружена корреляция между типом взаимоотношений в семье и устойчивостью ремиссии больного. Однако существует исследования, которые не подтверждают предположение о значимом влиянии семьи на возможный прогноз при шизофрении. Так, Д.Коутс и Т.Мэллисон /*Coates, Mallison*, 1967/ изучали 122 больных шизофренией в течение одного года после выписки из больницы. Результаты показали, что рецидивы болезни и регоспитализация относительно независимы как от ожиданий родственников в отношении больных, так и от эмоционального климата в семье.

Д.Келли провел два исследования, изучив в общей сложности 130 больных шизофренией с их семьями. Хотя оценка род-

ственников давалась социальными работниками, хорошо знакомыми с этими семьями, ему не удалось обнаружить значительной корреляции с рецидивами заболевания ни отдельных компонентов отношения родственников /отношение к возвращению больного домой, степень понимания больного, степень принятия советов врачей относительно больного, желание помочь больному/, ни общей оценки семейной ситуации в целом. Автор пытался также проконтролировать различия в группах по возрасту, образованию, трудовой квалификации и стажу, общей длительности госпитализации, синдромологическому диагнозу, лечению, трудоустройству после выписки из больницы, однако не обнаружил значимости этих различий. Указывая на парадоксальность таких результатов, автор ограничивается замечанием: "Возможно, что группы больных, оказавшиеся в "хороших" и "плохих" домах, различались какими-то еще не измеренным фактором" /Kelley, 1964, с.393/. Сходные результаты получили Х.Фримэн и О.Симмонс /Freeman, Simmons, 1963/.

Некоторые авторы пытались найти различия между семьями больных, лечащихся амбулаторно, и семьями стационарированных больных. Д.Линдсей и Д.Вудфор /Lindsay, Woodfore, 1966/ изучили 200 пациентов с их семьями в каждой группе и не нашли между этими семьями никаких различий. Исследование П.Нисканен /Niskanen, 1972/ не обнаружило другого различия между семьями амбулаторных и стационарированных больных, кроме того, что родственники более благосклонны к больным женского пола, чем мужского.

Тот факт, что благоприятный характер семейной ситуации не всегда обуславливает высокую социально-трудовую адаптацию, отмечают и советские исследователи /Алиханов, 1971; Зеневич, 1964/.

В качестве причины получения таких противоречивых данных можно предположить "постулат непосредственности", который лежит в основе методологической схемы этих исследований, данных как положительных, так и отрицательных результаты. Авторы выделяют несколько факторов, например, наличие рецидивов заболевания и существующие взаимоотношения в семье, и пытаются найти между ними прямую корреляцию. Несмотря на общее убеждение о положительном влиянии благоприятных семейных отношений, в одних случаях такую корреляцию удается обнаружить, в других - нет. Попытки объяснения этих фактов ограничиваются, как правило, обращением к учету все новых и новых факторов. Однако все эти факторы рассматриваются как рядоположенные, вопрос об опосредованном влиянии семьи на те или иные аспекты поведения больного не ставится. Особо малое влияние уделяется личности больного и его родственникам.

Нельзя ограничиваться лишь анализом установок родственников в отношении больного. Необходимо также изучение самого больного для того, чтобы определить возможные последствия воздействия на него семьи, исходя уже из его собственных особенностей. Если исследователи еще упоминают о клиническом состоянии больного, то анализ личностных характеристик заменяется предположениями о возможной психофизиологической предрасположенности в виде повышенной чувствительности к социальным раздражителям / Brown e.a., 1972/.

На основе этого обзора исследований семей больных психозом можно сделать некоторые общие выводы. Во-первых, такие описательные характеристики семейной ситуации, как "неблагоприятное отношение", "плохие семейно-бытовые условия", "психологический климат", заменяются выделением тех факторов, которые составляют эту ситуацию, выяснением условий их форми-

рования и особенностей их влияния на течение и исход шизофрении, на реадaptацию больных шизофренией. Во-вторых, во всех этих исследованиях в более или менее выраженном виде содержится постулат о непосредственном влиянии семьи на поведение и клиническое состояние больного. То, как это влияние преломляется через сложившуюся структуру личности больного, не рассматривается. В-третьих, несмотря на то, что трудовая деятельность является основным критерием социальной реадaptации больного, при оценке влияния семьи ей уделяется лишь вторичная роль. Главное внимание исследователей сосредоточено на клинических эффектах этого влияния.

х х х
х

Наше предположение, проверке которого посвящена данная работа, можно сформулировать следующим образом: роль ближайшего социального окружения в восстановлении трудовой деятельности зависит от особенностей трудовой установки больного шизофренией, которая в процессе его жизнедеятельности проходит сложный путь развития, обусловленный особенностями преморбидной личности больного, спецификой его социальной ситуации и течения болезни.

II. МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ И ИСПЫТУЕМЫЕ

Исследование было проведено с использованием принципа "клинического метода", понимаемого здесь как возможно более глубокое изучение каждого индивидуального случая. В рамках этого метода использовался также психологический эксперимент. Таким образом в исследование было включено три вида методических приемов: психологический анализ данных истории болезни; "направленная" беседа и экспериментально-психологическое обследование с применением методов "пиктограмма", "классификация предметов", "исключение предметов", "самооценка", "незаконченные предложения" и "Тематический Ассоциативный Тест" /ТАТ/.

История болезни, содержащая данные опроса больного /субъективный анамнез/, данные о нем со слов родственников /объективный анамнез/, данные об обстановке, в которой живет больной /"обследование на дому"/, записи о поведении больного в отделении во время его пребывания в больнице, помимо клинических данных, касающихся психопатологии, неврологии, физиологии и др., содержит описание жизнедеятельности больного и условий ее протекания. В качестве общего метода, адекватного пониманию личности в теории деятельности А.Н. Леонтьева, предлагается объективный анализ деятельности, ее динамики. Анализ описания деятельности в истории болезни в качестве одного из путей изучения личности был предложен Б.С. Братусем /1972, 1976/ и Б.В. Зейгарник /1965/. В нашем исследовании анализ истории болезни, позволяющий вскрыть динамику основных мотивов и интересов, характерологических особенностей субъекта, дает представление об особенностях формирования трудовой уста-

новки и ее реализации в каждом индивидуальном случае. Для этого основное внимание при изучении истории болезни акцентировалось на следующих моментах: прохождение пубертатного периода /личностные особенности, основные интересы, успеваемость в школе, общественная активность/; выбор дальнейшего жизненного пути, факторы, обусловившие этот выбор /семья, школа, друзья, самостоятельный интерес/; приобретение специальности, интерес к ней, перспективы последующей работы; начало трудовой деятельности, степень удовлетворенности своей работой, связанные с ней трудности, профессиональный рост.

Беседа с больными проводилась в форме "нестандартизованного интервью", то есть имелся предварительный план беседы с стандартизованным смыслом вопросов, внешняя форма и последовательность которых зависела от конкретной ситуации. В беседе выявлялось:

- 1/ Жалобы больного, его отношение к своему состоянию /болезни/.
- 2/ Отношение больного к людям, с которыми он совместно проживает, оценка больным отношения этих людей к нему.
- 3/ Отношение больного к товарищам, знакомым, оценка больным отношения этих людей к нему.
- 4/ Основные интересы, увлечения.
- 5/ Общее отношение к труду, общая мотивировка трудовой деятельности.
- 6/ Отношение к частному виду труда /причины выбора, удовлетворенности, неудовлетворенности/.
- 7/ Перспектива будущего.

В зависимости от конкретной ситуации применялась как дословная запись, так и запись по памяти. Если другие данные, получаемые во время беседы, противоречили непосредственному

содержанию высказываний, после беседы в протоколе делались соответствующие примечания.

Проведенная таким образом беседа позволяла оценивать критичность больного, адекватность оценки своего состояния. Со слов больного была получена характеристика его социальных взаимоотношений, основных интересов. Эти данные позволяли также строить предположения об уровне притязаний и ожиданий больного, о его основных жизненных целях и характерологических особенностях.

Вопросы, относящиеся к трудовой деятельности больного, выявляли его эмоциональную оценку труда, его представления о наиболее значимом содержании трудовой деятельности, его стремление самому участвовать в трудовых процессах.

Как видно из приведенного плана беседы, некоторые пункты перекрываются с теми вопросами, которые раскрыты в истории болезни. Такая "избыточность" информации позволяла выявить личностную значимость тех или иных аспектов поведения больного, то, каким образом он желает или может представить определенные свои личные качества и значимые события в своей жизни. Особенно отчетливо это выявлялось при рассогласовании данных объективного анамнеза и беседы.

Многочисленные экспериментальные данные указывают на нарушения мышления как на наиболее характерную патологию познавательной деятельности при шизофрении /Зейгерник, 1962; Поляков, 1974; Рубинштейн, 1970/. Судя по результатам этих исследований такие методики, как "исключение предметов", "классификация предметов" и "нактограмма", относятся к наиболее эффективным средствам выявления нарушений мышления при шизофрении.

"Исключение предметов" представляет набор из 15 карточек, на каждой из которых нарисовано по четыре предмета /например, зонтик, фуражка, самолет и барабан/. Эти карточки предъявляют испытуемому в порядке возрастающей трудности. Он должен исключить один из предметов, а остальные объединить одним названием /например, зонтик и военные принадлежности/.

"Классификация предметов" также представляет набор из карточек /70/ с изображением различных предметов, растений, живых существ. Работа с методикой проходит в три этапа. На первом, кратком, этапе испытуемый раскладывает карточки по принципу "что к чему подходит". На втором он должен рассортировать их по группам, а на третьем, наиболее трудном этапе, свести количество этих групп до минимума.

В методике "диктограмма" испытуемому называются слова для запоминания, представляющие различную степень общности /например, вкусный ужин, богатство, справедливость и др./.

Испытуемый должен нарисовать к каждому слову рисунок, помогающий ему запомнить это слово и обосновать выбор именно этого рисунка. Первоначально созданная для изучения опосредованного запоминания методика теперь широко применяется и для исследования мышления.

Более подробное описание этих методик содержится в книге С.А.Рубинштейн "Экспериментальные методики патопсихологии" /М., Издательство "Медицина", 1970 г./.

Как отмечает В.М.Коган и Э.А.Коробкова /1967/, о положительной установке на труд можно судить уже по активному отношению больного к самому процессу психологического обследования. В нашем исследовании экспериментальная ситуация с применением этих методик в целом являлась "функциональной пробой"

общей структуры трудовой деятельности, так как она требовала принятия определенных целей, совершения соответствующих этим целям действий и сличения получаемых результатов с исходными целями. Потенциальная сохранность общей структуры трудовой деятельности рассматривалась в качестве существенного условия реализации трудовой установки в поведении.

Как указывалось выше, одним из возможных путей исследования личности является анализ деятельности. Однако такой анализ часто представляет большую сложность, так как деятельность осуществляется в условиях, когда цели, а тем самым характер и последовательность действий заданы объективными обстоятельствами, независимыми от субъекта. Как указывает А.Н. Леонтьев, здесь "психологический анализ отщипывает лишь средство для достижения целей, действительный мотив которых лежит как бы в совершенно иной плоскости жизни. В этом случае за видимостью одной деятельности скрывается другая. Именно она — то непосредственно и входит в психологический облик личности, какой бы ни была осуществляющая ее совокупность конкретных действий. Последняя составляет как бы только оболочку этой другой деятельности, реализующей то или иное действительное отношение человека к миру — оболочку, которая зависит от объективных условий, иногда случайных /1975, с.185/.

Если цели прямо не даны в ситуации, мотивы деятельности побуждают к целеобразованию. Выделение и осознание целей представляет как бы их "выбор" из адекватных мотиву и возможным в той или иной ситуации. В этом случае последовательность и характер целей и действий не представляет готовой, заданной "этаном", в котором находят свою реализацию определенные мотивы. Представляется возможным исследование личности путем пост-

роения ситуаций относительно свободного "выбора", то есть неопределенных ситуаций. Множественность выбора целей и способов действия, или смысловая неопределенность ситуации является основным принципом построения проективных методик, к числу которых относятся применяемые в нашем исследовании Тематический Ассоциативный Тест /ТАТ/ и методика "незаконченные предложения".

Основные проективные методики - тест Роршаха, ТАТ, "рисунок человека" и др. - создавались эмпирическим путем и первоначально не имели значительного теоретического обоснования. Впервые общую теоретическую концептуализацию проективного подхода попытался дать Л.Френк / *Frank*, 1939/. Раскрытие личности /которую автор рассматривал в понятиях теории К.Левина как "динамический процесс организации опыта"/, по его мнению возможно при представлении испытуемому относительно мало структурированного поля таким образом, чтобы он мог проецировать на это поле свой способ видения жизни, свои знания и чувства. Этому принципу, по мнению Л.Френка, соответствовал ряд методических приемов, которые он объединил под названием "проективные". Понятие "проекции" в этом случае, как и в последующем употреблении Д.Рапппорта / *Rapaport*, 1942, 1946/, не имело никакого психологического содержания, а употреблялось лишь как аналогия проектора. Если дать субъекту поле, открытое для его интерпретаций, он будет "проецировать" на это поле как на экран свой личный внутренний мир.

Лишь в последующие годы некоторые авторы стали связывать проективные методики с психоаналитическим понятием "проекция", что привело к смешению обоих смыслов этого понятия, к их отождествлению. Для преодоления этого смешения возникли

предложения заменить название "проективные" на названия "не-структурированные" методики /Stein , 1955/, тесты "ошибочного восприятия" /Cottel , 1965/.

Проективные методики широко применялись в рамках разных психологических направлений /бихевиоризм, переработка информации человеком и др./ . Соответственно они получали то или иное теоретическое обоснование, что указывает на относительную независимость стимульного материала и "сырых" данных от конкретных интерпретационных схем, обусловленных теоретическими взглядами исследователя. Один тот факт, что материал, получаемый при помощи проективных методик, может быть подвергнут психоаналитической трактовке, еще не дает основания утверждать, что проективные методики - это психоаналитические способы исследования и поэтому для нас неприменимы. Применение проективных методик в клинических экспериментально-психологических исследованиях на основе принципов, адекватных марксистской психологии, позволяет сделать ценный вклад в патопсихологическую теорию и практику /Гильяшева, 1974, 1976; Дементьева, Дунаревич, 1977; Савенко, 1969; Соколова, 1976; Цуладзе, 1970/.

Из 31 картины ТАТ, первоначально предложенных Г.Мурреем /Murray , 1943/, было отобрано 14, которые по данным литературы /Murray , 1943; Rapaport , 1968; Stein , 1955/ наиболее информативны с точки зрения целей нашего исследования. Приводим описание картин и ожидаемой информации /описание картин по Г.Муррею/.

1. Мальчик рассматривает скринку на столе перед ним /I-ая общая/.

Реакция на внешние требования, отношение к долгу. Стремление к успеху, средства его достижения.

II. Сельская сцена. На переднем плане молодая женщина с книгами в руке. На заднем плане мужчина, работающий в поле, и похилая женщина, которая наблюдает /2-ая общая/.

Отношение к своему окружению, уровень притязаний, взаимоотношения в семье, установки по отношению к родителям.

III. Низкая похилая женщина стоит, повернувшись спиной к высокому молодому мужчине. Последний смотрит вниз со смущенным видом /6-ая мужская/.

Отношение к матери.

IV. Седой мужчина глядит на молодого человека, который угрюмо смотрит в пространство /7-ая мужская/.

Проблемы, которые занимают испытуемого. Его отношение к руководству. Отношение к отцу.

V. Похилая женщина сидит рядом с девочкой и что-то говорит ей. Девочка сидит с куклой на коленях и смотрит в сторону /7-ая женская/.

Отношения между матерью и дочерью.

VI. Молодая женщина сидит, упершись подбородком в руку, глядя в пространство /8 женская/.

Отношение к своей сегодняшней жизни и к будущему.

VII. Четверо мужчин в спячке лежат на траве, отдыхая /9-ая мужская/.

Установки по отношению к труду. Социальные установки и предубеждения.

VIII. Молодой человек лежит на диване с закрытыми глазами. Над ним склонилась вытянутая фигура похилого человека, его руки простерты над лицом лежащего человека /12-ая мужская/.

Отношение к терапии. Роль наркотической зависимости в лич-

ности.

IX. Портрет молодой женщины. Причудливая старуха с платком на голове гримасничает на втором плане /12-ая женская/.

Отношение к матери или к дочери. Отношение к старению. Отношение к семейной жизни.

X. Молодой человек стоит с опущенной головой, закрывшись рукой. За ним фигура женщины, лежащей на кровати /13-ая общая/.

Семейные и сексуальные отношения.

XI. Силуэт мужчины /или женщины/ напротив яркого окна. Остальная часть картины совершенно черная /14-ая общая/.

Отражение проблем испытуемого, его желаний, стремлений.

XII. Пустая картина /лист белой бумаги такого же формата/. /16-ая общая/.

Раскрытие наиболее актуальных для испытуемого тем. Иногда раскрытие своего отношения к психологу, проводящему ТЛТ.

XIII. Мост над водой. Женская фигура склоняется над перилами. На заднем плане высокие здания и мелкие фигуры людей /17-ая женская/. Выход из трудностей /самых разнородных/.

XIV. Неясно освещенная фигура мужчины /или женщины/ во мраке ночи у фонаря /20-ая общая/.

Установки в семейной сфере, отношение к одиночеству и неопределенности.

Испытуемому последовательно предъявлялось 10 картин из указанных 14 в зависимости от его пола. Его просили по каждой составить рассказ, содержащий указания на то, что привело к ситуации, изображенной на картине, что происходит в данный

момент, что переживает люди, изображенные на картине, о чем они думают, чем все кончится. Производилась полная запись как всего, что говорил испытуемый, так и наблюдений экспериментатора относительно поведения испытуемого во время эксперимента /паузы, особенности фона настроения и т.п./.

В результате получалось 10 рассказов, содержащих описание действий разных персонажей в тех или иных жизненных ситуациях. Учитывая большую сложность, а иногда и неоднозначность интерпретации получаемого материала, анализа был ограничен двумя характеристиками — особенностями целенаправленного и раскрытия темы труда.

Так как целенаправленность можно рассматривать в качестве одной из характеристик индивидуального стиля деятельности, для определения его особенностей мы пользовались подходом, предложенным нами совместно с Е.Т.Соколовой и И.В.Вавиловыми /1976/. Согласно этому подходу к анализу материала ТАТ индивидуальный стиль деятельности выражается в присутствии данному испытуемому способе построения сюжета рассказа. Внутренний или внешний характер целей, их адекватность ситуации, последовательность целенаправленных действий, их эффективность в каждом отдельном рассказе представляют определенную структуру, которая включает в себя устойчивые элементы, повторяющиеся от рассказа к рассказу, в таком образом создающие некую общую инвариантную структуру. Последняя представляет собой приписываемую персонажам рассказа испытуемым определенную логику поведения, если и не осуществляемую испытуемым в его реальной жизни, то во всяком случае являющуюся для него принципиально возможной. Получаемая таким образом информация позволяла определить условия, от которых зависела возможность реализации трудовой уста-

новки в поведении.

Среди отобранных нами 14 картин, в отличие от теста Г.Хекхаузена /*Heckhausen*, 1960/, фактически отсутствуют картины, содержание которых прямо бы провоцировало испытуемого на трудовую тематику. Вследствие этого упоминание труда в поучаемых рассказах приобретает особую значимость. I, II, IV, VI, VII, XI картины чаще всего предполагают трудовую деятельность по меньшей мере в качестве фона или элемента для развертывания сюжета. Использование темы труда в рассказах позволяет определить насколько привычны и значимы является труд для испытуемого как естественная составная часть его жизни. Для определения значимости темы труда использовались критерии, предложенные С.Томкинсом /*Tomkins*, 1947/: прямые указания на значимость труда в рассказах; интенсивность эффекта в рассказах, связанных с трудовой тематикой; интерпретация неясных фигур на основе труда, а не каких-либо других ценностей; отношение к пассивности - пассивные ситуации интерпретируются испытуемыми как подготовка к деятельности, пассивные фигуры либо интерпретируются как активные, либо опускаются в рассказах; влияние труда на другие сферы, рассматриваемые в рассказах.

И. Арнольд /*Arnold*, 1962/ призывает отказаться от попыток соотношения мотивов и действий персонажей в рассказах ТАТ с реальным поведением испытуемого. Вместо этого она предлагает оценивать суждения испытуемого о тех или иных явлениях в жизни, как они отражены в рассказах. Такой подход был использован в данном исследовании для оценки отношения испытуемого к труду - считает ли он, что труд может быть источником удовлетворения и радости, либо труд - это тяжелое бремя, лежащее

на человека; понимает ли, что достижение целей человека возможно посредством труда, либо ожидает, что все желания исполнятся сами собой и т.д.

Таким образом на основании того, как раскрывается тема труда в рассказах ТАТ, оказывалось возможным делать определенные предположения относительно характера трудовой установки.

Методика "незаконченные предложения" применялась в варианте, разработанном в Ленинградском психоневрологическом ИИИ им. Бехтерева /Румянцев, 1969/. Особое внимание обращалось на завершение предложений о трудовой тематикой, как, например, "Лучше всего мне работается с...", "Когда ко мне приближается мой начальник...", "Люди, которые работают со мной..." и т.п. Учитывалась определенность ответа /завершения предложения/, согласованность ответов. То, насколько проявившееся отношение касается конкретной работы испытуемого или труда вообще, определялось через сопоставление данных, получаемых методикой "незаконченные предложения" с данными беседы и истории болезни.

Некоторые из путей изучения личности традиционно применяемых в патопсихологических исследованиях, по сути своей являются "проективными". В первую очередь это относится к наблюдению за действиями и суждениями испытуемого во время выполнения экспериментальных заданий и раскрытию некоторых черт личности экспериментальными методиками, направленными на исследование познавательных процессов, например "пиктограмма", "куб Динка", "классификация" и др. /Зейгарник, 1965/. В нашей работе мы использовали "проективность" методики "самооценка" в модификации С.Я. Рубинштейн /1970/. На бумаге проводится вертикальная черта и испытуемому предлагается представить, что на

этой линии расположены все люди мира, причем наверху самые здоровые, а внизу самые больные. Он должен обозначить на этой линии чертой свое место. Такие же вертикальные линии проводятся также по уму, характеру и счастью. В последующей беседе выясняются представления больного о здоровье и нездоровье, хорошем и плохом характере и т.д., почему он сделал ту или иную отметку. При анализе результатов мы ориентировались не столько на место отметки, которую ставит испытуемый на каждой из шкал, сколько на конкретные представления испытуемого о таких абстрактных и достаточно неопределенных понятиях, как "здоровье", "ум", "характер" и "счастье". Так как их содержание не задано инструкцией и не строго детерминировано общепринятыми нормами, то чаще всего испытуемый раскрывает в них лично значимые для себя аспекты. В данном исследовании нас в первую очередь интересовало то, в какой мере соответствующие представления испытуемого содержат труд и связанные с ним темы.

х х х

Итак, изучение трудовой установки проводилось прямым и косвенным путем на основе вербального поведения испытуемого, а также путем изучения его реального поведения по данным истории болезни. Прямой путь /соответствующие вопросы в беседе/ позволял выявить личностный смысл, который имеет для больного те или иные аспекты труда. Однако получаемые таким образом данные имеют ряд недостатков. Во-первых, не исключена возможность осознанного /с целью произвести более благоприятное впечатление на экспериментатора/ или неосознанного искажения ответов. Во-вторых, даже при всей искренности испытуемого возможно несоответствие даваемых им высказываний его ре-

альному поведению /известный феномен Лальера/. Косвенный /или проективный/ путь позволил определить степень формальности ответов, получаемых прямым путем, констатировать наличие в них реального личностного смысла. Анализ истории болезни давал данные о реальном поведении - формировании и реализации трудовой установки в жизнедеятельности больного. По результатам экспериментально-психологического обследования в целом определялись внутренние условия этой реализации - сохранность целенаправленности и целеполагания. Многоплановое изучение трудовой установки, путем введения прямых и косвенных способов исследования с объективными данными эпикриза позволяло получить более полное и достоверное представление об особенностях трудовой установки.

С помощью указанных методических средств учитывались также уровень притязаний и уровень ожиданий, основные интересы испытуемых, их характерологические особенности. С помощью историй болезни анализировались также интересы и характерологические особенности в пренормиде и их динамика.

х х х
х

Основным способом исследования семейных ситуаций больных была направленная беседа, проводимая с одним или несколькими родственниками, проживающими совместно с больным. В беседе выявлялось:

1/ Отношение родственников к больному /адекватность оценки его состояния, терпимость к патологическим явлениям в его поведении, отношение к перспективе стационаризации, к нежелательным стереотипам поведения/.

2/ Наличие или отсутствие действий, способствующих ан-

тивизации сохранных сторон личности больного /вовлечение его в домашний быт, отношение к трудоустройству, к тому, как он справляется со своей работой, оценка выполняемого им труда, оценка пользы, которую он приносит семье/.

3/ Осуществление контроля /в случае необходимости/ за соблюдением режима лечения.

4/ Степень зависимости больных от родственников и родственников от больных.

Для проведения бесед родственников приглашали в диспансер, либо посещали их на дому. Широко использовались совместные беседы с больным и его родственниками, во время которых наблюдались их взаимные эмоциональные реакции, доминирование того или иного лица при ответах на вопросы. Совместные беседы служили более адекватным основанием оценки семейной ситуации. Насколько это позволяли данные беседы, истории болезни и наблюдений, учитывались также характеристики самих родственников /их личные качества, особенности трудовой установки, соблюдение социальных норм поведения/.

При изучении семейных ситуаций использовались также данные историй болезни, данные, полученные при исследовании самих больных /их субъективные оценки ситуаций в семье/.

х х х
х

Сотрудниками отдела внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи НИИ психиатрии Минздрава РСФСР /заведующий отделом, доктор медицинских наук И.Я.Гурович/ были уточнены диагнозы и дана квалификация психопатологии обследованных больных.

х х х
х

Исследование было построено по катанестическому принципу. Обследовались больные после перенесенных обострений, находящиеся в состоянии ремиссии. Соответственно продуктивная психопатологическая симптоматика в этот период мало влияла на поведение больных, что облегчало возможности психологического исследования.

Описанным методом было изучено 103 больных шизофренией и их родственники. Обследованные больные распределялись по типам течения болезни следующим образом: 42 больных вялотекущей шизофренией, 31 - параноидной, 23 - прогрессивно-приступообразной и 7 больных рекуррентной /периодической/ шизофренией. 38 больных было в возрасте от 20 до 29 лет, 36 больных в возрасте от 30 до 39 лет и 29 больных в возрасте от 40 до 45 лет. Длительность заболевания у 22 больных была менее 5 лет, у 34 больных от 6 до 10 лет и у 47 больных - более 10 лет. К моменту обследования 65 больных работали на общем производстве или учреждениях, либо учились в высших учебных заведениях. 38 больных не работали, из них 30 больных имели 3-ю группу инвалидности, а 8 больных - 2-ю группу. 12 больных из числа неработающих были заняты в лечебно-трудовых мастерских.

Более подробные характеристики испытуемых по типам течения болезни см. в таблице № 1. Следует отметить, что несмотря на то, что были обследованы больные с разными типами течения шизофрении, мы не ставили себе задачу изучить связь особенностей трудовой установки и семейной ситуации с тем или иным типом течения.

Все обследованные больные состояли на учете в психоневрологическом диспансере № 16 г. Москвы. Во время обследования 58 больных лечились в дневном стационаре диспансера, 12 боль-

Таблица № I

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИСПЫТУЕМЫХ

Характеристика испытуемых	Возраст			Длительность заболевания			Образование			Группа инвалидности	
	20-29 лет	30-39 лет	40-45 лет	менее 5 лет	от 6 до 10 лет	более 10 лет	неполн. среднее	сред- нее и высшее	непол- ное и высшее	3 гр.	2 гр.
Типы течения шизофрении											
Видотекущая шизо- френия	20	15	7	11	17	14	7	17	18	2	5
Периодная шизо- френия	9	10	12	4	8	21	14	12	5	3	19
Проступообразно- прогредиентная шизофрения	8	7	8	6	7	10	3	14	7	1	6
Реккурентная /пе- риодическая/ шизо- френия	3	3	2	2	3	2	1	3	3	1	1

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИСПЫТУЕМЫХ

Характеристики испытуемых	Уровень профессиональной квалификации до заболева- ния			Уровень профессиональной квалификации после заболевания				
	малоквал. работа	квалиф. работа	высоко- квалиф. работа	малоквал. работа	квалиф. работа	высоко- квалиф. работа	нигде не работают	ЛГМ
Вялотекущая низо- френия	7	17	18	-	14	17	11	1
Параноидная низо- френия	17	10	4	5	3	1	32	8
Приступообразно- прогрессирующая низофрения	4	12	7	2	13	3	5	3
Рекурсивная /перно- дическая/ низофрения	1	3	3	2	1	2	3	-

ных проходили трудовую терапию в лечебно-трудовых мастерских.
Остальные 33 больных явились на обследование по вызову.

II. ТРУДОВЫЕ УСТАНОВКИ БОЛЬНЫХ ВИЗОФРЕНИЕЙ

Сопоставляя данные, получаемые прямым и косвенным способом, мы изучали личную значимость труда для больного, скрывающуюся за его мотивировками, оценивали выраженность его стремления к труду. Раскрываемая нами степень сохранности целенаправленности и целеполагания характеризовала имеющиеся субъективные условия реализации трудовой установки в поведении. В результате проведенного анализа было выделено четыре типа установок к труду: сохранная трудовая установка, нарушенная трудовая установка, формальная /"лишь знаемая"/ трудовая установка и отрицательная установка к труду. Так как последние две можно лишь условно назвать типами трудовой установки - положительная установка к труду в этих случаях фактически отсутствует, либо никогда не существовала - мы их рассматриваем вместе как характерные для больных определенной группы.

Следует еще отметить, что нарушения, полное исчезновение положительной трудовой установки или ее трансформацию из положительной в отрицательную мы рассматриваем не только как следствие развития визиофренического процесса, краткую характеристику которого мы даем для каждой из выделенных групп больных, но определенную роль при этом играет также пренорбидная личность больного, его ближайшее социальное окружение, уровень профессиональной квалификации и трудовой стаж.

§ I. Больные с сохранной трудовой установкой

В эту группу, состоящую из 30 человек, вошли больные с вялым течением процесса и неглубокими изменениями личности. В

преморбиде у этих больных наряду с эмоциональной неустойчивостью, склонностью к рефлексии отмечались также целенаправленность интересов, общественная активность, высокие притязания /почти все больные либо пытались поступить, либо поступили в высшие учебные заведения/. На этом фоне возникали нередко выраженные неврозо- и психопатоподобные расстройства при относительно большом удельном весе аффективных колебаний, чаще всего в виде субдепрессий. Процесс характеризуется протеканием обострений в основном на амбулаторном уровне, редкими госпитализациями. В момент обследования больные этой группы находились в состоянии стенической или псевдопсихопатической ремиссии /по Г.В.Землеву, 1964/. Данные о возрасте больных, длительности заболевания и т.д. см. в таблице № 2.

В беседе эти больные высказывали реалистическое, положительное отношение к труду. Они мотивировали свой труд возможностями проявления творчества, интересом к самому процессу работы, возможностями общения, хорошим заработком, стремлением не терять свой авторитет среди товарищей. Примечательно, что никто из обследованных больных ни в этой, ни в других группах не указывал в беседе на конфликтные отношения с товарищами по работе, хотя очень часто встречались упоминания о конфликтах с начальством. Некоторые больные в беседе вместо собственно мотивов труда указывали удовлетворявшие их условия работы: чистота, небольшая нагрузка, близость к дому, удобное расписание и т.д. 8 больных выразили недовольство своей работой, указывая при этом ее недостатки /ограничения творческой инициативы, отсутствие перспективы профессионального роста и др./.. Однако и эти больные имели положительное отношение к труду вообще. В этих случаях особенно отчетливо выступает опи-

ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ПО ТИПАМ ТРУДОВОЙ УСТАНОВКИ

Характеристика испытуемых	Типы течения шизофрении				Возраст			Длительность заболевания		Группа инвалидности		
	вяло-текущая шизофрения	параноидная шизофрения	приступообразно-прогредиентная шизофрения	рекуррентная шизофрения	20-29 лет	30-39 лет	40-45 лет	менее 5 лет	от 6 до 10 лет	более 10 лет	3 гр.	2 гр.
Сохранная трудовая установка	30	-	-	-	13	13	5	8	11	11	-	-
Нарушенная трудовая установка	работавшие больные	-	9	18	5	13	9	12	10	13	11	4 4
	неработавшие больные	5	9	5	2	8	7	11	4	7	10	3 14
Формальная и отрицательная трудовая установка	7	13	-	-	7	12	8	8	11	10	-	15

ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ПО ТИПАМ ТРУДОВОЙ УСТАНОВКИ

Характеристика испытанных	Образование			Уровень профессион. квалиф. до заболев.			Уровень профессиональной ква- лификации после заболевания				
	непол- ное сред- нее	сред- нее	непол- ное и полн. высшее	мало- квал. работа	квали- фицир. работа	высо- кокв. работа	мало- квал. работа	квали- фицир. работа	высо- кокв. работа	нигде не работ- ают	ЛТИ
Сохранная трудовая установка	8	12	15	-	13	17	-	13	17	-	-
Нарушен- ная тру- довая установ- ка	3	16	9	4	16	10	9	17	5	-	-
	8	7	6	9	6	6	-	-	-	13	8
Формальная и отрица- тельная трудовая установка	11	6	3	12	6	2	-	-	-	16	4

санное А.Н.Леонтьевым /1975/ несоответствие эмоций с личностным смыслом. Негативные эмоциональные переживания, связанные в основном с чисто побудительными мотивами, не нарушают деятельность в целом, управляемую в основном смыслообразующими мотивами, занимающими более высокое место в иерархии мотивов.

Сохранность трудовой установки, выявленная в беседе, подтвердилась также в проективных признаках исследования. Все 30 больных включали труд в параметры самооценки по одной или нескольким шкалам /"счастье", "здоровье", "характер"/. Ответы в методике "незаконченные предложения" характеризовали положительное или отрицательное отношение к конкретному виду труда, которым занят больной. Не менее, чем в двух рассказах по 10 картинкам ТАТ в более или менее развернутом виде содержалась тема труда. Несмотря на естественные различия, рассказы в целом отличались развернутостью сюжетов и активно действующими позициями персонажей, разработанностью их целей. Обращает внимание то, что тема труда преимущественно выступала в качестве фона, на котором разворачивались главные темы, такие, как личная, семейная, любовно-интимная и др. Тема труда выступала в качестве главной в рассказе больных, недовольных своей конкретной работой. В протоколах ТАТ наиболее отчетливо выделяются те темы, в сфере которых субъект испытывает затруднения в реальной жизни, если только эти затруднения не носят глобального характера. В последнем случае субъект забегает всего, что может быть связано с такими затруднениями. Это согласуется с представлениями о характере связи отражения личных мотивов в рассказах ТАТ и мотивами реального поведения /Lazarus, 1961; Tomkins, 1947/.

Отмечается сохранность целенаправленности и критично-

сти мышления при выполнении экспериментальных заданий. Больным доступно опосредование слов для запоминания в методике "пиктограмма", несмотря на отдельные ошибки в ходе решения задачи, они справляются с третьим этапом обобщений в методике "классификация", при "исключении предметов" ошибки появляются лишь в наиболее трудных заданиях /см. В.Ф. Поляков, 1972/. У всех больных этой группы обнаруживался "мотив экспертизы" - отношение к латентно-психологическому эксперименту как к проверке своих умственных способностей /Зейгарник, 1965; Рубинштейн, 1970/. Они довольно охотно соглашались на обследование, были заинтересованы в достижении наилучших результатов, адекватно реагировали на успех и неуспех. С другой стороны ассоциации в "пиктограмме" носили псевдоабстрактный или отдаленный характер, в методике "классификация" частыми были ошибки по типу "соскальзываний", как уже отмечалось, в наиболее трудных заданиях в методике "исключение предметов" встречалась опора на латентные признаки. Однако все эти ошибки были эпизодическими и поддавались коррекции со стороны экспериментатора. Следует отметить, что в трех случаях в этой группе больных отмечались более грубые нарушения мышления, что подтверждает мнения об отсутствии непосредственной связи между тяжестью нарушений мышления и трудоспособностью /Рубинштейн, 1972; Халфина, 1974/. Тем не менее здесь важно указать на то, о каких именно нарушениях идет речь, поскольку грубые расстройства целенаправленности и критичности мышления прямо отражаются на трудоспособности, в то время как даже выраженная непоследовательность суждений и нарушения процесса обобщений могут не обнаруживать такой зависимости. Безусловно важно учесть и вид труда, к которому сохраняется или нарушается трудоспособность.

В силу малой прогрессивности шизофренического процесса больные могли усвоить ряд профессий и успешно работать. 15 больных имели высшее или незаконченное высшее образование, 12 больных — среднее и лишь 3 больных — неполное среднее образование. 17 больных выполняли высококвалифицированную работу /инженер, художник, артист/, либо учились в высших учебных заведениях, а 13 больных занимались квалифицированным умственным и физическим трудом /техник-лаборант, электромонтер, водитель автобуса/ как до, так и после заболевания.

Рассмотрим подробнее несколько примеров больных с сохраненной трудовой установкой.

Пример I. Больная Н.Б., 1950 г.р. Диагноз: шизофрения вялотекущая, синдром навязчивости.

Из анамнеза. В детстве много болела. В 4 года перенесла тяжелую психотравму — отец в пьяном состоянии пытался задунуть мать. Испытывала сильный страх при виде отца. В детстве была очень общительной. В школе училась хорошо, в основном интересовалась гуманитарными предметами. Активно участвовала в общественной жизни, хотела стать журналисткой и даже печаталась в городской газете. По совету родителей поступила на факультет дошкольной педагогики и психологии педагогического института. Во время учебы в институте начались колебания настроения, стала раздражительной, чувствовала, что происходят какие-то изменения. Несмотря на то, что учеба давалась легко, стала терять к ней интерес. Будущее стало казаться бесперспективным. В 1972 г. окончила институт, вышла замуж и вскоре родила. После родов появились навязчивые мысли, что возможно ребенка перепутали в роддоме. Стала раздражительной, мнительной, недоверчивой к мужу, стали возникать конфликты с

нии. Испытывала сильное напряжение в голове. С августа 1975 г. нарушился сон. С трудом заставляла себя уделить внимание ребенку.

В беседе больная отмечает, что несмотря на хорошее отношение к ней и к ребенку со стороны мужа, он ее раздражает и "дело дошло почти до развода". Больная недовольна своим образованием, специальностью и настоящим местом работы. Прекратила работу по специальности, так как ощущает свою собственную непригодность к этой работе. В настоящей работе /инженер/ недовольна условиями - слишком шумно, однако в качестве ее достоинств отмечает отсутствие строгой дисциплины и малую загруженность. Больная хочет сменить место работы, найти более подходящие условия. Однако выбор нового места она связывает с множеством условий - работа должна быть близко от дома, легкая, без строгой дисциплины и с подходящим расписанием. К этому больная добавляет, что "вообще работу можно найти только по знакомству" и, таким образом, ее желание сменить работу не может слугить руководством к реальному действию.

В методике "самооценка" больная отмечает, что несмотря на ее несдержанность, у нее все-таки не совсем плохой характер, так как "товарищи на работе ее уважают". Счастливы в ее понимании люди, имеющие работу, которая им нравится. В ТАК частыми являются рассказы, раскрывающие тему труда. В рассказе по картине № I главный персонаж, следуя своему призванию, трудится всю жизнь, чтобы принести людям радость своей музыкой. Такой же рассказ по картине № II, где молодая девушка становится учительницей в сельской школе, чтобы облегчить крестьянский труд. В рассказе на белую картину больная описывает собственное участие в уборке урожая, акцентируя общественную

пользу труда. Другие сюжеты также включают в качестве фоновых элементы труда. Всех рассказов отличает тщательное выделение целей и средств, необходимых для их достижения.

Большой доступно обобщение слов для запоминания в методике "синтограмма", лишь в некоторых случаях ассоциации носят отдаленный характер, например, на слово "справедливость" рисует женское лицо и поясняет "добрый и отзывчивый" человек. Интересно привести ассоциации, которые косвенно отражают доминирующие переживания больной. "Тяжелая работа" /рисует столы и людей за столами/ - "я свою работу изобразил. Столы, люди сидят кругом, кругом масса столов. У нас в комнате 60 человек, рядом пишущие машинки стучат - семь штук, тяжелая обстановка". "Счастье" /рисует женщину, мужчину за детской коляской, дом/ - "можно изобразить счастливую супружескую пару, как обычно изображают, ребеночек в коляске. Муж помогает во всем жене, ведет ребенка в ясли, у жены приятная работа. Вот она пошла на работу".

В методике "классификация" на фоне правильно образованных групп, выделяет группу "профессии", относит туда спортсмена, при этом объясняя: "Спортсмен ведь тоже бывает профессия". Градусник больная правильно объединяет с часами, но объясняет - "Часы нужны для того, чтобы знать, сколько времени держать градусник", автомобиль объединяет с ребенком, так как автомобиль - "игрушечный". Допускаемые ошибки больная сама исправляет и на 3-м этапе правильно выделяет три группы, что свидетельствует о достаточно высоком уровне обобщений. В методике "исключение предметов" почти все решает правильно, но из группы "кровать, шкаф, буфет, этажерка" исключает буфет, объясняя - "зачем нужен комод, если есть шкаф, в котором можно

все сложить".

Экспериментально-психологическое обследование в целом указывает на достаточную сохранность целенаправленности и критичности мышления, отмечая лишь некоторую непоследовательность суждений - "оскальзывания" на латентные и конкретно-ситуационные признаки.

Несмотря на свое недовольство выбором профессии, предшествующей и настоящей работой /что отражено в истории болезни, обнаруживается в беседе и в методиках, содержащих проективные элементы/, больная стремится к труду, расценивает его как необходимую и одну из главных составляющих своей жизни /см. данные по методикам "самооценка", "пиктограмма", ТАТ/. В силу расхождения притязаний и возможностей в сфере труда, его тема занимает важное место в переживаниях больной и соответственно отражается и в беседе и в экспериментальных методиках. Желание сменить место работы очевидно относится к этим недостижимым притязаниям, в силу чего больная сама себе выдвигает множество условий, которые должны быть соблюдены при переходе на другое место работы и тем самым как бы "рационализировать" свое пребывание на старом месте работы, так как эти условия практически невыполнимы. Следует отметить также, что недовольство своей работой, как и недовольство мужем, скорее всего относится к тем переживаемым изменениям личности, которые возникали в ходе всего текущего процесса. Несмотря на некоторые изменения смысла работы для больной /упомянутое выдвигание условий, недовольство/, имея достаточно сохраненные внутренние условия /целенаправленность и критичность мышления, адекватное целенаполагание/, больная успешно осуществляет свою трудовую деятельность. Следует лишь добавить, что более адекватный выбор

профессии /педагогическая работа никогда не привлекала больную, она испытывала трудности при общении с детьми/ возможно избавили бы больную от внутренних конфликтов в области трудовой деятельности и в определенной мере замедлили бы протекание патологического процесса.

Пример 2. Больная Л.К., 1949 г.р. Диагноз: вялотекущая психозения, депрессивный синдром.

Из анамнеза. В детстве была подвижная, любознательная. В школе имела много друзей, занималась в кружке по художественной гимнастике, увлекалась языками. Окончила одновременно II классов и музыкальную школу.

В школьные годы часто конфликтовала с матерью, после конфликтов были "состояния", хотела выбросться из окна. Замыкалась в себе. После школы поступила в музыкальное училище, много занималась. Учеба давалась легко, но "ни в чем не было радости". В 1969 г. вышла замуж. Семейная жизнь сразу же не сложилась из-за интимных отношений /не могла спать с мужем в одной постели/. Наставала на разводе. В 1970 г. родился нежеланный ребенок. Появились бессонница, раздражительность, плаксивость. В это же время поступила на вечернее отделение института. В 1974 г. развелась с мужем, ребенка на воспитание взяла бабушка.

Проживает вместе с психически больным братом. В 1976 г. обратилась к психиатру с жалобами на "обрывки мелодий в голове", мешающие ей работать, раздражительность, плаксивость. Поступила на лечение в дневной стационар.

В беседе обнаруживается амбивалентное отношение к своей работе /скрипач в эстрадно-симфоническом оркестре/. С одной стороны считает, что никто ее не может в должной степени оце-

нить, выдвигаются низкие требования, приходится несколько лет подряд играть один в тот же репертуар. С другой стороны рассматривает свою работу как выгодную - остается много времени для учебы, хорошая зарплата. После окончания учебы намерена перейти на работу в симфонический оркестр.

В методике "самооценка" отражается фиксация больной на своем состоянии - снижение по шкалам "характер" и "счастье" объясняется болезнью. При этом больная отмечает, что "вообще не видела людей с хорошим характером", то есть ее реальная самооценка достаточно высокая. Критерием здоровья для Л.К. отчетливо выступает труд - "Я не самая здоровая, так как голова плохо соображает, устал на работе, но и не самая больная, так как в этом случае вообще не могла бы работать. Значимость труда отражается также в рассказах ТАТ. Хотя тема труда и не выступает в качестве основной, она тесно связана с главными сюжетными линиями - личными притязаниями, семейными взаимоотношениями. Особо акцентируются творческие моменты труда, указывается на необходимость преодоления трудностей, в основном связанных с важностью и большим объемом работы, которая "отнимает все силы и время". Перспектива будущего в этой связи благоприятная, трудности выступают как показатель высокой социальной ценности личности, преодолевающей эти трудности.

В экспериментально-психологическом обследовании были выявлены мало выраженные расстройства мышления. Больной легко доступен уровень обобщений, требуемый для выполнения заданий, хотя отмечаются некоторые затруднения при понимании инструкций и включении в выполнение заданий. Так, например, в "пиктограмме" на слова "вкусный уксус" больная рисует "ноль" и говорит - "и это так обозначу" - не понимает, что нужно создавать ассо-

ции для запоминания. Возможно, подобные затруднения объясняются отвлеченностью больной от самой ситуации эксперимента, в связи с фиксацией на своем состоянии и сниженным фоном настроения.

Таким образом, у больной Л.К. выявляется сохранная положительная эмоциональная оценка труда, личная значимость творческой стороны труда, направленность на более полное включение в трудовые процессы. Свои болезненные ощущения она в первую очередь оценивает с точки зрения того, насколько они мешают ей работать. Судя по анамнезу, такой характер трудовой установки оформился еще в преморбиде и патологический процесс оставил ее фактически нетронутой.

х х х
х

В целом у больных этой группы отмечаются адекватные представления об объективном содержании и значимости труда, выраженный личностный смысл труда в качестве средства достижения своих мотивов, адекватное целеполагание согласно этому личностному смыслу и последовательная реализация этого целеполагания в поведении.

§ 2. Больные с нарушениями трудовой установки

В эту группу вошло 53 человека. Клинически это были довольно разнородные больные. 28 больных страдали прогрессирующе-приступообразной шизофренией /в основном с аффективными и депрессивно-параноидными расстройствами/, 18 больных параноидной шизофренией, которая протекала в виде стертых пубов, 7 больных рекуррентной /периодической/ шизофренией и 5 больных вялотекущей шизофренией, у которых, несмотря на раннее начало процесса, отмечалось относительно медленное нарастание

изменений личности /снижение инициативы, сужение круга интересов/, навязчивые идеи на тревожно-депрессивном фоне.

Несмотря на большое разнообразие преморбидных особенностей - часть больных были активными и общительными, а часть - стеснительными и замкнутыми, общим в преморбиде для больных этой группы был интерес к занятиям в школе и к усвоению специальности. Также общим для этой группы больных /кроме страдающих вялотекущей шизофренией/ являлась относительно поздняя /в 30-35 лет/ манифестация процесса. В момент обследования больные параноидной шизофренией находились в состоянии параноидной ремиссии, остальные в состоянии астенической и аутистической ремиссии. Отмечались также случаи стенической и шизоидической ремиссии.

В беседе все больные положительно оценивали объективную необходимость труда. Однако личное отношение к труду было разным. Часть больных /23 чел./ высказывали удовлетворение своей работой, причем, как правило, с переоценкой ее общественной значимости /больной библиотекарь говорит о выставлении книг на витрине как о подлинном творчестве, которым восхищаются все читатели/, либо с выделением особо значимых весьма необычных моментов трудовой деятельности /больной - техник по озеленению считает, что общением с растениями он компенсирует отсутствие общения с людьми/. 9 больных выражали недовольство имеющейся работой, характеризуя ее как "несоответствующую специальности", "тяжелую", "нечего делать по дому". В этих случаях больные, как правило, недооценивали тяжесть своего состояния, переоценивали свои возможности. 21 человек, признавая общественную и личную полезность и необходимость труда, тем не менее считали, что в силу своего заболевания они работать не могут.

Некоторые из них высказывали желание трудоустроиться, но эти желания носили нестойкий и противоречивый характер.

Положительное отношение к труду, так же как в группе больных с сохраненной трудовой установкой, выражалось в косвенным путем, но эти выражения носили специфическую аутистическую окраску. Так, параметры самооценки "здоровье", "счастье", включают труд, но сама самооценка в отличие от первой группы больных неадекватна. Чаще всего, в силу неадекватной критики к своему состоянию, больные недооценивают степень его тяжести, не считают себя психически больными. Так больная И.Р. с диагнозом "параноидная психоз", будучи несколько раз стационарирована в остром состоянии, лишь потому не может отнести себя к самым здоровым, что у нее "грибки на ногах". Довольно характерной для этой группы больных является поляризация оценок, например, по здоровью больной оценивает себя как самого здорового, в то же время считая себя самым несчастным. Встречаются замены одних параметров самооценки другими. Так, оценивая здоровье, больные фактически говорят об уме, а имея в виду ум, описывают характер и т.д.

Рассказы ТАТ содержат тему труда, но вместо самих рассказов, вопреки инструкции, дается описание картины; сюжеты схематичны; персонажи описаны как бездейственные, пассивные. В случае, если рассказы все-таки развернуты, тема труда в них раскрывается в общих категориях с элементами резонирования. Не обнаружилось какой-либо зависимости степени раскрытия темы труда от того, доволен ли больной своей работой, недоволен, либо вообще не работает. Это, возможно, связано с тем, что особенностями рассказов ТАТ больных психозом, которые отмечает И.И. Гильяева /1976/ - бедность характеров персонажей расска-

зов, их малая выразительность в силу небольшой глубины идентификации, детерминированность сюжетов внешними стимулами - деталями самой картины. Однако, как показывают наши данные, эти показатели не являются характерными для инициальных форм влотекущей психозы. В этих случаях рассказы ТАТ не обладают какой-либо нозологической спецификой и следовательно вряд ли могут послужить диагностическим критерием дифференциации психозы и неврозов.

Выполнение заданий экспериментально-психологического обследования выявило нарушения целенаправленности мышления, которые ярче всего проявились в методике "классификация". В силу разноплановости мышления при создании групп, больные, как правило, не справились с третьим этапом задания, что свидетельствует о значительном нарушении процесса обобщения. В методике "исключение предметов" больные не справились не только с более трудными заданиями, но допускали ошибки и при выполнении более простых, хотя в целом эта методика больным более доступна, чем "классификация". Допускаемые больными ошибки корректировались с трудом. Больные пытались отстаивать неправильные решения, в этих случаях отчетливо выступала элементность рассуждения. Нарушение опосредования вследствие отдаленности и выключенности возникающих у больных ассоциаций затрудняло запоминание слов в методике "пиктограмма". Часто воспроизводилось не данное слово, а сама ассоциация больного. Несмотря на допускаемые ошибки и элементность рассуждения, больные имели "мотив экспертизы", пытались показать себя в эксперименте в наилучшем свете. Реакции больных на результаты при выполнении заданий группировались вокруг двух крайностей - либо больные не критично относились к своим ошибкам и пытались доказывать

свои правоту, либо они вели себя очень неуверенно и явно боялись показать свои несостоятельности. В последнем случае встречались даже отказы от выполнения отдельных заданий.

Таким образом экспериментально-психологическое обследование раскрывает нарушения условий реализации трудовой установки в поведении - целенаправленности, адекватного целеполагания.

В данном случае можно говорить именно о нарушении, а не об отсутствии трудовой установки. Анализ истории болезни показывает, что в преморбиде эти больные имели вполне сформированную трудовую установку. Поздняя манифестация и особенности протекания процесса дали возможность больным этой группы получить образование и профессию, а также закрепить свои навыки работ и установку в трудовой деятельности. 16 больных имели высшее или незаконченное высшее образование, 26 больных - среднее и 11 больных - неполное среднее образование. До того как заболели привели к временному или полному прекращению трудовой деятельности, все больные работали не менее трех лет. Из 16 больных, которые либо выполняли высококвалифицированную работу, либо учились в высшем учебном заведении, к моменту обследования 3 снизили квалификацию /переплетчица в типографии - бывший экономист, мл. лаборант - бывший студент, бухгалтер - бывший преподаватель физики/, а 7 больных уже более года нигде не работали. Некоторые из них не вернулись на работу уже после первого перерыва в трудовой деятельности /как правило, вызванного стационаризацией/, некоторые после второго или третьего. Из 23 больных, ранее занятых квалифицированным трудом, 6 квалификацию снизили /например, буфетчица - бывший бухгалтер/, а 5 больных не работали. Из 14 больных, выпол-

нивших малоквалифицированный труд, к работе вернулись лишь 5. Среди работающих было 4 инвалида третьей группы и 1 инвалид второй группы. Среди неработающих больных было 2 инвалида третьей группы и 14 инвалидов второй группы. 8 человек из числа неработающих проходили трудовую терапию в лечебно-трудовых мастерских.

Столь большая доля неработающих среди ранее занятых высококвалифицированным и малоквалифицированным трудом связана с особенностями их трудовой установки.

Трудовая установка высококвалифицированных работников, - ученых, врачей, педагогов, инженеров и др., преимущественно связана с творческими интересами, с потребностью занять определенный статус в обществе. Патологический процесс препятствует в этих случаях работе по своей специальности и если иерархия мотивов человека не обладает достаточной гибкостью, то невозможность удовлетворить упомянутые потребности на прежнем уровне оборачивается для него жизненной катастрофой. Он уже не может приспособиться к новым видам труда, которые не удовлетворяют полностью его потребности. С другой стороны, в трудовой установке малоквалифицированных рабочих основной содержательный момент - материальная заинтересованность. Так как разница между прежней зарплатой и пенсией по второй группе инвалидности не такая большая /или разницы нет, если больной еще занят в ЛТМ/, то получаемая пенсия позволяет больным вполне удовлетворить их невысокие запросы; соответственно реальная необходимость трудовой деятельности для них начинает терять смысл.

Пример 3. Больная Т.М., 1945 г.р. Диагноз: шизофрения, приступообразное, прогрессивное течение, острый катато-

нический приступ.

Из анамнеза. Воспитывалась бабушкой, росла в тяжелых материальных условиях, среди малограмотных людей. Была пугливой, суеверной, отличалась большой впечатлительностью, обидчивостью. В школе училась хорошо, интересовалась физикой, астрономией. В 1966 г. поступила в педагогический институт. После окончания института работала учителем физики и астрономии. Была замужем, имеет двух детей. На работе в школе испытывает некоторую растерянность, напряженность, перед уроками готовилась ночами, но после того, как сняла школу, стала хорошо справляться со своими обязанностями. После 1974 г. стала ощущать себя нравственно опустившейся, ощущала свое одиночество в коллективе, все люди казались посторонними, меркантильными. Пришла к выводу, что она неспособный педагог. В январе 1975 г. в возбужденном состоянии поступила в психиатрическую больницу им. Ганиушкина, где пробыла два месяца. После выписки из больницы получила инвалидность третьей группы. Занималась самолечением - физкультурой и строгой диетой. Устроилась на работу в архив районного отдела социального обеспечения, затем там же работала инспектором, а во время обследования - бухгалтером.

В беседе больная подчеркивает важное место, которое занимает работа в ее жизни. Для нее главное в труде - интерес, но при этом работа, которая для больной становится привычной, для нее интерес тернет /"в архиве работу позвала, уже не интересно, в бухгалтерии тоже уже становится не интересно"/. Больная отмечает, что ее подлинный интерес - это именно физика, а не педагогика /говоря о своей прошлой работе/, что теперь важно найти работу, где можно было бы "в обсерватории пойти, звездам наблюдать". К огорчению больной, "семья, родня, муж не по-

внимает" ее поисков работы и не поддерживает их.

В методике "самооценка" по шкале "счастье" больная ставит себя в самом низу и говорит: "чуть выше нижнего. По личному, по семейному счастью я бы поставила себя наверху - дружная семья, не бывает конфликтов. Общественного счастья у меня нет - это то, что человек занимается той работой, которую он любит, а не просто работает и получает деньги, чтобы существовать".

Рассказы ТАГ в основном описательного характера, их основное содержание - псевдофилософские резонерские рассуждения, отражающие аутистическую направленность интересов больной /"борьба света и тьмы", "вера во встречи с жизнью других миров" и т.д./ . Позиции персонажей в рассказах пассивны, все происходящее описывается в форме мечтаний и желаний. Элементы темы труда, в основном составляющие фон рассказов, имеют положительную окраску. Описание удовлетворенности трудом по картине II, в рассказе по картине VI женщина отдыхает после трудового дня со спокойной уверенностью в будущем.

Опосредованность слов для запоминания в методике "пиктограмма" для больной доступна, хотя весьма часты отдаленные ассоциации. Например, на слово "болезнь" больная рисует дом и объясняет - "Болезнь - это разрушение. Не знаю как разрушенный дом мне нарисовать". В некоторых ассоциациях довольно ярко отражаются нарушения мышления и аутистические интересы больной. "Разлука" - "Это два поезда, которые едут в одном направлении, но в разных системах отсчета. Один в подвижной, другой в неподвижной, они все более расходятся и больше не встретятся, как наша галактика". Нарушения целенаправленности мышления, его некритичность еще более резко выявляется в методиках

"классификация" и "исключение предметов". Так в методике "классификация" с третьим этапом больная справляется лишь после усиленной помощи экспериментатора.

Таким образом, при наличии положительного эмоционального отношения к труду, мы видим обусловленное патологическим процессом изменение личностного смысла труда для нее. Вернее будет говорить даже не об изменении, а о гипертрофированности некоторых элементов преморбидной трудовой мотивации /интерес к физике, к астрономии/. Нарушены также условия реализации трудовой установки в деятельности /расстройство целенаправленности мышления/, которые, однако, скомпенсированы - больная работает и, судя по истории болезни, с работой справляется. Обладает двойственное отношение больной к своей конкретной работе /бухгалтер/. С одной стороны больная как бы недовольна ею, так как работа не соответствует ее интересам и возможностям, утверждает, что окружающие не понимают ее стремления, а с другой стороны, все попытки переменить работу ограничиваются разговорами об этом, отрицательное отношение родных к высказываемым намерениям больной конфликтов не вызывает, больная довольна своим рабочим коллективом, который, по ее словам, "чутко и внимательно к ней относится". Следовательно, все аутистические намерения больной в большей степени относятся к плану воображения. В реальном поведении она адекватно руководствуется требованиями внешней ситуации.

Пример 4. Больная А.Х., 1937 г.р. Диагноз: шизофрения, приступообразно-прогредиентное течение, галлюцинозопредозный синдром.

Из анамнеза. В детстве была замкнутой, стеснительной. В школе училась отлично, занималась в хореографическом кружке.

После школы, по совету тети, хотела поступить в медицинский институт, сама определенных интересов не имела. Не прошла по конкурсу и в следующем году поступила в МИИТ. Выбор института был обусловлен тем, что по совету подруги стала там посещать вечерние занятия, которые ей понравились, особенно математика. В институте училась хорошо, хотя были и тройки. По распределению стала работать в институте патентной экспертизы. Работа сначала нравилась, а потом интерес к ней начал ослабевать. Впервые в 1966 г. стала замечать необычное, подозрительное отношение к себе. Впервые была стационарирована в 1967 г. После выписки перешла работать в проектный институт, где сначала занималась расчетами, но стала допускать ошибки, была переведена на менее квалифицированную работу, копировальщицей. Несколько раз была стационарирована, увольнялась, затем опять устраивалась на работу. Последнее место работы - разнорабочая на стройке. Устроилась на это место по собственному желанию, так как считала, что хорошим инженером можно стать, лишь пройдя через все профессии на стройке. Проработав 5 месяцев, больная попала в психиатрическую больницу и получила вторую группу инвалидности. С тех пор, то есть с 1974 г., больная больше не работала, до октября 1976 г. жила дома в полной бездеятельности. Во время обследования в ноябре 1976 года больная занималась в ЛТИ.

В беседе высказывает неудовлетворение работой в ЛТИ, считает, что ей необходима работа, где у нее была бы возможность по определенному образцу четко контролировать себя /именно такого рода работа - сборка электроустановок, ей предоставлена в ЛТИ/. Больная не строит никаких планов на будущее, намерена продолжать работу в ЛТИ, где больше всего ее привлекает

возможность общаться. Отмечает преимущества коллектива больных, где все друг друга понимают, над коллективом здоровых, где ее сторонились. К тому же она утверждает, что даже идти на работу в ЛТН себя заставляет, это ее обязывает, а дома, тем не менее, ничего не делает. "Знаю, что в ЛТН за меня работу никто не сделает, а дома мама сама все сделает".

В методике "самооценка" выявляется критика к своему состоянию, значимость труда для больной. Так по "уму" больная ставит себя выше, чем по другим шкалам, объясняя это тем, что она может работать хотя бы в ЛТН. В низу шкалы "ум" по мнению больной находятся те, "которые вообще ничего не могут делать, работать не могут".

Развернутые, богатые сюжеты в рассказах ТАТ указывают на развитое воображение больной. Однако в описании персонажей отсутствует целеобразование, активное действие. Персонажи преимущественно изображены как мечтатели, размышляющие. В рассказах по картинам II, XIV темой для размышлений является труд, а в рассказах по картинам I, XIII тема труда является фоном для развертывания основных линий сюжета.

Больная хорошо справляется с методикой "диктограмма", ассоциации в основном конкретно-ассоциативные, однако в некоторых случаях они не соответствуют содержанию задаваемого понятия. Так на слово "дружба" больная рисует голубя и говорит - "Голубь мира. Это уже стало эмблемой взаимопонимания". В начальных этапах методики "классификация" больная допускает лишь отдельные ошибки по типу "соскальзываний" на конкретно-ситуативные признаки /спорт как профессия, садовые принадлежности/, с третьим этапом справляется с трудом - относительно легко выделяя группы "фауна" и "флора", затрудняется в выде-

лении группы "человек" и пытается образовать группы по типу "предметы, необходимые для человека". В методике "исключение предметов" также обнаруживаются отдельные ошибки в виде опоры на латентные признаки, например, "этажерка и мебели не относятся, так как редко употребляется у нас". Больная в целом охотно выполняет задания, исправляет ошибки, пользуется подсказками экспериментатора, заинтересована в результатах.

Таким образом, сохраняя в целом положительное отношение к труду, больная недооценивает свои возможности. Личная значимость труда как бы выколочена, она, утрачивая свое реальное содержание, становится все более формальной. На первый план выступают не осознанные ценности труда, а элементы "труда по привычке". Обнаруживается развитие индивидуальных тенденций - помимо пенсии по инвалидности в ЛТН больная зарабатывает около 20 рублей в месяц, по дому ничего не делает, находится под полной опекой родителей. Также перопертивизма будущего указывает на зарождение "вторичного госпитализма" - больная не рассматривает ЛТН как этап подготовки к труду на общем производстве, а считает занятия в ЛТН постоянной частью своего жизненного уклада. Следует отметить, что нарушения целенаправленности и критичности мышления в этом случае менее выражены, чем у больной Т.М. /см. пример 3/. Соответственню, больная Л.А., казалось, имеет более благоприятные внутренние условия для реализации трудовой установки в деятельности, чем больная Т.М., тем не менее больная Л.А. способна к труду лишь в условиях ЛТН, в то время как больная Т.М. выполняет квалифицированную работу в учреждении общего характера, причем высшее образование имеют обе больные.

Таким образом, мы видим у больных этой группы положительное эмоциональное отношение к труду в целом, измененный личностный смысл труда /в виде переоценки отдельных сторон трудовой деятельности, неправильного сопоставления своих возможностей и тех или иных трудовых процессов/. Несмотря на нарушения условий реализации трудовой установки в поведении /нарушения целенаправленности и целеполагания в экспериментальных методиках и ТАГ/, в некоторых случаях она тем не менее реализуется в деятельности, а в некоторых - нет.

§ 3. Больные, не имеющие положительной трудовой установки

Основную часть этой группы /20 человек/ составляли больные параноидной шизофренией /13 человек/. Отмечалось раннее начало процесса, при этом задолго до выявления бредовых идей, отмечалась постепенно нарастающая аутизация, сужение круга интересов, оппозиционное отношение к окружающим и появление психопатоподобных расстройств. В ту же группу вошло 7 больных валотекучей шизофренией, которая также манифестировала рано - в возрасте 14-18 лет, характеризовалась явлениями "метафизической интоксикации", аффективными колебаниями с выраженной сенесто-ипохондрической или психопатоподобной симптоматикой, расторможенным влечением, со склонностью к бродяжничеству, злоупотреблением алкоголем и пр. Общее в пренорбиде у всех больных этой группы было своеобразие поведения, замкнутость, вичурность интересов. Они часто безразлично относились к обучению в школе, иногда увлекались какими-то одним видом занятий /например, коллекционированием, игрой на гитаре/, но сием для них аутистический характер. Занимались эти больные

с трудом, или же, несмотря на хорошую успеваемость, сторонились жизни коллектива. Больные сложности были и в приобретении профессиональных навыков. Обычно это происходило по строгому настоянию родителей, сами же больные оставались безразличными к усваиваемой профессии.

Течение болезни — с нестойкими ремиссиями /преимущественно параноидной, псевдопсихопатической, астенической, а также анатической/ и частыми обострениями, приводящими к госпитализации.

В беседе 14 больных признавали необходимость труда, утверждали, что "надо работать", что если бы они имели здоровье, то тоже работали бы. Беседы не выявляют истинного значения труда для больных, которые ничем не мотивировали высказанное на словах желание трудоустроиться, а просто подтверждали, что знают о существовании такой общественной нормы, как труд. В отдельных случаях больные очень активно высказывали свое личное отношение к труду, особо подчеркивая необходимость в труде, как в средстве реализации своих "творческих потенциалов", интересов и т.д. Но такая мотивация труда носила сугубо аутичный характер, у больных была лишь частичная критика к своему состоянию — труд входил в "фабулу" их бредовых построений.

Самооценка этих больных имела выраженную поляризацию с тенденцией к неадекватному завышению оценок по шкалам "счастье" и "ум". Параметры самооценки, как правило, с трудом не связывались, за исключением тех случаев, когда труд выступал в качестве сверхценного образования и трудовая "деятельность" осуществлялась аутистическими средствами в плане воображения. Так больная И.К. с резидуальным бредом, инвалид второй группы, прекратила работу в 1973 г., однако до сих пор, по собствен-

ному мнению, она "занимается важными научными исследованиями", "публикует статьи" и т.д. В методике "самооценка" по шкале "счастье" она ставит себя выше середины, объясняя: "По телевизору, между слов, вижу, что меня как будто знают, признают мою гениальность. Я счастлива именно потому, что люди признают мой труд".

Рассказы ТАТ этих больных бедны по содержанию, как правило нарушается инструкция к заданию, вместо рассказа дается описание деталей картин, отражение личностных особенностей в материале ТАТ невелико. В создаваемых рассказах преобладают банальные стереотипы, литературные шаблоны. Тема труда может встречаться в таких рассказах именно в рамках литературного шаблона, в романтическом или псевдоисторическом плане /первые пятилетки, трудовые бирки и т.д./ . Повседневный труд в качестве привычного фона, на котором разворачиваются основные сюжетные линии, отсутствует.

6 больных в беседах высказывали резко отрицательное отношение к труду. При этом обычно в начале беседы, это отношение отражалось лишь в недовольстве каким-либо определенным видом труда, которым пытался заниматься больной. Лишь постепенно выяснялось, что неприятие этого вида труда - лишь частный случай неприятия труда вообще. В качестве мотивировки такого отношения больные приводили невозможность в работе раскрыть свои способности, реализовать посредством работы свои потребности. Следует отметить, что большинство из этих больных тем не менее сохраняло положительное отношение к создаваемому ими самим аутистическому представлению об "идеальной" работе, где они бы занимались творчеством и которого нет в конкретных реальных условиях больного. Некоторые же больные отрицали какой-

либо род занятий вообще и откровенно заявляли о своих иждивенческих намерениях.

В методике "самооценка" эти больные, как правило, дают необоснованные оценки, параметры шкал не содержат упоминаний труда, работы. Рассказы ТАГ сходны с рассказами вышеуказанных больных, но чаще встречаются отрицательные характеристики труда. Труд расценивается как нежелательная "проза жизни", ненужная "суета" и т.д.

Экспериментально-психологическое обследование у всех больных этой группы выявило выраженные нарушения целенаправленности и критичности мышления. Опосредование слов для запоминания в "пиктограмме" им было малодоступно в силу выхолащивания ассоциаций и псевдоабстрактной символики. В методике "классификация" грубые нарушения мышления в виде разноплановости и резонерства не давали возможности больным решить третий этап задания даже с помощью экспериментатора. Помощь экспериментатора часто оспаривалась, приводились аргументы в пользу неправильных решений. В этой группе больных особенно отчетливо проявилась разница между "классификацией" и методикой "исключение предметов", так как в последней больные гораздо реже допускали грубые ошибки. Отмечалось безразличное отношение к эксперименту, формальное выполнение заданий, отсутствие интереса к результатам. Отстаивание своих ошибочных решений происходило скорее в силу негативизма больных, чем от заинтересованности в успехе. Весьма частыми были отказы от выполнения заданий. Тем не менее, несмотря на указанные расстройства, ни у кого из этих больных не было обнаружено грубых дефектов мыслительных процессов.

Несформированность или полное исчезновение положитель-

ной трудовой установки раскрывалась при анализе истории болезни. Большинство больных этой группы имели низкий уровень образования и профессиональной квалификации. Трое больных в связи с заболеванием прекратили учебу в высших учебных заведениях, 6 больных имели среднее /причем лишь один из них - среднее специальное/ образование, а 11 больных - неполное среднее образование. 6 больных вообще никогда не приступали к трудовой деятельности, 5 больных непродолжительное время удерживались на квалифицированной работе /лаборанты, секретари и т.п./, 3 - на мало квалифицированной. Для этих больных характерной была частая смена мест работы за относительно короткий промежуток времени, причем без каких-либо объективных причин /больная Р.С. за три года - инженер-строитель, экономист, сметчик, сортировщица, гардеробщица, продавщица; больная О.Ф. за тот же срок - продавщица, нормировщица, визажистка/. В момент обследования уже длительное время /по меньшей мере год/ никто из больных этой группы не работал. 16 имели инвалидность второй группы, 3 были заняты в лечебно-трудовых мастерских.

Таким образом мы видим, что отношение к труду у этих больных нельзя квалифицировать как трудовую установку /в принятом нами смысле/, даже как нарушенную. В силу раннего и неблагоприятного начала психотического процесса трудовая установка у этих больных либо не успела сформироваться, либо ее элементы распались, не успев закрепиться в трудовой деятельности. Вследствие этого эмоциональное отношение и побуждение к труду в одних случаях отсутствует, сохранились только знания о труде как таковом, которых достаточно, чтобы подтвердить ожидания врача или психолога относительно "трудовой направленности" больного /если больной желает выставить себя социально

в наиболее приемлемом свете/. Характерно, что среди больных этой группы больше высказывающих желание работать, чем среди неработающих больных предыдущей группы. Это еще зависит также, как уже выше упоминалось, от совершенно неадекватных, аутистических представлений о трудовой деятельности у некоторых больных. В целом отношение к труду у этой части больных можно определить как формальную /или по аналогии с "только знаемыми" мотивами /Леонтьев, 1972/, как "лишь знаемую"/ трудовую установку.

В других случаях в этой же группе отношение к труду было резко отрицательным. Это отражалось как в эмоциях, связанных с трудом, так и в формулировках личного отношения к труду. Следует отметить, что в большинстве подобных случаев больные имели также искаженное представление о самом процессе труда и его объективном значении. В крайних выражениях такое отношение к труду может принять формы установки на индивидуальный образ жизни. В целом подобное отрицательное отношение можно определить как "отрицательную установку на труд". Как правило, не возникает сомнения в патологической обусловленности такой установки, которая выступает в качестве сверхценного образования. Как у больных с формальной, так и у больных с отрицательной трудовой установкой нарушены также условия возможной реализации трудовой установки в деятельности - целенаправленность и критичность мышления. Рассмотрим примеры обеих разновидностей отсутствия положительной трудовой установки.

Пример 5. Больная В.Р., 1953 г.р. Диагноз: параноидная психопатия, галлюцинаторный синдром.

Из анамнеза. Больная в детстве росла крупной, слабой, но в развитии не отставала. С 10 лет начала заниматься

спортом, участвовала в городских соревнованиях по лыжам. Была живой, веселой, общительной.

В 1969 году после тонзиллоэктомии, которая протекла с осложнениями, у больной впервые развилось острое психотическое состояние: стала напряженной, тревожной, испытывая страхи, дома заперла все двери, говорила родным, что ее преследует какой-то мужчина. В состоянии возбуждения была стационарирована в больницу, где лечилась 3 месяца. После первого же приступа изменилась по характеру: стала раздражительной, грубой, упрямой. Периодически отказывалась от еды, боялась потолстеть. Вскоре прекратила прием лекарств. В 1972 году с трудом окончила среднюю школу. Родители отмечали, что девочка периодически становится расторможенной, дурашливой, нелепой, то плакала, то смеялась без причины. Держалась отчужденно, без конца мямлась.

С 1969 г. по 1974 г. неоднократно стационарировалась в психиатрическую больницу. Стационарирование в 1974 г. было связано с неудачной попыткой поступить на философский факультет МГУ. В 1972 г. работала рабочей на ВДНХ. В 1974 г. готовилась поступить в МАИИ, затем несколько месяцев работала в этом институте. Некоторое время по комсомольской путевке работала счетоводом, чтобы иметь рабочий стаж, так как снова намеревалась поступать в МГУ. Последнее стационарирование было в 1975 году.

Во время обследования больная занималась пением на подготовительных курсах в консерватории.

В беседе больная с неприязнью отзывалась о предстоящих нестах работы, говорит, что "труд - это бестолковая трата времени, бесполезная и к тому же утомляет". Утверждает, что с

детства не была приучена к труду. Хотя больная и говорит: "Я сумасшедшая, пизофреничка", она не критична к своему состоянию, считает себя одаренной особыми способностями как в искусстве, так и в философии. Объясняет попытку поступить в ИГУ тем, что в это время особо ярко проявлялись ее способности к философии - много читала Плеханова, Ленина, часами могла беседовать на философские темы. В настоящее время все свои планы на будущее связывает с учебой по классу вокала в консерватории или институте им. Гнесиных. Убеждена в своих исключительных способностях, считает, что может сразу поступить в консерваторию, обходя училище при ней.

В методике "самооценка" больная делает крайние оценки, даже не пытаясь обосновать их. Она "самая больная", так как чувствует себя усталой и разбитой, "для здоровья" ей не хватает счастья. Она "самая умная", так как в школе считалась талантливой. Она "самая несчастная" - "нет любимого человека - два раза были увлечения, но серьезного не было". Как мы видим, болезненное состояние не беспокоит больную, что она сама и подтверждает. Рассказы ТАТ фрагментарны, описательны. Тема труда упоминается лишь эпизодически, причем с выраженной негативной оценкой.

Экспериментально-психологическое обследование выявило выраженные нарушения целенаправленности и критичности мышления. В методике "диктограмма" больная преимущественно воспроизводит не слова, а свои ассоциации, весьма далекие от заданных слов. Так, на слово "справедливость" больная рисует "гвоздь со шляпкой" и объясняет - "физический труд, самый здоровый труд, физическая работа справедлива". Интересно, что "тиканую работу" она одновременно воспроизводит и как "некеле-

тельную работу" и как "любовь к труду". Грубая разноплановость мышления, проявляющаяся в классификации, выступает в контрасте с относительно упорядоченным внешним поведением больной. Несмотря на подсказки, она не справилась даже со вторым этапом задания. Вот одна из групп, образованных больной - "велосипед, стол, гусь" - "неудобные вещи. С велосипеда часто падаю, гусь противный, стол у нас все время был большой, очень неудобный". С другой стороны, методику "исключение предметов" больная выполняет почти без ошибок. Больная охотно соглашается на обследование, но выполняет задания бездумно, на допускаемые ошибки не обращает внимания, на подсказки экспериментатора не реагирует.

Таким образом, мы видим, как у этой больной вместе с патологическим изменением характера возникает отрицательная установка к труду. Правда, есть отдельные профессии, которые больная оценивает положительно - певица, философ, те, которые в представлении больной соответствуют ее аутистическим интересам. Она способна на какую-либо целенаправленную деятельность только в рамках этих интересов, для нее недоступно малейшее волевое усилие. Так как реально возможные для больной профессии требуют именно такого волевого усилия, необходимого для трудовой деятельности, больная к труду относится с выраженным негативизмом. Начинает развиваться также индивиденческие тенденции. Несмотря на свои конфликты с матерью, больная ничего не имеет против того, чтобы быть у нее на обеспечении.

Пример 6. Больная Л.Т., 1956 г.р. Диагноз: вялотекущая психоза, синдром деперсонализации.

Из анамнеза. В детстве росла тихой, спокойной, всегда была пассивной, дружила только с сестрой. В школе учеба дава-

лась с трудом, но была очень усидчивой, много времени проводила за уроками. После окончания средней школы пошла работать продавщицей, проработала всего три месяца. Перешла работать в бухгалтерию медицинского института. С работой справлялась с трудом, через семь месяцев уволилась по собственному желанию, так как "не было общих интересов" с сотрудницами. Больная не удержалась на работе и в отделе кадров института. По характеру раздражительная, близких друзей не имеет, с матерью отношения холодные.

Считает себя больной с 14 лет, когда появилась головная боль, стала отмечать сниженное настроение, ничего не хотелось делать. С 1973 года стала ощущать увеличение собственного тела во все стороны или, наоборот, уменьшения до "размера точки". Нарастала апатия, безразличие ко всему. В 1976 году мать привела к психиатру. Больная поступила на лечение в дневной стационар психоневрологического диспансера /ПНД/.

В беседе больная утверждает, что не работает потому, что не может найти работу. В то же время объясняет, что ушла из отдела кадров потому, что ей было там скучно. Устроившись художником в другом институте, больная ушла оттуда через три недели. "Вся атмосфера этого института давила на меня. Много колебалась уйти или не уходить. И в конце концов решила уйти, несмотря на попытки людей успокоить меня". Выбор работы в бухгалтерии медицинского института связывает со своим желанием стать врачом и вылечить себя.

В методике "самооценка" больная сосредоточена вокруг проблемы ума, интеллекта, так как считает, что ей для достижения своих жизненных целей больше всего мешает "низкий интеллект". Самые здоровые - "те, которые, если умные, многого мо-

гут добиться", для того чтобы быть самой счастливой, больной "не хватает хорошего интеллекта", люди с самым плохим характером - "неизвестенные люди".

В рассказах ТАТ отсутствует перспектива на будущее, в сюжетах, содержащих в основном личную тему, действия происходят на уровне мечтаний, размышлений персонажей. Имеются рассуждения о необходимости "приносить пользу обществу", без указания каких-либо средств, позволяющих осуществить это.

В эксперименте выявились нарушения уровня обобщений, "сооскальзывания" на конкретно-ситуативные признаки, нарушения критичности мышления. В методике "классификация", наряду с правильно выделенными группами, больная объединяет чернильницу и посуду, так как "это предметы, куда можно что-то полить", фрукты и ягоды - "все висит на веточке". Сходные расстройства мышления встречаются и в методике "исключение предметов". Так больная из изображений керосиновой лампы, электрической лампочки, свечи и солнца правильно исключает солнце, но объясняет: "Солнце на улице светит, а эти помещения освещают". В пиктограмме отмечаются такие вычурные ассоциации, как "слон - справедливое животное". Больная не всегда исправляет свои ошибки даже при вызвательстве экспериментатора.

Таким образом, мы видим, что в школе больная занималась без определенных интересов и перспективы на будущее. Первый выбор места работы, судя по всему, был случайным /"пошла работать, так как были трудные материальные условия, продавцом - потому, что в других местах не брали"/. Далее поиск работы определяли такие мотивы, как забота о своем здоровье и интеллекте. Естественно, что для реализации таких аутичных мотивов, труд выступал в лучшем случае лишь в качестве одного из воз-

ночных средств. В ходе патологического процесса работа утрачивает в этот аутичный смысл для больной. Вследствие этого труд для нее выступает лишь в формальном виде - как возможное подтверждение социальных экспектаций. Следует отметить, что расстройства мышления у Л.Т. менее выражены, чем у других больных этой группы, поэтому особенно отчетливо видна роль формальной трудовой установки в бездеятельности больной.

х х х

Таким образом у больных этой группы мы видим либо безразличие к труду, либо резко выраженное отрицательное отношение. Представления о трудовых процессах поверхностные, формальные и искаженные. Нарушены также целенаправленность и критичность мышления, отсутствует адекватное целенаправление.

IV. СЕМЕЙНЫЕ СИТУАЦИИ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ТРУДОВУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ БОЛЬНЫХ ПИЗОФРЕНИЕЙ

§ I. Семейные ситуации больных пизофренией

Наши наблюдения и направленные беседы с больными и их родственниками, а также данные историй болезни позволили нам выделить несколько типов семейных взаимоотношений. Эти взаимоотношения были охарактеризованы в том виде, в каком они объективно выступают для больного, и в качестве основного критерия отнесения семейной ситуации к тому или иному типу было использовано различие в отношениях в этих семейных ситуациях к существующей или возможной трудовой деятельности больного. Следует учесть известную относительность такого выделения, так как некоторые больные находятся с разными родственниками в разных взаимоотношениях. Тип семейной ситуации определялся по тем взаимоотношениям, которые играли главенствующую роль. Помимо "ядерных семей" /больной - родители/ изучались также такие семейные констелляции, как "брат - сестра", "муж - жена".

I. Семья с адекватной оценкой состояния больного и положительным отношением к его трудовой деятельности

В семьях этого типа родственники понимают характер психического заболевания и приблизительно верно оценивают возможности больного. Они поддерживают контакт с лечащим врачом, выполняют его рекомендации, при необходимости следят за тем, чтобы больной соблюдал назначенное лечение. Если больной не работает, то родственники принимают участие в его трудоустройстве, следят за тем, чтобы он удержался на работе. Если больной тру-

доустроены, то остальные члены семьи дают высокую оценку пользе его труда. По мере возможностей больной также вовлекается и в домашний быт и в решение семейных проблем. Всего было выявлено 13 таких семей.

Пример 7. Больная Л.М., 1936 г.р. Диагноз: параноидная шизофрения. галлюцинаторно-параноидный синдром.

Из-за болезни больная была вынуждена оставить 3-й курс исторического факультета МГУ. Была впервые стационарирована в 1956 г. и провела в больнице полтора года. При выписке получила инвалидность первой группы. В последующем иногда выполняла домашние работы, клеила конверты, коробки. В 1970 г. по настойчивой просьбе матери ВТЭК заменил первую группу инвалидности на вторую.

В настоящее время проживает вместе с матерью /пенсионерка, в прошлом бухгалтер/. Мать внимательно следит за состоянием здоровья дочери, регулярно вместе с ней посещает психиатра. Больная дома сама себя обслуживает, помогает матери в домашних работах. Мать устроила дочь в библиотеку, где она выполняет работу на общественных началах /заполняет формуляры, размещает книги по полкам/. У больной имеются определенные интересы к литературе /дома много читает/ и порученную ей работу она выполняет с большим удовольствием, говорит, что эта работа "ее вдохновляет", что ей очень интересно. В беседе мать высказывает надежду, что дочь когда-нибудь сможет работать библиотекарем, хоть на полставки.

Таким образом, мы видим, что, несмотря на давность и тяжесть заболевания, мать больной не отказалась от попыток вернуть дочь к социальной жизни. С одной стороны мать пыталась наладить наиболее эффективное медикаментозное лечение дочери

и с этой целью добивалась консультаций у специалистов /больную в 1962 г. консультировал А.В.Снегезский/, а с другой стороны искала наиболее подходящие формы включения ее в социальную жизнь. Поощрялись занятия спортом, самообслуживание, помощь в домашней работе. Когда мать убедилась, что виды надомной работы /шитье наволочек, клейка конвертов и т.д./ не увлекают больную и не способствуют развитию у нее привычки к труду, она нашла работу, которая хотя и не оплачивается /а материальное положение семьи плохое - весь доход составляет 100 рублей в месяц/, но зато отвечает сохранным интересам больной. В поведении матери безусловно есть известная доля сверхопеки /особенно отчетливо это проявляется в совместной беседе, почти на все вопросы психолога, адресованные к дочери, отвечает мать/. Эта сверхопека обусловлена как тяжестью состояния больной, так и ее характерологическими особенностями еще в преморбиде /застычивая, нерешительная/.

Пример В. Больной В.Т., 1944 г.р. Диагноз: приступообразно-прогредиентная шизофрения, депрессивно-параноидный синдром.

Больной работал преподавателем математики в ИГУ. С 1974 г. стал отвечать, что "стал посмешищем в глазах студентов", иногда не мог решить простейшие задачи, потерял контроль над студентами. Снизилось настроение, но всему отсутствовал интерес. Был стационаризован в психиатрическую больницу в 1976 г. После выписки из больницы по ходатайству врача было разрешено выполнять работу дома.

Во время обследования больной проживал вместе с сестрой и ее мужем. Наиболее близкий контакт с сестрой. Сестра считает, что вследствие того, что в ходе болезни обострились

такие черты характера больного, как медлительность, скованность, замкнутость, ему не следует работать преподавателем. Сестра следит за регулярным приемом лекарств, внешним видом больного. Отец, несмотря на то, что имеет новую семью, также проявляет заботу о больном, приходит в диспансер, консультируется с врачами.

В этом случае особо важную роль, помимо терпимого отношения, играет позиция, занятая родственниками в плане трудоустройства больного. Сам В.Т., несмотря на то, что с преподавательской работой не справляется и сам это ощущает, тем не менее хочет вернуться именно к ней, так как она ему привычна /проработал 10 лет/. Во время обследования больной уже в течение полугода на дому решает варианты задачи для поступающих в университет. Сам больной считает, что это занимает у него много времени и не остается времени на "самообразование" - чтение книг по искусству, для того чтобы понять, "что люди хотели сказать в своих картинах". Как сестра, так и отец больного адекватно оценили ситуацию и использовали свой авторитет, чтобы повлиять на правильный выбор больным своих будущих занятий.

2. Семья с положительным отношением к больному и к его трудовой деятельности

Родственники в этом случае склонны считать больного здоровым, но терпимо воспринимает патологические явления в его поведении, относя их за счет особенностей характера, неудачной любви, конфликтов на работе и т.д. Эта ситуация в остальном фактически сходна с первой, за исключением того, что родственники не обращают внимания на назначения врача, не следят за приемом лекарств /хотя это происходит и не всегда/. Но это

в данной ситуации не играет решающей роли, так как чаще всего сами больные считают себя больными и добровольно лечатся - принимают лекарства, - обращаются к психиатру. Если в этом случае можно говорить о недооценке состояния больного со стороны родственников /всего наблюдалось 16 таких семейных ситуаций/, то в эту же группу можно включить семьи, в которых родственники осуществляют над больным гиперопеку, но, однако, считают, что труд полезен для его выздоровления. Эти родственники прилагают немало усилий по трудоустройству больных и иногда прибегают к весьма мало подходящим способам, чтобы удержать больного на работе /например, больной берет работу на дом, а родственники все делают сами/. Всего было отмечено 26 таких семей.

Пример 9. Больная Н.Б., 1952 г.р. Диагноз: шизофрения вялотекущая с дисморфофобическими и абсессивными включениями.

Больная направлена в психоневрологический диспансер по собственной просьбе. Мучается на боязнь покраснеть, "тики", раздражительность. Считает, что должна лечиться гинзеном. Живет с мужем, дочерью, свекровью и братом мужа. Отношения со свекровью и братом мужа /алкоголиком/ плохие, уверена, что они живут на ее и мужа иждивении. Свои отношения с мужем характеризует как очень хорошие. Муж Н.Б. не считает ее больной, однако спокойно и доброжелательно относится к ее жалобам, не возражает против лечения. Больная в связи с приездом из другого города временно не работала, муж ей помог устроиться лаборанткой в типографию.

3. Семья, зависящие от трудовой деятельности больного

Родственники больного частично или полностью потеряли

своей трудоспособности, либо в результате психического или соматического заболевания, либо из-за преклонного возраста, и больной остался единственным человеком в семье, способным трудиться. В этих семьях не только материальное положение, но и вообще существование семьи в прежнем виде зависит от трудовой деятельности больного. Больной не только обеспечивает основной доход семьи, но и ведет домашнее хозяйство. Такое положение может иметь место и в некоторых других случаях, например, при наличии маленьких детей в семье, когда один из супругов не может работать, так как должен присматривать за ними и весь заработок семьи зависит от больного. Всего было отмечено 10 подобных семейных ситуаций.

Пример 10. Больная В.С., 1932 г.р. Диагноз: шизофрения, приступообразно-прогредиентное течение, астено-депрессивный синдром.

Больная окончила 10 классов без экзаменов /по состоянию здоровья/. В течение года ничем не занималась. Всегда была малообщительной, неуверенной в себе, мнительной. В связи с нарастающей вялостью, утратой ко всему интереса и головными болями была в 1952 году стационарирована в психиатрическую больницу. В 1953 г. было повторное стационарирование. После выписки стала работать на заводе техником, продолжает высказывать идеи самообвинения, считает, что ни к чему не приспособлена.

Проживает совместно со своими престарелыми родителями - такело больным отцом /88 лет/ и матерью /73 года/, у которой атеросклероз головного мозга. Оба находятся на лечении больной. Она не только обеспечивает семью в материальном отношении, но и решает все хозяйственные вопросы, сама делает покупки, готовит пищу и т.д.

Пример II. Больная Н.А., 1940 г.р. Диагноз: шизофрения, периодическое течение, депрессивно-параноидный синдром.

Окончила среднюю школу, работала табельщицей, после первого стационарирования в 1961 г. - светокопировальщицей. В 1964 г. получила третью группу инвалидности. Неоднократно стационарировалась в психиатрическую больницу.

Больная живет вместе с матерью /80 лет/ и сестрой, которая тоже больна шизофренией и имеет вторую группу инвалидности. Материальное положение в семье плохое, так как оно в основном зависит от заработка Н.А. Сестра, которая работает в ЛТМ, мечтает "стать стюардессой и овладеть четырьмя иностранными языками", заработанные ею немногочисленные деньги тратит на ненужные покупки. Это вызывает в семье постоянные конфликты между обеими сестрами. Больная Н.А. также делает дома всю уборку и ведет домашнее хозяйство.

Таким образом мы видим, что ни мать, ни сестра больной, у которой параноидная шизофрения, не могли бы просуществовать самостоятельно, без помощи Н.А. Конфликты во взаимоотношениях с сестрой для Н.А. не являются определяющими эти отношения, а скорее препятствиями в деятельности Н.А. по уходу за семьей. Недовольство сестрой со стороны Н.А. касается лишь той стороны ее патологического поведения, которая, по мнению больной, сводит на нет все ее усилия по поддержанию семьи. Естественно, что если эту семейную ситуацию рассматривать с точки зрения сестры Н.А., она будет относиться к совершенно другому типу. В этом особенность нашего выделения типов семейных ситуаций - тип определяется по тем особенностям, какими он объективно выступает для конкретного больного.

Пример I3. Больной В.Ч., 1946 г.р. Диагноз: параноид-

ная шизофрения, галлюцинаторно-параноидный синдром.

Кончал ИТУ по специальности токаря, работал на подсобных работах в Ботаническом саду. Впервые был стационарирован в 1963 г. С 1965 по 1971 г. находился на третьей группе инвалидности. Был женат с 1966 по 1973 г. Дома были частые конфликты, жена всем говорила, что ее муж больной, выгоняла его из дома. В это время больной плохо справлялся с работой, был несколько раз уволен.

В 1975 г. женился второй раз. Во время обследования жил со второй женой и дочкой /7 месяцев/. Отношения в семье хорошие. Жена с пониманием относится к состоянию больного, который работает техником по озеленению на ВДНХ. С работой справляется хорошо. Несмотря на неадекватное представление о содержании своей работы /"обедение с растениями"/, в первую очередь воспринимает свою работу как долг перед семьей, к которой очень привязан.

4. Семья, конфликтующие с больным и безразлично относящиеся к его трудовой деятельности

Конфликтные отношения в семье больных шизофренией имеют разные причины. При менее выраженной патологии со стороны больного эти конфликты имеют в основном бытовой характер и не обладают какой-либо спецификой по отношению к семьям, в которых нет больных шизофренией.

Пример 13. Больная Е.Л., 1949 г.р. Диагноз: шизофрения вялотекущая, психопатологический синдром.

Проживает вместе с мужем и ребенком. Несмотря на то, что в беседе хорошо отзывается о муже, часто вступает с ним в конфликтные отношения, считает, что он ей изменяет. В той же

беседе утверждает, что не разводится с ним только потому, что ее сыну нужен отец. С другой стороны муж, хотя он также участвует в ссорах, более сдержан, не принимает всерьез содержательную сторону конфликта, утверждает, что жена всегда была вспыльчивой и что сейчас ее характер "еще более испортился из-за неблагоприятной ситуации на работе".

В других случаях причиной конфликтов является патологическое поведение больного. Совершение им асоциальных поступков, агрессивность в отношении членов семьи редко оставляет место терпимости родственников.

Пример 14. Больная К.Ф., 1953 г.р. Диагноз: шизофрения вялотекущая, психопатоподобный синдром.

В детстве была общительной, активной, в школе участвовала в художественной самодеятельности. В возрасте около 14 лет стала пугливой, испытывала страхи, была стационарирована в психиатрическую больницу. В последующие годы плохо училась в школе, затем с трудом удерживалась на разных подсобных работах, часто уходила из дома, заводила случайные знакомства. Была неоднократно стационарирована в больницу, получила вторую группу инвалидности, работала в ЛТМ.

Больная проживает вместе с матерью. Дома ей ничем не помогает, ничего не делает. Деньги, заработанные в ЛТМ, проливает со случайными мужчинами, часто не ночует дома, за последние два года дважды делала аборт. К матери относится злобно, агрессивно, может ударить, обвиняет ее в том, что та отнимает у нее деньги. Мать считает, что никакое трудоустройство для больной невозможно, что больная всю жизнь должна оставаться в лечебно-трудовых мастерских под надзором врачей.

Иногда конфликты вызываются не столько патологическими

поведением больного, сколько асоциальными поведением самих родственников, имеющих предубеждение к больным.

Пример 15. Больная Н.П., 1948 г.р. Диагноз: параноидная шизофрения, бредово-параноидный синдром.

Больная проживает совместно с матерью, двумя сестрами и отцом, который хотя и разведен с матерью больной, но живет с ними в одной квартире. Отец злоупотребляет алкогольными напитками, в состоянии опьянения агрессивен к членам семьи, особенно к больной. Он называет ее "сумасшедшей", грозит "упрятать в больницу" и т.д. Мать и сестры больной, хотя и не ведут себя агрессивно в отношении больной, также называют ее "дурочкой", утверждают, что ее место в больнице. Подобное отношение нередко вызывает агрессивные ответные реакции больной, ухудшение ее состояния.

Несмотря на разные причины конфликтов, все эти ситуации объединяет одинаковое отношение безразличия к лечению и к трудовой деятельности больных. Во всех случаях больной в первую очередь рассматривается как препятствие, реакция на это препятствие со стороны родственников может варьировать от эмоционально холодного "проживания рядом" до выраженной агрессивности. Всего было выявлено 26 таких семей.

5. Семьи, подкрепляющие патологические тенденции больного

Члены семьи этого типа, имеющие наибольшее влияние на больного, не только терпимо относятся к бредовым высказываниям и неадекватному поведению больного, но и активно поддерживают и подкрепляют их. Такие родственники либо сами состоят на психиатрическом учете, либо у них наблюдаются известные от-

клонения в поведении и специфические особенности характера. Регуляция поведения больных оказывается совершенно непредсказуемой, ибо трудно предугадать направленность конформных бредовых идей. В таких условиях фактически невозможно говорить о правильности приема лекарств - они употребляются по личному усмотрению больного и его своеобразных родственников. Следует отметить, что ведущим в таких ситуациях часто является кто-нибудь из родственников, которому больной пассивно подчиняется. Общее количество таких семей в нашем исследовании - 6.

Пример 16. Больная Л.М., 1949 г.р. Диагноз: шизофрения прогрессирующе-приступообразная, депрессивно-параноидный синдром.

До 16 лет была общительной, жизнерадостной. Затем стала более замкнутой, пассивной, начала терять интерес к занятиям в школе. Вместе с матерью стала замечать, что якобы в их отсутствие соседи пробираются к ним в комнату и портят ценные вещи, отпаривают подворотнички от пуб и т.п. Решила, что они это делают с целью подорвать ей и матери нервную систему. С трудом окончила медучилище и стала работать медсестрой в психоневрологическом диспансере. В 1976 г. в связи с психотравмой /неудачное замужество/ состояние больной обострилось и она была стационарирована в психиатрическую больницу.

Больная живет вдвоем с матерью, слушается ее, во всем подчиняется. По дому больная ничем не помогает, мать все делает сама. Мать также пыталась устроить личную жизнь дочери, выдать ее замуж. В беседе мать больной вновь повторяет историю про соседей, которые забрались в квартиру. К этому же она добавляет, что в неудачном замужестве виновата подруга больной, стационарировали ее дочь врачи ПНД из места, так как

"плохо относятся к ней, часто несправедливо притесняют". Больная со всем этим соглашается, как и ее мать психически больной себя не считает.

В этой ситуации мать больной осуществляет гиперопеку над ней, но эта гиперопека имеет патологическую направленность, лишает больную возможности получить какие-либо корректирующие влияния со стороны. Встречаются такие случаи, когда в положении подчинения находятся родственники больного.

Пример 17. Больной С.Р., 1947 г.р. Диагноз: параноидная шизофрения, бредово-параноидный синдром.

В 1962 г. окончил техническое училище по специальности электрик. Через год появились мысли, что за ним следят, что повсюду установлены микрофоны. Был стационаризован. После выписки работал электромонтером, но вскоре на том же месте перенес на подобную работу, так как стал недисциплинированным, грубым, безинициативным. Неоднократно стационарировался в психиатрические больницы. В 1968 г. получил вторую группу инвалидности и с тех пор нигде не работает.

Во время обследования проживает вдвоем с матерью. В беседе больной высказывает бредовые идеи /в ЛТМ на него воздействуют голоса, говорят, чтобы он выходил покурить/. Критика к своему состоянию неполная. С больными энтузиазмом относится к возможной перспективе трудоустройства, считает, что он в ближайшее время будет работать. В то же время пытается уйти из ЛТМ, поясняя, что ему нужно подобрать литературу - подготовиться к предстоящей работе.

Мать больного по профессии малор, в беседе обстоятельна, но, однако, не удерживает нить разговора, неточно отвечает на вопросы. Оправдывает агрессивное поведение сына в отно-

нии соседей, считает, что действия сына вызваны соответствующими поступками соседей. Несмотря на трудное материальное положение, разрешает сыну тратить деньги на дороге, ненужные ему вещи /например, транзисторы, которые сын потом разбивает/. Также неадекватно оценивает планы сына на будущее. Уверена, что сын сможет через неделю приступить к работе, раз он сам так считает.

6. Семья с переменной степенью состояния больного и с отрицательными отношениями к персонализму его трудовой деятельности

Родственники чрезвычайно озабочены судьбой больного, пытаются полностью управлять его действиями, создать для него особый "дающий" режим. Больной лишается всяческой инициативы, ему создается особый статус "больного", он отгораживается от всяких занятий и общения. В таких семьях родственники убеждены, что труд может только ухудшить состояние больного, что ему нужно больше отдыхать. Всего было отмечено 7 таких семейных ситуаций.

Пример 18. Больной В.С., 1944 г.р. Диагноз: параноидная психопатия, бредево-параноидный синдром.

Стойкие изменения личности у больного /замкнутость, молчаливость/ стали отмечаться с возраста 12 лет. После окончания ремесленного училища, больной некоторое время работал токарем, но постепенно с работой стал справляться все хуже. В 1969 г. был стационаризован в психиатрическую больницу в связи с неправильным поведением. Получил инвалидность третьей группы и с того времени нигде не работал, жил на пенсию, требовал от врачей перевода на первую группу инвалидности. После стационари-

зания в 1972 г. был переведен на вторую группу инвалидности.

В настоящее время проживает вместе с родителями - пенсионерами. Отношения в семье ровные, отсутствуют какие-либо взаимные претензии. Больной дома полностью бездеятелен, большую часть времени лежит. Считает, что все по дому должны делать мать и отец. Категорически отказывается от какого-либо труда. Высказывает издвигенческие мысли - его должны обеспечивать родители, "когда умрут", он "будет жить в доме для пенсионеров".

В беседе родители на словах высказывают понимание, что сыну следовало бы работать, но с другой стороны они убеждены, что его состояние на работе ухудшится и он опять попадет в больницу. Как мать, так и отец вполне довольны сложившейся ситуацией и следят за тем, чтобы их сын "не переутомился".

Таким образом издвигенческие тенденции и отрицательное отношение к труду, имеющиеся у сына, в такой семейной ситуации находят лишь подкрепление.

7. Отсутствие семьи

Мы включили в наше рассмотрение также одиноких бесследных больных. Значение такой ситуации для больного оказывается различным, в зависимости от его клинической картины и личностных особенностей. Если факт отсутствия членов семьи, проживающих с больным, мало значим для больного с невыраженными изменениями личности, сохраненными социальными контактами, то для больного с резким сужением круга интересов, значительно ограниченными социальными контактами, аутизацией и резидуальной продуктивной симптоматикой такая ситуация будет неблагоприятной. Из охваченных нашим исследованием больных 15 человек больных проживали одни.

Пример 19. Больная И.Д., 1940 г.р. Диагноз: шизофрения вялотекущая, астено-депрессивный синдром.

Больная, одновременно работая лаборантом, в 1970 году окончила вечернее отделение в химическом институте и с тех пор работает инженером в институте пластических масс. Примерно, с 1957 г. стала жаловаться на нарушения сна, "приливы в голове", вялость. Обострились сверхсензитивность и истерические черты характера. В 1971 г. очень тяжело переживала смерть матери, пыталась прыгнуть в печь крематория. Дважды была стационарирована в психиатрическую больницу, несколько раз поступала на дневной стационар при ИД.

С 1971 г. больная проживает одна в отдельной однокомнатной квартире. Хотя себя характеризует как скрытную, избирательную в контактах, в беседе с больной выяснилось, что она "испытывает потребность в общении, но страдает от того, что не находит таких людей, с которыми ей интересно". Больная охотно вступает в контакт, как с врачами и психологами, так и с другими больными на дневного стационара, любит жаловаться на свою жизнь - бессоницу, физические недомогания, тяжелые болезни родственников и т.п.

Истинная "замкнутость" больной является лишь позицией, которую больная хотела бы занять, чтобы еще больше обратить внимание на себя и на свои страдания. Так как привычным способом поведения с людьми для этой больной стали жалобы, она жалуется на все, в том числе и на свое общение и трудоспособность. Однако больная безупречно справляется со своими обязанностями на работе, получает благодарности. Все ее действия носят отчетливо целенаправленный характер, она вполне хорошо ориентируется в реальной жизненной ситуации и может без посто-

решней помощи справиться с возникающими жизненными трудностями.

Пример 20. Больная Е.А., 1934 г.р. Диагноз: периодическая шизофрения, бредово-паранойальный синдром.

В дошкольном периоде была капризной, упрямой, избалованной. В школе увлекалась певней, посещала консерваторию, высказывала желание стать артисткой. В 1955 г. окончила курсы телефонисток, работала по этой специальности до 1956 г. Уволилась по собственному желанию. Позже работала с перерывами на малоквалифицированных работах - уборщицей, гардеробщицей, лаборанткой - в общей сложности около 5-ти лет. С 1962 г. не работала, жила целиком на иждивении родителей. Высказывала бредовые идеи сексуального содержания - якобы ее в Ленинграде изнасиловал сын ее знакомых. Требовала его призвать к ответственности. С этого времени занималась только тем, что обращалась в разные юридические инстанции с этим требованием. Мать, также больная шизофренией, во всем поддерживала дочь и также жаловалась в разные инстанции. Больная неоднократно стационарировалась в психиатрические больницы. С тех пор как мать в 1969 г. умерла, больная проживает одна, занимается кверулянством, имеет третью группу инвалидности, не работает, к себе в квартиру никого не пускает.

В консультации старшей научной сотрудницы А.В. Гросман сказано о необходимости активного трудоустройства этой больной. Однако в данных условиях это трудно реализуемо. Предоставленная сама себе, больная живет в своем аутичном мире "борьбы за справедливость" и все более отчуждается от окружающих.

х х х

Развитие взаимоотношений в семьях больных шизофренией

очевидно является сложным процессом, зависящим от взаимоотношений в пренормальной семье, личностных особенностей членов семьи, клинических особенностей заболевания. Выделенные нами на основе наблюдений, бесед и анализа историй болезни типы семейных ситуаций больных психозами показывают существование многообразия таких ситуаций. Даже взятые за основу критерии адекватности оценки состояния больного в отношении к его трудовой деятельности позволили нам выделить семь типов. Эти типы, конечно, лишь условно можно назвать типами семей, так как они характеризуют семью не как малую группу в целом, а лишь как систему основных двад с участием больного. Поэтому приведенную здесь типологию трудно сопоставить с различными классификациями семей - по стилю адаптации, по стадиям семейного развития, по степени внутренней интеграции и т.д. /см. обзор классификации семей Л.Фишера /*Fisher*, 1977/. Из классификаций семей больных психозами наиболее известной является классификация семей Т.Лидза /*Lidz*, 1957/ на "расщепленные" и "искаженные", уже приведенная нами выше. В нашем разделении семей этим типам наиболее соответствуют "конфликтные" /4-й тип/ и "патологические" /5-й тип/ семьи. Не следует помнить, что Т.Лидз выделял эти типы не в целях рассмотрения того, как они влияют на реадaptацию больного, а того, каковы центральные этиологические факторы при психозах, и поэтому в его классификации все возможные виды "ядерных семей" больных психозами исчерпываются этими двумя типами.

"Сверхкритицизм" со стороны родственников как основной неблагоприятный фактор влияния семьи, выделяемый Г.Брауном и Д.Уингом /*Brown, Wing*, 1972/ в нашем случае характерен для "конфликтных" /4-й тип/ и частично для "сверхискаженных" /6-й

тип/ семей. Учитывая эти характеристики совместно с описанием благоприятных и неблагоприятных семейно-бытовых условий, приведенных в работах М.И. Вольера /1969/ и Л.Р. Каплана /1969/, к благоприятным семейным ситуациям можно отнести выделенные нами 1, 2 и 3 типы, а также пять случаев одинокого проживания больных, к неблагоприятным же все остальные. Таким образом, можно было бы ожидать, что в первой группе семей взаимоотношения должны оказывать положительное влияние на трудовую деятельность больных, а во второй - отрицательное.

§ 2. Зависимость влияния семьи от трудовых установок больных перенесенной

Следуя традиционному прямому сопоставлению двух "факторов" - влияния семьи и трудовой деятельности больных, по нашим данным, нельзя обнаружить значимой связи между этими двумя факторами. В 5 случаях благоприятных семейных ситуаций /из общего количества 54/ больные не работают, а в 18 случаях больные работают, несмотря на неблагоприятное семейное окружение /из общего количества 49 отрицательных семейных ситуаций/.

В отличие от подобного подхода, следуя нашей гипотезе, рассмотрим влияние семьи, как опосредованное через трудовые установки больных /см. табл. № 3/.

Как видно из таблицы № 3, больные с сохраненной трудовой установкой в 12 случаях имеют благоприятное семейное окружение, а в 18 случаях - неблагоприятное /семьи, конфликтующие с больными и безразлично относящиеся к его трудовой деятельности/. Все эти больные независимо от характера семейной ситуации, либо успешно работали на общем производстве, либо учились в высших учебных заведениях. Таким образом, мы видим, что ат-

Таблица № 3

**Зависимость влияния семьи на трудовую деятельность
больных шизофренией от их трудовых установок**

Типы трудовой установки	Сохран- ная тру- довая ус- тановка /в-во больных, все раб./	Нарушенная трудо- вая установка		Формальная и отрица- тельная ус- тановка к труду /ко- личество больных, все не ра- ботает/
		кол-во работа- ющих больных	кол-во не рабо- тающих больных	
1. Семья с адекватной оценкой состояния больного и положительными отношениями к его трудовой деятельности	4	9	-	-
2. Семья с положительным отношением к больному и его трудовой деятельности	7	14	-	5
3. Семья, зависящая от трудовой деятельности больного	1	9	-	-
4. Семья, конфликтующая с больным и безразлично относящаяся к его трудовой деятельности	13	-	3	4
5. Семья, подкрепляющая патологические тенденции больного	-	-	1	5
6. Семья с переоценкой тяжести состояния больного и с отрицательными отношениями к перспективе его трудовой деятельности	-	-	4	3
7. Отсутствие семьи	5	-	7	3

тивная целенаправленность больных, достаточная сохранность мотивационной и познавательной сфер, при наличии сохранной трудовой установки, обеспечивают им относительно самостоятельность в их трудовой деятельности, сводя на нет отрицательное влияние неблагоприятного семейного окружения.

Из 53 больных с нарушениями трудовой установки 32 имели благоприятное семейное окружение /9 проживали в семьях первого типа, 14 - второго типа, 9 - третьего/. Все они успешно работали на общем производстве. В 21 случае у больных с нарушениями трудовой установки зафиксировано неблагоприятное социальное окружение /9 проживали в семьях четвертого типа, 1 - в семье пятого типа, 4 - в семьях шестого типа, а у 7 больных семьи не было/. К моменту обследования все эти больные не работали уже более года.

5 больных с формальной, или отрицательной установкой к труду /третья группа/ имели семьи, положительно относящиеся к ним, к их трудовой деятельности, а у 4-х больных отношения в семье были конфликтными, 5 больных проживали с психически больными родственниками, над тремя осуществлялась суррогатная забота, 3-е больных проживали одни. Несмотря на такое разнообразие семейных ситуаций, никто из 20 больных этой группы не работал.

Таким образом можно сделать вывод, что влияние семьи действительно отражается на трудовой деятельности больных психически нездоровой лишь при наличии у них нарушенных трудовых установок. Патопсихологическое обследование больных второй группы обнаруживает большое сходство между работающими и неработающими в особенностях вызванной структуры трудовой установки и в нарушениях познавательной деятельности, а также не выявляет аналогичных различий, которые могли бы быть

причиной того, что одни больные работают, а другие нет. Клиническая картина группы представляет собой совокупность весьма разнородных данных, на основании которых нельзя сделать вывода о наличии связи между психопатологическим состоянием больных и их трудоустроенностью.

Тем самым принципиальное различие между работающими и неработающими больными с нарушениями трудовой установки мы обнаружили лишь в характере их семейного окружения, которое в первом случае было благоприятным, а во втором - неблагоприятным. Для больных первой и третьей группы характер ближайшего социального окружения с точки зрения их обращения к трудовой деятельности существенной роли не играет, поскольку больные с сохраненной трудовой установкой успешно работают независимо от типа семейных отношений, а больные с формальной или отрицательной установкой к труду не работают даже при благоприятном семейном окружении. Таким образом, наше предположение о том, что роль ближайшего социального окружения /семьи/ в восстановлении трудовой деятельности больных шизофренией зависит от особенностей их трудовой установки в рамках настоящего исследования подтвердилось.

Рассмотрим возможные психологические механизмы влияния семьи на восстановление трудовой деятельности.

Реализация трудовой установки в поведении требует не только представлений о характере трудовых процессов, их личной значимости и положительного эмоционального отношения к труду, но и постановки конкретных целей в соответствии с личностным смыслом трудовых процессов для субъекта. Как показывают данные нашего исследования /нарушения критичности и целенаправленности мышления, выявляемые в экспериментально-психологиче-

ском обследовании, а также описания вместо рассказов, данные, вопреки инструкции ТАТ/, для больных второй и третьей группами характерны нарушения самостоятельного, ориентированного на реальность, целеобразования. Между тем целеобразование — это важное условие действительной реализации трудовой установки. Результатом нарушения этого условия является несоответствие между намерениями, высказываемыми больными в беседе, и осуществлением этих намерений в реальном поведении.

У больных с формальными и отрицательными установками на труд эти высказывания имеют чисто формальный характер. Они отражают лишь знания этих больных о труде и являются следствием стремления больных давать ответы, соответствующие ожиданиям врача или психолога. Подлинный личностный смысл труда здесь либо отсутствует, то есть труд безразличен для больного, либо этот смысл является составной частью бредового сверхценного образования, выражающего негативизм к труду. Вследствие рано начавшегося патологического процесса, знания о труде как неотъемлемой части образа жизни у этих больных не были закреплены в их собственной трудовой деятельности, не приобрели для них личностного смысла, так что сама трудовая деятельность стала индифферентной или объектом с отрицательной валентностью.

Для больных с нарушениями трудовой установки /вторая группа/ трудовая деятельность не теряет личностного смысла и сохраняется эмоционально-положительное отношение к труду. Имеющее место аутистическое образование личностного смысла /выделение необычных аспектов трудовой деятельности в качестве лично значимых/ достаточно гибки и не является для больного непреодолимым препятствием при осуществлении ориентированных на реальность действий. Все это отрицает принципиальную воз-

возможность восстановления и поддержания трудовой деятельности больных данной группы, - возможность, которая реализуется при благоприятном семейном окружении.

Один из возможных психологических механизмов влияния семьи связан с природой целеобразования в деятельности /Леоп-тьев, 1975; Тихомиров, 1977/. Вслед за О.К.Тихомировым мы будем различать два вида целеобразования - "внешнее" и "внутреннее". "Постановку цели перед другим человеком можно, с известной условностью, назвать "внешним" целеобразованием, а постановку цели перед собой - "внутренним" целеобразованием" /1977, с.16/. Одной из особенностей целеобразования является возможность взаимного перехода внешнего целеобразования во внутреннее и наоборот. Переход внешних целей во внутренние предполагает принятие субъектом данных внешне целей, их "интериоризацию", в результате чего деятельность субъекта оказывается организованной изнутри. Переход внутреннего целеобразования во внешнее, наоборот, место при столкновении субъекта с препятствиями, приводит к тому, что субъект действует в достижение этих целей, которые хотя и не становятся его внутренними целями, но тем не менее могут служить неким организующим деятельностью началом.

У больных шизофренией отмечается постепенная аутизация мотивов, вследствие чего их смыслообразующая функция также приобретает искаженный вид. С другой стороны, наблюдается сужение смыслообразующей функции более сохранных мотивов /Коченов, 1972; Коченов, Николаева, 1977/. В результате этого, как мы уже отмечали, внутреннее целеобразование больных в основном служит реализации аутистических мотивов, в то время как адекватное, ориентированное на реальность внутреннее целеобразова-

ние оказывается нарушенным.

В этой ситуации благоприятное семейное окружение осуществляет внешнее целенаправление - ставит перед больным цели, выполнение которых приводит к трудовой деятельности. Но как отмечают Э.Д.Телегина и Т.Г.Виноградова, такая цель, выступая в виде просьбы, указания, требования, "не возникает из развития собственных потребностей субъекта, а накладывается на уже существующую систему его потребностей и мотивов. При этом она в различной степени может ей соответствовать. Важным психологическим моментом здесь является совпадение мотивационной сферы субъекта с характером предлагаемой ему цели - принятие субъектом этой цели как собственной, отвечающей своим мотивам" /1977, с.23/. Очевидно, что при патологической искаженности мотивационной сферы больных психозами принятие ими внешних целей отнюдь не является простым процессом. Для того чтобы эти цели приобрели для больного смысл, должны актуализироваться его более сохранные мотивы. Так как мотивы, определяющие самооценку больного, часто остаются наиболее сохранными в сфере трудовой мотивации /Микулайова, 1978/, особую значимость приобретает опора на самооценку больного.

Пример 21. Больная А.Н., 1924 г.р. Диагноз: психоз, приступообразно-прогредиентное течение, депрессивно-параноидный синдром.

Из анамнеза. В детстве развивалась нормально. В школе училась отлично, после 8 класса поступила в техникум. Позже окончила технический институт.

В последние месяцы стала отказываться от пищи, плохо спала, следила за мужем. Была стационарирована в связи с неприятным поведением - кричала в окно, обвиняла мужа. В больни-

це была не критична, суетлива, по существу недоступна. После лечения вернулась к нормальному приему пищи, появилась формальная критика и бреду ревности.

В беседе больная отвечает, что своей работой довольна, но что для выполнения "ей не хватает сил", главное, это "достигнуть до пенсии". Сейчас на работе выполняет все указания начальства, сама работа относительно простая - инженер-плано-вик. Раньше работала старшим инженером. Интересов к работе не имеет, отношение формальное "так надо".

В методике "самооценка" больная, однако, указывает на необходимость того, чтобы "все было хорошо на работе" /"счастье"/. В методике ТАГ выявляется пассивность, заторможенность больной. Вместо рассказов она дает описания или же вообще отказывается что-либо говорить по поводу предлагаемых картин /нарушение внутреннего целеполагания/.

Больная безразлично относится к экспериментально-психологическому обследованию, не заинтересована в хороших результатах. В выполнении заданий включается с трудом. В "классификации", наряду с правильно выделенными группами, выделяет группы по конкретно-ситуативным признакам, однако эти ошибки легко поддаются коррекции со стороны экспериментатора. В "пиктограмме" много формальных, отдаленных ассоциаций /"справедливость" - "Книга. В книге можно прочитать о справедливости"/.

Больная проживает вместе с мужем и сыном. Муж, 56 лет, работает инженером на том же предприятии, что и больная. Сын, 21 год, студент строительного института. Оба понимают, что А.Н. психически больная, стараются ее не волновать. До заболевания больная была главой семьи, вела хозяйство. Сейчас ее место занял муж, всегда спокойно относившийся к факту ее заболе-

зания. К обвинению больной в измене относился как к произвольному болевому, следил за ее лечением. Муж также следит за работой больной, устроил ее в том же цехе, где работает он сам, добился того, чтобы ей изменили расписание, которое после изменения совпадает с расписанием мужа.

Муж поддерживает статус больной не только на работе, но и в семье, при возникновении трудностей обращается к ней за советами, поддерживая тем самым самооценку больной на должном уровне.

Восстановление трудовой деятельности возможно при наличии у больного в целом положительного к ней отношения, если эта деятельность включается в качестве условия в реализацию его аутистических мотивов /первый путь/, или лежачих в другой сфере, сохраненных мотивов /второй путь/. Первый путь - внешнее целенаправление, активное выдвижение членами семьи целей, достижение которых предполагает выполнение больным тех или иных трудовых действий, в процессе чего ему и "открывается" их смысл, подкрепляемый его семейным окружением. В этом случае переход внешнего целенаправления во внутреннее происходит за счет образования связи от цели к мотиву /такая картина наблюдается при семейных ситуациях I-го и 2-го типа/. Второй путь - формирование связи от мотива к цели, когда обращение больного к трудовой деятельности является естественным условием реализации его мотивов, лежачих вне сферы труда. Такой механизм может иметь место в случае "зависимых" семей /3-ий тип семейных ситуаций/, когда прекращение больным трудовой деятельности ставит под угрозу существование самой семьи. Эта связь осознается им без активного вмешательства родных. Таким образом, при устойчивой эмоциональной привязанности к близким,

смыслообразующая функция мотива заботы о них расширяется и охватывает трудовой процесс в целом. Происходит как бы замещение одних мотивов трудовой деятельности /например, интерес к самому процессу труда, материальная заинтересованность/, уже переставших выполнять смыслообразующую функцию, другими, ранее не побуждавшими к трудовой деятельности.

Оба пути восстановления трудовой деятельности представляют две формы одного и того же принципа, общего для всякого восстановления /Дурня, 1962; Цветкова, 1972/ - опоры на сохраненные звенья, в данном случае - на сохраненные стороны личности.

Следует указать, что семья играет как бы двойную роль в трудовой деятельности больных мизофренией. Помимо того, что семья часто является необходимым условием компенсации нарушенной трудовой установки, она также принимает непосредственное участие в формировании трудовой установки в пренорбиде. Таким образом оказывается, что последующее влияние семьи опосредовано образованием, в формировании которого семья до этого принимала участие.

Исследования здоровых детей и их семей показывают, какое огромное значение играет семья в развитии такого существенного для установки на труд личностного образования как воля. Р.М. Капризова /1967/ на материале 422 семей изучала влияние семейных отношений на волевое развитие подростков. Было обнаружено, что в семьях, где родители имеют единую общественную направленность, согласованные требования к детям и рациональную организацию быта, дети обладают высокой воспитанностью, трудолюбием, волевой активностью и интересом к учению. В свою очередь в семьях, где отношения между родителями отличаются противоречиями и конфликтностью, дети импульсивны, неорганизо-

вани, упрям, равнодушен или отрицательно настроен к учению, проявляет активность в общественно отрицательных действиях. Анализ историй болезни в нашем исследовании, однако, не дает столь однозначных результатов. Во многих семьях, где больные в преморбиде имели вполне сформировавшуюся трудовую установку /больные первой и второй группы/, семейная ситуация еще до начала заболевания оказалась малоблагоприятной. Очевидно, что нельзя игнорировать определенные личные качества детей и другие микросоциальные влияния помимо семьи. На это указывает также исследование, проведенное А.И.Ушатниковым /1970/.

Автор изучал здоровые семьи с затяжными конфликтами и выделил по волевым проявлениям четыре группы школьников в этих семьях:

1/ школьники с положительно направленной и относительно развитой волей /13%/;

2/ школьники с положительно направленной и слабо развитой волей /37%/;

3/ школьники с отрицательно направленной и сильной волей /30%/;

4/ школьники с отрицательно направленной и слабой волей /20%/.

А.И.Ушатников отмечает, что на первой группе детей отразилось положительное влияние школьной среды, источников культуры, товарищей, других людей /иногда соседей/. С другой стороны, как указывает С.А.Рубинштейн, "сила сопротивляемости неблагоприятным условиям и способность пробиться сквозь них зависит от очень многих данных, не только непосредственно от способностей, но и от волевых качеств личности" /1946, с.649/.

Анализ историй болезни в третьей группе больных показы-

зает, что при отсутствии положительной установки к труду во многих случаях мы сталкиваемся не с патологически измененной в процессе заболевания трудовой установкой, а с недостаточно сформированной еще в преморбиде.

Пример 22. Больной Д.Б., 1951 г.р. Диагноз: вялотекущая шизофрения, психопатоподобный синдром.

Из анамнеза. Мать больного страдает шизофренией, отец - хроническим алкоголизмом. Раннее развитие без особенностей. В детстве тихий, застенчивый, необщительный, соматически ослабленный. В школе учился с семи лет. Интересы к учебе не проявлял, часто прогуливал занятия. В седьмом классе оставил учебу. Нигде не работал, часто уходил из дома, ночевал по подвездам, питался подаяниями, конфликтовал с родителями. В возрасте семнадцати лет был впервые стационаризован в психиатрическую больницу в связи с раздражительностью, агрессивностью в отношении матери. После выписки из больницы жил у тети, время проводил непродуктивно. Читал книги исторического содержания, ходил в кино. Иногда помогал тете делать покупки. Стал злоупотреблять алкоголем, деньги на вино давала тетка.

В последующие годы неоднократно стационаризовался в психиатрической больнице. Был устроен на работу, но ни в одном месте не удерживался. За пять лет сменил шесть мест работы /почтальон, рабочий на стадионе, монтировщик декораций, слесарь, сторож, дворник, грузчик/. С 1974 г. нигде не работает, высказывает к работе полное безразличие: "люблю поспать и почитать".

Отрицательное влияние на формирование трудовой установки может оказать не только безразличное или враждебное отношение в семье к больному, но и неадекватно направленная гиперопека.

Доннер 23. /№ дипломной работы выпускника факультета психологии ИГУ В.А.Словесского/. Больной Б., 1957 г.р. Диагноз: вялотекущая шизофрения, астено-ипохондрический синдром.

№ анамнеза. Род и развивался удовлетворительно. В 12 лет после скарлатины ночной энурез. В детстве был живым, активным, любил общаться со сверстниками. В школе с 7 лет. До появления энуреза был очень общительным ребенком. После 8 класса поступил в энергетический техникум, но вскоре оставил учебу в связи с якобы большим объемом программы. В 1973 г. поступил в профессионально-техническое училище. Одновременно учился в вечерней школе. К этому времени усилилась опасения, что кто-нибудь может узнать об ночном энурезе. Стал более замкнут, избегал друзей. Первый год учебы в училище, 9-й класс в вечерней школе занимался без особого труда, в 10-ом классе стало труднее учиться, так как пропал интерес к учебе. После окончания училища устроился слесарем на завод, однако по специальности почти не работал - плохо справлялся с обязанностями. Был раздражительным, капризился на взыскание. В июле 1976 г. был направлен в психиатрическую больницу.

В беседе с больным и его родственниками выяснилось, что у больного имеется особая семейная ситуация, в которой ему отводится роль мальчика, "который ничего самостоятельно не может ни сделать, ни решить". Мать больного всю жизнь была его "поводирем". В школе своим частым вмешательством, беседами с учителями пыталась компенсировать несостоятельность сына. Позднее она устраивает его в техникум, но "посоветовавшись с одним из преподавателей", решает, что сын очень перенапрягается от занятий и устраивает его в техническое училище. Мальчик, усиленным матерью ставший отличником в училище, на работе оказыва-

ется несостоятельными. После бесед матери с бригадиром сыну дают отдельные поручения: написать лозунг, объявление, нарисовать стенгазету /часть его производственного задания бригадир выполняет сам или кому-нибудь перепоручает/. И чтобы на работе все было доводным сыном, чтобы он мог поддержать свой престиж, мать, приходя со своей работы, сама выполняла то, что было поручено сыну.

Постепенно для сына такая ситуация стала субъективно единственно возможным способом упрочить свое положение в трудовом коллективе. Даже сама мать почувствовала перемену в сыне, его цинично-эгоистическую позицию: "Он, уже не спрашивая, приносит домой работу и сам даже не пытался чертить или рисовать".

Таким образом, мы видим, что если неблагоприятная семейная ситуация у больных психозами не всегда предопределяет задержку формирования трудовой установки, то отсутствие положительной установки к труду чаще всего связано с тем или иным видом неблагоприятных семейных отношений. Выяснение особенностей премоорбидной личности больного и аспектов его семейной ситуации, отрицательно влияющих на формирование трудовой установки, требует дальнейших исследований.

Сказанное, однако, не означает, что семейная ситуация является чем-то статичным и постоянно оказывает одинаковое влияние. Наши наблюдения показывают, что в некоторых случаях действительно происходит, описанное Р.Скоттом и И.Эшвортом /*Scott, Ashworth, 1967*/, "превращение" прежних отношений - резкие изменения в структуре межличностных отношений в семье, приводящие к тому, что индивид живет уже в другом окружении, чем то, которое он имел до заболевания, в котором формирова-

лась его личность. Эти новые взаимоотношения в большой степени обусловлены именно психопатологическим синдромом и типом течения болезни. Особенно отчетливо это прослеживается в отношении больных параноидной психозом и приступообразно-прогредиентной психозом с депрессивно-параноидным синдромом, если в фабулу бреда влетены члены семьи. Это обычно приводит к образованию конфликтных взаимоотношений в семье, которые, в отличие от подобных взаимоотношений у больных вялотекущей психозом, обусловлены патологическим поведением больных. Эти конфликтные отношения в ходе развития болезни в свою очередь могут перейти в иной тип отношений, например, в отношения сверхопеки со стороны членов семьи /см. пример IV/. После манифестации заболевания родители больного В.С. уделяли ему много внимания, надеялись на излечение, принимали разные меры к тому, чтобы В.С. не чувствовал себя больным, пытались поддержать его трудовую деятельность. Безуспешность этих действий приводила к конфликтам, действия родственников стали более резкими, как они сами говорят - "выгоняли из дому, чтобы работал, но постепенно родители смирились с создавшейся ситуацией, сами начали следить, чтобы "сын не переутомился".

Изучение роли семьи в формировании трудовых установок больных психозом с учетом их пренормальных личностных особенностей, раскрытие динамики влияния семейных взаимоотношений на трудовую деятельность больных даст возможность более глубоко проникнуть в психологические механизмы этого влияния и более эффективно способствовать сохранению или восстановлению этой трудовой деятельности.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные данные подтверждают необходимость дифференцированного подхода к социально-трудовой реабилитации больных психиатрической, в том числе с учетом роли ближайшего социального окружения, а также использования положительного влияния последнего в реабилитационных программах.

М.Н. Кабанов /1973/ в качестве конечной цели реабилитационной работы рассматривает "восстановление в правах, восстановление индивидуальной и общественной ценности больного, восстановление добродетельных отношений с окружающей действительностью".

Больные с сохранением трудовых установок /первая группа/ фактически не являются объектом реабилитационной работы, так как их социальное поведение в целом соответствует критерию удовлетворительной социальной адаптации. В случаях кратковременной дезадаптации, получая поддерживающую медикаментозную терапию, больные компенсируются самостоятельно.

Совершенно иную картину мы наблюдаем в группе больных с формальной или отрицательной установкой к труду. Привлечь этих больных к систематическому труду на общем производстве оказывается очень сложно. Усилия окружающих - родителей, врачей и т.д. в этом отношении обычно оказываются тщетными. Больные в лучшем случае лишь формально выполняют выдвигаемые к ним требования, чтобы при первой же возможности отказаться от них. Сложность привлечения к труду в условиях фактического отсутствия трудовой установки имеет прямое отношение к проблеме профилактики инвалидизации психически больных молодого воз-

раста /Рубинштейн, 1972, 1976, 1977/. Такого рода профилактика представляет собой выявление в экспериментально-психологическом обследовании сохранных возможностей больного, определение согласно этим данным тех видов труда, к которым способен больной, его профориентацию в этом направлении и последующее трудоустройство. Очевидно, что своевременный правильный выбор профессии способствовал бы формированию полноценной трудовой установки и ее устойчивой реализации в трудовой деятельности. Однако, если возможности правильного выбора, который касается, главным образом, первого места работы, упущены, непосредственное трудоустройство таких больных обычно оказывается безуспешным: они лишь в течение короткого времени удерживаются на работе.

Трудоустройство по классификации этапов реабилитационных мероприятий, предложенной Н.М. Кабановым /1978/, относится лишь к последнему этапу, в то время как здесь основная работа должна происходить по меньшей мере на втором этапе. На этом этапе главное - стимуляция социальной активности больных /трудовая терапия с обучением профессии, групповая психотерапия и т.д./. Это соответствует начальным этапам постепенного развертывания реабилитационной работы: лечебно-трудовые мастерские, слесарки, общее производство. Такой способ ведения реабилитационной работы Л.М. Круглова /1976, 1978/ называет "первичной реабилитацией" и, по ее мнению, она необходима в тех случаях, когда больные не имеют достаточного трудового стажа в преморбиде. Н.М. Кабанов указывает также на необходимость специальной педагогической /воспитательной/ работы с родственниками больного.

Во многих случаях отсутствие положительной трудовой установки связано не столько с патологическими нарушениями,

как с недостаточной ее сформированностью еще в преморбиде. Тогда семейные взаимоотношения, которые еще до заболевания препятствовали формированию трудовой установки, сохраняются и во время болезни и создают дополнительные преграды трудовой деятельности больного /см., например, случаи гиперопеки в детстве и гиперопеку после заболевания/. В других случаях неблагоприятные семейные отношения сами формируются в ходе болезни, являясь как бы ее "порождением". Эти ситуации указывают на направление работы с родственниками больных, имеющих формальную и отрицательную установку на труд.

В рассматриваемой нами плече реабилитационной работы наибольший интерес представляет неработающие больные с нарушениями трудовой установки. Как было отмечено, основное их отличие от работающих больных с нарушениями трудовой установки заключается в их социальной микросреде. Это, безусловно, не распространяется на случаи, когда трудовая деятельность больного определяется преимущественно его ригидностью, либо тем, что положительная трудовая установка стала для него сверхценным образованием и входит в обиход "фабулу" бреда. В этих случаях, которые вследствие их исключительности специально в настоящем исследовании не рассматривались, больной с нарушениями трудовой установки может работать несмотря на неблагоприятное социальное окружение.

Таким образом, открываются возможности использования опыта "стихийной реабилитации", осуществляемой семьями работающих больных, но особенное значение приобретает привлечение самих семей к реабилитационным мероприятиям. Многие исследователи не только указывают на необходимость использования семьи как сферы, в которой заключены средства воздействия на больно-

го, но и приводят данные, подтверждающие успешность такого обращения к семье /Канлан, 1971/. За рубежом семья так же рассматривается, как возможный агент продолжения терапевтического /в самом широком смысле этого слова/ воздействия, начатого в больнице или в амбулаторных условиях. Так, Р.Либерман /Lieberman, 1976/ подчеркивает, что так называемая "поведенческая терапия" /behaviour therapy/ может оказаться эффективной лишь тогда, когда она будет продолжена и за пределы больницы. Авторы предлагают обучать родственников больных элементарным методам "поведенческой терапии". Для того чтобы родственники могли оказать положительное воздействие на больного, необходимо добиться соответствующего их отношения к больному, преодолеть негативизм семьи к нему. /Notman, 1959; Greenberg, Huxley, 1959; Creer, 1975/. Опыт стационарной реабилитации семей в первую очередь касается давно известного в психиатрии принципа опоры на сохранные стороны личности. Однако на практике этот принцип часто остается голой декларацией: чаще всего осуществляется стереотипный подход к больному, врач мотивирует для больного трудовую деятельность таким же образом, как он бы мотивировал и для себя самого. Семье же больной достаточно хорошо известен, известны, хотя, возможно, и не вполне осознаны, его сохранные стороны личности.

Клиническая беседа может дать представление о сохранных интересах, социальных установках больного, о его возможностях. Однако более точную и обоснованную информацию по этому вопросу дает экспериментально-психологическое обследование, заключающее, в частности, тот же набор методик, который применялся в данном исследовании. Эти методики дают представление не только о степени сохранности и своеобразии нарушений позна-

вательной сферы, но и об особенностях эмоционально-волевой сферы и интересах больного. Направленное экспериментально-психологическое обследование с целью выявления тех сторон личности, на которые можно будет опереться в дальнейшей восстановительной работе - один из элементов работы психолога в области социально-трудовой реабилитации психики больного.

Факторы, содействующие или препятствующие социально-трудовой реабилитации больных психозами, А.Л.Рохлин /1973/ делит на связанные с самой болезнью факторы личности больного, факторы, связанные с характеристикой трудовой деятельности и факторы среды в узком и широком смысле этого слова. С большими или меньшими видоизменениями такая схема является общепринятой в психиатрической литературе.

В качестве примера можно привести работу Ш.А.Абдукабировой /1976/. Она отмечает, что наряду с клинико-биологическими факторами /тип течения и синдром/ определенное влияние на трудовую адаптацию оказывают также социальные факторы. Так, по ее мнению, наиболее адаптированными являются больные, проживающие с супругами, понимающими их болезненное состояние, внимательными к требованиям и желаниям больного, активно содействующими лечению. Она выделяет еще и такие благоприятные факторы, как пренорбидный уровень образования профессиональной подготовки, "трудовые установки" больного. Таким образом отчетливо наблюдаются тенденции представить трудовую адаптацию как простую сумму действия разных факторов, без попытки усмотреть их взаимосвязь и взаимообусловленность, как если бы трудовая адаптация представляла собой некую "положительную сумму" перечисленных факторов, а отсутствие одного из них могло бы быть компенсировано другим. Предполагается, что именно совокупность

этих факторов определяет пути, методы и средства реабилитации и ресоциализации больных. Такой "факторный" подход игнорирует тот важный момент, что социальная среда, в том числе и семья, не может быть факторов рядоположенными рядом с другими, способствующими или препятствующими социально-трудовой реабилитации.

Как известно, Л.С.Выготский /1936/ говорил о первичном дефекте и вторичных осложнениях развития. Хотя это было сказано в первую очередь о проблеме умственной отсталости, как отмечает С.Я.Рубинштейн, эти "мысли Л.С.Выготского имеют, разумеется, более широкое значение. Они важны не только для дефектологии, но и для психопатологии в целом" /1970, с.48/. Этиология шизофрении остается недостаточно изученной, поэтому такие первичные нарушения выделить трудно. Однако можно предположить, что изменение или развитие некоторых сторон личности, хотя и происходит в силу закономерностей биологически-патологического процесса, их конкретное выражение, то, в какой мере они способствуют или препятствуют адаптации индивида, можно отнести к вторичным наслоениям. Согласно той же культурно-исторической теории Л.С.Выготского, эти "вторичные образования" являются продуктом взаимодействия больного с окружающей его социальной, культурной средой. Нормальная и постнормальная трудовая установка, рядом с другими "личностными факторами", также относится к таким вторичным образованиям. Следовательно, социальное окружение, в том числе и семья, необходимо рассматривать не как один из рядоположенных факторов социально-трудовой реабилитации, а как среду, в которой формируются многие из них.

Все это указывает на необходимость активного вовлечения

семьи в реабилитацию больных психозами. Если говорить о работе психолога в области социально-трудовой реабилитации и связанных с ней задачах профилактики инвалидизации, то составление психологически обоснованных рекомендаций больным, особенно тем, которые не охвачены ВТЭК, является одним из наиболее важных ее аспектов. Однако для больного гораздо большее значение имеет продолжительное влияние ближайшего социального окружения, чем организованные систематические, но кратковременные социальные воздействия врачей и психологов. Эти социальные воздействия направлены на создание у больного определенных социальных установок. Здесь необходимо учитывать опосредованность такого социального воздействия. С точки зрения теории структурного баланса /Heider, 1958/ формирование социальных установок происходит в структуре, которая включает в себя: а/ индивид, б/ другое лицо и в/ объект установки. Если индивиду сообщается что-либо относительно объекта установки, то мнение, которое он будет о нем иметь, в большей мере будет зависеть от тех мнений по поводу объекта установки, которое высказает значимое другое лицо, при наличии у индивида положительных установок на это "другое лицо". В нашем случае в качестве "другого лица" выступает семья больного. Д.Дэвис относительно формирования установок высказывает следующее обобщение. "Влияние на установки представляется обратно пропорциональным социальной дистанции. Мощное влияние на наши установки оказывают те, кто рядом с нами, люди, с которыми мы сталкиваемся на каждом шагу" /1972, с.61/. Таким образом, как жизненная практика, так и психологическая теория указывает на необходимость выделить еще один аспект работы психолога - коррекцию взаимоотношений между больным и членами его

семьи - с целью добиться более адекватного взаимопонимания, наладить отношения, способствующие быстрейшему возвращению больного в жизнь общества. В.И.Воловик, В.Д.Вид /1975/, Б.И.Горелик, И.С.Николаева /1975/, Т.М.Мишина /1975/, И.И.Черниловская /1973/, Д.Баррант /*Durrant*, 1967/ и др. в качестве способа такой работы предлагают групповую психотерапию, с участием больного и членов семьи. Этот способ направлен в основном на устранение конфликтов в семье и восстановление нарушенных коммуникативных способностей больного. Хотя мы и рассматриваем трудовую деятельность лишь как составляющую социальной адаптации больного, эта составляющая, однако, является определяющей и во многом способствует восстановлению других сторон общественной жизни больного. Поэтому, на наш взгляд, в плане социально-трудовой реабилитации работа с больным и его семьей в первую очередь должна быть направлена на выработку правильного отношения к труду больного. Устранение внутрисемейных конфликтов и восстановление нарушенной системы отношений больного могут рассматриваться как создание условий для выработки такого отношения.

Подобная работа по созданию правильного отношения к труду, хотя ее иногда называют "психотерапевтической беседой" /см., например, Зейгарник, Кабаченко и др., 1974/, не является психотерапией - "лечением словом" в подлинном смысле этого слова, так как в ней не ставятся терапевтические задачи. Психолог не стремится своими действиями редуцировать психопатологическую симптоматику. Скорее такую работу можно рассматривать как коррекционную. Осуществляется она в виде бесед, в которых участвует как больной, так и один или несколько членов семьи. Такие смешанные беседы чередуются с индивидуальными. Психолог

не стремится давать советы, а лишь корректирует рассуждения собеседников, сообщая им некоторые данные наблюдений и психологического эксперимента. К правильному решению, которое в каждом конкретном случае будет разным, собеседники должны прийти сами. Коррекционную работу можно считать успешной в том случае, если у членов семьи сформировалось адекватное восприятие состояния больного, терпимое отношение к патологическим проявлениям в его поведении, желание способствовать трудовой деятельности больного и ими осознаны средства осуществления этого желания, а у больного - желание сотрудничать со своей семьей, прислушиваться к мнению членов семьи и самое главное - желание самому стать полноправным членом общества, ощущение собственной силы, необходимой чтобы стать им.

Таким образом, работа психолога в области социально-трудовой реабилитации имеет два аспекта. Первый заключается в выработке и претворении в жизнь рекомендаций, относящихся непосредственно к определенному виду труда, к которому способен больной. Эти рекомендации предназначены в первую очередь для больного и направлены на создание благоприятной для него среды в сфере производства. Второй аспект - это выработка и осуществление рекомендаций, относящихся к трудовой деятельности в целом. Эти рекомендации главным образом предназначены для семьи больного и направлены на создание семейной среды, благоприятной для компенсации нарушений трудовой установки больного.

Для выявления тех больных, в отношении которых эта работа может оказаться особенно эффективной, помимо клинической беседы, необходим также тщательный анализ истории болезни и экспериментально-психологическое обследование. Помимо клинических факторов, значимыми в этих случаях являются:

- положительное отношение к труду в целом, высказываемое больными в беседе, несмотря на аутистическое своеобразие такого отношения или отрицательное отношение к отдельным видам труда;

- косвенные проявления положительного отношения к труду в патофизиологических методах;

- наличие профессиональных интересов и определенного трудового стажа в преморбиде;

- неблагоприятная семейная ситуация /особенно при конфликтных взаимоотношениях и сверхопеке со стороны родственников/.

ВЫВОДЫ

1. Основной характеристикой личностного компонента трудовой деятельности больных психозом является трудовая установка, выступающая для субъекта как определенная форма личностного смысла - трудовые процессы как средство реализации его личных мотивов и требований общества.

2. В результате исследования выявлено четыре основных типа трудовой установки у больных психозом: сохраненная трудовая установка; нарушенная трудовая установка; формальная /"лиць знаема"/ трудовая установка; отрицательная установка на труд.

3. Большинство как отечественных, так и зарубежных работ, посвященных изучению влияния семьи больных психозом на их социальную реабилитацию, основаны на представлениях о непосредственном характере этого влияния и в результате этого приходят к противоречивым данным о значимости влияния семьи. В данном исследовании влияние семьи на трудовую деятельность больного, рассматриваемое как опосредованное через трудовые установки больного, оказывается существенным при нарушениях трудовой установки.

4. По отношению к трудовой деятельности больного и оценке его состояния выделены основные типы семейных ситуаций больных психозом: семья с адекватной оценкой состояния больного и положительным отношением к его трудовой деятельности; семья с положительным отношением к больному и к его трудовой деятельности; семья, конфликтующая с больным и безраз-

лично относящиеся к его трудовой деятельности; семья, подкрепляющие патологические тенденции больного; семьи с переоценкой тяжести состояния больного и с отрицательным отношением к перспективе его трудовой деятельности; отсутствие семьи.

5. Предполагаемый психологический механизм влияния семьи связан с природой целеобразования в деятельности. В зависимости от типа семейной ситуации, в одних случаях происходит компенсация нарушенного внутреннего целеобразования внешним целеобразованием. В других случаях компенсация нарушенного внутреннего целеобразования в области трудовой деятельности происходит за счет актуализации более сохранных мотивов, ранее не связанных с ней.

6. Помимо того, что семья является необходимым условием компенсации нарушенной трудовой установки, семья влияет на трудовую деятельность больных также участием в формировании трудовой установки. Этот аспект влияния семьи, а также динамика влияния семьи в качестве одного из условий формирования личностных образований больного в ходе заболевания, требует дальнейшего изучения.

7. Больные с различными типами трудовой установки требуют различных реабилитационных мероприятий. Для больных с нарушениями трудовой установки особо значимо вовлечение в работу по социально-трудовой реабилитации их семей.

8. Работа психолога в области социально-трудовой реабилитации имеет два аспекта: разработка психологически обоснованных трудовых рекомендаций в отношении конкретных видов труда, доступных больному и разработка психологически обоснованных рекомендаций по налаживанию взаимоотношений в семье больного,

стимулирующих трудоспособность больного в целом.

9. Наиболее показана коррекционная работа с семьей для больных с нарушениями трудовой установки, семейная ситуация которых характеризуется конфликтными взаимоотношениями с родственниками или сверхопекой с их стороны.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. АБДУЖАБАРОВА З. Особенности социально-трудовой адаптации больных выходящей пизофренией. Автореф. дисс. канд. м.н. М., 1976, с. 17.
2. АДАСКИН Б.И. Коммунистическое отношение к труду. В кн.: Личность и труд. Под ред. К.К. Платонова. М., "Мысль", 1965, с. 332-355.
3. АЛИХАНОВ Э.Н. Материалы к вопросу о социально-трудовой реадaptации больных непрерывно текущей параноидной пизофренией. Автореф. дисс. канд. м.н. Л., 1971, с. 23.
4. АЛТМАН А.Л. Трудовая и бытовая реадaptация при пизофренических ремиссиях. Пермь, Пермский ГИИ, 1970, с. 128.
5. АСМОЛОВ А.Г. О месте установки в структуре деятельности. Автореф. дисс. канд. психол.н. М., 1976, с. 24.
6. АСМОЛОВ А.Г., КОВАЛЬЧУК М.А. О соотношении понятия установки в общей и социальной психологии. В кн.: Теоретические и методологические проблемы социальной психологии. Под ред. Г.И. Андреевой, И.И. Богомоловой. М., Изд-во ИГУ, 1977, с. 143-163.
7. БЕКТЕРКВ В.М. Психика и квант. СПб., 1904, с. 206.
8. БРАТУСЬ Б.С. Психологический анализ одного из видов патологии личности. Автореф. дисс. канд. психол.н. М., 1972, с. 21.
9. БРАТУСЬ Б.С. Психологический анализ данных истории болезни как метод исследования личности. В кн.: Экспериментальные исследования в патопсихологии. М., 1976, с. 10-19.
10. ВАРЛАНОВ Э.В., ГОРБУНОВА Л.И. Групповая семейная психотерапия больных пизофренией. В кн.: Проблемы изменения и восстановления психической деятельности. /Тезисы докладов к V Всесоюзному съезду психологов СССР/. М., 1977, с. 56-57.

11. ВОЛОВИК В.М., ВИД В.Д. Общие принципы и методы групповой терапии больных шизофренией. В кн.: Групповая психотерапия при неврозах и психозах. Труды Научно-исследовательского психоневрологического института им.В.М.Бехтерева, т.76. Л., 1975, с.26-33.
12. ВОЛЬПЕР М.И. К вопросу о стабилизации ремиссий у больных шизофренией, находящихся на амбулаторной трудовой терапии. В кн.: Вопросы реабилитации в психиатрии и невропатологии. Труды Научно-исследовательского психоневрологического института им.В.М.Бехтерева, т.49. Л., 1969, с.184-193.
13. ВЫГОТСКИЙ Л.С. Диагностика развития и педологическая клиника трудного детства. М., 1936, с.78.
14. ГАСТЕВ А.К. "Трудовые установки". М., "Экономика", 1973, с.343.
15. ГЕВЕР Т.А. Инвалидность при шизофрении. Доклад на объединенной конференции О.Б.В.Э. М., 1928, с.16.
16. ГЕВЕР Т.А. Трудоспособность при шизофрении. В кн.: Современные проблемы шизофрении. М.-Л., 1933, с.106-111.
17. ГЕЛЛЕРШТЕЙН С.Г., ЦФАСМАН Н.Л. Принципы и методы трудовой терапии психически больных. М., "Медицина", 1964, с.164.
18. ГИЛЬЯНОВА И.Н. Тематический апперцепционный тест как метод психологической диагностики личности. В кн.: Вопросы диагностики психического развития. Таллин, 1974, с.43-44.
19. ГИЛЬЯНОВА И.Н. О применении методики ТАТ в диагностике неврозов и шизофрении. В кн.: Психологические проблемы психогигиены, психопрофилактики и медицинской деонтологии. Ленинград, 1976, с.31-32.
20. ГОРЕЛИК Б.М., НИКОЛАЕВА И.С. Групповая психотерапия в системе реабилитации больных шизофренией. В кн.: Групповая психотерапия при неврозах и психозах. Труды Научно-исследовательского психоневрологического института им.В.М.Бехтерева, т.76. Л., 1975, с.83-89.

21. ГОРЕБУНОВА Л.Н. Некоторые особенности понимания больных шизофренией их родственниками. В кн.: Проблемы медицинской психологии. Л., "Медицина", 1976, с.241-243.
22. ДЕМЕНТЬЕВА Н.Ф., ДУКАРЕВИЧ М.З. О некоторых изменениях восприятия при чувственном бреде. В кн.: Вопросы общей психопатологии. Труды Московского научно-исследовательского института психиатрии ИВ РСФСР, т.77. М., 1976, с.130-140.
23. ДУКЕЛЬСКАЯ И.И., КОРОБКОВА З.А. Врачебно-трудовая экспертиза и трудоустройство больных шизофренией. М., "Медгиз", 1958, с.72.
24. ДЭВИС Д. Социология установки. В кн.: Американская социология. Под ред. Т.Парсонса. Перевод с англ. М., "Прогресс", 1972, с.54-67.
25. ЗДРАВОНЬСЛОВ А.Г., ЯДОВ В.А. Отношение к труду и ценностные ориентации личности. В кн.: Социология в СССР, т.2. М., "Мысль", 1965, с.189-208.
26. ЗДРАВОНЬСЛОВ А.Г., РОМИН В.П., ЯДОВ В.А. /под.ред./. Человек и его работа. М., "Мысль", 1967, с.392.
27. ЗЕЙГАРНИК Б.В. Патология мышления. М., Изд. ИГУ, 1962, с.244.
28. ЗЕЙГАРНИК Б.В. Пути исследования эмоционально-волевой сферы психически больных. В кн.: Вопросы экспериментальной патопсихологии. М., 1965, с.42-57.
29. ЗЕЙГАРНИК Б.В., КАБАЧЕНКО Т.С., ПОПЕРЕЧНАЯ Л.Н., ХАЛОНИНА А.Б., РУБИНИЦКИЙ С.Я. Патопсихологические исследования психически больных. "Дурн. невропатологии и психиатрии им.С.С.Корсакова", 1974, т.74, вып.12, с.1859-1863.
30. ЗЕНЕВИЧ Г.В. Ремиссия при шизофрении. Л., "Медицина", 1964, с.215.
31. КАБАНОВ М.И. Реабилитация - динамическая система взаимосвязанных компонентов. В кн.: Реабилитация больных перенесшими и психическими заболеваниями. Л., 1973, с.29-32.

32. КАБАЧЕНКО Т.С. Некоторые психологические аспекты исследования учебной деятельности студентов, больных шизофренией. В кн.: Экспериментальные исследования в патопсихологии. М., 1976, с.19-38.
33. КАБАЧЕНКО Т.С. Особенности учебной деятельности студентов, больных некоторыми формами шизофрении. Автореф. дисс. канд. психол.н. М., 1977, с.26.
34. КАМЕНЕВА Е.Н. К вопросу о трудоспособности при шизофрении. В кн.: Современные проблемы шизофрении. М.-Л., 1933, с.111-124.
35. КАПЛАН Л.Р. К вопросу о влиянии семейно-бытовой обстановки и фармакологического лечения на устойчивость ремиссий у больных шизофренией. В кн.: Вопросы реабилитации в психиатрии и невропатологии. Труды Научно-исследовательского психоневрологического института им.В.М.Бехтерева, т.49, 1969, с.158-169.
36. КАПЛАН Л.Р. Влияние системы внебольничных реабилитационных мероприятий на некоторые клинические и социальные характеристики больных шизофренией. Автореф. дисс. канд.м.н. Л., 1971, с.21.
37. КОГАН В.М. Классификация видов умственной деятельности. В кн.: Психологические исследования в практике врачебно-трудовой экспертизы, вып.3. М., 1972, с.15-28.
38. КОГАН В.М., КОРОБКОВА Э.А. Принципы и методы психологического обследования в практике врачебно-трудовой экспертизы. Методическое письмо ЦИЭТИН. М., 1967, с.54.
39. КОГАН В.М., ЛЕБЕДИНСКИЙ Е. /Под ред./ Психологические исследования в практике врачебно-трудовой экспертизы. Сб. трудов ЦИЭТИН ИСО РСФСР, вып.2. М., 1971, с.86.
40. КОЧЕНОВ М.М. Нарушение процесса смыслообразования при шизофрении. Автореф. канд. дисс. М., 1970, с.20.
41. КОЧЕНОВ М.М., НИКОЛАЕВА В.В. Формы нарушений смыслообразования у больных шизофренией. В кн.: Проблемы назначения и восстановления психической деятельности. /Тезисы докладов к V Всесоюзному съезду психологов СССР/. М., 1977, с.77-78.

42. КРУГЛОВА Л.И. Работа психоневрологического диспансера по промышленной реабилитации больных шизофренией. Методические рекомендации. Л., 1978, с.40.
43. КРУГЛОВА Л.И. Реабилитация психически больных в условиях промышленного производства. Труды ин-та им.В.М.Бехтерева, т.80. Л., 1976, с.69-74.
44. ЛЕОНТЬЕВ А.Н. Проблемы развития психики. 3-е издание, М., Изд-во МГУ, 1972, с.576.
45. ЛЕОНТЬЕВ А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. М., Изд-во политической литературы, 1975, с.304.
46. Личность и труд. Под ред. К.К.Платонова. М., "Мысль", 1965, с.365.
47. ЛУРИЯ А.Р. Высшие корковые функции человека. М., Изд-во МГУ, 1962, с.432.
48. МЕЛЕХОВ Д.Е. Современное состояние вопроса о трудоспособности при шизофрении и задачи исследования. В кн.: Проблемы пограничной психиатрии. М.-Л., 1935, с.15-26.
49. НИКУЛАЙОВА М. Трудовая мотивация как фактор социально-трудовой реабилитации больных шизофренией. Дипломная работа. МГУ, 1978, с.67.
50. ПИШИНА Т.И. Семейная психотерапия: задачи и методика. В кн.: Групповая психотерапия при неврозах и психозах. Труды Научно-исследовательского психоневрологического института им.В.М.Бехтерева, т.76. Л., 1975, с.94-97.
51. ПЯСИЦЕВ В.Н. Работоспособность и болезни личности. "Неврология, психиатрия и психогигиена", т.4, вып.9-10, 1985.
52. ПЯСИЦЕВ В.Н. Личность и неврозы. Л., Изд.ЛГУ, 1960, с.426.
53. ПАГАЕВ Е.А. Влияние психологических факторов окружения на реабилитацию больных периодической шизофренией, выписанных из стационара. В кн.: Проблемы медицинской психологии. Л., "Медицина", 1976, с.284-285.
54. ПАДРАНИЯЛИ И.А. Понятие установки в общей и социальной психологии. Тбилиси, "Мецниереба", 1974, с.170.

55. ПЛАТОНОВ К.К. Понятие "структура" в теории личности. В кн.: Проблемы личности. /Материалы симпозиума/. М., 1969, с.51-62.
56. ПОЛЯКОВ Ю.Ф. Патология познавательной деятельности при шизофрении. М., "Медицина", 1974, с.168.
57. РОХЛИН В.Л. Роль личностного фактора в реабилитации больных шизофренией. В кн.: Реабилитация больных нервными и психическими заболеваниями. /Материалы пленума/. Л., 1973, с.56-60.
58. РУБИНИТЕЙН С.Л. Основы общей психологии. М., "учпедгиз", изд.2, 1946, с.704.
59. РУБИНИТЕЙН С.Л. Принципы и пути развития психологии. М., изд. АН СССР, 1959, с.354.
60. РУБИНИТЕЙН С.Л. Проблемы общей психологии. М., "Педагогика", 1973, с.416.
61. РУБИНИТЕЙН С.Я. Психология умственно отсталого школьника. М., "Просвещение", 1970, с.199.
62. РУБИНИТЕЙН С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии. М., "Медицина", 1970, с.216.
63. РУБИНИТЕЙН С.Я. Об одном из участков использования патопсихологии в практике. В кн.: Тезисы докладов конференции "Проблемы патопсихологии. М., 1972, с.189-197.
64. РУБИНИТЕЙН С.Я. О трудоустройстве и трудовых рекомендациях психически больным. В кн.: Экспериментальные исследования в патопсихологии. М., 1976, с.97-106.
65. РУБИНИТЕЙН С.Я. О трудовой деятельности психически больных. "Вестн. Моск. ун-та. Сер.14. Психология", 1977, № 1, с.81-90.
66. РУМЯНЦЕВ Г.Г. Опыт применения метода "незаконченных предложений" в психиатрической практике. В кн.: Исследование личности в клинике и в экстремальных условиях. Труды Научно-исследовательского психоневрологического института им.В.М.Бехтерева, т.50. Л., 1969, с.266-275.

67. САВЕНКО Д.С. К обоснованию некоторых методик по изучению личности. В кн.: Проблемы личности. /Материалы симпозиума/. М., 1969, с.238-241.
68. СВИДАНОВ В.И. Семья как коллектив. В кн.: Коллектив и личность. Под ред. Пороховой Е.В. и др. М., "Наука", 1975, с.105-115.
69. СЛОНЕВСКИЙ В.А. Некоторые особенности формирования личности больных шизофренией. Дипломная работа. МГУ, 1978, с.72.
70. СНИЖКОВСКИЙ А.В. Об особенностях течения шизофрении. В кн.: Доклады научной конференции, посвященной 50-летию института им.В.М.Бехтерева. Труды Научно-исследовательского психоневрологического института им.В.М.Бехтерева, т.20, с.171-178.
71. СОКОЛОВА Е.Т. К вопросу обоснования Тематического Ассоциативного Теста /ТАТ/. В кн.: Проблемы медицинской психологии. Л., "Медицина", 1976, с.52-53.
72. СОКОЛОВА Е.Т., ВАВИЛОВ И.В., РЕНЬЕ В.Э. Вариант теоретико-экспериментальной апробации ТАТ. В кн.: Экспериментальные исследования в патопсихологии. М., 1976, с.60-64.
73. ТЕЛЕГИНА Э.Д., ВИНОГРАДОВА Т.Г. Мотивация и процессы целеобразования. В кн.: Психологические механизмы целеобразования. М., "Наука", 1977, с.21-51.
74. ТИХОМИРОВ О.К. Понятия "цель" и "целеобразование" в психологии. В кн.: Психологические механизмы целеобразования. М., "Наука", 1977, с.5-20.
75. УЗНАДЗЕ Д.Н. "Психологические исследования". М., "Наука", 1966, с.451.
76. УПАТИКОВ А.И. Семейные конфликты и их влияние на волевое развитие детей. Автореф. дисс. канд. психол.н. Рязань, 1970, с.19.
77. ХАЛЧИНА А.Б. О возможности трудовой деятельности после тяжелых поражений центральной нервной системы. В кн.:

Патопсихологические исследования в психиатрической клинике. М., Изд-во МГУ, 1974, с.143-150.

78. ХАЛДИНА А.Б. О трудоспособности больных, перенесших органическое поражение мозга. В кн.: Экспериментальные исследования в патопсихологии. М., 1976, с.107-115.
79. ЦВЕТКОВА Л.С. Восстановительное обучение при локальных поражениях мозга. М., "Педагогика", 1972, с.269.
80. ЦУЛАДЗЕ С.В. О месте и значении проекционных методов в изучении личности. В кн.: Проблемы личности. /Материалы симпозиума/. М., 1969, с.194-197.
81. ЧЕРНИШОВСКАЯ И.М. Влияние семьи на уровень компенсации больных шизофренией /в связи с задачами семейной психотерапии/. В кн.: Реабилитация больных нервными и психическими заболеваниями. Л., 1973, с.146-148.
82. ШИКИРЕВ П.Н. Исследования социальной установки в США. "Вопросы философии", 1973, № 2, с.159-167.
83. ACKERMAN H.W. *Interpersonal Disturbances in the Family: Some Unsolved Problems in Psychotherapy.* - *Psychiatry*, 1954, 17, 359-372.
84. ACKERMAN H.W. *Family-formed Therapy of Schizophrenia.* - In: S.C.Scher, H.R.Davis /eds./. *The Outpatient Treatment of Schizophrenia.* New York, Grune & Stratton, 1960.
85. ARNOLD, MAGDA B. *Story Sequence Analysis.* New York, Columbia University Press, 1962.
86. BARRY J.R. *Client Motivation for Rehabilitation.* - *Rehabilitation Record*, 1965, 6, No. 1, 13-36.
87. BATESON G., JACKSON, D., HALEY, J., et al. *Toward a Theory of Schizophrenia.* - *Behavioral Science*, 1956, 1, 251-264.
88. BLUM, M.J., NAYLOR, S.C. *Industrial Psychology. Its Theoretical and Social Foundations.* Monograph No.4. Washington, 1968.
89. BROWN, G.W., HONCK, E.M., CARSTAIRS, G.M., WING, J.K. *Influence of Family Life on the Course of Schizophrenic Illness.* - *Br.J.Prev.Soc.Med.*, 1962, 16, 55-68.

90. BROWN, G.W., BIRLEY, J.L., VING, J.K. Influence of Family Life on the Course of Schizophrenic Disorders: A Replication. - *Brit.J.Psychiat.*, 1972, 121, 241-258.
91. BROWN, G.W., RUTTER, M. The Measurement of Family Activities and Relationships: A Methodological Study. - *Human Relations*, 1966, 19, 241-243.
92. CATKELL, R.B. *The Scientific Analysis of Personality*. London, Penguin Books, 1970.
93. COATES, D.B., MALLISON, I.J. Family Interaction in Schizophrenia. - *Canad.Psychiat.Ass.J.*, 1967, 12, 387-401.
94. CREWER, C. Living with Schizophrenia. - *Social Work Today*, 1975, 6, 2-7.
95. DILLER, L. *Rehabilitation Therapies*. Washington, Government Printing Office, 1958.
96. INNHAM, V.H. Society, Culture and Mental Disorder. - *Arch.Gen.Psychiat.*, 1976, 33, 147-156.
97. DURRAWF, B.W. Rehabilitation of the Young Schizophrenic Patient. - *Brit.J.Psychiat.*, 1963, 113, 673-674.
98. ENGELHARDT, D.M., ROSEN, B. Implication of Drug Treatment for the Social Rehabilitation of Schizophrenic Patients. - *Schizophrenia Bulletin*, 1976, 2, 3, 312-328.
99. FISHER, L. On the Classification of Families. - *Arch.Gen.Psychiatry*, 1977, 34, 424-433.
100. FISHBEIN, M. An Investigation of the Relationships Between Beliefs About An Object and Attitude Towards that Object. - *Human Relations*, 1963, 16, 233-239.
101. FLYVE, S. O.S. The Interfamilial Environment of the Schizophrenic Patient. - *Psychiatry*, 1957, 20, 243-257.
102. FORREST, A.D. Concepts of Schizophrenia: Historical Review. - In: A.Forrest, J.Affleck /eds./ *New Perspectives in Schizophrenia*. Edinburgh, Chirchill Livingstone, 1975, pp.3-23.

103. FRANK, L. I. Projective Methods for the Study of Personality. - *J-Psychol.*, 1939, 8, 389-413.
104. FREEMAN, H. E., SIMONS, C. G. The Mental Patients Come Home. New York, Wiley, 1963.
105. GUIDOV, R. E. Industrial Morale. /A Symposium/. I. The Problem of Terminology. *Personnel Psychol.*, 1958, II, 59-64.
106. GREENBERG, E. M., HUXLEY, H. Implications of Rehabilitation. - In: H. Greenblatt and B. Simon /eds./ Rehabilitation of the Mentally Ill. Washington, American Association for the Advancement of Science, 1959, pp. 181-190.
107. HECKHAUSEN, H. Die Problematik des Projektionsbegriffs und die Grundlagen und Grundannahmen des Thematischen Auffassungstests. - *Psychol. Beitr.*, 1960, V, 53-80.
108. HECKHAUSEN, H. The Anatomy of Achievement Motivation. New York, Academic Press, 1967.
109. HEIDER, F. The Psychology of Interpersonal Relations. New York, Wiley, 1958.
110. HERZBERG, J. Work and the Nature of Man. New York, Wiley, 1966.
111. KELLEY, J. R. Relatives' Attitude and Outcome of Schizophrenia. - *Arch. Gen. Psychiat.*, 1964, 10, 389-394.
112. LAING, R. D., PHILLIPSON, H., LEE, A. R. Interpersonal Perception. London, Tavistock, 1966.
113. LAZARUS, R. A. A Substantive-Defence Conception of Apperceptive Fantasy. - In: J. Kagan and G. S. Lasser /eds./ Contemporary Issues in Thematic Apperceptive Methods. Springfield, Thomas, 1961, pp. 51-71.
114. LYBERMAN, R. P., Mc CANN, M. J., WALLACE, CH. J. Generalisation of Behaviour Therapy with Psychotics. - *Brit. J. Psychiat.*, 1976, 129, 490-496.

115. LIDZ, R., LIDZ, T. The Family Environment of Schizophrenic Patients. - *Am. J. Psychiat.*, 1949, 106, 332-345.
116. LIDZ, T., CORNELIUS, A. R., FLECK, S., TERRY, D. The Intra-familial Environment of the Schizophrenic Patient. - *Am. J. Psychiat.*, 1957, 114, 241-248.
117. LIDZ, T. Schizophrenia and the Family. - *Psychiatry*, 1958, 21, 21-24.
118. LIKERT, R., WILLITS, J. M. Morale and Agency Management. - Vol. I. Morale - the Mainstay of Management. Hartford: Life Insurance Search Bureau, 1940.
119. LINDSAY, J. S. B., WOODFORDS, J. M. The Families of Psychiatric Inpatients and Day-patients. - *Int. J. Soc. Psychiat.*, 1966, 12, 114-119.
120. MAYO, E. The Social Problems of an Industrial Civilization. Boston, World Book, 1945.
121. MURRAY, H. A. Thematic Apperception Tests: The Manual. Cambridge, Harvard University Press, 1943.
122. NISKANEN, P. A. Survey of Family Attitudes of Schizophrenic Inpatients and Outpatients. - *Psychiatria Fennica*, Helsinki, 1972, Helsinki University Central Hospital, 193-197.
123. NOTMAN, E. E. Problems of Rehabilitation Program Development. - In: M. Grochbiat, B. Sizon /eds./ Rehabilitation of Mentally Ill. Washington, American Association for the Advancement of the Science, 1959.
124. RAPAPORT, D. Principles Underlying Projective Techniques.- Character and Personality, 1942, 10, 213-220.
125. RAPAPORT, D., GILL, M. M., SCHAPIER, R. Diagnostic Psychological Testing. Vol. 2. Chicago, Yearbook, 1946.
126. RAPAPORT, D., GILL, M. M., SCHAPIER, R. Diagnostic Psychological Testing. Rev. ed. by R. R. Holt, New York, International Universities Press, 1968.

127. ROSENBERG, M. J. Cognitive Structure and Attitudinal Effect. - *J. Abnorm. Soci. Psychol.*, 1956, 53, 367-372.
128. SCOTT, R. D. Family Patterns and Outcome in Schizophrenia. - In: A. Forrest and J. Affleck /eds./ *New Perspectives in Schizophrenia*. Edinburgh, 1973.
129. SCOTT, R. D., ASHWORTH, P. L., CACCON, P. D. Violation of Parental Role Structure and Outcome in Schizophrenia. - *Soc. Sci. & Med.*, 1970, 4, 41-64.
130. SCOTT, R. D., ASHWORTH, P. L. "Closure" at the First Schizophrenic Breakdown: a Family Study. - *Br. J. Med. Psychol.*, 1967, 40, 109-145.
131. SCOTT, R. D., PAREWELL, J., PARIENTA, D. Family and Social Factors and the Course of Schizophrenia /Corr./ *Brit. J. Psychiat.*, 1977, 130, 101-104.
132. SPIEGEL, J. P., BELL, H. W. The Family of the Psychiatric Patient. - In: S. Arieti /ed./ *The American Handbook of Psychiatry*. Vol. 1. New York, Basic Books, pp. 114-149.
133. STEIN, M. S. *The Thematic Apperception Test*. Cambridge, Addison-Wesley, 1955.
134. TOMKINS, S. S. *The Thematic Apperception Test*. New York, Grune & Stratton, 1947.
135. VADGHAN, C. B., LEPP, J. P. The Influence of Family and Social Factors on the Course of Psychiatric Illness. - *Brit. J. Psychiat.*, 1976, 129, 125-137.
136. VROOME, V. *Work and Motivation*. New York, Wiley, 1964.
137. WEINBERG, K. S. Social Psychological Aspects of Schizophrenia. - In: L. Appley, J. M. Sher, J. Cumming /eds./ *Chronic Schizophrenia*, Glencoe, Free Press, 1960, pp. 68-89.
138. WYNN, L. C. Methodological and Conceptual Issues in the Study of Schizophrenics and Their Families. - In: D. Rosenthal and S. Kety /eds./ *The Transmission of Schizophrenia*. New York, Pergamon, 1968, pp. 47-71.

139. WYNNE, L.C., RUCKOFF, S.H., DAY, J. Pseudomutuality in the Family Relations of Schizophrenics. - *Psychiatry*, 1958, 21, 205-220.

ПРИМЕРЫ РАССКАЗОВ ТАТ

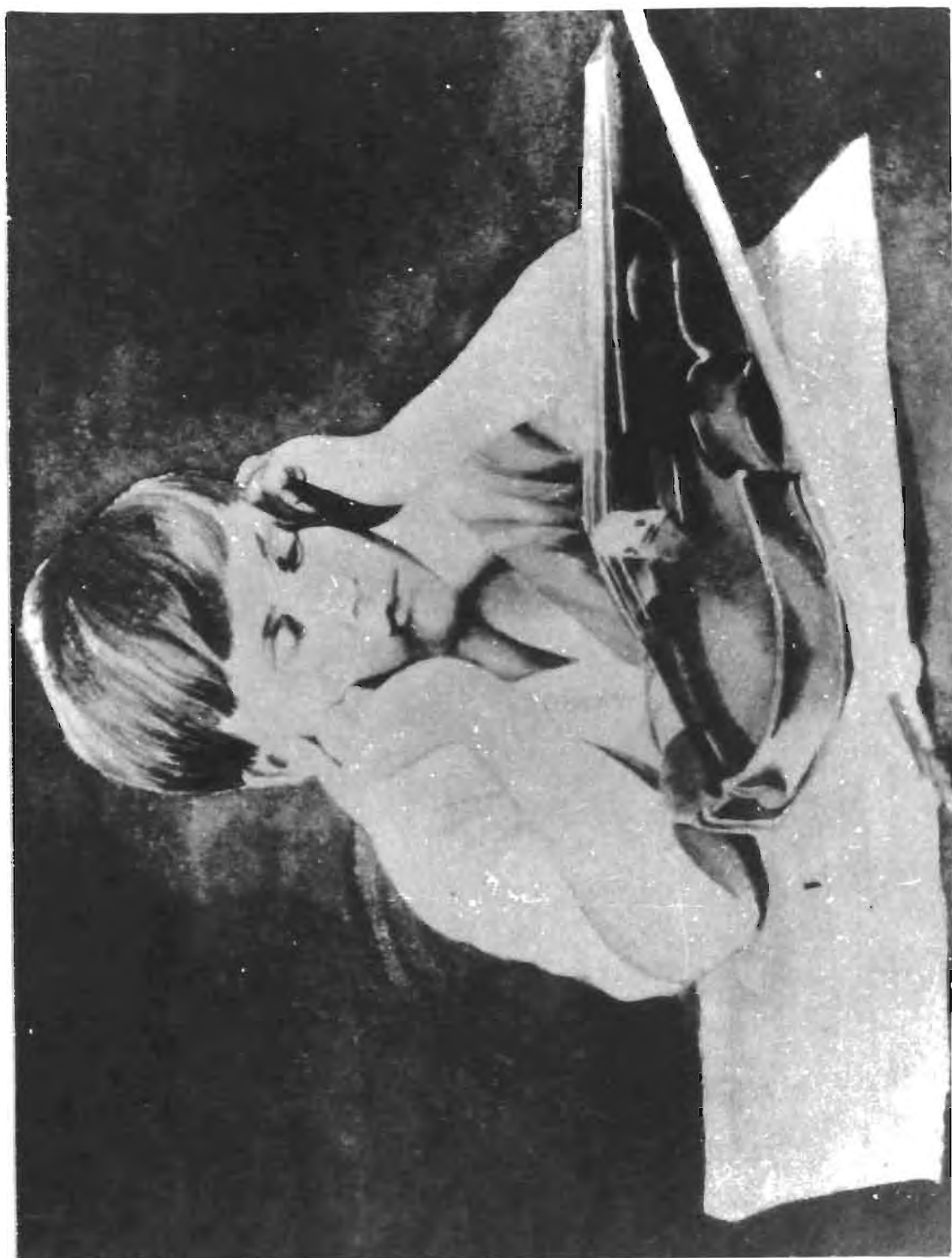
Интерпретация материала ТАТ возможна лишь по всем рассказам в целом и окончательные суждения можно вынести лишь сопоставляя полученные данные с данными анамнеза, беседы и других экспериментально-психологических методик. В данном приложении по отдельным типам трудовой установки представлены только отдельные рассказы, для обоснования суждений по этим рассказам указывается на контекст протокола.

Пример протокола больного с сохранной трудовой установкой.

Боньзян Н.Б., 1950 г.р. Диагноз: шизофрения эпилептикоидная, синдром навязчивости /см. пример I, с.55/.

Картина I. Мальчик рассматривает скрипку на столе перед ним.

« У каждого из нас в детстве появляется желание иметь профессию. Одни ребенок мечтает быть продавцом, у другого родители-медики, он хочет стать врачом. Другие мечтают стать летчиками, космонавтами и т.д. Но есть дети, которым само призвание предсказывает их будущую профессию. Мальчик случайно увидел скрипку. Ему вдруг захотелось поиграть на этом инструменте. Как на нем играют, он много раз слушал по радио и телевидению. Для него этот инструмент не просто играет, а как бы рассказывает, выражает эмоции каждым своим звуком. И мальчик твердо решил стать скрипачом. Родители видели упорное желание



Картина I. Мальчик рассматривает скрипку на столе перед ним.

своего сына, и их сын стал посещать музыкальную школу. Музыкальный преподаватель почувствовал в мальчике одаренность, и мальчик с большим увлечением отдавался игре на скрипке. Между тем он учился в школе и учился хорошо, хотя много времени отдавал музыке. Прошло не мало лет. Мальчик с большим успехом окончил музыкальную школу и вот его первые шаги. Он поступает в музыкальное училище, сдает экзамены на отлично и зачисляется студентом по своему предмету. Идут годы, и он уже взрослый парень. Своей профессии он очень любит и становится знаменитым скрипачом. Он радуется своему успеху, тому, что он приносит радость слушателям. Выступая перед зрителями, работая над собой, он хочет достичь еще большего совершенства игры, он хочет еще больше радости принести людям. Вот так вот, вроде нечаянно увидев в детстве скрипку, маленький мальчик стал известным музыкантом⁹.

Тема рассказа - личные достижения в сфере творческого труда. Отчетливо выделены цели основного персонажа: осуществление своего призвания, получение общественного признания. Подробно указаны также средства достижения этих целей: упорные занятия по игре на скрипке, успешное окончание музыкальной школы и училища, самосовершенствование. Необходимым условием достижения цели является благоприятное отношение окружающих - родителей, преподавателей в музыкальной школе, а также собственная одаренность. Последовательное применение указанных средств при благоприятных условиях приводит к успешному достижению целей.

Подобное тщательное выделение целей и средств, необходимых для их достижения, характерно и для других рассказов

этого протокола. Трудовая тематика является основной также для рассказа по картине II /см. описания картин на с. 41/. В рассказе, который начинается словами "для того чтобы можно было жить и существовать, любой человек обязан трудиться", молодая девушка из села, желая облегчить труд крестьянской семьи, кончает школу, педагогический институт и возвращается в деревню, где работает в сельской школе, "отдавая детям все свои знания, которые она накопила за студенческие годы". Таким образом, мы видим, что этот рассказ имеет сходную структуру с рассказом по картине I. Остальные рассказы описывают совершение общественно полезных поступков, а также отношения любви.

Значимость труда для больной выявляется также в беседе и в методике "самооценка". Столь большое внимание этой теме возможно обусловлено теми субъективными трудностями, которые больная испытывает в связи со своей настоящей работой и поисками более подходящей работы. В рассказах ТАТ труд представлен в несколько идеализированном плане, много внимания уделено социально престижным моментам.

Сохранность целенаправленного в рассказах ТАТ подтверждается относительной сохранностью целенаправленности мышления в таких методиках, как "классификация" и "исключение предметов", где встречается лишь отдельные ошибки в виде "соскальзываний".

Пример протокола больного с нарушенной трудовой установкой.

Больная Л.Х., 1937 г.р. Диагноз: шизофрения приступообразно-прогредиентное течение, галлюцинаторно-бредовый синдром /см. пример 4, с. 70/.

Картина П. Сельская сцена. На переднем плане молодая женщина с книгами в руке. На заднем плане мужчина, работающий в поле, и пожилая женщина, которая наблюдает.

"На картине изображен обычный будний день, который в крестьянской семье проходит в трудах. Здесь семья состоит из матери и отца, которые не показаны на картине. Изображены две сестры и брат. Брат проводит свои дни в труде. Одна из сестер не принимает участие в труде, а пытается читать книгу. Вторая сестра принесла завтрак своему брату и стоит в задумчивости, ждет, когда брат освободится. Сестра, которая читает книгу, недавно приехана из города. В городе она училась в педагогическом институте, готовилась стать учительницей в своем селе. Брат же пришел из армии и помогает обработать поля. К вечеру семья соберется за общим столом и будет ужинать, а сестра будет рассказывать, что прочла в книгах, как жила в городе, что слышала. Но семья не будет долго задерживаться за столом, так как надо рано вставать и обрабатывать поля".

Тема труда в этом рассказе раскрыта схематично, поверхностно. Труд выступает просто как необходимый, привычный элемент существования. Хотя в рассказе описана деятельность трех персонажей, их цели остаются не раскрытыми, и соответственно отсутствуют указания на средства их достижения. Но в то же время следует отметить общий эмоционально положительный фон рассказа.

В остальных рассказах этого протокола обращает внимание тот факт, что чем больше сюжеты удалены от реальной жизни, тем в большей степени в них вырисованы цели персонажей, содержательно внешне отмеченный характер - борьба против царской



Картина П. Сельская сцена. На переднем плане молодая женщина с книгами в руке. На заднем плане мужчина, работающий в поле, и пожилая женщина, которая наблюдает.

власти", "отражение своих чувств в абстрактном искусстве". В рассказе на картину X "Модильяни" терпит неудачу, пытается заработать на жизнь своими рисунками. Подобные сочетания примитивных, ригидных описаний труда с абстрактными и фантастическими-романтическими темами характерны и для других больных с нарушениями трудовой установки.

Больная получила высшее образование, проработала по своей специальности двенадцать лет, а последние три года работает в лечебно-трудовых мастерских. Вследствие патологического процесса смысл труда для нее изменился - из средства реализации своих потребностей труд превратился в привычку, осуществление которой на самом примитивном уровне полностью удовлетворяет больную.

При попытках вместо рассказа дать описание, больная реагирует на замечания экспериментатора и следует в инструкции. Так же при выполнении методик "классификация" и "исключение предметов" нарушения целенаправленности мышления больной частично корригируются указаниями экспериментатора.

Пример протокола больного с формальной трудовой установкой.

Больная Л.Т., 1956 г.р. Диагноз: вялотекущая шизофрения, синдром деперсонализации /см. пример 6, с.81/.

Картина II /см. предыдущее описание/.

"Тут рассказывается о жизни деревни, о труде крестьян. Девушка хочет учиться, принести пользу сельскому хозяйству. Задумалась о дальнейшей жизни. Она еще в школе мечтала быть полезной обществу. Эта женщина стоит, довольна сегодняшним днем. Она счастлива, удовлетворена жизнью. А девушка живет

будущим, надеждой, что она скоро будет полезна людям. Все будет хорошо. Она выучится и будет помогать. Этот молодой человек, она... ну, он не совсем с ней, он видит жизнь в настоящем, ему кажется, что все и так хорошо, думает, что не надо учиться. Будущее ему тоже представляется светлым".

Этот рассказ, как и предыдущие примеры, на тему труда. Указаны цели персонажей — "приносить пользу обществу", средства их достижения: учеба. Причем одни персонажи "живут сегодняшним днем", а основной персонаж, девушка, "живет будущим". Однако, если в протоколах испытуемых из других групп "польза обществу" раскрыта описанием определенных действий, то в этом рассказе эта цель представлена формальным указанием. Так же средства указаны лишь формально и не поставлены в соответствии целям. Положительные эмоции персонажей описаны вне зависимости от их целей и достижения этих целей. Рассказ фрагментарен, видимость целостности ему придает лишь наблонные фразы.

Другие рассказы, касающиеся в основном личных переживаний, отличаются такой же фрагментарностью, формальным соблюдением инструкции. Исход рассказов — наблонный "хэппи энд", не обоснован предшествующим сюжетом.

Неадекватно повышенное настроение и некритичность больной выявляется и в других экспериментальных методиках. Высказывания в беседе противоречивы, не может объяснить свою бездеятельность. С другой стороны, пытается дать социально одобряемые ответы, оставить благоприятное впечатление на экспериментатора. Судя по истории болезни, все поведение больной определяется ситуативными переживаниями, не имеющими реальной почвы. Отсутствует реальная перспектива будущего. Это находит свое

отражение в выхолащивании целей персонажей в рассказах ТАТ.

Отрицательная установка на труд.

Большая Е.Р., 1953 г.р. Диагноз: параноидная психопатия, галлюциаторный синдром /см.пример 5, с.78/.

Картина У1. Молодая женщина сидит, упершись подбородком в руку, глядя в пространство /8 экз./.

"Здесь изображена женщина, которая пришла домой после изнурительного трудового дня. Бедная, она задумалась о своей судьбе, о том, что ничего хорошего в ее жизни нет и наряд ли будет что-нибудь счастливее. Не верит она в свое будущее. Вот тяжелые будни, да и по выходным дням никакой радости нет. Нет веселья в ее лице".

Рассказ представляет описание отрицательных переживаний. Очевидно, что одним из источников этих переживаний является "тяжелые будни". Рассказ не содержит каких-либо указаний на цели персонажа. Женщина подвергается неблагоприятному воздействию окружения, вынуждена подчиняться не удовлетворяющему ее укладу жизни.

Несмотря на отрицательные эмоции в рассказе, нельзя утверждать, что он отражает сниженный фон настроения больной, так как в других рассказах протокола отмечается благодушие в даже эйфория. Эти рассказы в основном на любовно-интимные темы, но для них также свойственен описательный характер, отсутствие сколь-нибудь целенаправленных действий персонажей. Тема труда в этих рассказах не содержится даже в качестве фонового элемента.



Картина У. Молодая женщина сидит, упершись подбородком в руку, глядя в пространство.

В беседе больная с раздражением вспоминала "бессмысленную и тяжелую работу", которую ей приходилось делать будучи счетоводом. Сейчас, когда больная нигде не работает, единственное, что ее тревожит - постоянные конфликты с матерью, которая пытается ограничить ее "развлечения". Больная не критично оценивает свои возможности, считает, что может стать "выдающейся певицей".

Экспериментально-психологическое исследование также выявило выраженные нарушения целенаправленности и критичности мышления.