

АНАЛИЗ ОБРАЩЕНИЙ ЗА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ

Бондаренко А. Ф., Кучеровская Н. А., Лопушанская Н. К. (Киев)

Медицинская
психология
В
России
№ 5(10) 2011

Главная страница

О журнале

Научно-редакционный
совет

Приглашение
к публикациям

Предыдущие
выпуски
журнала

2011 № 4(9)

2011 № 3(8)

2011 № 2(7)

2011 № 1(6)

2010 № 4(5)

2010 № 3(4)

2010 № 2(3)

2010 № 1(2)

2009 № 1(1)

**Бондаренко Александр Федорович**

- член научно-редакционного совета журнала «Медицинская психология в России»;
- член-корр. АПН Украины, профессор, доктор психологических наук, заведующий кафедрой психологии Киевского национального лингвистического университета, научный руководитель Центра консультативной психологии, руководитель модальности «Этический персонализм» Профессиональной психотерапевтической лиги.

E-mail: albond@ukrpack.net

www.personalism.kiev.ua www.bondarenko.ws

**Кучеровская Наталья Александровна**

- кандидат психологических наук, доцент кафедры психологии КНЛУ, сотрудник Центра консультативной психологии.

E-mail: natalikucherova@rambler.ru

**Лопушанская Наталья Константиновна**

- аспирант кафедры психологии КНЛУ, сотрудник Центра консультативной психологии.

E-mail: soulspa@mail.ru

Аннотация. Исследование посвящено анализу личностных особенностей и психических состояний лиц, обратившихся за психологической помощью. Дается описание двух выявленных групп страждущих, основанное на результатах дифференциально-диагностического исследования с использованием кластерного и факторного методов анализа, а также семантического и семиотического анализа данных диагностики ряда проективных методик. Авторами были выделены наиболее выраженные характеристики двух собирательных портретов пациентов (представляющих Группу А и Группу В) принципиально значимых для определения первоочередного направления психотерапевтической помощи. С учетом полученных данных авторы подчеркивают необходимость уточнения подлинного предмета психологической помощи.

Ключевые слова: феномен психологического неблагополучия, психодиагностический признак, профиль СМИЛ, ситуативный стресс, тревожно-мнительный тип поведения, предмет психологической помощи.

Ссылка для цитирования размещена в конце публикации.

Постановка проблемы

При всем многообразии методов, изобретательности, подчас даже виртуозности рассуждений и измышлений, относящихся к проблематике психологической помощи, собственно исследовательских подходов, объективированных и верифицированных согласно современным критериям научности, крайне недостаточно. Независимо от степени предпочтительности коллегами позиций, ориентированных на специфику или степень эффективности описываемого ими метода работы, или же акцентировании пресловутого «анализа случая» («case analysis»), в итоге которого консультирующий психолог неизменно оказывается увенчанным лаврами победителя, не только недостаточно прояснено на сегодняшний день, но и, на наш взгляд, вольно или невольно мистифицируется, кто собственно и с чем, с какими переживаниями или в какой ситуации обращается за психологической помощью. Подобная своеобразная мистификация («мистикос» в переводе с греческого означает «туман») открывает безбрежные просторы для идеологизации происходящего путем подмены психологического контекста и дискурса в зависимости от личных или корпоративных предпочтений данного конкретного специалиста. Подобная подмена может осуществляться с привлечением различного контента: религиозного и псевдорелигиозного, философских концепций и трактовок, психоаналитических интерпретаций или откровенной отсебятины, приправленной новомодными изысками от психотерапии, сколь произвольными, столь и

суггестивными. Скажем даже более определенно: чем более надуманными, тем более рассчитанными на беззащитное внушение, по быгующему ныне определению представляя не доказательную, а «убедительную» психотерапию.

Все это было бы ничего. Беда-то в том, что после классических работ Э. Гуссерля и К. Ясперса, после публикации книг М. Е. Бурно, Л. Н. Собчик, И. В. Смирнова и др., после выхода в свет справочника DSM-4 (в настоящее время ведется подготовительная работа к изданию DSM-5), в котором, кстати, ни одно из положений основателя психоанализа, относящихся к истолкованию причин определенных диагнозов, не только не нашло подтверждения, но, более того, было попросту опровергнуто. Делать вид, что проблема диагноза (в том числе психологического) не значима, что главное – это установить с пациентом/клиентом психотерапевтические отношения или помочь ему найти смысл в жизни, или в далеком детстве отыскать эмоциональную травму на сексуальной почве, или, что еще хуже, пытаться психологическими средствами решить последствия процессуального заболевания, подчас даже не понимая, что последнее имеет место, – все это напоминает шаманство, распространившееся в поверхностном, дешевом, но массовидном порядке среди новоявленных аниматоров с дипломом психолога. Этих, оживших наподобие вымерших мамонтов, современных колдунов, злоупотребляющих эксплуатацией архаизированных слоев человеческой психики. Что, впрочем, прекрасно вписывается в феномен возрождения профессий из дохристианской античности и позднего средневековья: пиратов, ростовщиков, гадалок, астрологов и проституток. Явление, которому мы обязаны целенаправленной деиндустриализации постсоветского социума и принятию на веру в качестве очередного фетиша экономической мысли постулатов гуру чикагской школы экономики Милтона Фридмана о тотальной приватизации вкупе с монетаризмом как панацеей от всех социальных болезней. На первый взгляд может показаться, что экономическая политика весьма далека от проблем и задач психологии и психотерапии. На самом деле это не так. Тотальная коммерциализация жизни сопровождается идеологией панпсихологизации, в русле которой формируется мировоззрение наших будущих коллег. Согласно идеям панпсихологизации, наивно впитанных нами на волне восхищения сытой жизнью стран-ростовщиков в конце минувшего века, главная задача психолога понимается весьма тенденциозно: «обслужить клиента». При этом проблемы людей, относящиеся к сфере душевного самочувствия, трактуются чрезвычайно односторонне: исключительно как психологические, чего бы они ни касались, да к тому же возникающие, как правило, по вине самого страдальца.

Между тем, проблема психологической помощи, как и вообще феномен психологического неблагополучия людей, несомненно, существует. И требует не столько идеологизирования и измышлений, сколько серьезного, добросовестного и, естественно, научного подхода к его анализу и пониманию, без чего ни о какой по-настоящему адекватной, т.е. истинной психологической помощи, а не ее эрзац-образцов и речи быть не может.

В этой связи нами была предпринята попытка количественного и качественного анализа обращений за психологической помощью в Межуниверситетский центр консультативной психологии (научный руководитель проф. Бондаренко А. Ф.) за последние три года (с 2007 г. по 2010 г. включительно).

Участники, методы и процедура исследования

Критериями включения в исследование пациентов послужили: возраст 20-55 лет, личная инициатива обращения к психологу, отсутствие состояний, вызванных нарушениями мозговых процессов и обнаруженных психических расстройств, нормативные показатели по оценочным шкалам достоверности СМИЛ. Дети и подростки были исключены из исследовательской выборке по причине невозможности отграничить сугубо психологическую проблематику от на самом деле сочетанной психолого-невролого-психиатрической при постановке диагноза. В результате количество испытуемых, отобранных из генеральной совокупности обратившихся за психологической помощью составило 70 пациентов (47 женщин и 23 мужчины), что удовлетворяет требованиям статистических методов анализа применительно к объему выборки.

Диагностический материал исследования представлен данными, полученными в результате тестирования с помощью сокращённого варианта ММРІ (СМИЛ) – опросника Мини-мульти, занимающего ведущее место среди дифференциально-психодиагностических методов экспресс-диагностики в психологических исследованиях; прогрессивных матриц Равена; метода портретных выборов МПВ, основанном на известном тесте влечений Сонди (компьютеризированный вариант, модификация Л. Н. Собчик); метода цветowych выборов МЦВ (адаптированный восьмицветовой тест Люшера) и рисунка человеческой фигурки по А. В. Либину и др.

Этапы статистического анализа результирующих данных психодиагностического исследования методом СМИЛ (Мини-мульти):

Последовательность стадий статистического анализа полученных данных была следующей. Вначале проводился иерархический кластерный анализ с целью верификация гипотезы (на основе классификации общего массива данных) о разделении испытуемых на группы в зависимости от значений показателей диагностических шкал. Затем определялись значения описательных статистик по шкалам для каждой из выявленных групп с целью их содержательного дифференцирования. На заключительном этапе проводился факторный анализ данных методом главных компонент с целью выявления основной тенденции – вектора

коррелирующих переменных, отражающего преобладающее сходство полученных оценок по шкалам в выявленных группах пациентов.

Результаты исследования:

Количественный показатель группы пациентов с ранее не диагностируемыми расстройствами психотического и непсихотического спектра составил около трети (28%) от общего числа обращающихся за психологической помощью. Качественный анализ этой группы выявил наибольшую распространенность стрессовых расстройств органоневротического и тревожно-депрессивного спектра. Пациенты с психотическими расстройствами составили около 6% от общего числа обращающихся за психологической помощью, среди них наиболее встречаемыми выявились биполярные и шизоаффективные расстройства.

Анализ проблематики испытуемых, вошедших в экспериментальную группу, выявил следующее: кластерный анализ разделил выборку обращающихся за психологической помощью на две группы: 33 чел. (Группа А) и 37 чел. (Группа В). Для уточнения типологической основы и критериев разделения выборки на две группы в выявленных кластерах были определены средние значения по шкалам методики Мини-мульти со средним квадратическим отклонением. Как оказалось при этом (см. Таблицу 1), группа А характеризуется более высокими показателями по всем шкалам, что свидетельствует о большей выраженности стресса и эмоционального дискомфорта у этой группы респондентов, меньшей степени адаптированности личности в сложившейся стрессогенной жизненной ситуации хронического характера. Группа В отличается умеренными подъемами по шкалам Pa и Sc, а также весьма выраженным невротическим плато.

Таблица 1. Средние значения показателей по шкалам Мини-мульти в выявленных группах пациентов

		Hs	D	Hy	Pd	Pa	Pt	Sc	Ma
1 cluster Группа А	Mean	60,8788	60,4242	61,3333	68,3333	73,0909	71,3030	68,0909	52,9394
	N	33	33	33	33	33	33	33	33
	Std. Deviation	5,43575	5,91096	6,97167	8,22598	9,60912	5,84960	10,39039	9,27678
2 cluster Группа В	Mean	57,5405	52,6216	54,3784	54,8378	64,2973	57,3243	61,2703	52,4595
	N	37	37	37	37	37	37	37	37
	Std. Deviation	5,95163	5,81832	6,60955	8,98923	8,16451	8,08653	10,17800	9,66838

Статистически значимые различия между показателями по шкалам в гендерных группах выявлены не были, что даёт нам основания утверждать об отсутствии гендерной специфики среди пациентов, обращающихся за психологической помощью. Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью программного пакета SPSS 13.0. Распределение данных не отличалось от нормального по критерию Колмогорова-Смирнова.

Как видно из графика на рис. 1, профили СМИЛ у выявленных групп пациентов имеют существенно различные дифференциально-диагностические значения. Интерпретируя профили СМИЛ, мы опирались на положения в рамках отечественной школы психологии индивидуальности Л. Н. Собчик, в частности, на концепцию целостного понимания личности на базе теории ведущих тропизмов.

Целостный анализ умеренно-повышенного профиля группы А с явно выраженным подъемом по шкале ригидности и повышенными показателями по шкалам психотического профиля, не считая шкалы Pt (7-й), весьма красноречив: сочетание повышенных показателей по шкалам 6-й, 7-й, 8-й и 4-й характерно для общего стресса с внешнеобвиняемым типом отреагирования и склонностью к формированию аффективно заряженных концепций. Показатели со значением выше 70 по седьмой шкале характеризуют хроническое состояние тревоги у пациентов выявленной группы. Повышенная 8-я шкала также выявляет иррациональный тип реакции с уходом в ирреальный мир фантазий и мечты. В целом данный профиль является типичным для общего состояния стресса, как правило, ситуативного.

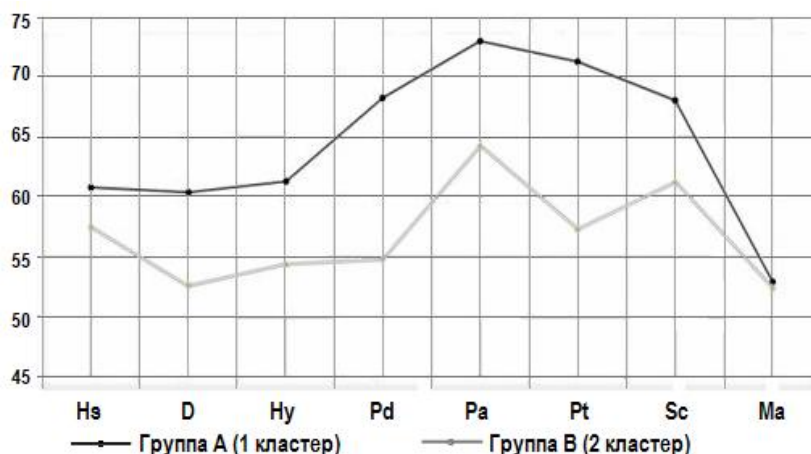


Рисунок 1. Профили СМИЛ (Мини-мульти) у выявленных групп пациентов*

Группу В описывает двухфазный пикообразный профиль по шестой и восьмой шкалам. Пики по шкалам 6-й в сочетании с 8-й отражают тенденцию к затяжному (хронифицированному) состоянию дискомфорта, трудной корригируемости пациентов, свидетельствуя о напряжении, свойственном состояниям, которые характеризуются термином «накопленные обиды». Преобладание первой шкалы над третьей красноречиво свидетельствует о тенденции к соматизации переживаний и замыкании их на себе. Понижение показателя по седьмой шкале выявляет компенсаторное вытеснение тревоги, что проявляется внешней скупостью эмоций.

Результаты факторного анализа также подтвердили гипотезу о гетерогенности выявленных групп среди пациентов, обращающихся за психологической помощью. Было установлено, что выявленным группам испытуемых присущи статистически значимые различия по критерию основной совокупности коррелирующих переменных – значений показателей шкал СМИЛ (Мини-мульти).

Отталкиваясь от специфической первостепенной задачи использования факторного анализа в нашем исследовании, для анализа и интерпретации оценивался только главный фактор описывающий наибольший объем дисперсии (36% и 38% в Группе А и Группе В соответственно).

Как видно из Таблицы 2, в первой группе коррелирующую совокупность представляют шкалы психотической тетрады, а также седьмая шкала тревожности, что соотносится с логикой заявленной проблематики, обозначенным профилем СМИЛ для данной группы. При высоких показателях 7-й шкалы тревожность бывает, как правило, связана с длительной предшествующей невротизацией ввиду «эмоциональной захваченности» доминирующей идеей, устремленности к недостижимому идеалу. Состояние дезадаптации, отражающееся повышением 7-й шкалы, характеризуется нарушениями сна, навязчивыми страхами, чувством растерянности, беспокойства, ощущением надвигающейся беды. Главным направлением для психотерапевтической помощи в этой группе пациентов выступает первоочередная коррекция состояния (редукция стресса) и тенденции к самоуничтожению.

Таблица 2. Распределение факторных нагрузок по шкалам СМИЛ (Мини-мульти) в Группе А.

Шкалы СМИЛ (Мини-мульти)	Факторный вес
Hs Невротический сверхконтроль	.263
D Пессимистичность	-.009
Hy Эмоциональная лабильность	.049
Pd Импульсивность	.455
Pa Ригидность	.641
Pt Тревожность	.742
Sc Индивидуалистичность	.913
Ma Оптимистичность	.647

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Таблица 3. Распределение факторных нагрузок по шкалам СМИЛ (Мини-мульти) в Группе В.

Шкалы СМИЛ (Мини-мульти)	Факторный вес
Hs Невротический сверхконтроль	.678
D Пессимистичность	.754
Hy Эмоциональная лабильность	.745
Pd Импульсивность	-.587
Pa Ригидность	-.382
Pt Тревожность	-.345
Sc Индивидуалистичность	-.648
Ma Оптимистичность	-.062

Extraction Method: Principal Component Analysis.

В Группе В преобладают факторные веса, относящиеся к шкалам невротической триады (см. табл 3), с которыми отрицательно коррелируют факторный вес шкал психотического регистра. Для лиц с данным типологическим профилем характерен ипохондрический характер манипуляций во взаимоотношениях, на фоне чувства потери контроля над ситуацией.

Застревание в конфликте, часто на фоне несоответствия общепринятым нормам поведения близкого человека, уход от ответственности. Содержание работы психолога-психотерапевта в подобной ситуации должно быть направлено на нахождение новых ракурсов понимания и оценки ситуации конфликтных отношений, а также, по возможности, на совместные усилия по модификации концепции жизни и моделей поведения.

Общей особенностью двух групп является низкий показатель по 9-й шкале, который выявляет снижение уровня оптимизма, позитивного мышления, жизнелюбия и активности, что вполне естественно для людей, переживающих непростую жизненную ситуацию, к чему бы она ни относилась.

В результате обобщения и содержательной интерпретации значений векторов и факторов теста портретных выборов Сонди в рамках индивидуально-типологического подхода были обнаружены следующие психодиагностические признаки, характерные для ранее выявленных групп пациентов обратившихся за психологической помощью:

Группа А: общий стресс (дистресс), склонность к внешнеобвиняющему агрессивному реагированию, на фоне эмоциональной неустойчивости, стремление к вытеснению чувственных переживаний, повышение эгоистических тенденций, конфликтность, повышенный самоконтроль и недоверчивость.

Группа В: инертность, «выключение из реальности», жертвенность, направленная против собственных интересов, подавленность, болезненная привязанность к идее, склонность к самоограничению, переживание разрушения картины окружающего мира, сензитивность.

Анализ результатов диагностики по методике МВЦ Люшера, основанный на интерпретации цветных пар, выявил следующие собирательные характеристики групп: фрустрация потребности в перспективе и надежде на лучшее в Группе В. Негативное состояние, стремление к покою, отдыху, неудовлетворенность отношением к себе, негативное отношение к ситуации, тревожность, снижение волевых качеств, неуверенность в своих силах. В группе А проявляется фрустрация потребности в удовлетворении, чувство обиды, злости, стремление к жесткости, авторитетности в отношениях. Состояние стресса из-за неудачных попыток достичь взаимопонимания. Общей особенностью для выявленных групп является компенсация за счёт дополнительных цветов, что является показателем негативного состояния диагностируемого индивида.

Семиотический и семантический анализ и интерпретация особенностей изображений (в рамках диагностики по психографическому тесту «Конструктивный рисунок человека из геометрических форм» по А. В. Либину) позволил, в первую очередь, выявить общие тенденции невербальных компонентов поведения и преобладающих типологических характеристик индивидуальности, проявляющиеся в изобразительной и графической активности исследуемых на 1 – 4-ом уровнях интерпретации (по А. В. Либину). Анализ предпочтения семантики геометрических фигур выявил следующие общие признаки для пациентов первой Группы А: повышенную неуверенность, неустойчивость текущего положения, часто сочетающуюся с переживанием хронического стресса и тревожности. Ощущение психологической фрагментации (что является общей характеристикой «сложного тела человека», распространённого среди рисунков в этой группе испытуемых), склонность к образованию навязчивых идей, сверхценных состояний, а также негативную установку по отношению к своему будущему, недоверчивое, тревожно-мнительное поведение в социуме, состояние социальной нестабильности, стагнации.

Для пациентов Группы В общими акцентами в содержании интерпретации являются: фиксация на эмоциональных переживаниях, связанных с социальным дискомфортом, которое сопровождается повышенной чувствительностью к неустраивающим отношениям с другими, приобретающая навязчивый характер. Дополнительной характеристикой является тенденция придавать разногласиям и конфликтам преувеличенное значение. Склонность к подозрению является результатом фиксации на негативных сторонах социальных аспектов взаимоотношений. Ещё раз проявляет себя чрезмерный самоконтроль, характеризующий ранее эту группу пациентов, скрывающий проявление скрытого недовольства другими. Застревание на произошедших в социальном окружении конфликтах. Как правило, переживаемые неприятности касаются близкого окружения («острия треугольников образуют сердцевины тела»). Вновь выпячивается доминирующая проблематика во взаимоотношениях пациентов этой группы.

Анализ результатов и выводы

В рамках настоящего дифференциально-диагностического исследования было установлено:

1. Число обращений за психологической помощью составляет примерно 2/3 от общего числа к специалисту. Примерно 1/3 обращений приходится на случаи, в которых на самом деле человек нуждается во врачебной помощи со стороны психиатра, невролога или нарколога. Безусловно, последнее вовсе не означает, что психологическая помощь при этом не нужна. Она необходима. Нюанс, однако, состоит в том, что психолог при этом ни в коем случае не «солирует». Он лишь аккомпаниатор ведущего специалиста: в данном случае – врача.

2. Событийный ряд поводов обращения к психологу у лиц, нуждающихся непосредственно в психотерапевтической помощи невелик, он описывается ситуациями утраты или **угрозы** утраты экзистенциальной ценности (отношений, здоровья, близкого человека и т.п.). В **содержании жалоб** при этом преобладает спектр психологических переживаний, вызванных травмой межличностных отношений (*обида, унижение, беспомощность, ощущение тупика, душевная боль и т.п.*)

3. Среди пациентов, ищущих и нуждающихся в собственно психологической помощи, можно выделить две основные группы:

Группа А: преобладание умеренного стресса и черт поведения, отражающие ситуативно изменённые реакции на происходящее (например, в ситуации конфликта) с враждебно-агрессивной тенденцией в поведении и внешнеобви- няющим типом отреагирования.

Группа В: пациенты рефлексирующие, сомневающиеся, сензитивные, с застарелыми обидами, навязчивым чувством растерянности и подавленным состоянием в ситуации хронического жизненного дискомфорта.

4. Иными словами, первая группа страждущих характеризуется преобладанием ярко выраженного стресса и поведения, отражающих **ситуативно изменённые реакции** на происходящее (например, в ситуации конфликта). Вторая группа отличается **преобладанием реакций и черт невротического регистра**, относящихся не к ситуативным событиям, а к состояниям и моделям поведения, а также к концепциям **жизни в целом**.

В связи с вышеизложенным считаем необходимым заметить: вопрос о чистом предмете собственно психологической помощи на самом деле открыт. Для ответа, соответствующего нынешней социально-психологической ситуации в странах СНГ, следует прояснить:

1) антропологические представления (модель, если угодно) о человеке, вытекающие из той или иной психотерапевтической концепции;

2) идеал состояния, к какому стремятся (и приводят в перспективе) эти концепции;

3) наше отношение к этим антропологическим моделям и концепциям;

4) содержание консультативной и психотерапевтической работы (*мишень, цель, задачи, средства, последствия*) в зависимости от диагноза, происходящего с человеком (ситуационного, личностного и медицинского).

В связи с вышеизложенным считаем необходимым заметить: вопрос о чистом предмете консультативной и психотерапевтической деятельности отечественных психологов остаётся открытым.

* Профили построены по средним значениям показателей шкал в выявленных группах пациентов. Значения показателей по шкалам достоверности опущены, т.к. оценивались на этапе отбора испытуемых в экспериментальную группу. ↑

Литература

1. Бондаренко А. Ф. Психологическая помощь: теория и практика / А. Ф. Бондаренко. – 4-е изд., испр. и доп. – Киев: Освита Украины, 2007. – 332 с.
2. Бурно М. Е. Клиническая психотерапия / М. Е. Бурно. – М.: Академический Проект: ОППЛ, 2000. – 719 с. – (Б-ка психологии, психоанализа, психотерапии).
3. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология: практич. руководство / В. Д. Менделевич. – М.: МЕДпресс, 2001. – 592 с.
4. Собчик Л. Н. Введение в психологию индивидуальности / Л. Н. Собчик. – М.: Ин-т прикладной психологии, 1998. – 512 с.

Ссылка для цитирования

Бондаренко А.Ф., Кучеровская Н.А., Лопушанская Н.К. Анализ обращений за психологической помощью. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2011. N 5. URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru) (дата обращения: чч.мм.гггг).

Все элементы описания необходимы и соответствуют ГОСТ Р 7.0.5-2008 "Библиографическая ссылка" (введен в действие 01.01.2009). Дата обращения [в формате число-месяц-год = чч.мм.гггг] – дата, когда вы обращались к документу и он был доступен.

[В начало страницы](#) 

