

11. Зайцев В.М., Лифляндский В.Г., Маринкин В.И. Прикладная медицинская статистика: Учебное пособие. СПб.: Фолиант; 2006.

REFERENCES

1. Vinnick J.J. Constitutional features of the structure of prostate zones. *Saratov Journal of Medical Scientific Research*. 2012; 2: 186–9.
2. Nikolaev V.G., Sindeeva L.V., Nekhaeva T.I. et al. The composition of the human body: the history of the study of new technologies and the definition. *Siberian medical review*. 2011; 4: 3–7.
3. Smykova A.N., Prohorenkov V.I., Nikolaev V.G. Syphilis and other rights and the Constitution: A new look at an old problem. *Clinical Dermatology and Venereology*. 2009; 2: 65–6.
4. Kapustina E.V., Sharaykina E.P., Bolshakova T.Y. Features of joint lesions in women with comorbidity of osteoarthritis and osteoporosis based on the constitution. *International Journal of Biomedicine*. 2012; 3: 183–6.
5. Kapustina E.V., Bolshakova T.Y., Sharaykina E.P. et al. Joint damage in women with osteoarthritis in combination with osteoporosis, depending on body type. *Siberian medical review*. 2012; 6: 34–6.
6. Cornets N.A. The concept of clinical anthropology in medicine. *Bull. sib. medicine*. 2008; 1: 7–30.
7. Nikolaev V.G., Nikolaeva L.V., Nikolaeva N.N. Methodology of modern clinical anthropology. *Sib. honey. Review*. 2006; 1: 50–4.
8. Bunak V.V. Methods of anthropometric measurements. – M., L. Ed – in the People's Commissariat of the RSFSR, 1931.
9. Readers V.P., Lutovinova N.Y., Utkina M.I. Experience of objective diagnostic physical types based on measuring symptoms in. *Iss. anthropology*. 1978. Issue. 58: 3–22.
10. Matiegka J. The testing of physical efficiency. *Amer. J. Phys. Anthropol.* 1921; 4(3): 25–38.
11. Zajcev V.M., Lifljandskij V.G., Marinkin V.I. *Prikladnaja medicinskaja statistika: Ucheb. posobie.* – SPb.: Foliant. – 2006.

Поступила 21.01.13

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ЕГО

© И.Д. ДАРЕНСКИЙ, В.Г. ЕРОФЕЕВА, 2013

УДК 616.895.8-036.868

И.Д. Даренский¹, В.Г. Ерофеева²

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТРУДОВОЙ УСТАНОВКИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

¹ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, 119991, г. Москва; ²ГКУ здравоохранения г. Москвы «Психиатрическая больница № 13 Департамента здравоохранения г. Москвы, 109559, г. Москва

Трудовая установка больных шизофренией имеет важное значение в их реабилитации. Однако реальная установка на трудовую деятельность часто не определяется всецело тяжестью психопатологических явлений и не совпадает с фактической трудовой занятостью. Самооценка больных и их прямые свидетельства об отношении к труду не обладают достаточной объективностью. Объективировать трудовую установку больных шизофренией позволяет экспериментально-психологическое исследование с использованием методики «незаконченных предложений».

Ключевые слова: трудовая установка, шизофрения, экспериментально-психологические методы в практике медико-социальной экспертизы, методика «незаконченных предложений».

DEFINITION OF LABOR INSTALLATION OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

I.D. Darenskiy¹, V.G. Erofeeva²

¹I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, 119991, Moscow, Russian Federation; ²Psychiatric hospital number № 13, the Department of Health, Moscow, 109559, Moscow, Russian Federation

Work setting of patients with schizophrenia is important in their rehabilitation. However, the actual installation on the career is often not fully determined by the severity of psychopathological phenomena and does not coincide with the actual labor employment. Self-assessment of patients and their direct evidence about the attitude towards work are not sufficiently objective. Objectified labor allows the installation of schizophrenia experimental psychological research using the technique of “unfinished sentences”.

Key words: employment setting, schizophrenia, experimental psychological methods in the practice of the medico-social expertise, the method of “unfinished sentences”.

Понятие трудоспособности не исчерпывает содержания трудовой реабилитации, составляя лишь один медицинский аспект. Конкретный процесс ре-

ализации трудоспособности зависит от сложного комплекса внешних и внутренних условий. При рассмотрении последних необходимо отметить, что при нервно-психических заболеваниях не всегда имеет место нарушение приобретенных навыков и структура конкретного рабочего акта обычно не распадается [1]. Часто нарушения заключаются либо в изменении установки на труд, либо в расстройстве динамики рабочего процесса [2]. Если еще учесть, что комплекс различ-

Для корреспонденции:

Даренский Иван Дмитриевич – д-р мед. наук, проф.; врач-нарколог каф. наркологии ФППОВ; 119992, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2; e-mail: doctor@post.ru.

ных воздействий и мероприятий, составляющий содержание реабилитации, адресован личности больного, становится понятным насколько зависит развитие реабилитационного направления в психиатрии от постановки и решения психологических проблем, главной из которых является восстановление нарушенных отношений личности с окружающей средой. Ведущее значение в системе отношений личности занимают отношение к труду, трудовые установки [3]. Это имеет особенно важное значение в системе мероприятий реабилитации больных шизофренией, у которых социальные отношения страдают в наибольшей степени.

Совпадение взглядов исследователей на то, что под трудовой установкой следует понимать «обусловленную предыдущим опытом готовность человека к выполнению определенной трудовой деятельности», не предупредило методологических ошибок в ее исследовании. Посылкой для них послужила трудность верификации полученных с помощью психологических методик данных, так как для преодоления этих трудностей часто исследуемое качество берется в прямой зависимости от явлений непсихологической природы, обычно косвенно связанных с этим качеством.

Применительно к нашему исследованию можно сказать, что если вербальная оценка инвалидом своего отношения к труду не служит критерием для оценки его трудовой установки, то факты, свидетельствующие, насколько устойчиво трудится инвалид, тоже не могут на это рассчитывать [4]. В самом деле, практика свидетельствует о существовании такого положения вещей, когда у работавшего инвалида обнаруживаются при целенаправленном исследовании отсутствие трудовой установки, отрицательное отношение как к характеру, так и к самому процессу труда. С другой стороны, можно сослаться на наличие большого контингента больных, стремящихся работать, но не включенных в трудовые процессы. Трудовая принадлежность формируется в этих случаях факторами преимущественно медицинского и социального плана и находится в противоречии с характером трудовых установок, влияние которых на нее нивелируется [2]. Однако о полной и устойчивой трудовой реабилитации, о трудоспособности инвалида [5] можно говорить лишь при наличии у инвалида положительной трудовой установки при прочих равных условиях.

Явным характер трудовых установок становится тогда, когда инвалид прилагает определенные усилия для их реализации, т.е. когда они отражаются на его поведении, например инвалид не соглашается с решением медико-социальной экспертной комиссии и поступает в связи с этим на обследование. Практика медико-социальной экспертизы, безусловно, не может полагаться на такого рода источник информации об инвалиде, но в рамках клинического эксперимента он служит отправной точкой для оценки валидности иных методов исследования, которые не только позволят быстро и точно определить характер трудовых установок инвалида, но, что не менее, а может быть и более важно, вскрыть механизмы образования этих установок.

Целью работы был поиск критериев верификации трудовых установок с выделением их на этапе, предшествующем трудоустройству, а именно на этапе экспертизы.

Материал и методы

Нами было обследовано 30 больных шизофренией в условиях психиатрической больницы № 13 Москвы. Возраст обследуемых находился в пределах от 35 до 55 лет. Из общего числа больных было 20 женщин и 10 мужчин.

Так как вопрос об отношении человека к труду – это прежде всего вопрос о структуре его личности, а именно о системе отношений личности [6], то для ответа на этот вопрос наиболее приемлемым представляется использование адекватной психологической методики, направленной на изучение этой системы отношений. Мы остановили свой выбор на методике «незаконченных предложений» (вариант Д.С. Сакса и Л. Сиднея, модифицированный в лаборатории клинической психологии института им. В.М. Бехтерева) [7–11].

Согласно поставленным целям, разделы методики «страхи и опасения», «сознание вины», «отношение к отцу» были исключены и заменены выработанным нами «отношением к труду». Как и все разделы, предложенный состоит из четырех незаконченных предложений. При составлении раздела «отношение к труду» мы исходили из того, что трудовая установка не исчерпывается характеристикой позитивности или негативности, а подразумевает отношение инвалида и к условиям труда, потому что инвалид высказывает не просто желание трудиться, а непременно отдает себе отчет, в каких именно условиях: на дому, в ЛТП, в специально созданных условиях, в условиях обычного производства. Для исследования этих особенностей отношений личности мы предлагали подэкспертным следующие предложения: «Работа на дому ...», «Работать в лечебно-трудовых мастерских ...», «Я бы пошел работать ...», «Трудиться в обычных условиях мне ...».

Полное отсутствие трудовой установки подразумевает отрицательное отношение к труду в каких бы то ни было условиях, поэтому, если окончание предложения по смыслу соответствует отрицательному отношению к труду, это может быть расценено как полное отсутствие трудовой установки, окончание хотя бы одного из предложений в плане положительного отношения к каким-то условиям труда – как положительную трудовую установку.

Преследовалась цель определить валидность методики «незаконченных предложений» для идентификации трудовой установки путем сравнения данных, полученных с помощью методики и причин, приведших больного на экспертизу, второе – определить особенности системы отношений инвалида в зависимости от его трудовых установок в целом и от характера их в частности.

Характер исследования требовал создания клинически и социально однородной группы подэкспертных, так как отношение к труду как проявление личностного реагирования у больных шизофренией во многом зависит от клинко-биологических факторов, в частности от типа ремиссии и выраженности остаточной продуктивной психической симптоматики. С одной стороны, клиника влияет на возможности личностного реагирования при шизофрении, блокируя интересы и пр., с другой – сохраняемые стороны личности, способствующие формированию положительного отношения к труду.

ду и трудовому коллективу, создают фон, необходимый для стабилизации ремиссий. Однако даже в случае клинической однородности отмечается диссоциация ее с экспериментально-психологическими данными и существование разнородных по данным психологического эксперимента групп в рамках этой клинической однородности. Отсюда следует, что значение имеют не только постпроцессуальные изменения и компенсаторные возможности организма, но и факторы иного порядка [12].

Поэтому, ограничивая круг исследований только больными шизофренией в состоянии параноидной ремиссии, мы отдавали себе отчет, что данные наших исследований во многом предопределены социальными факторами. Однако они нами упускались на том основании, что трудовые установки, будучи, как и вся система отношений личности, структурой динамической, в каком-то интервале времени статичны и устойчивы в условиях меняющихся внешних факторов, а это дает возможность исследовать их, отнесясь от учета влияния последних. Влияние социальных факторов на личность больного шизофренией составляет содержание вопросов механизма формирования системы отношений больного, которые мы не рассматриваем здесь. Заметим только, что, отталкиваясь в дальнейшем от выделенной структуры отношений, можно идти по пути изучения механизмов возникновения этих отношений, более целенаправленному, информативно экономичному, чем изначальный одновременный анализ как особенностей системы отношений, так и факторов ее определяющих.

Больные находились в состоянии ремиссии параноидного типа, в клинической картине которых ведущее место занимали бредовые компоненты разной степени выраженности, систематизации и содержания. Преимущественно это были бредовые идеи преследования, отношения и толкования. В ряде случаев отмечался бред изобретательства, переоценки собственной личности, реже – бред ревности. При сохранности интеллекта и памяти у большинства больных отчетливо выступало характерное шизофреническое изменение мышления. Ни у одного больного не было критического отношения к болезни и психическим переживаниям. Несмотря на наличие бредовых идей, как инкапсулированных, так и актив-

но продуцируемых, несмотря на полное отсутствие критики, больные были в той или иной степени социально компенсированными, что позволяет говорить в данном случае о наличии ремиссии. Это согласуется с данными некоторых авторов, придающим большое значение наличию критики к болезни в смысле восстановления трудоспособности, но отрицающих полный параллелизм между клиническим состоянием и трудовой принадлежностью [12].

Для анализа ответов по методике «незаконченных предложений» была применена стандартная оценка системы отношений, включающая следующие определения эмоциональных отношений: конфликтное/неконфликтное.

Обнаруженные в ходе исследования закономерности констелляции отношений личности проверялись нами статистическим методом с использованием критерия согласия χ^2 , который вычислялся нами для каждого раздела системы отношений, что позволяло судить не только о реальности выделенных закономерностей, но и об уровне значимости последних.

Результаты и обсуждение

Из 30 больных, обследованных нами, 20 прилагали усилия для того, чтобы быть признанными трудоспособными, 10 настаивали на утяжелении группы инвалидности (см. таблицу). Согласно полученным данным, для больных 1-й группы было характерно отсутствие конфликтности в отношении к работе (17 из 20), в то время как для больных 2-й группы ситуация работы была конфликтной (8 из 10) ($p = 0,001$).

В случаях, когда больные 1-й группы давали окончания предложений конфликтного содержания в отношении к работе, нельзя было отметить этого конфликтного содержания в окончаниях предложений, характеризующих другие отношения, что свидетельствует об отсутствии констелляции этой конфликтности с конфликтностью в других ситуациях. Поэтому можно говорить об изолированном нарушении этих отношений в данном контексте в силу, по-видимому, болезненных переживаний, а не личностных механизмов. Неконфликтность содержания окончаний предложений в отношении к работе у больных 1-й группы соответствовала отсутствию конфликтности в иных ситуациях с разным уровнем значимости.

Проявления трудовой установки больных в различных сферах жизни

Система отношений	Направленность поведения больных в реализации трудовых установок									
	положительная (20)				χ^2	отрицательная (10)				$\chi^2_{12,1}$
К труду	конфликтное отношение (3)		неконфликтное отношение (17)			конфликтное отношение (8)		неконфликтное отношение (2)		
К семье	1	2	15	2	4,8	8	0	0	2	5
К вышестоящим лицам на работе	1	2	16	1	7,4	8	0	0	2	10
К сотрудникам	0	3	16	1	14	8	0	0	2	10
К себе	1	2	15	2	4,8	7	1	0	2	5
К прошлому	0	3	16	1	14	8	0	0	2	10
К будущему	0	3	16	1	14	8	0	0	2	10
К жизненным целям	0	3	15	2	10,6	7	1	0	2	5
К матери	1	2	15	2	4,8	7	1	0	2	5
К друзьям и знакомым	1	2	15	2	4,8	7	1	0	2	5
	+	-	+	-		+	-	+	-	

В этих случаях наиболее высокий уровень значимости ($p = 0,001$), указывающий на наличие достоверности связи с отношением к работе, был характерен для отношения к сотрудникам, ситуаций прошлого и будущего. Менее достоверна была связь отношения к работе с отношением к вышестоящим лицам на работе, с жизненными целями ($p = 0,01$). И еще меньшим уровнем значимости обладала связь отношения к работе и отношения к семье, к себе, к друзьям и знакомым ($p = 0,05$). Последнее наблюдение находится в соответствии с тем положением дел в практике, когда больные имели трудовые установки, устойчиво работали, обнаруживая конфликтность в быту.

Анализ системы отношений больных 2-й группы, настаивавших на утяжелении группы инвалидности, подтвердил закономерности, обнаруженные в системе отношений больных 1-й группы, и прежде всего то положение, что характер отношения к труду неразрывно связан со всей системой отношений. Уровень значимости взаимосвязи отдельных отношений всецело совпадал в обеих группах больных, что также свидетельствует о правильности сделанных выводов.

Заключение

Таким образом, можно заключить, что направленность поведения больных в отношении реализации трудовых установок соответствует характеру отношения к труду, обнаруженного с помощью методики незаконченных предложений. И это является достаточным основанием для использования методики «незаконченных предложений» в качестве одного из экспериментально-психологических методов в практике МСЭ, помогающих в короткое время разобраться в системе отношении личности больного, выявить нарушение отношений в этой целостной системе, а значит и найти лучшие пути к восстановлению этих нарушений в процессе ресоциализации больных. Необходимость воздействия на всю систему отношений личности для восстановления работоспособности диктуется тем, что, как показано выше, характер отношения к труду неразрывно связан со всей системой отношений личности больного.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ванникова Н.Р. Патопсихологическое исследование успешных работающих больных шизофренией. В кн.: Белопольская Н.Л., сост. Патопсихология. Хрестоматия. М.: Издательство УРАО; 1998: 209–14.
2. Богатская Л.К. Значение изучения некоторых систем отношений у больных шизофренией с галлюцинаторно-параноидным синдромом для проведения восстановительной терапии. В кн.: Реабилитация психически больных. Л.; 1971: 119–24.
3. Бутнев П.Я. Влияние медико-социальных факторов на трудовую адаптацию больных параноидной шизофренией на разных этапах реабилитации: Автореф. дисс. канд. мед. наук. Л.; 1977.
4. Ильина Н.А., Бураков А.В. Шизофренические нозогенные реакции у пациентов с сердечно-сосудистой патологией. Психиатрия и психофармакотерапия. 2005; 7(3).
5. Грекова А.А. Исследование системы отношений у больных с преходящими нарушениями мозгового кровообращения в процессе комплексного восстановительного лечения. В кн.: Проблемы медицинской психологии. Л.; 1976: 81–3.
6. Ефименко В.Л., Кабанов М.М., Немчин Т.А. Исследование

личности в связи с задачами восстановительной терапии больных с затяжными формами психических заболеваний. В кн.: Клинико-психологическое исследование личности. Л.; 1971: 225–9.

7. Зацарный А.Ф. Данные экспериментально-клинического исследования конфликтности алкоголиков. В кн.: Клинико-психологическое исследование личности. Л.; 1971: 132–5.
8. Коробкова Э.А. О норме и патологии работоспособности. В кн.: Патопсихология в исследовании психических процессов. М.; 1966: 163–5.
9. Малахов Г.Е. Психологические основы трудовой терапии больных шизофренией. В кн.: Проблемы медицинской психологии. Л.; 1976: 280–1.
10. Румянцев Г.Г. Опыт применения метода «незаконченных предложений» в психиатрической практике. В кн.: Реабилитация психически больных. Л.; 1971: 234–54.
11. Соколова Г.С. О возможности использования методики незаконченных предложений для характеристики системы отношений личности больных неврозами. В кн.: Клинико-психологическое исследование личности. Л.; 1971: 191–3.
12. Тепина М.М. Психологические факторы и трудоспособность больных травматической эпилепсией. В кн.: Клинико-психологическое исследование личности. Л.; 1971: 242–5.

REFERENCES

1. Vannikova N.R. Pathopsychological research of the successfully working patients by a schizophrenia. In: Belopol'skaja N.L., compiler. Pathopsychology. Reader. M.: Publishers URAE, 1998: 209-14 (in Russian).
2. Bogatskaja L.K. Importance of study of some systems of the attitudes at the patients by a schizophrenia with a hallucinatives-paranoica set of symptoms for realization restorations of therapy. In: Aftertreatment mentally of patients. L., 1971: 119-24 (in Russian).
3. Butnev P.Ja. Influence of medical-social factors on labour acclimatization of the patients by a paranoica schizophrenia at different stages of an aftertreatment. Author's abstract of dissertation c.m.s. L., 1977 (in Russian).
4. Il'ina N.A., Burlakov A.V. Schizophrenical nozogenic of reaction at the patients with a cardiovascular pathology. Psychiatry and psychopharmacotherapy 2005; 07(3): (in Russian).
5. Grekova A.A. Research of system of the attitudes at the patients with transient infringements of a cerebral circulation during complex restorations of treatment. In: Problem of medical psychology. L., 1976: 81-3 (in Russian).
6. Efimenko V.L., Kabanov M.M., Nemchin T.A. Research of the person in connection with tasks restorations of therapy of the patients with the lingering forms of mental diseases. In: Clinical-psychological research of the person. L., 1971: 225-9 (in Russian).
7. Zatsarny A.F. Given of experimental - clinical research conflicts of toppers. In: Clinical-and-psychological research of the person. L., 1971: 132-5 (in Russian).
8. Korobkova Je.A. About norm and pathology of serviceability. In: Pathopsychology in research of mental processes. M., 1966: 163-5 (in Russian).
9. Malahov E. Psychological bases of labour therapy of the patients by a schizophrenia. In: Problems of Med. Psychologies. L., 1976: 280-1 (in Russian).
10. Rumjancev G.G. Experience of application of a method «of the unfinished offers» in psychiatric practice. In: Aftertreatment mentally of patients. L., 1971: 234-54 (in Russian).
11. Sokolova G.S. About an opportunity of use of a technique of the unfinished offers for the characteristic of system of the attitudes of the person of the patients by neurosises. In: Clinical-and-psychological research of the person. L., 1971: 191-3 (in Russian).
12. Tepina M.M. The psychological factors and working capacity of the patients by a traumatic epilepsy. In: Clinical-and-psychological research of the person. L., 1971: 242-5 (in Russian).

Поступила 17.10.12