

Психология личности: реальное и идеальное "Я" у больных ахондроплазией в процессе реабилитации

В.И. Шевцов, С.А. Хвостова, А.В. Попков, А.А. Свешников

Personality psychology: the real and ideal egos in patients with achondroplasia in the process of rehabilitation

V.I. Shevtsov, S.A. Khvostova, A.V. Popkov, A.A. Sveshnikov

Государственное учреждение науки

Российский научный центр "Восстановительная травматология и ортопедия" им. академика Г. А. Илизарова, г. Курган
(генеральный директор — заслуженный деятель науки РФ, член-корреспондент РАМН, д.м.н., профессор В.И. Шевцов)

Изучали по тесту Т. Лири психологию личности у больных ахондроплазией до лечения, в процессе удлинения конечностей и в отдаленный период. Накануне операции у больных преобладало состояние эмоциональной нестабильности. Соотношение различных компонентов содержания личности в процессе distraction характеризовали: внутренняя противоречивость, нерешительность, податливость, непоследовательность. Больным была свойственна борьба мотивов самоутверждения в группе, а также озабоченность мнением окружающих о себе. Реальное и идеальное "Я" нередко вступали в конфликт, что служило внутренним побуждением к действию.

Ключевые слова: ахондроплазия, удлинение конечностей, психология личности.

The personality psychology was studied according to T. Leary in patients with achondroplasia before treatment, during limb lengthening and in the long-term period. The condition of emotional instability prevailed in the patients the day before surgery. Correlation of the different components of personality content during distraction was characterized by the following: spontaneous conflicting evidence, hesitation, pliancy, inconsistency. Anxiety concerning the people of their circle' opinion about themselves was characteristic of the patients as well as the conflict of the reasons of their self-affirmation in the group. The real and ideal egos often conflicted, that was an inherent stimulus to action.

Keywords: achondroplasia, limb lengthening, individual psychology.

Любое хроническое заболевание, в том числе и ахондроплазия, а также сопутствующая инвалидность, вызывают реакцию со стороны личности в виде тревожной мнительности и угнетенного состояния (депрессии), слабодушия, отчаяния, страха (перед операцией и за будущее), неудовлетворенности своим состоянием. Чем тяжелее ситуация, тем в большей мере изменяется личность, так как в основе каждой черты лежит свой, характерный для данного человека тип процесса возбуждения в коре головного мозга. И, наоборот, стойкость личности в борьбе с болезнью повышает сопротивляемость организма, содействует реабилитации. Здесь велика роль помощи психолога [1]. Она необходима и после лечения, и в процессе приобщения человека к полноценной жизни в социальном и трудовом аспектах [2]. Но прежде чем выдать какие-либо рекомендации больным

ахондроплазией, следует провести психологические исследования. Цель их — выяснить характер происходящих негативных изменений личности, так как подобных исследований не проводилось, и найти пути их устранения. Одновременно необходимо выявить функциональные изменения в органах и тканях, возникающие после травм и в процессе удлинения конечностей, обуславливающие ситуацию неустойчивого равновесия в организме. Сдвиги в эндокринной системе создают определенный гормональный фон для изменения психических процессов. Ожидание болевых ощущений, переживание боли также отражаются на психологии личности больного.

В задачу исследования входило изучение психологии личности больных ахондроплазией в процессе удлинения конечностей и в отдаленный период.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Наблюдения проведены у 22 больных в возрасте 17-23 лет. Для изучения отдаленных результатов (1-3 года) анкеты высылались нами по месту жительства.

Диагностику межличностных отношений проводили по методике Т. Лири [7]. Она рассчитана на выявление представления испытуемых о себе, своем реальном и идеальном "Я", отноше-

ния к самому себе, изучение особенностей межличностных отношений при общении с людьми и диапазона возможного конфликта с людьми. Больной часто воспринимается окружающими согласно идеальному «Я», а реальное «Я» обусловлено собственными проблемами, волнующими больного.

Опросник Т. Лири составлен соответственно типам поведения людей. В нем 8 общих и 16 более конкретизированных вариантов вопросов, которые автор предложил изображать в виде психогаммы. На ней каждому октанту (любому треугольнику из восьми) соответствует определенный тип межличностных отношений. При их анализе наиболее часто выделяют два фактора: доминирование-подчинение и дружелюбие-агрессивность. Именно они определяют впечатление о человеке в процессах межличностного восприятия и отнесены к главным компонентам личности. Поведение члена группы (больного в палате) оценивается по двум переменным, анализ которых осуществляется в трехмерном пространстве, образованном тремя осями: доминирование-подчинение, дружелюбие-недружелюбие, эмоциональность-аналитичность.

Взаимосвязь между количеством баллов в октанте и отношением больных к окружающим людям характеризовалась следующим образом. Показатели (от 0 до 16 баллов) по каждому из октантов переносили на психогамму (рис. 1). Отделенную линией внутренней часть октанта заштриховывали. Наиболее выделенные части соответствовали преобладающему стилю меж-

личностных отношений данного индивида. Показатели, не выходящие за пределы 8 баллов, свойственны гармоничным личностям, а превышающие эту величину свидетельствуют об акцентуации свойств. 14-16 баллов указывали на трудности социальной адаптации.

Статистическая обработка результатов.

После подтверждения нормальности распределения данных и равенства генеральных дисперсий в сравниваемых выборках применяли [9]: 1) однофакторный дисперсионный анализ – для проверки гипотезы о равенстве средних в двух и более выборках (различиях полученных данных между группами больных и нормой для каждой группы). Статистически значимыми считали отличия при $F > F$ критического для $\alpha=0,05$, где F – результат теста, а α – уровень значимости для этого метода; 2) t – критерий Стьюдента (двухвыборочный t -тест с одинаковыми дисперсиями, гомоскедатический) – для сравнения в двух группах. Статистически значимыми считали различия при $P \leq 0,05$, где P – уровень значимости этого критерия; 3) парный t -критерий Стьюдента (парный двухвыборочный t -тест для средних) – для оценки различий показателей у одних и тех же больных до и после проводимого реабилитационного комплекса с $P \leq 0,05$. В случае подтверждения нормального распределения, но не равенства генеральных дисперсий в сравниваемых совокупностях, применяли двухвыборочный t -тест с различными дисперсиями (гетероскедатический) с $P \leq 0,05$.

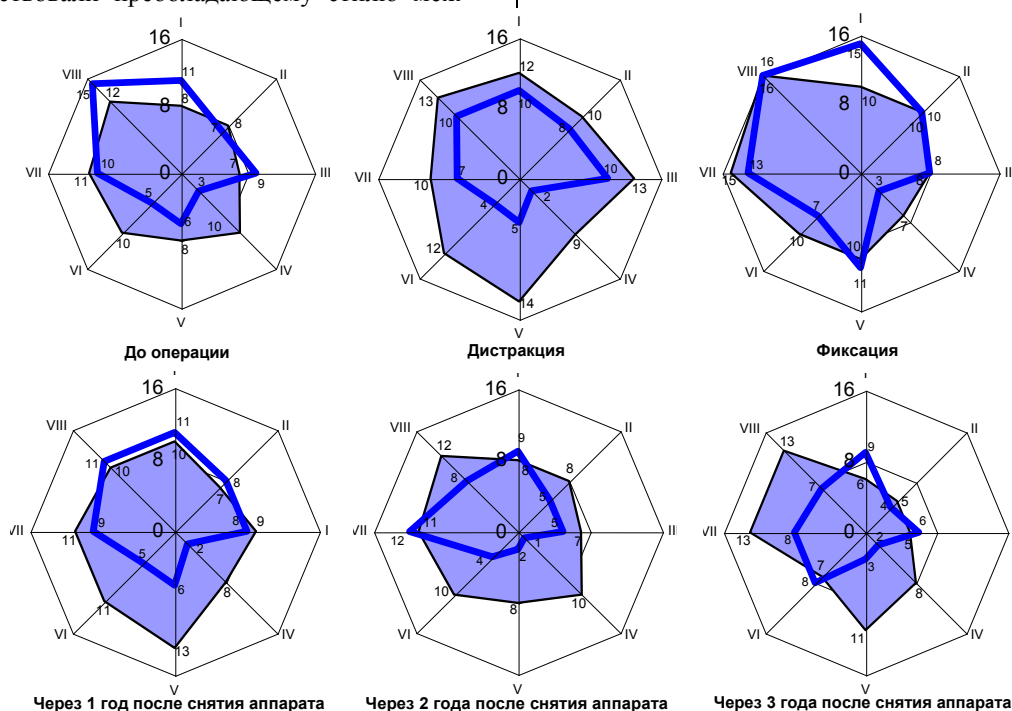


Рис. 1. Октанты с данными, указывающими на изменение характера межличностных отношений в процессе лечения больных по Илизарову.

Примечание: октанты пронумерованы по часовой стрелке. Закрашенная часть октантов - реальное "Я", обведенная линией часть - идеальное "Я". Представлены среднеарифметические значения в баллах.

При плотном распределении в аналогичных сравнениях применяли непараметрические методы (критерий Крускала-Уоллиса, Т-критерий Манна-Уитни и W-критерий Уилкоксона с уровнем значимости в 5%).

Для сравнения качественных данных применяли критерий χ^2 и критерий Мак-Нимара. Для анализа зависимостей использовали коэффициент корреляции Пирсона и коэффициент ранговой корреляции Спирмена. Все результаты в

таблицах представлены в виде $M \pm m$, где M – среднее арифметическое выборки, m – стандартная ошибка (ошибка среднего). Кроме этого, указывали n – число наблюдений. В качестве инструмента вычислений использован пакет статистического анализа и встроенные формулы расчетов компьютерной программы Microsoft® Excell (Microsoft® Office 1997 – Professional Runtime).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

До операции. Наибольшее число баллов отмечено в седьмом октанте, в связи с чем основным типом межличностного взаимодействия до лечения является "сотрудничающий-конвенциональный": у больных эмоциональная неустойчивость, высокий уровень тревожности. Характерна зависимость самооценки от мнения других. Есть потребность излияния дружелюбия на других, поиск признания в глазах наиболее авторитетных больных, стремление найти общность с ними. Таковы черты больных в целом.

Для преобладающего типа межличностных отношений (рис., закрашенная часть октанта) характерны такие черты: скрытность, замкнутость, недоверчивость, критичность и ориентированность на себя. К окружающим больные проявляют подозрительность из-за боязни плохого отношения к себе. Уступчивы, способны подчиняться, порой не имеют собственного мнения, вежливы, ожидают помощи и советов, нуждаются в признании. Характерна проблема подавленной враждебности, вызывающая у них повышенную напряженность, склонность к психосоматическим проявлениям, вегетативному дисбалансу как результату блокирования поведенческих реакций. Больные стремятся помочь и сострадать всем, навязчивы в помощи.

По результатам изучения идеального "Я" больные относились к восьмому октанту с "ответственно-великодушным" типом межличностного взаимодействия. Для него характерна склонность к идеализации гармонии межличностных отношений, стремление производить приятное впечатление, нравиться окружающим. Стиль мышления – целостный и образный.

Дистракция. Межличностные отношения на данном этапе принадлежат к типу "покорно-застенчивый". Пациентам характерна интраверсия, они болезненно-застенчивы, пассивны, неуверенны в себе, подчиняемы, с заметным преобладанием мотивации избегания неуспеха и низкой мотивацией достижения успеха. Самооценка занижена. Больные тревожны, неудовлетворенны собой, легко впадают в состояние грусти, пессимистически оценивают свои перспективы, избегают широких контактов, не привлекают к себе внимания окружающих, ранимы и

впечатлительны, болезненно сосредоточены на своих недостатках и проблемах.

Преобладающий тип межличностных отношений: любят давать советы, требуют уважения к себе, переоценивают свои возможности. Имеют свое мнение, в группе больных занимают обособленную позицию. У них выражено чувство собственного достоинства. Вместе с тем они несдержанны, вспыльчивы до агрессивности, недружелюбны, замкнуты, скрытны, обидчивы, недоверчивы к окружающим. Стремятся найти опору в сильном человеке, пассивны, уступают во всем, принимают вину на себя и осуждают себя. Беспомощны, послушны, искренне считают, что правы другие. Стремятся удовлетворить требования всех, быть хорошими и дружелюбными.

При определении идеального "Я" у таких больных оказалось равное число баллов в I, II и VIII октантах. Это следующие типы межличностных отношений – "властно-лидирующий", "независимо-доминирующий" и "ответственно-великодушный". Они характеризуются оптимистичностью, высокой активностью, выраженной мотивацией достижений, тенденцией к доминированию, повышенным уровнем притязаний, легкостью и быстротой принятия решений, минимальной зависимостью от внешних факторов. Выражено самодовольство и завышенный уровень притязаний. Мнение окружающих воспринималось ими критически, при низкой подчиняемости. Констатировалась гибкость в контактах, коммуникабельность и доброжелательность.

Фиксация. На основании анализа ответов больных видно, что преобладающим типом межличностных отношений был "сотрудничающий-конвенциональный", которому присущи эмоциональная неустойчивость, высокий уровень тревожности и низкий – агрессивности, интерес к проблемам других больных, сотрудничеству с ними.

Характерны такие межличностные отношения: больные требовали уважения к себе, давали советы другим, переоценивали свои возможности. Имели свое мнение, были самодовольны, с выраженным чувством собственного достоинств

ва. В группе больных занимали обособленную позицию, проявляли дружелюбие, стремились быть хорошими, удовлетворить требования всех.

При выяснении представления об идеальном "Я" вырисовывался "ответственно-великодушный" тип взаимодействия, для которого типичны экзальтация в проявлении своих убеждений, гибкость в контактах, коммуникабельность, стремление к деятельности, проявлению милосердия.

Через 1 год после снятия аппарата. Тип межличностных отношений – "покорно-застенчивый". Больные с таким типом – интровертированные, весьма щепетильные, легко подчиняемые. У них преобладали мотивация избегания неуспеха и низкая мотивация достижения, заниженная самооценка, неудовлетворенность собой, повышенное чувство ответственности. Они аккуратны и исполнительны. Вину вину на себя, уступали во всем. Искренне считали, что правы другие.

При определении идеального "Я" тип межличностных отношений продолжал оставаться таким же, как и на фиксации – "ответственно-великодушным".

Через 2 года после снятия аппарата. Для типа отношений ("сотрудничающий-конвенциональный"), характерна эмоциональная лабильность и дружелюбие. Больные стремились помочь другим и сострадать всем. Зависимость самооценки от мнения других, потребность в излиянии дружелюбия на окружающих, поиск признания в глазах наиболее авторитет-

ных людей.

Идеальное "Я" – тип отношений: "зависимо-послушный" и "сотрудничающий-конвенциональный". Характерны исполнительность и ответственность, которые служили залогом хорошей репутации среди больных. Повышенная чувствительность к невниманию, самокритичность и опасение неуспеха формировали канву конформного поведения.

Через 3 года после снятия аппарата. Тип отношений – "сотрудничающий-конвенциональный". Больные, прошедшие лечение, дружелюбны, бескорыстны и отзывчивы. Ориентируются на социальное одобрение. Выражены стремление к сотрудничеству, зависимость самооценки от мнения других и повышенная откликаемость.

Тип идеального "Я" – "зависимый-послушный". Ведущей являлась потребность в привязанности к теплым отношениям. Хорошая репутация в коллективе была возможна за счет исполнительности и ответственности. Чувствительны к невниманию и грубости. Типична повышенная самокритичность.

Определение состояния доминирования и дружелюбия по тесту Т. Лири. Расчет проводился по следующим формулам:

Доминирование = $(I-V)+0,7 \times (VIII+II-IV-VI)$,

дружелюбие = $(VII-III)+0,7 \times (VIII-II-IV+VI)$.

Результаты представлены в таблице.

Сравнивая актуальное (реальное состояние больного) и идеальное представление о будущем образе своего «Я», мы выявили очень существенные различия, в то время как у здоровых лиц нет существенных количественных различий. Небольшое отличие обычно указывало на то, какие особенности не устраивают этого человека.

Таблица.

Основные факторы межличностных отношений по Т. Лири в процессе лечения больных ахондроплазией ($M \pm m$)

Название факторов	У здоровых людей	До операции n=22	Дистракция n=22	Фиксация n=22	После снятия аппарата (годы)		
					1 (n=22)	2 (n=19)	3 (n=17)
Доминирование	0	6,3±0,4	4,2±0,2	2,6±0,2	2,2±0,4	1,8±0,1	1,3±0,1
Дружелюбие	27,3±1,3	18,8±1,4 P<0,001	9,3±0,4 P<0,001	13,8±0,5 P<0,001	16,2±0,6 P<0,001	18,3±0,5 P<0,001	25,9±1,6 P>0,05

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

В наших исследованиях на дистракции V октант реального «Я» зачерчен больше других, а идеального «Я» – существенно уменьшен, и ему противопоставлен увеличенный I октант. Поэтому такие больные считали себя избыточно пассивными, застенчивыми и робкими в межличностных отношениях и хотели бы от этих свойств избавиться, быть более уверенными в себе [3].

На фиксации реальное «Я» у больных ахондроплазией характеризовалось недоверчивостью, настороженностью, недовольством отношений с окружающими. Образ идеального «Я» обнару-

живал преобладание VIII октанта и значительно уменьшившиеся показатели IV. Мы интерпретировали эти результаты так: больные склонны самокритично оценивать свою роль в межличностных отношениях, стремились в идеале быть доброжелательными с окружающими. Таким образом, каждый раз соотношение показателей полярных октантов (на фиксации III и VII, через год после снятия аппарата II и VI) говорит о путях компенсации тех личностных свойств, которые ухудшали адаптацию. При актуальном «Я» на фиксации преобладали октанты, отражавшие характеристики зависимого и конформ-

ного поведения (V, VI, VII), а при идеальном «Я» — октанты, выявлявшие независимость и доминантность (I и II). Такие результаты указывали на то, что больной болезненно переживал зависимость своей позиции, страдало самолюбие, компенсаторные усилия были направлены на повышение своего социального статуса. На дистракции отмечено усиление самоконтроля над спонтанным поведением, преобладала независимость и доминантность (II, I, IV). В идеале испытуемый хотел бы быть ближе к окружающим его людям и избавиться от тех черт характера, которые способствуют разладу межличностных отношений - самоуверенности (I), дистантности (II), упрямства (III).

Умеренное (неконфликтное) расхождение реального и идеального "Я" или, скорее, неполное их совпадение, мы рассматривали как необходимое условие для дальнейшего роста личности и самосовершенствования. Неудовлетворенность собой чаще наблюдалась у больных с заниженной самооценкой (V и VI октанты). Одновременное преобладание I и V октантов на дистракции была свойственна лицам с проблемой болезненного самолюбия и авторитарности, IV и VIII (до операции, дистракция, 1-й год после снятия аппарата) отражали конфликт между стремлением к признанию группой больных и враждебностью, то есть проблему подавленной враждебности. Равенство III и VII октантов (дистракция, первый и второй годы после снятия аппарата) указывало на борьбу мотивов самоутверждения и аффилиации, II и VI (дистракция) — проблему независимости — подчиняемости, возникавшей в сложной обстановке лечения, вынуждавшей больного повиноваться персоналу вопреки внутреннему протесту. Примерно так же интерпретировали мы соотношение полярных октантов при сопоставлении реального и идеального «Я». Личности, у которых были обнаружены доминантные и независимые черты поведения, значительно реже проявляли недовольство своим характером и межличностными отношениями. Однако и у них мы выявили тенденцию к совершенствованию своего стиля межличностного взаимодействия. Возрастание показателей того или иного октанта определяло направление, по которому личность движется в целях самосовершенствования. Это было важно при выборе методов коррекции поведения больного с учетом его физиологических возможностей и степени осознания имеющихся проблем. Наличие выраженного личностного конфликта, проявляющегося значительным расхождением при оценке реального и идеального «Я» (до операции и на фиксации) являлось свидетельством высокого внутреннего напряжения.

Непосредственно перед операцией все из опрошенных больных переживали состояние эмоциональной нестабильности. Временами

испытывали чувство тревоги, тоску и уход "в себя". Эмоциональность зависит от соотношения процессов возбуждения и торможения (иррадиации и концентрации) в коре головного мозга и взаимосвязи коры и подкорковых образований (центральной ретикулярной формации), определяющих состояние функций соматической и эндокринной систем. Эмоциональная неустойчивость являлась симптомом расстройств личности - темперамента. С физиологической стороны он изучен И.П. Павловым и назван типом высшей нервной деятельности. Проявляется лишь при активных взаимоотношениях больного с окружающими людьми и меняется под влиянием болезни, длительного лечения, условий жизни.

Естественной первой и важнейшей причиной появления страха перед операцией являлось представление о возможных болевых ощущениях. Боль - аффективный активатор эмоций. Драйв (естественная потребность) избегания боли рассматривается как состояние беспомощности в ожидании ее и наличия страха. Он играет важную роль в структуре личности и поведения. Слабая степень выраженности страха проявляется в виде тревожного предчувствия и беспокойства до операции и в процессе лечения. Страх активизирует деятельность вегетативной нервной и сердечно-сосудистой систем, а также многих органов. Вместе с тем страх является составным элементом и самой значимой эмоцией в паттерне (две или несколько эмоций) тревоги. Следствием переживания любой эмоции всегда являются физиологические изменения в организме. Они возникают вследствие нарушения синтеза и метаболизма биогенных аминов. Заболевание (ахондроплазия) формирует, таким образом, весьма устойчивые депрессивные тенденции. Врачи констатировали у больных (детей) двигательное беспокойство, суетливость, нетерпеливость, раздражительность и несдержанность.

После операции в ответ на действие постоянного стресс-фактора (растяжение тканей) изменялись личностные характеристики поведения. Больные испытывали чувство физической усталости, головную боль, происходило нарушение сна, снижение настроения, отмечали повышенную утомляемость, раздражительность, чувство неудовлетворенности собой, угнетенность с тревожностью. Отличительными чертами такого состояния (депрессии) являлись печаль, самообвинение и низкая самооценка [5]. Появлялся пессимизм в оценке себя, своих способностей и социальной ценности. Больные стремились к уединению. Свойственна фрустрация (сочетание подавленного настроения с напряжением и тревогой). Тревожность приводила к появлению ипохондрии и депрессии [8]. При депрессии больному трудно управлять

эмоциями, поэтому нередко эмоции гнева [6]. При хроническом стрессе (от растяжения тканей) они возникают вследствие отсутствия физической и психологической свободы. При депрессии эта эмоция преобладала у мальчиков. Гнев также нередко сочетался с эмоциями вины и страха. У больных, которые стремились сдерживать проявления гнева, было типичное для эмоций страха повышение активности вегетативной нервной системы, что выражалось в повышении диастолического давления, учащении сердечного ритма и других физиологических параметров. Отчетливо была выражена гиперактуализация переживаний, связанных с лечебным процессом. Типична низкая самооценка. Чувство одиночества на этом этапе лечения отступает на второй план, так как больные нередко контактируют с находящимися рядом родителями, которые их всячески опекают и поддерживают. Все вышеперечисленное - это циклотимический тип депрессий, характеризующийся неглубокой степенью расстройств. Выраженность проявления психологических реакций (эмоциональности и тревожности) и продолжительности их проявления зависела от состояния механизмов регуляции функций организма.

Выявленный нами уровень тревожности и эмоциональной неустойчивости позволял правильно понять роль психологии личности в возникновении психосоматических болезней. Свидетельством этому служит то, что у некоторых больных отмечен непродолжительный подъем АД, снижение аппетита, признаки холецистита, были случаи обострения (на дистракции) имевшихся ранее болезней.

По данным теста Т. Лири, для поведения больных ахондроплазией на дистракции и фиксации характерны пассивность и оценочное поведение, то есть они не проявляли активности в обсуждении спорных вопросов. Это говорит о заниженности субъективной оценки своих возможностей. У них была своя мерка, под кото-

рую они подгоняли окружающих, и на этой почве возникали межличностные конфликты. При этом больные ясно осознавали причину и стремились избавиться от этого свойства личности. Четко прослеживалась неудовлетворенность собой. Выражена авторитарность в сфере "делания добра". Больным была свойственна борьба мотивов самоутверждения в группе, а также озабоченность мнением окружающих о себе.

Учитывая все указанные моменты, можно полнее понять структуру личности больных ахондроплазией. Субъективное отношение больного к людям отчетливо проявлялось в его реакциях и действиях и обнаруживало свое реальное "Я".

Внешние проявления поведения больного, форму и соотношение различных компонентов содержания личности в процессе лечения характеризовали: внутренняя противоречивость, непоследовательность, податливость, неустойчивость, нерешительность [4].

Реальное и идеальное "Я" у больных ахондроплазией нередко вступали в конфликт. Можно предположить, что именно в этом заключено внутреннее побуждение к действию [6]. Идеал становился внутренним требованием и определял цели и задачи жизни. Одна из наших больных так охарактеризовала это состояние: "Главным для меня было даже не увеличение роста, а воспитание воли, благодаря которой я поступила учиться в престижный вуз Санкт-Петербурга". Борьба между реальным и идеальным "Я" создали в данном случае условие для выхода на важнейшую проблему личности - решение вопросов социального плана. Вместе с тем уровень желаний (получить высшее образование и работу) и достижений (учеба в вузе) положительно характеризовали психологический уровень данной больной.

Работа выполнена при поддержке РФФИ, проект 01-04-96422.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мельникова С.А., Попков А.В., Свешников А.А. Оценка психологического состояния больных ахондроплазией при удлинении конечностей методом чрескостного остеосинтеза // Человек и его здоровье: Материалы российского национального конгресса. - СПб., 1999. - С. 176.
2. Мельникова С.А., Попков А.В., Свешников А.А. Роль психолога в реабилитации больных после переломов и в процессе удлинения конечностей по Илизарову // Проблема остеопороза в ортопедии и травматологии: Материалы конф. с международ. участ. - М.: ЦИТО, 2000. - С. 54.
3. Мельникова С.А., Попков А.В., Свешников А.А. Психологические и личностные критерии состояния больных ахондроплазией при удлинении конечностей по Илизарову // Гений ортопедии. - 1999. - № 3. - С. 88-93.
4. Психология личности. - Самара: Бахрах, 1999. - 212 с..
5. Многофакторное исследование черт личности и типов акцентуаций характера больных ахондроплазией в процессе лечения по Илизарову /В.И. Шевцов, С.А. Мельникова, А.В. Попков, А.А. Свешников // Гений ортопедии. - 1999. - № 4. - С. 70-75.
6. Изард К.Э. Психология эмоций. - СПб.: Питер, 1999. - 464 с.
7. Leary T. Interpersonal diagnosis of personality. - New York: Academic Press, 1954. - 342 p.
8. Stephenson W. The study of behavior: Q-technique and its methodology. - Chicago: University of Chicago Press, 1953. - 345 p.
9. Гланц С. Медико-биологическая статистика / Под ред. Е.Е. Бузикашвили, Д.В. Самойлова. - М.: Практика, 1998. - 459 с.

Рукопись поступила 10.01.02.