

Г.С. Абрамова
Ю.А. Юдчиц

ПСИХОЛОГИЯ В МЕДИЦИНЕ

Москва
«Кафедра-М»
1998

Издано при участии ООО «Новое знание»

Р е ц е н з е н т ы:

В.В. Новиков, зав. кафедрой социальной психологии,
доктор псих. наук, профессор, Президент МАПП;
М.В. Игельник, директор по науке
Русского психоаналитического общества,
канд. мед. наук, зам. директора по научной работе
Института развития личности

А16 **Абрамова Г.С., Юдчиц Ю.А.**
Психология в медицине: Учеб. пособие. — М.: ЛПА
«Кафедра-М», 1998. — 272 с.

ISBN 5-8059-0027-0.

Учебное пособие обращается к проблемам психологического исследования, возникающим на пересечении профессиональных интересов врачей и психологов. Оно может быть использовано представителями этих профессий в процессе выбора содержания и форм воздействия на переживания человека, связанные с его здоровьем и болезнями.

Пособие предназначено для студентов медицинских и психологических специальностей, изучающих курсы по деонтологии, валеологии, психосоматической медицине, общей психологии, клинической и медицинской психологии. Специалисты в области практической медицины и психологии могут использовать представленные сведения для организации профессионального взаимодействия.

УДК 159.9:61(075.8)

ББК 88.4я73

Учебное издание

Абрамова Галина Сергеевна

Юдчиц Юлия Анатольевна

ПСИХОЛОГИЯ В МЕДИЦИНЕ

Редактор *Н.А. Кулагина*

Корректор *К.А. Александрова*

Художник обложки *С.В. Ковалевский*

Компьютерная верстка *Н.А. Новик*

Подписано в печать 29.07.98. Формат 84×108¹/₃₂. Бумага офсетная.

Гарнитура Школьная. Печать офсетная. Усл. печ. л. 14,28.

Уч.-изд. л. 13,09. Тираж 10000 экз. Зак. 354

ООО «Литературно-педагогическое агентство «Кафедра-М». ЛР № 065451 от 08.10.97.
109316, Москва, ул. Стройковская, д. 12, корп. 2.

При участии ООО «Новое знание». ЛВ № 310 от 01.07.98.

220099, Минск, ул. Брестская, 72-39.

Отпечатано с диапозитивов заказчика

в типографии «Пикорп». ЛП № 161 от 30.12.97.

220141, Минск, ул. Жодинская, 18.

ISBN 5-8059-0027-0

© Г.С. Абрамова, Ю.А. Юдчиц, 1998

Сегодня профессия психолога призвана реалиями социальной жизни. Многие люди уже не путают психологов и психиатров. Многие так или иначе почувствовали на себе результаты встречи с людьми компетентными и, увы, не очень, которые называли себя психологами и психотерапевтами.

Психолог — очень ответственная профессия уже тем, что она предполагает вмешательство в жизнь другого человека. Как известно, жизнь устроена в высшей степени сложно и мудро, и чтобы вмешиваться в ее законы, надо их знать. Сегодня психология как наука владеет определенными знаниями, но не менее ценными знаниями о жизни располагают и другие науки, в особенности практическая медицина. В ней накоплен огромный опыт «вмешательства» в самое совершенное творение создателя — в организм человека. В практической медицине непосредственно связаны с действительностью понятия «сила воли», «любовь к жизни», «желание жить», потому что за ними — зажившие раны, излеченные болезни, исцеленные люди, которые знают силу слов и лекарств как спасение от смерти. Смерти физической. Однако для полноты жизни человеку недостаточно лишь поддерживать физиологическое существование.

Быстро меняющийся, непредсказуемый наш мир сделал возможным психическую смерть человека при сохранении физической жизни.

Много нового и сложного появилось в отношении современного человека к себе, к своей жизни, ему не просто в одиночку преодолевать трудности. Кто ему помогает? Какое оказывают влияние на жизнь человека окружающие люди и обстоятельства? Эти актуальные вопросы встают при профессиональном обучении

врачей, учителей, психологов, социальных работников, юристов.

В предлагаемой работе предпринята попытка осмыслить возможности координации действий специалистов, по своему профессиональному долгу призванных воздействовать на жизнь людей.

Основу книги составил курс, который в течение пяти лет читался студентам, изучающим психологию как специальность, а также как спецкурс на занятиях повышения квалификации врачей и психологов.

Выбор темы курса и его содержания основывался на опыте практической работы психологом в течение десяти лет. За это время состоялось множество разнообразных встреч со специалистами смежных профессий, в первую очередь с врачами-психиатрами, невропатологами, психоневрологами, терапевтами. У каждого из них я училась понимать больного человека; каждый их пациент учил тому, что он хочет быть понятым.

Надеюсь, что материал пособия послужит толчком к размышлению для всех, кто по роду своей профессии встречается с человеческими недугами. Если написанное мною вызовет у врача желание выслушать психолога, а психолог захочет быть услышанным и сумеет это сделать, я буду считать, что достигла своей цели.

Оптимизм вселяет растущее число научных и научно-практических работ, которые появились в психологических журналах под рубриками “Клиническая психология”, “Медицинская психология” и даже “Психология здоровья”. Возможно, это одно из свидетельств того, что желающих слушать друг друга психологов и врачей-практиков становится все больше. Я очень надеюсь.

*Г.С. Абрамова, доктор психологических наук,
член-корреспондент Международной академии
психологических наук,
зав. кафедрой психологии
Брестского государственного университета*

* * *

Может случиться, что всякая работа, не исключая ответственную, трудоемкую и изначально творческую, со временем превращается в рутинную. Иногда это случается тем быстрее, чем больше энтузиазма и жажды деятельности она вызывала на первых порах. Когда работа становится трудовой повинностью или только источником денег, человека часто охватывает апатия. В эмоциональном плане такому индивиду присущи не только равнодушие и незаинтересованность, но и раздражительность, которую вызывают все и всё — пациенты, клиенты, коллеги. Амплитуда эмоциональных реакций человека в таком состоянии колеблется от равнодушия и неудовлетворенности до отчаяния и агрессивности. Он теряет способность чувствовать тончайшие импульсы психической реальности других людей. Все это разрушительно для самого человека, но практически не отражается на других людях, если он работает в системе человек — машина, например. И ужасны могут быть последствия для участников профессионального взаимодействия, если такой специалист работает в системе человек — человек.

Почему появилась идея попытаться понять особенности врачебной профессии, проанализировать влияние ее на психическую жизнь профессионала? В течение двух лет у автора была возможность работать в психиатрической клинике в качестве психолога-диагноста. Включенное наблюдение за осуществлением врачами-психиатрами своей деятельности, реализацией профессиональной позиции заставило задуматься над проблемой профессиональной деформации не только психиатров, но и всех профессионалов медицинских специальностей.

Надеюсь, что читателям будет интересно увидеть самим особенности влияния профессии на нашу жизнь, и они решат для себя многие вопросы своего профессионального самоопределения и откроют возможные пути преодоления профессиональных и личностных кризисов для гуманизации не только своей профессии, но и всей жизни.

Желаю удачи!

*Ю.А. Юдчиц, ассистент
кафедры психологии
Брестского государственного университета*

Глава 1

ЧТО ТАКОЕ ПСИХОЛОГИЯ?

Предмет психологии. Виды, способы получения и области применения психологического знания. Отрасли психологии. Понятие о психологии здоровья.

Предмет психологии Существует гипотеза, что на заре истории человечества в активности людей появилась пауза, остановка. Именно в эту паузу человек сумел получить новое для себя переживание — переживание выбора формы своей дальнейшей деятельности. Он сумел узнать о том, что именно он, он сам может быть разным и может выбирать, каким ему быть. Возможно, так стала зарождаться и оформляться сфера знания, которая сегодня называется психологией (от греческого *psyche* — душа, *logos* — учение). Эта наука изучения души помогает человеку постичь собственный внутренний мир и внутренний мир других людей. Предмет изучения называется еще иначе психической реальностью, психическим миром человека.

Поскольку слово “душа” не является единственным в обозначении того, что человек стремится узнать о самом себе, в дальнейшем изложении, объясняющем, что же такое психология, будут встречаться все эти слова — душа, психическое, психическая реальность, внутренний мир человека.

Итак, психическое или душа... Попытки понять это существуют в истории психологии как попытки человека объяснить себе, что же в нем есть такого, чего нет в других предметах и других явлениях. Хотелось бы описать это отличное — человеческое — такими словами, чтобы любой, кто читает эти строки, узнал подобное

в себе. Сделать это поможет работа С.Л. Франка “Душа человека”. Заметим, что С.Л. Франк — один из немногих, кто пытался обобщить то, что чувствуют и понимают люди, и опирался при этом на свой жизненный опыт, на опыт своего общения с другими людьми. Такой взгляд на мир характерен для интуитивной философии, представителем которой называют С.Л. Франка. Упомянутая выше его работа интересна попыткой найти и описать те собственные качества, которые могут являться и качествами других людей. С.Л. Франк говорил о том, что самое главное, что отличает психическое, или душу, человека, связано для каждого из нас с понятием “сознание”, которое “есть некоторого рода самоявленность, некоторое для-себя-бытие, самопроникнутость, как бы внутренняя прозрачность душевных явлений... Уловить эту черту весьма легко — она знакома всякому”. И далее: “Сознание шире знания тем, что оно охватывает и безотчетные, неуясненные состояния самопроникнутости или бытия-в-себе”¹.

Не хотелось бы, чтобы читателя оттолкнули слова “самоявленность”, “самопредставленность”, “для-себя-бытие”, “внутренняя прозрачность душевных явлений”. Действительно, описать предмет психологии или содержание психического достаточно сложно в силу того, что он очевиден. Психическое существует у каждого человека, только в разном качестве, и это присущее всем, хотя и различающееся, особое качество обязательно связано с понятием “сознание”. Это важно уяснить для себя, прежде чем двигаться дальше в нашем рассуждении о том, что такое психология. Также нам важно выяснить, как сознание представлено у разных людей, в разных видах деятельности человека. Как это психическое человек узнает, что с ним может делать, как может использовать знание, полученное о себе и о других людях, для организации своей жизни и жизни окружающих?

Хочется еще раз заметить, что психическое, или душа, присутствует у каждого человека и обладает самоявленностью, то есть нам не надо делать усилий, чтобы его обнаружить, оно само нам является. В то же время душа существует там, где она существует. Заставить сознание появиться где-то в другом месте достаточно сложно. “Бытие-в-себе”, “самопроникнутость” дается нам непосредственно, и знание об этом своем качестве человек получает разными способами.

Виды, способы получения и области применения психологического знания	Первый вид психологического знания или знания о собственном сознании человек получает из своего существования, то есть он живет как человек, как отдельное существо, и в этом своем непосредственном присутствии в бытии, как говорят философы, он и получает знание о самом себе. Иначе это знание можно назвать бытовым или житейским. Когда человек получает его? Ответим на этот вопрос, обратившись к знаменитому в психологии закону Клаппареда, открытому и сформулированному этим известнейшим французским психиатром. Смысл закона состоит в том, что человек обнаруживает качества своего сознания, или, как мы договорились называть, качества психического, тогда, когда он встречается с препятствием на пути своей активности. Это препятствие может выглядеть в виде предмета, если, например, вы натолкнулись на вещь, не заметив ее, и с вами произошло нечто, позволившее вам осознать качество боли или качество, связанное с невозможностью осуществления задуманной цели. Это то, что можно назвать внешним препятствием. Внешним препятствием может быть и другой человек, который появился неожиданно на вашем пути. Кроме внешних есть и внутренние препятствия, которые позволяют человеку выделять качества его психической жизни, качества его сознания. Таким внутренним препятствием, например, может быть страх,
--	--

¹ Франк С.Л. Душа человека. М., 1995. С. 469.

который переживается каждым человеком по-разному. Страх — это мгновение остановки в психической активности человека, изменение ее качества, и у человека есть возможность выделить эту активность, пережить состояние страха как препятствие на пути осуществления своих действий или намерений.

В повседневной жизни есть ситуации, которые отрывают человеку существование в нем особых качеств — качеств сознания или души. Таким образом, в бытовой жизни человек получает житейские психологические знания о присутствии в себе особого свойства — свойства психического.

Человек эти свойства изучает, использует знания о них для организации своей жизни. Например, он может заметить, что быстрее запоминает утром, а не вечером. Он может убедиться на опыте, что ему легче работать руками, чем что-то выдумывать, мастерить у него лучше получается. Или, например, он знает, что ему трудно выразить свои чувства, и просто не стремится это делать, или пытается создавать такие ситуации, где чувств выражать не нужно. Когда человек знает, что он может быстро бегать или что он сильный, — это тоже психологическое знание. Любой из нас получает такие знания и использует их.

Другой вид психологических знаний можно назвать **вторым групповым**: когда знание о самом себе и о других человек получает благодаря жизни среди людей. Так, другие люди могут выразить отношение к внешности человека, и эта оценка становится его знанием о себе, знанием, которое определит его самосознание. Это тоже качество психического, но уже возникшее из другого источника, идущее не от самого человека, а от окружающих.

Естественно, что жизнь человека практически невозможна без других людей, и вот эти два источника психологического знания — собственное житейское и второе групповое — тесно переплетаются. Особен-

ность психологического знания, связанного с обязательным присутствием другого человека, состоит в том, что другой (каждый из нас как другой человек) может дать такое знание, которое сам человек не смог бы получить, так как все люди отличаются друг от друга и благодаря этому различию мы имеем разные знания. Примером может быть такое наблюдение: художник рисует картину, вы такую картину никогда бы не нарисовали. Но благодаря этой картине вы получаете новое знание и о самом себе тоже, например, знание о том, что вы так не умеете, или у вас появится желание заняться живописью. Если бы вы не встретились с произведением другого человека, то у вас многие чувства просто не возникли бы. Можно сказать, что другие люди своим присутствием дают нам новый вид знания о сознании человека, о проявлении этого сознания. Еще один пример: человек, который переживал какое-то чувство в толпе митингующих или был болельщиком на стадионе, получил дополнительное переживание или, можно сказать, заряд энергии, которого он не получил бы никогда, находясь наедине в той же ситуации: один бы слушал оратора, один бы смотрел матч.

Благодаря тому, что люди обладают способностью передавать психологическое знание в разных видах, в том числе через общее эмоциональное состояние, у нас есть возможность получать знание о собственной душе от других людей. Это очень важный источник психологического знания.

Следует обратить внимание на то, что знание, добытое самим человеком и полученное от других людей, абсолютно достоверно. Здесь нет необходимости обсуждать вопрос об истинности этого знания. Оно как бы истинно заранее, так как есть живущий человек, сознание которому дано как для-себя-бытие, как самоявленность бытия, а также в виде действий и переживаний других людей, объективно существующих.

Есть и третий вид психологического знания — **научный**. Этот вид знания существует в любой культуре благодаря ее особой сфере — науке. Хотелось бы обратить ваше внимание на то, что при описании предыдущих видов знания, которое человек получает о своем сознании, термин “психология” не употреблялся. Когда в истории культуры выделилась наука как особая сфера человеческой деятельности, тогда появилась необходимость ее назвать. В конце XIX века официально была закреплена в названии самостоятельная область научной деятельности — психология.

Специфичность научного способа получения знания о сознании состоит в том, что ученые ориентируются на особые качества своей деятельности. Первое и самое главное качество — это необходимость доказательства полученного знания как истинного, то есть самоявленность сознания с научной точки зрения не является главным критерием истинности того знания, которое человек получает. Ученому обязательно надо проделать процедуру доказательства полученного знания на истинность. Это создает особую ситуацию, которую можно обозначить как исследовательскую позицию по отношению к собственному сознанию и по отношению к жизни других людей.

Практически вся история психологии как науки и связана с уточнением того, что же входит в содержание исследовательской позиции или, иначе говоря, что является критерием истинности, наиболее точным способом доказательства строгости, научности, ценности того знания, которое предлагается как психологическое знание или знание о свойствах и качествах психической жизни самого исследователя и других людей.

В задачи данной работы не входит изложение истории психологии, желающие могут обратиться к замечательной книге Е.Е. Соколовой “Тринадцать диалогов о психологии”¹, где в популярной и остроумной

форме описаны проблемы, связанные с борьбой разных идей как в современной отечественной, так и в зарубежной психологии вокруг главных вопросов, которые и отличают науку от других сфер знания: что и как должна изучать психология и что считать критерием истины.

Для нашего рассуждения сейчас важно, что существует психология как наука, то есть особая сфера человеческой деятельности, задача которой состоит в том, чтобы получать достоверные знания о свойствах сознания человека. Достоверные настолько, чтобы они не зависели ни от конкретного лица, получающего это знание, ни от индивидуальных свойств людей, которые изучаются этим человеком; чтобы это было универсальное, как бы всеобщее закономерное знание.

Итак, перечислим источники психологического знания: это индивидуальная жизнь человека (знание, которое в ней получено, может быть названо житейским психологическим знанием); это групповая жизнь людей (знание, которое в ней получено, может быть названо бытовым групповым психологическим знанием) и наука (научные знания). Причем методы и способы, какими получают знания в этих областях, практически не отличаются: и на уровне житейской психологии, и на уровне групповой, и на уровне научной психологии люди наблюдают друг за другом. **Наблюдение** является одним из основных способов получения психологического знания.

Наблюдение как в науке, так и в жизни подразделяется на самонаблюдение и наблюдение за другими. В самонаблюдении мы наблюдаем и анализируем сами себя, погружаемся в собственную психическую жизнь, в свое сознание — занимаемся самосознанием и пытаемся выяснить его свойства и качества. Осуществляя наблюдение за другим человеком, мы фиксируем свойства его сознания.

В науке выделяются разные в и д ы н а б л ю д е н и я, которые отличаются друг от друга способами организации:

¹ Соколова Е.Е. Тринадцать диалогов о психологии. М., 1997.

1) включенное наблюдение: наблюдатель является членом группы, над которой проводит наблюдение, например, он осуществляет организацию жизни группы, но сам в ней никак не выделяется;

2) случайное наблюдение, в котором, как и в жизни, наблюдатель видит факт, буквально поражающий его, так как в этом факте проявляется некоторая закономерность, раскрывающая, по его мнению, суть явления;

3) организованное или систематическое наблюдение, когда специально продумывается план, схема наблюдения за другим человеком и ориентация на его конкретные качества;

4) хаотичное наблюдение: отсутствует периодичность и систематичность, меняются средства (в том числе технические) и способы наблюдения. Таким видом наблюдения могут быть дневниковые записи.

В жизни наблюдение также бывает разным: иногда люди пристально присматриваются друг к другу, специально наблюдая, чтобы выявить какие-то свойства и качества человека; иногда это делается случайно, ситуативно.

И в бытовой, и в житейской, и в научной психологии люди воздействуют друг на друга с некоторой целью, которую сам воздействующий осознает. В широком смысле слова это можно назвать **экспериментом**. Научный эксперимент отличается от житейского и бытового тем, что исследователь строго контролирует условия, в которых он оказывает воздействие на другого человека, тогда как в житейской и бытовой психологии люди оказывают воздействие друг на друга с целью манипулирования, то есть с целью получения конкретного желаемого результата.

Каждый из читателей, очевидно, знает, что существует много способов манипулирования, например попросить что-то у другого человека. Попросить так, что он вам никогда не даст то, что вы просите, или, наоборот, даст обязательно. Это поле для проведения житейского эксперимента. Ученый же проводит свое эксперименталь-

ное исследование в строго контролируемых условиях, достигая желаемой для себя цели.

Итак, способы получения психологического знания во всех сферах примерно одинаковы: и там и там мы наблюдаем и занимаемся экспериментированием.

Современная психология как наука пытается выработать более точные способы получения достоверных знаний о свойствах и качествах другого человека. Это стремление связано с желанием создать соответствующие методы. На сегодняшний день такими наиболее точными методами являются разного рода опросники, анкеты и направленные интервью, то есть это специальные приемы, позволяющие получить достоверные данные об отдельных качествах сознания человека. Исследователь задает вопрос, и в самом строении вопроса предполагается возможность осознания самим человеком тех или иных его качеств. Исследователь их фиксирует и затем делает выводы о наличии этого качества у человека. Очень распространенным является применение тестов — заданий, искусственно вызывающих ситуацию проявления разных качеств сознания человека. Специально конструируется ситуация затруднения, и в ней есть возможность увидеть то или иное качество человека.

Все методы получения психологического знания основываются на том, что наблюдатель или исследователь, который может поставить перед собой задачу выявить то или иное качество человека, создает для этого условия и выделяет это качество, фиксируя его как свойство психического, свойство сознания.

Отрасли психологии

Нужно иметь в виду, что «когда мы требуем от человека, чтобы он «сознательно отнесся» к чему-либо, когда мы говорим о развитии «сознательности», то мы подразумеваем обыкновенно двоякое: с одной стороны, возникновение, как бы выделение предметного сознания из состава сознания-переживания, и, с другой стороны, выделение как бы на противоположной стороне

душевной жизни того ее ядра или средоточия, которое вместе с тем служит руководящим и господствующим началом и которое мы называем нашим “Я”. Сознание в этом смысле тождественно с самосознанием. Самосознание есть, быть может, наиболее распространенный и существенный смысл слова “сознание”¹.

Таким образом, есть смысл говорить о том, что, создавая ситуацию исследования другого человека, мы одновременно имеем дело с переживанием человеком той ситуации, в которой он находится, и основа этого переживания — существование у человека Я или, как говорил С.Л. Франк, организующего и руководящего начала. Когда встает задача объяснения или интерпретации результатов исследования, всегда возникает вопрос о том, что понимает исследователь (психолог, занимающийся наукой) под теми свойствами и качествами, которые он изучает. Возникает необходимость осознания той теории или той главной идеи, на которой основывается понимание существования у человека разных качеств психического.

Потребность в существовании такой главной идеи в настоящее время привела к тому, что современная психология устроена следующим образом: в ней есть система теоретических знаний, которые представлены в виде общей психологии, именно она является основой для понимания конкретных проявлений психической жизни человека.

Отрасли, или направления, развития современной психологии классифицируют по характеру изучаемой деятельности (психология труда, спортивная психология, педагогическая психология, медицинская психология и др.); по характеру условий развития человека (возрастная — изучает психическое развитие человека в процессе жизни; сравнительная — изучает психику животных; специальная — изучает отклонения в развитии психики и др.); по принципу отношения личности и общества (социальная психология — изучает психические явления в процессе взаимоотношений

людей в коллективе; психология личности — психологические особенности индивидуума и др.).

Выделение различных отраслей науки происходит по мере развития социальной жизни и деятельности людей и по мере развития методов психологических исследований и накопления научных знаний в соответствующих областях. Так, сегодня оформляются новые отрасли психологии — практическая психология, психология управления, психология менеджмента, психология рекламы, клиническая психология и т.п.

Современная психология переживает важные для ее существования изменения (это происходит в психологии как науке и как реальной практике построения отношений между людьми):

1) психология как наука все больше дифференцируется на разные направления, отрасли, которые отличаются методами, способами получения знания и возможностями воздействия на сознание человека с целью получения новых знаний;

2) на фоне дифференциации психологии идет становление все более широких связей ее с другими сферами знаний — правом, медициной, математикой и др. На стыке этих областей появляются новые способы изучения сознания человека, новые методы воздействия на него благодаря тому знанию, которое может быть получено как интегрированное знание.

<p>Понятие о психологии здоровья</p>	<p>Сейчас формируется и начинает оформляться особая отрасль психологического знания — психология здоровья. Эта сфера знания возникла благодаря, в частности, известному американскому психологу А. Маслоу, его работе “Психология бытия”, в которой он сформулировал основные показатели здоровья человека и указал некоторые способы изучения сознания человека как содержание его здоровья. Причем здоровья не только психического, но и здоровья как интегральной характеристики, охватывающей все сферы жизни человека: психическую, физическую, духовную.</p>
---	--

¹ Франк С.Л. Душа человека. М., 1995. С. 471.

Формирование этой отрасли психологии требует решения очень многих вопросов, связанных с изучением такого важнейшего свойства человека, как телесность, то есть существующей взаимозависимости между свойствами сознания человека и свойствами тела, между качествами воздействия на сознание и качествами функционирования организма (например, как влияют качества сознания на сердечно-сосудистую деятельность или иммунную систему человека и т.д.). Сегодня медицинская психология переживает период своего бурного расцвета. Интерес появляется не только к тому, как влияет поведение больного человека и отношения врача и пациента на течение его болезни, что традиционно было сферой интересов этой отрасли научной психологии. Медицинская психология становится психологией здоровья, включает в себя вопросы профилактики разных видов заболеваний, в том числе вопросы психологической профилактики, вопросы психогигиены, то есть вопросы поддержания человеком характеристик собственного сознания. Происходит применение знаний, полученных в общей психологии как знаний о душевной жизни человека, для организации непосредственных действий человека в ситуациях предотвращения заболеваний и в ситуациях существующих болезней.

Две отрасли психологии — клиническая и медицинская — поставляют конкретные данные о том, как протекают разного рода заболевания человека, что является их основой, каковы способы предотвращения этих заболеваний, для формирования новой отрасли психологии — психологии здоровья, которая и будет предметом нашего дальнейшего изучения.

Обратимся к анализу основных понятий медицины, что позволит уточнить связь и преемственность медицинских и психологических знаний в психологии здоровья.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) характеризует *здоровье* как состояние полного физического, психического и социального благополучия. Тео-

ретически это очень верно: здоровый человек не жалуется на функции своих внутренних органов, и здоровое тело задает ему переживание собственного присутствия в жизни — он чувствует, что может устроить свою жизнь по собственному замыслу. Именно это и является одним из важнейших показателей психического и социального благополучия человека, когда человек удовлетворен своей жизнью и отношениями с другими людьми.

Считается, что определить степень физического здоровья человека обычно очень просто — известно, что здоровый человек удовлетворен функционированием своего организма. Эту степень здоровья достоверно устанавливает медицина, используя современные лабораторные исследования, соответствующие методики осмотра.

Труднее оценить психическое состояние человека, найти критерии психического и социального благополучия человека. Современная психология пользуется понятием о норме психического развития, которое позволяет говорить о биологическом и о психологическом возрасте человека (соответствии его индивидуальных показателей развития представлениям о норме развития в тот или иной конкретный возрастной период). Вопрос о соответствии биологического, паспортного и психологического возрастов — один из центральных в психологии здоровья. Подробнее о нем будем говорить в следующих главах.

Итак, существование психологии как науки позволяет всем людям, обратившимся к ней, получить знание, которое обязательно проверено на достоверность. Вопрос о доверии к этому знанию будет зависеть уже от того, кто собирается этим знанием пользоваться. Возможно, это будете вы.

Хотелось бы в заключение этой главы привести цитату из книги Е. Рейтблата “Обхохочешься”, у которой есть подзаголовок “Или забавная психология. Шутливые советы”, и с ее помощью напомнить содержание главы: “Воспринимайте психологов как

украшение общества. Будете носить украшение на руках — руки станут сильными, на голове — голова поумнеет, на ушах — уши отвиснут”¹. Надеюсь, что с юмором у нас с вами все в порядке, чтобы продолжить разговор о серьезном.

Практическое занятие

Тема: Портретная диагностика в медицине и психологии.

Вопросы

1. Что такое портретная психодиагностика?
2. Кто, как и с какой целью проводит портретную психодиагностику?
3. Как используют данные портретной психодиагностики?

Литература

1. Бадалян Л. Невропатология. М., 1996. Глава “Портретная диагностика”.
2. Теппервайн К. Лицо — зеркало здоровья. СПб., 1996.
3. Теппервайн К. О чем хочет сказать твоя болезнь. Язык симптомов. М., 1996.

Практическое задание

“Психологический словарь” тела человека (составить качественное описание какого-нибудь органа, например носа). Вопрос для описания: “Каким бывает нос?” Уточняющие вопросы о деталях носа.

Цель задания: развитие рефлексии на строение тела человека.

Глава 2

ЧТО ТАКОЕ МЕДИЦИНА?

Виды медицинского знания. Способы его получения. Области использования медицинского знания. Связь медицины и психологии. Традиционная и нетрадиционная медицина. Понятие симптома и синдрома, мифа болезни.

Виды медицинского знания. Способы его получения Медицинское знание — это знание человека о свойствах его организма и возможностях воздействия на них. Это знание особым образом оформляется и в истории культуры, и в индивидуальной жизни человека. Если *психологическое знание* — это знание о свойствах сознания, которые есть у каждого человека как самопроявленность, как самопредставленность, то есть как то, что дано в виде Я человека, как присутствие человека для самого себя, то медицинское знание — это знание о функционировании тела. С выделением этого различия и стали существовать две сферы знания — знание о душе и знание о теле, то есть психология и медицина.

Как и виды психологического знания, виды медицинского знания в нашей культуре существуют в нескольких вариантах. Это то знание, которое человек получает сам, это знание о своем организме, основанное на самоощущении. Ощущая свое присутствие в жизни как организма со всеми свойственными ему функциями, человек уже получает особый вид знания, который можно назвать медицинским.

Необходимость оформлять знание в виде системы наук, а именно такой предстает сегодня медицина, в истории медицины была связана с тем, что человек тогда начинал обращать внимание на функции своего орга-

¹ Рейтблат Е. Обхохочешься. М., 1997. С. 23.

низма, когда в нем что-то нарушалось, что-то происходило или, иначе говоря, появлялась болезнь.

Выделенные сегодня несколько сфер медицинского знания¹ позволяют говорить о том, что есть особые виды болезней — болезни собственно тела (воздействием на них занимаются разные терапии) и болезни души, которыми занимается психиатрия, и соответственно тот вид воздействия на болезни, который связан с психотерапией.

Для дальнейшего изложения важно, что в современной медицине принято деление болезней на болезни души и болезни тела. Это деление определяет и особые способы получения данных о функциях организма, когда речь идет о болезнях тела, и об изменении функции сознания, когда речь идет о болезнях души, то есть соответственно различные способы получения знаний, когда человек имеет дело с заболевшим органом и с заболевшей душой.

• История зарождения способов получения данных о болезни органов и функциональных систем человеческого организма насчитывает тысячелетия и равна истории жизни человеческого тела. У человека, как и у животных, в ситуации боли появляется поисковая активность, которая направлена на снятие боли. Особенность человеческой активности в этом плане состоит в том, что человек ищет помощи у другого человека. Становясь бессильным в ситуации боли или болезни, он обращается за поддержкой к другим. В истории человечества повелось так, что люди, обладающие наблюдательностью и возможностью воздействия на другого человека за счет полученных знаний об особенностях функционирования организма и психики, могли избавлять другого человека от боли, то есть излечивать. Такие возможности воздействия на боль связаны с применением самых разных средств — это лекарства,

¹ См.: Ясперс К. Общая психопатология. М., 1997; Лакошина Н., Ушаков Г. Медицинская психология. М., 1976; и др.

физиопроцедуры (с использованием природных факторов — воды, света, запаха, магнитных волн, ультразвука), психотерапевтические способы воздействия человека на человека. Человек может воздействовать на себя через самосознание, и этим тоже занимается современная медицина, разрабатывая психотехнику, то есть технику воздействия человека на самого себя.

Таким образом, мы можем говорить о том, что способы получения знаний в медицине основываются на возможности изучения и фиксации способов воздействия одного человека на другого с целью снятия боли. Анализируется так же, как и с помощью чего организуются эти способы, что является агентом, избавляющим человека от боли, — сам человек, его организм, прикосновение рук (массаж) или применение опосредующих средств — аппаратуры, лекарств или чего-то другого.

Одна из важнейших особенностей медицинского знания о снятии боли состоит в том, что его трудно получить впрок. Человек не может знать заранее, какой орган или функциональная система может заболеть, и подготовиться к борьбе с недугом. Человек встречается с необходимостью преодоления боли, когда болезнь уже дает о себе знать тем или иным образом.

Единственная ситуация, к которой человек может подготовиться заранее, это ситуация его старения. Старение как естественное состояние организма человека определяется тем, сколько прошли большие биологические часы человека. Главное в механизме старения не болезнь, а нечто другое. Поэтому сегодня все большее внимание в медицине занимает вопрос о том, какое место занимает старение в возникновении болезней и как на него влияют экологические факторы.

В современной медицине существуют разные модели старения. Представление о них позволит человеку выбирать тот вид медицинского знания, который поможет ему наиболее рационально организовывать свою жизнь.

Таким образом, медицинское знание, которое является необходимым для каждого человека, существует в двух вариантах: это знание, связанное с воздействием на существующую боль и необходимостью ее преодоления, и знание, связанное с профилактикой старения.

Источником медицинского знания становится в первую очередь другой человек, непосредственно владеющий этим знанием, а также научная литература — книги, справочники, посвященные проблемам болезни и здоровья.

Области использования медицинского знания Заслуживает внимания факт, что в XX веке выделяются четыре основные болезни человека (по данным ВОЗ): артериосклероз и его осложнения, рак, гипертоническая болезнь и сахарный диабет. Они являются причинами смерти в среднем и пожилом возрасте 75 человек из 100. Эти болезни обозначаются как главные неинфекционные болезни человека. Известно, что каждая из этих болезней может быть порождена внешними факторами: артериосклероз — избыточным потреблением пищи с особенно высоким содержанием холестерина, насыщенного жира и рафинированных углеводов-сахаров; рак — действием химических канцерогенов, ионизирующего излучения и даже световой энергии, то есть факторами, которые могут вызвать повреждение генетического аппарата клетки, а также некоторыми вирусами. Гипертоническая болезнь вызывается подавленными отрицательными эмоциями, а также избыточным употреблением поваренной соли. Ожирение и сахарный диабет тучных связан с избыточной калорийностью пищевого рациона и снижением физической активности.

Соответственно представлениям о причинах главных болезней в современной медицине разрабатываются представления о мерах предупреждения этих болезней. Эти меры направлены прежде всего на предотвращение вредных влияний внешней среды. Таким образом,

современная модель медицины — это в принципе экологическая модель. Такой подход имеет важное значение в оздоровлении окружающей среды, в экологической защите человека.

Сейчас принято считать, что многие факторы, связанные с воздействием окружающей среды, не поддаются объяснению, например выраженная склонность к болезням людей с избыточным весом тела. У тучных людей, как известно, время течет как бы быстрее, если принимать во внимание лишь экологическую модель возникновения болезней.

В то же время заставляют задуматься современные статистические исследования, которые показывают на примере таких стран, как США и Швеция, что современные лекарственные средства не влияют на показатель смертности от болезней, связанных со старением, на показатель смертности от главных неинфекционных болезней человека и не замедляют скорости старения. Эти данные, изложенные в работе В.М. Дильмана¹, заставляют задуматься о том, что механизм старения и механизм возникновения главных болезней относятся к одной и той же категории, и, соответственно, знание об этих механизмах, которое может дать медицина, может стать главным фактором в предотвращении процесса старения, создать условия для замедления больших биологических часов человека.

В связи с увеличением продолжительности жизни человека, в связи с акселерацией — ускорением физического роста человека — является неверной попытка выбирать какой-то возраст как возраст профилактического воздействия на старение (например, 40—45 лет). Необходимо признать, что в любом возрасте требуются мероприятия, ориентированные на предотвращение преждевременного старения и сцепленных со старением болезней, которые ведут к накоплению жира и использованию его как топлива, что очень вредно для

¹ Дильман В.М. Большие биологические часы. М., 1986.

организма. Это сводится к борьбе с перееданием, с низкой физической активностью, стрессом, избыточным потреблением кофе, никотина и других стимуляторов мобилизации жира.

Связь медицины и психологии Существенно важными представляются идеи, которые позволяют находить общее в современной медицине и психологии. Это идеи, связанные с пониманием человека как части Природы — единой целостной системы. Они широко представлены в современной интегральной медицине, где жизнь человека анализируется как проявление свойств природы. Эти работы представляют интерес для решения конкретных вопросов индивидуальной жизни человека, связанных с воздействием на разные ее жизни. Примером того, как переплетаются сведения из медицины и психологии, может быть тот факт, что на продолжительность жизни, на протекание процесса старения существенное влияние оказывают представления человека о том, что есть старость и как она должна протекать.

Сегодня необходимо осознать, что социальный прогресс не только увеличил жизнь человека, он вызвал необходимость изменить само представление о хронологии старости, о содержании этого возраста. Так, если литератор прошлого столетия мог написать, что в комнату вошел пожилой человек лет пятидесяти от роду, то сегодня даже неопытный, только начинающий писатель вряд ли позволит себе выразиться подобным образом. В действительности 50—60-летние люди не считают себя пожилыми и воспринимают жизнь как цепь ярких событий, а не как отрезок времени для доживания.

Вопросы, связанные со здоровым образом жизни, являются тем переживанием, где пересекаются данные о строении сознания человека, о возможности воздействия на себя через самосознание и данные о функционировании организма человека, то есть пересекаются сведения из психологии и медицины.

Традиционная и нетрадиционная медицина В современной медицине выделяют два способа получения данных о воздействии на организм и возможности их применения — традиционный и нетрадиционный.

Традиционная медицина связана с изучением лекарственных способов воздействия на боль и особенностей их применения при различных симптомах и синдромах заболевания. Она основывается на понимании болезни как поражении отдельной функции или органа.

Заболевший человек обычно обращается прежде всего к носителю традиционного медицинского знания. Возникают особые отношения между страждущим и лечащим, между больным и врачом, отношения, которые с древнейших времен описываются клятвой Гипократа.

Клятва Гипократа

“Клянусь Аполлоном, врачом Асклепием, Гигеей и Панахеей, всеми богами и богинями, беря их в свидетели, исполнять честно, соответственно моим силам и моему разумению следующую присягу и письменное обязательство: считать научившего меня врачебному искусству наравне с моими родителями, делиться с ним своими недостатками и в случае надобности помогать ему в его нуждах; его потомство считать своими братьями. Это искусство, если они захотят его изучать, преподавать им безвозмездно и без всякого договора; наставления, устные уроки и все остальное в учении сообщать своим сыновьям, сыновьям своего учителя и ученикам, связанным обязательством и клятвой по закону медицинскому, но никому другому. Я направляю режим больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением, воздерживаясь от причинения всякого вреда и несправедливости. Я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла; точно так же я не вручу никакой женщине абортивного кессария. Чисто и непорочно

но буду я проводить свою жизнь и свое искусство. В какой бы дом я ни вошел, я войду туда для пользы больного, будучи далек от всякого намеренного, неправедного и пагубного, особенно от любовных дел с женщинами и мужчинами, свободными и рабами.

Что бы при лечении — а также и без лечения — я ни увидел или ни услышал касательно жизни людской из того, что не следует когда-либо разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной. Мне, нерушимо выполняющему клятву, да будет дано счастье в жизни и в искусстве и славе у всех людей на вечные времена, преступающему же и дающему ложную клятву да будет обратное этому¹.

Прочитав внимательно клятву Гиппократу, можно убедиться, что она предполагает особое взаимодействие между врачом и больным, которое не может быть буднично ежедневным. Это особое отношение зависимости, определяющейся состоянием, в котором находится больной человек.

Хотелось бы, чтобы читатель увидел в этой клятве то важное для понимания проблемы психологии здоровья понятие болезни, которое позволяет говорить о том, что в кабинете врача, у постели больного всегда встречаются трое: страждущий, его боль и лечащий, то есть Больной, Болезнь и Врач. Именно это триединство, составные которого одновременно взаимозависимы и относительно самостоятельны, порождает возможность овладения такими медицинскими знаниями, которые нельзя получить в других жизненных ситуациях.

Особенность этих отношений в том, что всегда один из людей является источником силы для другого, и болезнь определяет вектор получения силы — другой человек. Получит ли больной необходимую поддержку, будет определяться теми отношениями, которые складываются у врача и его пациента. Сегодня психология

¹ Цит. по: Лакосина Н.Д., Ушаков Г.К. Медицинская психология. М., 1984. С. 12—13.

и медицина пытаются описывать эти отношения в понятиях внутренней картины здоровья, внутренней картины болезни, о чем будем говорить подробнее позже.

Существует огромный раздел медицинского знания — деонтология, который изучает основные нормы и правила человеческих отношений в ситуации, когда один из людей является зависимым от другого и зависимым от свойств собственного организма, продуцирующего болезнь.

Современная медицина пытается искать новые пути получения знаний через построение интегральной медицины, которая объединяет два вида медицинского знания — знание о старении и знание об основных болезнях, связанных с ним. Традиция построения интегральных медицинских существовала во всех культурах. Наибольшего успеха в этом добились древневосточные целители, которые придавали особое значение саморегуляции организма как в здоровье, так и в болезни.

Нетрадиционная медицина, которая сегодня получает очень большое распространение, связана прежде всего с транскультурным распространением знаний об организме человека. Когда методы лечения, основанные на этом знании, применяются в другой культуре (например, китайские в европейской и т.п.), уже можно говорить о нетрадиционной медицине. Кроме того, различные модели, преимущественно информационные, которые описывают связь человека с разными силами (космическими прежде всего), приводят к созданию и соответствующих методов воздействия — лечению по фото, трансляции энергии через представление на расстоянии и т.п. Сегодня это все относится к сфере нетрадиционной медицины, так же как и обращение к колдунам, знахарям, экстрасенсам.

Нетрадиционная медицина часто ведет к тому же результату, что и традиционная — выздоровлению или улучшению состояния человека, поэтому их сосуществование оправданно.

Понятие симптома и синдрома, мифа болезни Явление, с которым имеет дело медицина, — болезнь — это, в первую очередь, особое образование. Поговорим об этом подробнее, используя данные А.Ш. Тхостова¹.

Сегодня уже достаточно общим местом и в медицине, и в психологии является утверждение о том, что болезнь как субъективная реальность и феномен культуры не сводится к натуральным функциям организма, недаром даже для описания жизни используют понятия “симптом” и “синдром”.

Симптом — элементарное проявление болезни, которое ощущается человеком как изменение самочувствия.

И психолог и врач никогда не работают с одним симптомом. Исключение бывает в случаях диагностических симптомов, которые свойственны единственной нозологической, болезненной форме. В этой ситуации предполагаемый диагноз сразу становится окончательным. Такие симптомы чаще всего связаны с физиологическими показателями работы организма, например с уровнем гликемии.

Специфические симптомы встречаются при ограниченном круге болезней, например жажда при заболевании сердца и почек, при диабете, сонливость при синдроме Клейна-Левина, летаргии, при функциональном заболевании центральной нервной системы.

Неспецифические симптомы, например общая слабость, утомляемость, снижение уровня внимания, встречаются при широком круге болезней.

Нехарактерные симптомы никогда не встречаются при предполагаемом заболевании.

Чаще всего симптом может быть охарактеризован по частоте его появления в связи с тем или иным за-

болеванием как частый (редкий) или как неспецифический частый (редкий).

Симптомокомплекс представляет собой сочетание симптомов, которых объединяет единый принцип образования. Например, симптомокомплекс, отражающий повышенное теплообразование (потливость, хорошая переносимость холода и плохая — жары и др.), бывает при тиреотоксикозе.

Синдром — симптомокомплекс, который специфичен для определенной болезненной формы, имеющий единое обозначение и наименование в соответствии с принятой медицинской терминологией.

Как и для симптома, для синдрома можно указывать степень его специфичности относительно нозологической формы.

Иногда синдром исчерпывает описание болезни, и это равносильно установлению медицинского диагноза.

Чаще всего синдром составляет только часть клинической картины, но его обнаружение повышает вероятность постановки верного диагноза, что является важнейшей задачей в работе врача.

Обычно синдромы носят имена людей, открывших их: синдром Шмидта, синдром Каннера и т.п. Человек, описавший синдром, берет на себя ответственность за его нозологическое содержание и возможное воздействие на его проявления.

Донозологическая диагностика, которую проводит врач в виде опросов и осмотров, предполагает выявление специфических и диагностических признаков каких-либо из известных ему нозологических форм, что позволяет сформулировать предварительный диагноз. Затем уже осуществляется нозологическая диагностика — обследование, предполагающее выявление специфических и диагностических признаков предполагаемой болезни, уточнение предварительного диагноза.

Врач, работающий с жалобами больного и результатами обследования, попадает под влияние следующих обстоятельств: собственная внушаемость, настойчивость жалующегося человека, “чувствительность” врача к

¹ Тхостов А.Ш. Болезнь как семиотическая система // Вестник МГУ. Психология. 1993. № 1.

диагностическому поиску, выраженность неспецифических признаков болезни и наличие специфических симптомов.

Именно на этапе диагностики врач и встречается с теми свойствами болезни, которые позволяют говорить о ней как о семиотической системе, то есть о системе, содержащей означаемое, означающее и знак. В болезни телесный конструкт (орган или функциональная система) — означаемое; чувственное ощущение человека, выраженное в жалобе, — означающее; а знак — те конкретные слова и жесты, которыми устанавливаются отношения между чувственным ощущением и органом или функциональной системой, что уже является психологическим симптомом. Симптом этот становится знаком (означенное телесное ощущение), который отражает связь ощущения человека и органа, обращая эту связь вовне — для другого человека, врача прежде всего. Как пишет А.Ш. Тхостов, став симптомом, ощущение только внешне не меняется, на самом деле оно подчиняется уже другим законам и содержит в себе то, что не присутствует в нем как свойство организма человека.

Симптом как психологическое содержание не только означает болезненное ощущение человека, но и становится его знаком. Как отражение ощущений человека он имеет телесную реальность, с ценностью для самого человека и для окружающих, ведь больной — это страдающий человек.

С другой стороны, психологический симптом становится мифом. Миф порожден самим существованием идеи или концепта болезни, так как любое обозначение состояния (“болеет”, “ноет”, “плохо”, “не получается” и т.п.), включенное в более общее понятие болезни, выраженное в диагнозе (например, ДЦП, ОРЗ и т.п.), создает особые отношения собственных ощущений больного человека и его знаний о болезни, механизмах ее возникновения, закономерностях протекания. Эти знания и будут преобразовывать мир ощущений человека, его чувственные телесные ощущения. В этом

смысле мысли об ОРЗ и о раке по-разному будут влиять на самочувствие человека.

Миф болезни как принятая человеком идея ее существования деформирует природную сторону телесного ощущения, не уничтожая ее, а как бы отодвигая, отчуждая. В сознании больного человека постоянно присутствует (через обозначение в словах) ощущение симптома, который воспринимается то разумом, то чувствами, то возникает непроизвольно, то произвольно.¹ Человек, как бы и не желая думать о симптоме, думает о нем. И хотел бы от него избавиться, но он возникает в сознании снова.

Миф болезни нуждается в подтверждении (он так устроен), поэтому человек реагирует на соответствующие мифу телесные ощущения. У него начинает болеть там, где “должно” болеть. Всем известен симптом 3-го курса у студентов-медиков, когда они обнаруживают у себя все изучаемые болезни или явления ятрогении, когда человек “специально” чувствует необходимую для диагноза боль.

Богатейшие варианты вторичного порождения телесных ощущений в рамках сверхценных идей и первичного ипохондрического бреда описаны в психопатологии¹. Яркие случаи встречаются и у психически здоровых людей. Так, автор был свидетелем нескольких случаев реакции матери на боль ее ребенка, все они характеризовались появлением у матери видимых признаков боли (покраснение) в местах ушибов ребенка.

Особую роль миф болезни играет в ситуации лечения. Идея болезни начинает очень быстро наполняться конкретным содержанием. Лекарство выступает как знак, независимо от его содержания, оно может быть заменено плацебо-агентом, ритуалом или любым другим предметом, который сможет сыграть его роль.

Лечебный миф, как и миф болезни, не имеет четкой структуры и подвержен влиянию извне.

¹ См.: Ясперс К. Общая психопатология. М., 1997.

Ритуальное лечение демонстрирует влияние символического действия, объективно не связанного с причинно-следственными характеристиками заболевания, оно объединено с ними лишь в сознании человека. Эффект ритуального лечения как объективный, так и субъективный часто очевиден. Понять его можно на психологическом уровне, если признать, что болезнь человека — это не просто дефект какого-то органа, а прежде всего феномен сознания. В логике ее развития есть две стороны: объективная и субъективная. Объективная подчиняется законам природы, законам организма человека. Субъективная подчиняется закономерностям психического и семиотического (знакового). В реальности эти стороны могут весьма значительно расходиться. Как замечает А.Ш. Тхостов, «объективная верность мифа, лежащая в основе метода лечения, не имеет принципиального значения. Самые фантастические и нелепые лечебные приемы находят своих убежденных последователей. Именно это и есть неспецифический фактор, обеспечивающий любой терапевтической тактике определенный успех, особенно в плане ближайших результатов»¹.

Слава целителя также может быть мифом, способствующим лечению. Большое значение имеет и готовность людей определенной группы или целой нации к восприятию мифов определенного содержания. Сегодня, например, можно говорить о том, что в США и в Европе появился «психоаналитический пациент» — человек, умеющий заявить о своих жалобах в психоаналитических терминах (это связано с развитием и упрочением психоанализа как научно обоснованного метода лечения).

Врач попадает в сложное положение, если он принимает миф за реальность, или наоборот. Это связано как с пониманием врачом своих терапевтических возможностей, своей способности исцелять тем или иным методом, так и с оценкой реального состояния пациента.

¹ Тхостов А.Ш. Болезнь как семиотическая система // Вестник МГУ. Психология. 1993. № 1. С. 8.

С виду невинное заблуждение врача в своих качествах как целителя может привести к потере больными времени, сил и средств для осуществления настоящего патогенетического лечения.

Современная мифология болезней весьма разнообразна. Она основана на том, что болезнь — это неуправляемое явление, обладающее независимой от человека активностью.

Главное свойство переживания болезни состоит в том, что она делает тело человека неуправляемым, плотным, тяжелым. В состоянии здоровья тело полностью подчиняется человеку, оно осознается лишь на уровне его границ. Болезнь ставит задачу объяснения неуправляемости, чуждости тела в соответствии с картиной мира, в которой живет человек.

Каждое историческое время, каждый человек создает мифы о болезнях, в которых отражается прежде всего знание людей о свойствах их организмов, о свойствах и происхождении болезни, об особенностях взаимосвязи сознания и тела.

Как отмечает А.Ш. Тхостов, в сознании современного человека мифы болезни воплощаются в разные образы, среди наиболее распространенных можно назвать «биополе», «карма», «чакры», «жизненные силы», которые понимаются чаще всего в мифологически-механическом духе. Очень популярна аналогия организма с роботом, компьютером и другой новой техникой, которая порождает и аналогичные методы воздействия на организм и психику человека — кодирование, программирование, зомбирование и т.п.

Развитие в XIX—XX веках микробиологии (Р. Вирхов, Л. Пастер) привело в обыденном сознании людей к созданию модели избавления от болезней, основанной на стерилизации организма — избавлении от микробов и бактерий. Понятия «нормальной», «патогенной» или «условно-патогенной» среды крайне непопулярны и воспринимаются только специалистами.

Таким образом, лечащий врач прежде всего встречается не только с симптомами и синдромами болезни,

которые человек предъявляет в виде жалоб, состояния или поведения. Каждый из участников ситуации лечения приносит в нее еще свой миф болезни — свое сознание, наполненное переживаниями о ее ценности, роли в жизни, о ее происхождении и возможном исходе конкретного лечения и лечения вообще. С этой точки зрения работа целителя, врача похожа на встречу с химерами. К ней надо готовиться, изучая процессы и законы психической жизни человека.

Практическое занятие

Тема: Понятие о болезни в современной медицине и психологии.

Вопросы

1. Болезнь как личная проблема.
2. Понятие о тяжелой болезни и возможностях ее лечения.
3. Саморегуляция и болезнь.
4. Медицина и психология: общее и различное в подходе к болезни.

Литература

1. Тхостов А.Ш. Болезнь как семиотическая система // Вестник МГУ. Психология. 1993. № 1.
2. Иванова Е.В. Смысл болезни в контексте семейных взаимоотношений // Вестник МГУ. Психология. 1993. № 1.
3. Эйдемиллер Э.Т., Юстицкий В.В. Семейная психотерапия. М., 1990. Гл. 2.
4. Шутценберг А.А. Тяжелобольной пациент // Психологический журнал. 1990. № 5.

Практическое задание

Исследование семантического поля слова “болезнь” с помощью направленного ассоциативного эксперимента у пяти взрослых исследуемых.

Цель задания: анализ содержания индивидуально-го сознания каждого испытуемого.

Глава 3

СОДЕРЖАНИЕ ПРОФЕССИЙ ВРАЧА И ПСИХОЛОГА

Понятие о профессии как о предмете освоения и взаимодействия. Профессиональная позиция врача. Разнообразие видов врачебной деятельности. Деятельность психолога в медицине. Влияние профессии на психическую жизнь человека, профессиональная деформация. Понятие о профессиональном мышлении.

Понятие о профессии Как-то Козьма Прутков ска-
как о предмете освоения зал: “Всякий необходимо
и взаимодействия причиняет пользу, употреб-
ленный на своем месте”. Трудно не согласиться с ним.
Но где оно, это “свое место”, когда и как оно становится
“своим” и так ли уж необходимо человеку быть “упот-
ребленным” для “причинения” пользы?

Все эти вопросы касаются выбора области прило-
жения усилий, то есть профессии, и осознания места ее
в системе культуры.

Можно сказать, что сама культура содержит в себе:

- динамику (направленность, вектор движения, не-
возможность “дважды войти в одну и ту же реку”);
- статику (некая константа, обеспечивающая нам,
боящимся крушения привычных жизненных стереоти-
пов, относительную стабильность).

Вот в этом диалектическом единстве и существует
Профессия (как обобщенный вектор приложения, кон-
центрации активности), осуществляя противоречивые,
на первый взгляд, функции:

1. Динамизирует культуру.

Профессия имеет огромный потенциал для транс-
формации сознания человека, рождения в нем новых

идей, возможности творить и оказывать влияние на массовую культуру; осуществляет направленное воздействие на индивидуальную жизнь и судьбу человека. В результате взаимовлияния культур как этносов, так и, например, возрастных групп облик культуры как духовного тела человека существенно меняется.

2. Стабилизирует культуру.

Существование Профессии обеспечивает создание и дальнейшее усовершенствование предметов со строго определенными функциями (орудия производства, предметы бытового использования и т.д.). Большое количество профессий ориентировано на деиндивидуализированную жизнь, на так называемого “среднего человека”. Примером этому может служить все что угодно — от одинаковых учебников до средств массовой информации. Кроме того, связи между этносами и поколениями обеспечивают преемственность, традиции отношений; примером роли Профессии в этом процессе может служить клятва Гиппократа.

Естественно, существование любой профессии зависит от человеческих потребностей, от своеобразного социального заказа. Развитие профессии всегда связано с достижениями НТП. Через профессию происходит включение человека в систему коммуникаций по поводу профессии, что и создает проблему усовершенствованного взаимодействия.

Во взаимодействии существуют различные уровни:

1. Сенсорный (на уровне анализаторов и органов чувств).

2. Уровень построения личностного смысла, определения предмета взаимодействия (“это для меня, Моя профессия”).

3. Уровень использования социальных норм (социальная значимость, общепринятая норма действия)¹.

Развитие коммуникаций по поводу профессии и сохранение содержания профессиональной деятельно-

сти возможно при наличии меняющегося предмета взаимодействия — предмета профессиональной деятельности. Существуют определенные условия, при которых сохраняется сама Профессия. Одним из таких условий является сохранение функций и социальной значимости профессии, и это естественно — профессия должна быть социально необходимой и удовлетворять определенным требованиям общества. Кроме того, профессия как предмет должна изменяться (то есть меняется ориентация на культурные ценности, увеличивается влияние на индивидуальную судьбу человека, происходит рождение новых идей). Для самого профессионала освоение предмета профессионального взаимодействия предполагает включение его в содержание Я-концепции. Это может выглядеть как осознание: “Я понимаю (чувствую, знаю), почему я этим занимаюсь”.

В профессиях, связанных с взаимодействием человек — человек, огромное значение имеет ориентация на Другого как равноправного участника взаимодействия. Пожалуй, немного существует профессий, в которых ценностный подход к профессиональной деятельности оказывал бы такое влияние на индивидуальную судьбу профессионала и судьбу другого человека. Особенно важна способность к гуманистической, нравственной реакции в профессиональной деятельности врача. Гуманистическая ориентация в медицине предполагает наполнение ее ценностным содержанием. Поскольку объектом исследования и субъектом взаимодействия является человек, а характер знаний прикладной, то от врачей и ученых требуется высокая мера личной ответственности за результаты своей деятельности. Медицина как человековедческая наука не может существовать без определенных нравственно-этических принципов, норм и критериев. Существование нравственных моделей поведения — это объективная необходимость, связанная с многообразием ситуаций, возникающих во врачебной деятельности. Эти ситуации часто требуют быстрого принятия нестандартных ре-

¹ Карвасарский Б.Д. Медицинская психология. М., 1982. С. 93.

шений, проявления инициативы, взятия на себя ответственности¹.

Актуальность ценностного подхода в медицине сейчас, в условиях НТР, особенно возросла. В данный момент сложилась очень непростая социальная ситуация профессиональной деятельности врача, которая имеет достаточно четкие характеристики:

— социальные ожидания от эффективности профессии превышают возможности самой профессии (“сейчас врач посмотрит, а потом обязательно поможет”),

— врач начинает осуществлять гуманистическую деятельность на фоне общей дегуманизации (воплощение противоречия: человек — это высшая ценность, и в то же время цена человеческой жизни равна практически нулю),

— создается профессиональный фантом социальной ответственности (профессионал берет на себя ответственность, которая расширяет границы его социального влияния).

Современная экологическая обстановка, воздействие высоких технологий, возможность оказывать влияние на подсознание человека, разнообразные нестандартные методы лечения и необычные целители — все это заставляет поставить вопросы профессионального мышления и профессиональной этики в центр внимания. Естественно, что суть ценностного подхода — это ориентация на Другого как на “высшую ценность, равную ценности собственного Я” (Гегель)², как на равноправного участника, субъекта профессионального взаимодействия.

В медицинском познании, впрочем, и в психологическом тоже, существуют не только ценности, но и оценки. Одна из наиболее противоречивых и субъективных оценок — это норма.

¹ Лисицын Ю.П., Изуткин А.М., Матюшин И.Ф. Медицина и гуманизм. М., 1984. С. 45.

² Цит. по: Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. М., 1989. С. 236.

Исходя из ценностной ориентации, здоровье (душевное и физическое) для людей — высшее благо. Физические параметры здоровья, хоть и многообразны, но достаточно понятны для большинства (будь это врачи-специалисты или абсолютно далекие от медицины люди). Но вот показатели здоровья психического, душевного до сих пор остаются предметом споров как врачей-психиатров, так и психологов. И дело здесь не только в самом определении “нормальная личность”, но и в осознании меры воздействия на другого человека. Ведь если для врача здоровье и безопасность человека (пациента) — самое главное, то какую меру воздействия он может допустить по отношению к этому человеку, если уверен в его ненормальности?

Понятие *нормы* остается самым противоречивым для многих и психиатров, и психологов. Норма трактуется как, во-первых, что-то среднее, устоявшееся, не выделяющееся из массы и, во-вторых, наиболее приспособленное, адаптированное к окружающей среде. Такое понимание хорошо согласуется со здравым смыслом и имеет глубокие корни в житейском сознании, прочно отождествляющем нормальное и общепринятое (вести себя “как все”). Этот подход к пониманию нормы вызывает резкую критику, которую высказывали еще психиатры старой школы. Они указывали на то, что отождествление нормальности с часто встречающимся снижает представление о человеческом развитии, низводя его до уровня приспособления к расхожим шаблонам поведения. Старый французский психиатр Кюльер говорил: “В тот самый день, когда больше не будет полунормальных людей, цивилизованный мир погибнет не от избытка мудрости, а от избытка посредственности”¹.

И в современных исследованиях звучит неприятие статистических и адаптивных критериев. Например, польский психолог и клиницист К. Дамбровский счи-

¹ Цит. по: Братусь А. Аномалии личности. М., 1989. С. 28.

тает, что способность всегда приспосабливаться к новым условиям (и на любом уровне) свидетельствует о моральной и эмоциональной неразвитости. За этой способностью скрывается отсутствие иерархии ценностей и такая жизненная позиция, которая не содержит в себе элементов, необходимых для оптимального развития личности и творчества.

Чтобы обойти эти сложности в формулировке нормы, исследователи используют разные приемы. Наиболее простой и самый распространенный из них — принятие негативных критериев нормы: норма — это отсутствие патологии. Выдающийся отечественный исследователь и врач П.В. Ганнушкин не раз подчеркивал относительность границ нормы: “В таком, с одной стороны, хрупком и тонком, а с другой — в таком сложном аппарате, каким является человеческая психика, можно у каждого найти те или иные, подчас довольно диффузные, конституционально-психопатические черты, гармоничные натуры, по большей части, есть плод воображения”¹.

Профессиональная позиция врача Понятно, что выработка собственного подхода к диаде здоровье — болезнь по сути есть процесс рождения профессиональной позиции.

Для характеристики профессиональной позиции нам понадобится небольшой словарь:

Профессия — это:

осознанное ограничение активности человека;

способ коммуникации;

область приложения концентрации (напряжения, сосредоточения).

Ответственность — это:

проживание вместе с другим человеком его жизни, включенность в субъективное время жизни человека;

обращенность на самого себя, осознание собственных действий.

Другой человек — это:

объект профессиональной деятельности врача;

предмет практической этики врача (мера воздействия на другого);

не Я;

динамическая (изменяющаяся и развивающаяся) структура.

Я-концепция — это личная судьба, индивидуальность врача.

Парадигма мышления — это:

система жизненных ценностей;

основание, база выбора меры воздействия на другого человека.

Предмет профессиональной деятельности — это осознаваемая врачом граница воздействия на другого человека.

С этими понятиями мы и будем дальше работать, характеризуя профессиональную позицию врача.

Прежде чем говорить об уже сложившемся типе профессионального мышления или об определенной профессиональной позиции, уделим немного внимания этапу становления этой позиции. Как правило, приступая к профессиональной деятельности, медицинский работник эмоционально ближе к своим пациентам. Достаточно большое количество врачей пришли в медицину из-за сочувствия к Другому, осознания необходимости для себя заниматься именно этим делом (особенно часто подобное встречается в профессиональных медицинских династиях, когда с детства формируется ореол профессии, ее категории) или в качестве компенсации собственного дефекта (“у меня нет здоровья, так я хотя бы другим помогу”). Хотя, не секрет, что некоторые приходят в медицинский институт, “потому что больше некуда было”, “врачам платят лучше” и т.п. Большинство, тем не менее, испытывает определенные иллюзии, ориентируясь все-таки на эмоциональное сопереживание. Однако очень часто врач вынужден действовать так быстро, решительно и достаточно

¹ Цит. по: Братусь А. Аномалии личности. М., 1989. С. 31.

жестко, что может показаться бездушным и черствым. Поэтому, сталкиваясь с медицинскими работниками, многие переживают определенное разочарование. Но часто в появлении разочарования и неудовлетворения профессиональной деятельностью играет огромную роль специфика медицинской среды и определенные профессиональные взаимоотношения. В качестве примера хочется привести отрывок беседы с врачом-психиатром Н.: “После института мне очень хотелось работать, я просто горел. Хотелось помогать, чего-то добиться, учиться дальше. А потом так затянула эта рутина, однообразная работа, мое рвение никому не было нужно. Смотрю — всем и так хорошо, а инициатива у нас наказуема”.

Именно таким образом возникают дезиллюзии медицинского работника. В работе не видна его личная заслуга, благодарности от пациентов дожидаться трудно (особенно если это душевнобольные люди), а приложение усилий не одобряется коллективом. В конечном счете он остается в позиции разочарованного и допускает те же ошибки, что и его коллеги.

Мы подошли к анализу содержательных характеристик понятия “профессиональная позиция”. Думается, что в понятии позиции вообще, и в понятии профессиональной позиции в частности, можно выделить две основные характеристики:

- психологическое пространство,
- психологическое время.

Психологическое пространство строится на отношении человека (в нашем случае — конкретного профессионала) к своей жизни. Выделяют две позиции, вокруг которых структурируется психологическое пространство: жизнеотрицание (“жизнь однообразна и тяжела”, “это не жизнь, а выживание”) и жизнеутверждение (“каждый день приносит хоть что-то хорошее”, “надо уметь радоваться жизни”).

Кроме того, в структуру психологического пространства включается и Другой человек (расстояние между профессионалом и Другим, обобщенное отношение к

Другому). Достаточно привести единственное высказывание для характеристики психологического пространства одного врача: “Как мне надоели эти истерички, все они одинаковы”.

Психологическое время представляет собой динамику индивидуальной жизни профессионала, изменения в его судьбе, сохранение потенциала для развития, познания. Проблема динамики представляет собой проблему изменения собственного сознания и контроля за ним. Без этого профессионал не в состоянии решать задачи адекватного реагирования на социальные изменения. Анонимное анкетирование, проведенное среди врачей-психиатров (выборка составляла 15 человек), показало: 70 % за последние 3 года не читали никакой специальной литературы, а 40 % считают, что в их работе нет ничего нового.

Таким образом, мы можем проследить ситуацию исчезновения профессионального взаимодействия. Взаимодействие не развивается, если в нем отсутствует меняющийся предмет и отношение к нему участников взаимодействия. На исчезновение профессионального взаимодействия влияют:

- стандартизация контекста, когда стирается индивидуальность человека (“они для меня все одинаковы, проблемы у всех одни”);
- обесценивание личностного смысла (профессия как “рутина”);
- искажение способов фиксации самого предмета (отсутствует ориентация на Другого, на культурные ценности, нет новых идей).

Разнообразие видов врачебной деятельности Врачебная деятельность очень разнообразна и не ограничивается рамками одного только лечения, как это принято считать в немедицинской среде. Разнообразие видов врачебной деятельности создает различные способы ее осуществления, широкое поле деятельности для профессионала, но и ставит проблему специфики

влияния разных видов врачебной деятельности на профессиональную позицию врача.

Деятельность врача мы можем разделить на лечебную и диагностическую. Часто эти два вида так тесно взаимосвязаны между собой, что провести четкую границу между ними практически невозможно. Врач диагностирует и лечит как тело, так и душу, ведь деление болезней на телесные (соматические) и душевные (психические) существует достаточно давно. В деятельность врача входят различные виды диагностики и терапевтического (или хирургического) воздействия на человека. Кроме того, врач решает спектр гигиенических и профилактических задач, которые неминуемо возникают во взаимодействии с пациентами и их родственниками. Деонтологический аспект деятельности пронизывает всю эту массу требующих решения лечебных задач, а также все варианты экспертной деятельности.

Работу врача в психиатрии выделяют в отдельный вид деятельности, предъявляющий особые требования к профессиональным и личным качествам профессионала и обладающий определенными специфическими особенностями.

Дело в том, что врач-психиатр имеет дело с нематериальными характеристиками здоровья человека. В сознании его присутствует четкий механизм осуществления профессиональной деятельности, который состоит в поиске объективных причин того или иного психического заболевания и подсознательном отрицании психологических причин его возникновения или в недостаточном внимании к роли психологического фактора в механизмах протекания психических заболеваний. Врач-психиатр работает с категориями душевной, психической жизни человека, которые редко удается объективизировать, несмотря на огромное значение в возникновении психической патологии и закономерностях ее протекания соматических, наследственных, физиологических факторов.

Поэтому так трудно врачу-психиатру, учитывая сложность и непознанность всего психического, его индивидуальные характеристики и субъективность, осуществлять деятельность по схеме диагностика — лечение. Довольно справедливыми кажутся слова В. Грингера: “Психиатрия знает только совокупность симптомов, происхождение их знает только приблизительно, а механизма совсем не знает”¹.

Деятельность психолога в медицине Очень важно взаимодействие врача-психиатра с психологом на всем протяжении работы с психическим другим человеком. Как правило, психолог мыслит нематериальными категориями, но он способен сблизить профессиональные позиции, препятствовать функциональному подходу и осуществлять с врачом психогигиенические и психопрофилактические мероприятия.

С недавнего времени в медицинских учреждениях (чаще это психиатрические клиники) начинают работать психологи, которых называют медицинскими. Реализуют они совершенно иную концепцию Другого человека по сравнению с присутствующей в профессиональной позиции, например, врачей-психиатров. Одним из основных аспектов деятельности медицинского психолога является его участие в диагностическом процессе, использование результатов психологических исследований для уточнения роли психического фактора в механизмах различных болезней, их течения, компенсации и декомпенсации. В настоящее время психолог чаще всего привлекается для решения диагностических задач в психиатрических и психоневрологических клиниках. Повседневная деятельность медицинского психолога заключается в участии в диагностике неврозов и других пограничных состояний, шизофрении, органических заболеваний головного мозга, “маскирован-

¹ Цит. по: Карвасарский Б.Д. Медицинская психология. М., 1982. С. 302.

ных” депрессий с их нередкой суицидальной опасностью и т.д. В клинике неврозов методы психологического исследования органически дополняют клинический метод при решении задач патогенетической и дифференциальной диагностики неврозов с другими пограничными с ними нервно-психическими расстройствами и соматическими заболеваниями. Схематично особенности психологического исследования могут быть представлены следующим образом (по Б.Д. Карвасарскому):

1. Изучение особенностей личности больного и прежде всего системы его жизненных отношений.
2. Выявление зоны психотравмирующих переживаний и сущности невротического психологического конфликта.
3. Характеристика основных психических процессов и состояний.

В клинической практике часто возникает необходимость в дифференциальной диагностике между неврозами и органическими заболеваниями головного мозга или шизофренией. Изменения в познавательной деятельности, эмоциональные расстройства могут выявляться в психологическом эксперименте раньше и более отчетливо, чем в обычной клинической беседе. Существуют случаи, когда психологическое исследование может быть полезным для диагностики “скрытых” депрессий и отграничения их от клинически сходных состояний (невротические депрессии, неврозоподобные состояния и т.д.).

В соматической клинике психологическое исследование направлено на изучение особенностей личности больного, определение структуры внутренней картины болезни, характеристику психических процессов (степени или сохранности их нарушений).

Очень существенна роль медицинского психолога в осуществлении различных видов экспертизы. Основным содержанием экспертного психологического заключения является качественный структурный анализ

изменений психической деятельности испытуемого. Экспертную психологическую практику характеризует прежде всего целостный подход, когда анализируются все психологические особенности испытуемого (свойства личности, мышление, память, интеллект и т.д.).

Ситуация врачебно-трудовой экспертизы в психологическом плане значительно отличается от обычной лечебно-диагностической ситуации “врач — больной”. Тут психологу необходимо обратить внимание на следующие особенности (по Р.М. Войтенко и С.Г. Филомафитскому):

1. Установку индивида, проходящего экспертизу.
2. Установку самого эксперта.
3. Особенности контакта в процессе экспертизы, при вынесении экспертного заключения.

Особое значение приобретает деятельность психолога при проведении судебно-психологической экспертизы, в которой медицинский психолог выступает в самостоятельной роли эксперта. Возможность такой роли психолога в экспертизе предполагается содержанием так называемой “формулы невменяемости”, одного из важнейших положений, лежащих в основе судебной психиатрии. “Формула невменяемости” включает два критерия — медицинский (биологический) и юридический (психологический). Содержание психологического критерия формулируется как способность испытуемого понимать значение своих действий и руководить ими.

Участие психолога в проведении медико-педагогической экспертизы тесно связано с теми вопросами, которые решаются им в детских и подростковых учреждениях психоневрологического профиля. Психолог здесь занимается поиском причин неуспеваемости ребенка (отставание психического развития, астенизация, психическое заболевание, педагогическая запущенность и т.д.).

Сейчас психологом, работающим в системе здравоохранения, решается и масса задач психотерапевтического плана. Это различные виды терапий для психи-

чески больных людей (например, активизирующая для шизофреников), проведение тренинговых групп (или индивидуальной терапии) с лицами, совершившими суицидальную попытку, различные варианты работы с пограничными состояниями и т.д.

Такой большой объем разнообразных видов деятельности говорит о необходимости более тесного и продуктивного сотрудничества психолога, работающего в сфере медицины, и врача, создания условий для их профессионального взаимодействия и реализации своих профессиональных позиций.

Влияние профессии на психическую жизнь человека, профессиональная деформация Влияет ли профессия врача на внутреннюю, психическую его жизнь? Возможны ли вообще изменения под влиянием профессии? Может, правдой является утверждение, что личностные особенности человека влияют на характер осуществления им той или иной профессиональной деятельности? Может быть, только “железные” и “толстокожие” занимаются психиатрией или хирургией, а, например, любящие поучать и занимать главенствующую позицию — педагогикой? Хотелось бы попытаться ответить на эти вопросы именно потому, что, если влияние профессии неизбежно, необходимо знать особенности этого влияния и возможности построения определенных механизмов защиты, если это влияние негативно.

Для описания влияния профессии на психическую жизнь профессионала введем новое понятие — профессиональная деформация.

Впервые профессиональная деформация стала описываться в 60-х годах. Сначала это была проблема функциональных возможностей человека (в США ею занимались Мичиганский и Калифорнийский университеты). Общая цель была такова: изучение профессии на предмет ее эффективности, зависимости от социального окружения. Более направленно вопрос о существо-

вании профессиональной деформации стал изучаться благодаря А.К. Марковой и В.Ф. Моргуну. Правда, в первую очередь он касался учителей, а проблеме деформации в профессиональной деятельности врачей внимания практически не уделялось. Но выводы, сделанные тогда, позволяют нам теперь описать и проанализировать эту проблему. Каковы же эти выводы?

1. Существует профессиональная деформация в профессиях “человек — человек”.

2. Существуют разные уровни квалификации и подготовки профессионала.

3. В профессиях системы “человек — человек” должен осуществляться профессиональный отбор, так как существует идея профессиональной пригодности.

Большое внимание проблеме профессиональной деформации уделяли профессор Р. Конечный и доктор М. Боухал. Они считали, что склонность к профессиональной деформации наблюдается у определенных профессий, “представители которых обладают трудно контролируемой и трудно ограничиваемой властью. Естественно, врач обладает известной властью над больными, от него зависит здоровье (физическое и душевное) и жизнь других людей, их свобода (например, в ситуации судебно-психиатрической экспертизы) и их достоинство”¹. По Конечному и Боухалу, профессиональная деформация постепенно развивается из профессиональной адаптации. Определенная степень адаптации естественна для медицинского работника. Сильное эмоциональное восприятие страданий другого человека в начале профессиональной деятельности, как правило, несколько (а порой и достаточно сильно) притупляется. Конечный и Боухал приводят пример: студенты-медики после нескольких часов, проведенных в “анатомичке”, выходят достаточно быстро из психического потрясения и приступают к деловому изучению анатомии.

¹ Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине. Прага. 1983. С. 210.

Конечно, для врача просто необходима определенная степень эмоциональной сопротивляемости, но он должен сохранять те качества, которые делают его не просто хорошим профессионалом, но и оставляют человеком: способность к эмпатии, уважение к другому человеку, соблюдение норм профессиональной этики.

Ярким примером профессиональной деформации является подход к пациенту как к объекту — носителю определенного симптома, составной части синдрома. Этот подход иллюстрируется следующими выражениями врачей-психиатров: “явное нарушение мотивационной сферы”, “меня интересуют только особенности мышления”, “для диагноза мне нужно знать, есть ли изменение личности по эпилептоидному типу”. Такое отношение не подразумевает ценностного и целостного подхода к личности пациента, к системе его жизненных отношений. Как правило, действие в узких границах нормы с целью постановки диагноза является достаточно устойчивым признаком профессиональной деформации.

Кроме того, выделяются следующие признаки профессиональной деформации врачей (из опыта работы автора в психоневрологической клинике):

- определенный профессиональный жаргон, вытекающий из отношения к пациенту как к носителю болезни, тождественному ей (“посмотрите, какая интересная шизофрения”, “очень своеобразный случай, такого суицида у нас еще не было”);

- ведение диалога с больными и их родственниками с трудно скрываемым раздражением, демонстрация собственной значимости и занятости (“у меня большой прием, поэтому выражайтесь яснее”, “я вам выпишу рецепт, и можете идти” и т.п.);

- “награждение” пациентов обидными прозвищами (“эти тупые призывники”, “этот слабоумный старик” и т.д.).

К тому же хочется отметить достаточно тягостное наблюдение: ни в какой, пожалуй, отрасли медицины

деятельность деформированного медработника не контролируется так мало, как в психиатрии, ведь трудно проверить истинность жалобы душевнобольного человека на некомпетентную деятельность врача.

Профессиональную деформацию можно представить в виде обобщенной модели. Модель эта включает в себя как социально обусловленные причины профессиональной деформации, так и вызванные феноменами индивидуального сознания.

Модель профессиональной деформации. Врач в ситуации своей профессиональной деятельности является государственным служащим, он защищен администрацией и снабжен инструкцией, то есть находится в определенной бюрократической нише. Пусть слово “инструкция” не удивляет читателя. Этим понятием можно обобщить все формы готового знания, которые задаются нам извне, они не “пропущены” через собственное понимание, но регламентируют нашу деятельность. Для учителя это могут быть учебники и методики преподавания предметов, для психолога — методики диагностики и коррекции, а для врача — методы диагностики, классификации и лечения заболеваний. Благодаря инструкции, Бюрократ (носитель методов, администратор, учитель, организатор) задает критерий, на который профессионал может сослаться в случае необходимости (например, “по классификации психических заболеваний МКБ-10 выставлен диагноз...”). Кроме того, инструкция регламентирует все отношения между врачом и пациентом или, например, психологом и клиентом. Каждый знает (благодаря инструкции), что врач должен лечить, это его дело, а больной — лечиться и ни о чем не спрашивать (“послушайте, кто врач — я или вы, я ведь лучше знаю, что делать”).

Как только профессионал (в нашем случае медицинский работник) принимает эту инструкцию за абсолютную истину, все профессиональные взаимоотношения деформируются определенным образом.

Особенности этой деформации будут рассмотрены позднее. Здесь же нас главным образом интересуют изменения, происходящие в индивидуальном сознании врача и оказывающие влияние на его психическую жизнь. Врач может принять инструкцию за абсолютную истину или не принять — это дело его выбора. Но что происходит, если инструкция принимается как единственно верный способ осуществления профессиональной деятельности? Прежде всего врач приобретает функциональный подход к человеку, то есть он не воспринимает пациента как целостную личность (теряет ценностный подход), а видит перед собой совокупность отдельных симптомов — признаков синдрома или объект манипуляций. Но, не воспринимая другого как “целостного и ценного”, нельзя не измениться самому.

В профессиональной деятельности врача существует большое количество фантомов. Фантомы профессиональной деятельности — это не только безличные формы готового знания (алгоритмы осуществления профессиональной деятельности), но и мифы, знания, принятые на веру, до сих пор существующие в обществе. В старину врач-исцелитель был священником, чародеем и магом, а также владыкой (по Конечному и Боухалу). В настоящее время волшебная сторона несколько изменилась и стала “фантастическими достижениями современной медицины”. Р. Конечный и М. Боухал отмечают, что внешняя сторона лечения, кажущаяся неискушенному человеку магической, доступной только врачу, рождает “кастовый” характер медицинского знания. Так формируется еще один фантом профессиональной деятельности врача — ощущение власти над человеком, для которого медицинская помощь — последний шанс защититься от болезни.

Таким образом, врач имеет дело с двумя реальностями: неодушевленной (фантомы и инструкции) и живой реальностью — жизнью своей и других людей. Возникает соблазн отождествления этих двух реальностей и создания иллюзии простоты. Профессионал на-

чинает переживать исключительно простые чувства, выражающиеся в притягательной формуле “я могу”. Простые чувства обеспечивают высокий показатель результативности — “высокие показатели положительного лечебного эффекта”, обеспечивают социальный статус и укрепляют уверенность: “я профессионал и лучше знаю как... что...”.

В результате принятия фантомов за абсолютную истину сознание профессионала фантомизируется. Живое индивидуальное сознание всегда динамично, оно развивается, изменяется, воспринимает все новое и не боится совершить ошибку. А что есть развитие, если не жизнь? Фантомное сознание статично, неподвижно, оно всегда знает, “как надо”, “что должно быть” и “что с этим делать”. Рискую показаться чересчур категоричной, но не является ли эта неподвижность психологической смертью? Стереотипы общения и деятельности, статистические критерии истины, “готовые” знания о мире — все это факторы, разрушающие индивидуальное сознание.

А теперь, поскольку мы говорили о фантомах индивидуального сознания, необходимо добавить, что зачастую происходит столкновение фантомного сознания врача и пациента. В результате главенствования в сознании пациента мифов и фантомного сознания врача рождаются устойчивые образы.

У пациентов в основном формируется образ “идеального врача”, и по степени выраженности черт сопереживания прослеживаются три образа врача — “сопереживающий”, “эмоционально-нейтральный” и “безучастный”. У очень многих пациентов наиболее близок к “идеальному врачу” образ учителя. С учетом характеристик реальных лиц ближайшего окружения пациентов многие из них сближают образ “идеального врача” с характеристиками лечащего врача, матери и любимого учителя. Можно говорить о том, что существуют определенные роли больного и врача, которые можно выразить метафорически. Для врача пациент может быть:

“человек, избегающий врача”, “органический больной”, “сверхбольной”, “боязливо-зависимый”, “демонстративный” и т.д. Для пациента врач может быть: “партнер”, “реалист”, “помогающий”, “осуждающий”, “карающий”, “амбивалентный” и т.д.¹

Наличие в сознании как врача, так и пациента фантомных образований — это еще один пример влияния профессии как на внутреннюю, психическую жизнь профессионала, так и на других людей — участников профессионального взаимодействия.

Можно задать себе вопрос: а что же сам врач? Осознает ли он происходящие с ним изменения? Способен ли он понять необходимость пересмотра сложившихся жизненных стереотипов, способен ли он к рефлексивному взгляду на содержание своей психической реальности? Но с другой стороны, невозможно рефлексировать на то, чего нет, когда внутреннее психологическое пространство не насыщено эмоциональными переживаниями. На эти вопросы можно попытаться ответить таким образом. Фантомы могут осознаваться врачом на уровне переживаний “Я не знаю, что со мной”, “Я не знаю, что с ним (с конкретным человеком) делать”, “Я боюсь своей беспомощности”, “Я чувствую себя несчастным” и т.п. Переживание — это неотъемлемая часть жизни, то, что происходит во мне и со мной и предполагает выход за пределы своего Я. Переживание позволяет нам выделить существование собственного Я и нетождественность между Я и Другим. Поэтому пока есть переживание, можно говорить и о возможности осознания факта профессиональной деформации и перспектив работы с ним.

Профессиональная деформация не осознается в том случае, когда врач отказывается от переживаний, потому что они требуют усилий, предполагают проявление отношения к кому-либо или к чему-либо. Там, где нет Я, там нет переживания, нет и рефлексии на содержа-

ние собственной профессиональной позиции. Подобное мы можем увидеть, анализируя высказывания типа: “Эти больные меня утомили”, “Они все такие назойливые” и т.п. вместо “Я чувствую усталость и беспомощность” или “Я растерян и не могу сосредоточиться”.

Профессия может вызывать профессиональную деформацию, может способствовать фантомизации индивидуального сознания; и причина может быть не только в отказе профессионала от собственного психического развития, но и в общекультурных, социально обусловленных факторах.

Уже обсуждалась сложная социальная ситуация профессиональной деятельности врача. Учитывая ее, становится понятно, что общекультурные факторы (по крайней мере в нашей стране) не способствуют гуманизации медицинской деятельности.

Возникают закономерные вопросы. Появляется ли профессиональная деформация внезапно, “в один день”, или это результат длительного процесса? Изменяется ли мышление в процессе освоения профессиональной деятельности? Прежде чем отвечать на эти вопросы, хотелось бы проиллюстрировать вышесказанное следующим монологом: “Взялись бы вы ухаживать за умалишенным, будь у вас возможность получить другую работу? Нет, не взялись бы — ни вы, и никто, у кого есть нервы и сердце. Святой, может быть и взялся бы, но где же набрать столько святых? Нет, чтобы ухаживать за нами, вы должны быть железной и толстокожей, должны забыть о жалости и нервах” (из романа Д. Голсуорси «Конец главы»).

<p>Понятие о профессиональном мышлении</p>	<p>Из всех источников, в которых упоминалось об особенностях мышления врача, нам представляется наиболее интересной мысль Р. Конечного и М. Боухала: “Способ мышления врача обязательно имеет характер диалектический и динамический; способ мышления здоровых и больных людей немедицинских</p>
---	--

¹ См.: Карвасарский Б.Д. Медицинская психология. М., 1982.

профессий — характер логическо-механический и статический”¹.

Обязательно ли присутствует такое соответствие? Можно ли однозначно говорить о том, что врач мыслит диалектическими категориями всегда, и динамический характер его мышления обусловлен профессиональной деятельностью, а упомянутый способ мышления в целом является некоей кастовой принадлежностью? Диалектико-динамический способ мышления предполагается как у врачей, так и, например, у психологов (целостный подход к личности другого человека, видение перспектив для психического развития, неприятие статистических критериев и т.д.), у педагогов (личность ребенка — высшая ценность, определение перспектив сотрудничества, умение предугадывать кризисы развития и т.д.).

Чтобы дать полное представление о таком важном понятии, как профессиональное мышление, необходимо охарактеризовать мышление вообще как психологическую категорию и попытаться проследить не только его динамику в профессиональной деятельности, но и содержание происходящих изменений.

“Мышление представляет собой процесс отражения общих свойств предметов и явлений и поиска (понимания) взаимосвязей и взаимоотношений между ними”². Существующее количество определений мышления принципиально ничем не отличается от вышеуказанного. Не будем подробно останавливаться на фазах мышления и основных логических операциях; этот материал подробно изложен в многочисленных учебных пособиях и научных трудах. Остановимся на самой универсальной форме мышления человека — понятии. Эта форма направлена на выявление закономерностей в любом материале. Самому человеку эти закономер-

ности могут быть представлены на основе работы со словом, либо в виде наглядных образов (их фиксируют все виды искусств), либо в виде физических действий (выделение закономерностей и свойств предметов). Понятие подразумевает закономерное обобщение и воплощается в материальной основе — слове.

Зачем же человеку необходимо обобщать? Почему мы не можем жить в мире конкретных предметов? Без обобщения нарушаются все формы связи человека с самим собой, перестает существовать привычный мир, исчезает самоощущение. А ведь там, где есть психическое, существует устойчивая (но и динамическая, изменчивая) система. Устойчивость психике как системе придает способность обобщать, а следовательно, и предвидеть.

Можно ли говорить о наличии одинаковых понятий об одном и том же предмете у разных людей? Само существование профессии как предмета освоения ставит под сомнение возможность одинакового для всех овладения системой научных понятий, составляющих этот предмет. Известно, что можно выделить житейские и научные понятия об одном и том же предмете, и профессия не является исключением. Житейское понятие позволяет решить конкретные задачи в конкретной ситуации (здесь и теперь, вербальное и невербальное общение). Житейское понятие не выдвигает необходимости выделять собственное отношение к содержанию понятия. Мы сталкиваемся с двумя разными реальностями — жизнью и наукой и осознаем, что жизнь — естественное образование, а наука — искусственное (порождение человеческого разума). Научное знание замкнуто в себе и достаточно элитарно. Но дело в том, что медицина — это не только отрасль научного познания, но и предмет практической этики, существующий в тесной взаимосвязи с человеческой культурой вообще. Очень многие свойства человека (свойства его психической реальности) определяются его взаимодействием с внешней средой. Усваиваемое и осваиваемое

¹ Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине. Прага, 1983. С. 211.

² Там же. С. 72.

всегда имеет превращенную форму в мышлении человека и его индивидуальной жизни. На уровне самонаблюдения это выглядит как переживание собственного знания и отношения к себе (“я знаю”, “я умею”). Превращенные формы могут выступать в качестве шаблонного мышления, стандартных форм действий и других устойчивых образований.

Можно отметить, что профессиональная деформация возникает у будущих врачей уже в процессе обучения и сохраняется как устойчивый феномен. Прежде всего она выражается в:

- снижении уровня рефлексии,
- стандартизировании способов общения,
- ригидности мышления (желании все делать “по правилам”).

В качестве примера (и определенного доказательства) хочется привести результаты исследований, проведенных Н.А. Подгорецкой. Взрослые испытуемые (так же, как и маленькие) в трудных для них ситуациях выдавали глобальную, нерасчлененную оценку явлений, ориентируясь на случайные признаки, несущественные отношения. Действия взрослых испытуемых зависели не только от содержания предложенных задач, но и от последовательности предложенных заданий, от способа подачи (в устной или письменной форме задан вопрос) и других факторов. Испытуемые легко поддавались различным “сбивающим соблазнам”, и в этом огромную роль сыграл личный опыт испытуемых, степень их знакомства с предъявленным материалом. Школьники легко справились с заданием, с которым не могли справиться многие взрослые испытуемые.

Сам по себе следует вывод: у взрослых людей под влиянием прошлого опыта (профессиональных навыков, условий социальной среды) наблюдается этап перехода к более ранним генетическим формам мышления. Кроме того, существует ряд исследований, которые показывают, что у взрослых людей при встрече с новым материалом появляется “поведение, которое мож-

но было бы охарактеризовать крайне негативным путем (бессвязное, нелогичное и т.д.)”¹. Во всех этих исследованиях у взрослых людей выявлен тип мышления, характерный для стадии дооператорных структур или, в лучшем случае, конкретных операций.

Но все дело в том, что проблема динамики мыслительной деятельности — это не только проблема интеллекта, так же как и профессиональное мышление не только совокупность логических операций.

Врач мыслит о человеке иначе, чем любой другой человек. В содержании его профессионального мышления присутствуют несколько устойчивых характеристик:

- мышление о себе (Я-концепция, самооценка);
- мышление о другом человеке (другой — пациент или другой — человек);
- осознание своих профессиональных возможностей, границ воздействия на другого человека.

Очень часто именно в процессе обучения врач приобретает функциональный подход к человеку. Происходит это при овладении методами воздействия на другого, когда алгоритмы осуществления профессиональной деятельности становятся обоснованием действий профессионала. Врач в процессе обучения и практической деятельности исходит из того, что материальные причины (инфекции, токсины, травмы и т.д.) вызывают ощутимые, реальные, осязаемые структурные изменения в органах и системах, проявляющиеся в симптомах заболеваний (по А. Завьялову и В. Плотникову). Особенностью профессионального мышления медработника является уверенность, что современными методами диагностики, лабораторными исследованиями можно обнаружить те или иные структурные изменения или отклонения в состоянии здоровья человека. Для

¹ Подгорецкая Н.А. Изучение приемов логического мышления у взрослых. М., 1980. С. 150.

врача, как правило, процесс лечения заключается в воздействии оперативных или фармакологических средств, то есть "...врач привык иметь дело с объектами, обладающими признаками телесности, материальности"¹.

В результате такого подхода в обучении медицинских работников в их профессиональном мышлении главенствующее положение занимает одна категория — объективность. Объективность для врача означает взаимодействие с реальными, материальными предметами, которые можно разделить на составляющие, исследовать, манипулировать с ними. Конечно, врач ни в коем случае не отрицает существование психики, но, думается, личность как психологическая категория не является реальным образованием для профессионала, работающего, как правило, с отдельными органами и функциями тела.

Таким образом, в процессе освоения профессиональной деятельности, предполагающей не только взаимодействие с другими людьми, но и направленное воздействие на них, часто нарушаются динамические характеристики мышления. Это связано, во-первых, с освоением готовых форм знания, позволяющих профессионалу осознавать логичность собственных действий. Во-вторых, на врача лежит огромная ответственность, очень часто он встречается с реальной или потенциальной смертью. И вот эта стандартизация мышления, желание действовать по уже отработанному шаблону, является способом (достаточно примитивным) не брать на себя эту ответственность, защититься от случайностей, атипичных ситуаций, встречающихся в работе врача.

Овладение любой профессией предполагает воздействие ее на индивидуальную, психическую жизнь про-

¹ Завьялов А.В., Плотников В.В. О путях вовлечения психологии в практическую медицину // Психологический журнал. 1966. № 4. С. 127.

фессионала, на его мышление. Направленность этого воздействия может быть противоположной. Конечно, оптимальным вариантом для всех будет успешное овладение профессиональной деятельностью, осознание себя в профессии (и профессии в себе), следование профессиональной этике, постоянная увлеченность собственным делом. Но идеальные модели не работают в реальной жизни. Поэтому мы и обращаем внимание на деформирующее влияние профессии. В последующих главах будут описаны два синдрома, обусловленных влиянием профессии, — Синдром Хронической Усталости и Синдром Эмоционального Выгорания.

Практическое занятие

Тема: Профессиональная позиция врача.

Вопросы

1. Что такое профессия?
2. Как рождается профессиональная позиция врача и чем она отличается от профессиональной позиции психолога?
3. Каким образом возникает профессиональная деформация во врачебной деятельности?
4. Фантомы профессиональной деятельности врача.
5. Феномены индивидуального сознания — фантомизация и психологическая смерть.

Литература

1. Абрамова Г.С. Практическая психология. М., 1997.
2. Завилянский И.Я., Завилянская Л.И. Деонтология в психиатрии. М., 1988.
3. Зеер Э.Ф., Сыманюк Э.Э. Кризисы профессионального становления личности // Психологический журнал. 1997. № 6.
4. Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине. Прага, 1985.

Практические задания

1. Проанализируйте высказывания врачей с точки зрения концепции другого человека, которую он (врач) реализует в своей профессиональной деятельности:

— В чем дело, почему ты не хочешь ходить в школу?
— Естественно, его нужно поставить на учет, это явно патологическое развитие личности.

— Поймите, что вы просто теряете время, его лечить надо.

— Эти истерички, они все одинаковы.

— Это вполне ясный случай.

— Я надеюсь, что теперь вы понимаете, что все это ваши фантазии?

2. Какова профессиональная позиция врачей, которым принадлежат данные высказывания?

— Каждый день одно и то же. Когда же это прекратится?

— Просто не могу заставить себя работать.

— Сходить на обход, что ли?

— Я бы целыми днями на даче сидела, я там просто душой отдыхаю.

— За те гроши, что нам платят, работать вообще не имеет смысла.

Цель заданий: развитие рефлексии на содержание профессиональной деятельности.

Глава 4

ПОНЯТИЕ
О ПСИХИЧЕСКОЙ ЖИЗНИ

Основные понятия общей психологии. Переживание как феномен сознания. Понятие о психической жизни и психической смерти. Основные защитные механизмы личности.

Основные
понятия общей
психологии

Понимание психической жизни в современной психологии определяется выделением трех основных способов анализа жизнедеятельности человека. Они связаны с введением и использованием трех основных понятий: активность, поведение, деятельность. Именно эти понятия как формы, фиксирующие способы мышления исследователя, позволяют приблизиться к изучению психической жизни. Остановимся подробнее на каждом из них.

Понятие **активность** можно считать общим, как бы глобальным понятием. Антонимом его является понятие хаоса, или неорганизованности. Понятие активности предполагает наличие живого существа, наделенного целеустремленностью, направленностью; оно обладает соответствующей функциональной структурой, органами для осуществления организованной активности. В этом смысле активность является характеристикой любого живого, в том числе и человека.

В активности присутствует важнейшее свойство, которое было названо *обратной связью*. Основное качество обратной связи состоит в том, что живое под влиянием осуществления своей целенаправленной активности подвергается изменению. Здесь происходит влияние действия, осуществляемого по направлению движения к цели, на орган, осуществляющий действие,

то есть на весь живой организм, в том числе и на свойства психического как проявление характеристик живого организма. Изучение обратной связи привело к формированию идеи об акцепторе действия, то есть о том механизме, который влияет на корректировку активности живого существа по мере его движения к цели, по мере реализации цели.

В понятии активности важно представление об *уровнях ее организации*. Активность может быть организована на уровне сознания или самосознания, тогда говорят о психической активности человека; активность может быть организована на уровне тела человека, и тогда говорят о физической активности; активность может быть организована на уровне взаимодействия человека с другими людьми, тогда говорят о социальной активности.

Осуществление любого вида активности связано с наличием источника. Обычно источником активности называют *потребности* — состояния, вынуждающие живой организм осуществлять целенаправленное движение или действие по реализации потребности.

Итак, активность в психической жизни предполагает, что существует механизм обратной связи, что существует необходимость реализации системы потребностей, которые в соответствии с видами активности могут быть названы социальными, физическими, органическими и психическими потребностями, связанными с реализацией механизмов сознания и самосознания.

Каковы потребности, которые можно отнести к психическим? Каждая конкретная психологическая теория имеет свое мнение на этот счет. Для нас в этот момент рассуждения важно, что в целостной психической жизни человека можно выделить механизмы и качества, которые могут быть сформулированы в виде закономерностей психической жизни.

Изучение потребностей привело к формулировке знаменитого закона Йеркса — Додсона, который позволяет фиксировать оптимальный уровень потребностей человека и их влияние на организацию активности.

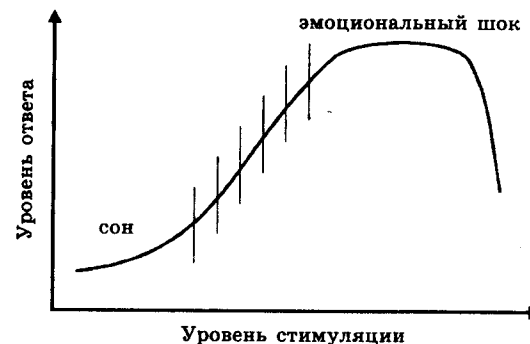
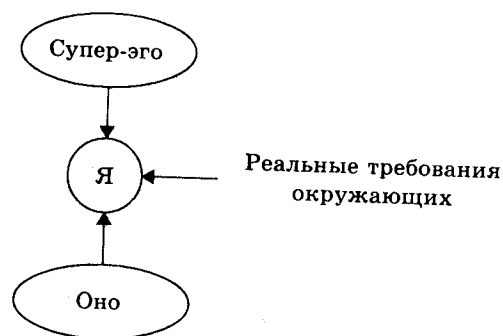


Рис. 1. Оптимум реакции.

Суть закона состоит в том, что для каждой задачи, стоящей перед человеком, существует свой оптимум мотивации. Заптрихованное поле на графике показывает нарастание качества в уровне реакции по мере роста уровня стимуляции. Однако этот рост имеет предел, после которого наступает стабилизация ответа, а затем по мере роста уровня стимуляции возникает шок и спад в уровне ответа. Исследования, выполненные в русле идей Йеркса — Додсона, показали, что в случае трудной задачи оптимум решения достигается при слабой мотивации, тогда как при легкой задаче он соответствует сильной мотивации. Очевидно, что при легкой задаче избыточная мотивация не вызывает нарушений поведения, но такая возможность возникает при трудных задачах.

Изучение активности, кроме понятия обратной связи, сегодня уже традиционного для психологии, связано еще с понятием уровней организации активности. Большое влияние на разработку этого понятия оказали идеи психодинамической теории Зигмунда Фрейда и всего разнообразия психоаналитических теорий.

Вследствие изучения проблем организации активности человека З. Фрейдом было сформулировано представление об уровнях организации психической жизни, которое широко используется во всех современных теориях, поэтому остановимся на этом несколько подробнее. З. Фрейд разделял внутри психического три инстанции, которые влияют на поведение человека: Оно — связано с бессознательной областью сексуальных потребностей, Эго, или Я — основа сознательного поведения и Супер-эго — моральные представления и функция совести. Отношения между ними можно изобразить следующей схемой:



Эго или Я занимает центральную позицию, которая опосредует все воздействия: требования реальности, Супер-эго и Оно. Эго подвергается влиянию, и З. Фрейд часто называл его “страдающим Я”.

Эго стимулируется инстанцией Оно, то есть сексуальность требует удовлетворения. В то же время оно ограничивается Супер-эго и должно вступать в отношения с Реальностью. Задача Эго в том, чтобы сохранить равновесие в этой игре различных сил.

З. Фрейд считал, что импульсы из Оно и Супер-эго бессознательны, и человек в реальном поведении часто не знает истинных причин, побудивших его к тому или иному действию. Если Эго оказывается слабым, начнет подчиняться какой-то одной из действующих сил или

двум (а не трем) инстанциям, то могут возникнуть душевные расстройства, неврозы и психозы.

Страх человека перед импульсами, идущими от Оно, развивает у человека защитные механизмы личности, помогающие ему подавить и связать свои желания и потребности. Некоторые авторы считают наличие у человека защитных механизмов первым симптомом душевного расстройства. Частая попытка подавить импульсы из Оно ведет к неврозу.

Кратко говоря, смысл психоаналитической теории состоит в том, что в активности человека можно выделить сознательное, бессознательное и сверхсознательное, то есть Я — Оно — Супер-эго. Динамические отношения между ними определяют организацию активности человека, то есть выбор цели, содержание потребности, характер обратной связи и возможность реагирования на конкретную ситуацию.

Это представление об уровнях активности, развитое в последующих работах психоаналитиков, привело к формулировке понятия о комплексах, которое сейчас очень широко используется как одна из характеристик устойчивого поведения человека или устойчивой активности.

Понятия, характеризующие активность человека, позволяют выделить в ней самое важное для нашего обсуждения качество — структурированность, или организованность. Как именно организована активность, что влияет на изменение организованности, как происходит реорганизация активности — на все эти вопросы каждый исследователь находит свой ответ.

Следующее понятие, которое позволяет понять психическую жизнь человека, — это понятие **поведения**. Традиция анализа поведения идет от американской школы психологии. Это понятие порождено существованием бихевиоризма и необихевиоризма как одних из наиболее представительных направлений современной психологии.

В поведении изначально присутствуют два компонента — стимулы и реакции на них. Последующее изучение поведения привело к необходимости включения в схему $S \leftrightarrow R$ так называемых промежуточных переменных (P) или, как их называют сегодня, личностных переменных. Современная схема изучения поведения выглядит так:

$$S \leftrightarrow P \leftrightarrow R,$$

где S — стимул, P — персона, личность и R — реакция поведения, и представляет собой реакцию (или совокупность реакций) организма на стимул (или систему стимулов). Таким образом, психическую жизнь можно рассматривать как систему реакций на соответствующие стимулы.

Изучение психической жизни с этой позиции привело к формулировке разного рода законов и закономерностей, отражающих реагирование человека на стимулы. В этом русле сформировалось то направление психологии, которое сегодня называется когнитивной психологией (*лат. cogito* — разум).

Как строится поведение в зависимости от разных систем стимулов? С точки зрения этого подхода, или как говорят в науке, в этой парадигме было получено множество данных, характеризующих жизнь личности. Например, изучены компоненты эмоциональности человека как содержание факторов личности; изучены “паттерны” эмоциональных реакций, то есть реакций, одновременно возникающих в специфических ситуациях. Так, было установлено, что интенсивность вегетативных реакций обратно пропорциональна двигательной активности¹.

Изучены также ситуативные паттерны эмоциональных реакций, которые позволяют говорить о сходной природе страха и гнева.

¹ См. подробно: Фресс П., Пиаже Ж. Экспериментальная психология. М., 1975.

Выявлены также и индивидуальные паттерны эмоциональных реакций, которые проявлялись в виде стабильности эмоциональных реакций при разных задачах, которые решали люди, и при разном уровне мотивации (при разном по выраженности желании людей решать эти задачи).

Экспериментально была зафиксирована связь повторяемости эмоций и психосоматических эффектов, то есть изменений состояния организма под влиянием эмоций. Как следствие повторяющихся эмоций развивается состояние тревожности, которое характеризует фазу сопротивления организма, адаптирующегося к стрессу, о котором речь у нас впереди.

Для дальнейшего анализа важно, что изучение человека привело к выявлению системообразующих факторов поведения человека, то есть тех внутренних переменных, которые определяют, конституируют некоторые относительно устойчивые варианты поведения человека.

В психической жизни человека присутствуют постоянные и переменные величины. К числу постоянных относятся личностные качества человека, или, как сегодня говорят, профиль личности, который может быть исследован с помощью разных способов: наблюдения, опросников, тестов и т.п. К числу переменных могут быть отнесены те особенности человека, которые обычно называют состоянием. Состояния возникают под влиянием меняющейся ситуации; длящееся состояние (настроение) влияет на проявление качеств человеком.

Итак, мы коснулись двух основных и связанных с ними понятий психологии, характеризующих психическую жизнь человека. Следующее основное понятие — это понятие **деятельности**. Традиционно оно связывается с работами в отечественной психологии, истоки этого понятия лежат в культурно-исторической теории Л.С. Выготского. Согласно этой теории, специфические для человека психические процессы являются опосредствованными: они возникают и развива-

ются на основе использования различных средств (языка, систем письма, счета, а также других типов знаков и символов), выработанных в ходе исторического развития человечества. Всякая высшая психическая функция, по Л.С. Выготскому, появляется в индивидуальной истории развития человека дважды: она возникает в общении между людьми как деятельность интерпсихическая и лишь затем “вращивается”, превращается в индивидуальную, “интрапсихическую” деятельность.

Для анализа психической жизни человека понятие деятельности дает возможность выделить предмет, на который направлена активность человека, и анализировать деятельность как форму активности человека, определяемую этим предметом.

Предметы, на которые человек воздействует как живое существо, бесконечно разнообразны, заданы культурой, в которой человек живет. Они имеют элементы устойчивости, поэтому в зависимости от этих предметов можно говорить о разных относительно постоянных видах деятельности.

Сегодня выделяют два типа деятельности: деятельность типа “человек — человек” и деятельность типа “человек — общественный предмет”, которые существенно отличаются средствами и способами организации.

С понятием деятельности в анализе психической жизни человека связаны такие понятия, как средства и способы осуществления деятельности, действия и операции по организации деятельности. Эти понятия позволяют описать зависимость активности человека от тех свойств предмета, с которыми он в данный конкретный момент имеет дело.

Средства — это то, с помощью чего человек воздействует на предмет деятельности. Ими могут быть конкретные материальные предметы (орудия), слова, невербальные знаки (жесты, рисунки и т.п.), звуки, физическое тело самого человека и т.п.

Способы — это то, каким образом используются средства. Говоря бытовым языком, это то, как человек

что-то делает, например берет нож и вилку, произносит слово, передвигается и т.п.

Действие — это относительно законченная часть деятельности, имеет начало и конец — замысел и его осуществление. Благодаря действиям деятельность может быть передана другому человеку, тому, кто может ее продолжить через соответствие своих действий общему замыслу деятельности или системы действий.

Операции — это общие моменты, которые присутствуют в организации любых действий: планирование, исполнение, контроль. Благодаря операциям возможно целостное существование деятельности.

Понятие деятельности является продуктивным, так как позволяет в русле реализации идей культурно-исторической теории анализировать происхождение форм психической жизни человека через механизмы интериоризации (вращивания, усвоения) и экстериоризации (проявление вовне того, что есть внутри), орудийных форм деятельности. Это для нас важно, так как возможность понимания психической жизни человека основывается прежде всего на уяснении источников развития этой жизни.

Естественно, что одним из источников является взаимодействие человека с внешним миром, то есть то, что осуществляется в форме воздействия человека на предметы внешнего мира и переживается им как воздействие этих предметов на самого себя.

Переживание как феномен сознания В русле культурно-исторической теории Л.С. Выготского понятие **переживания** является одним из важнейших, так как дает возможность охарактеризовать момент встречи человека, обладающего особым качеством — психической реальностью, качеством сознания, с миром, не обладающим этим качеством, то есть с предметным, материальным миром, имеющим свойства, отличные от свойств сознания.

Этот момент переживания как момент встречи человека со свойствами иного рода, появление тех

препятствий, о которых говорит закон Клапареда, дает возможность человеку осуществлять важнейшее действие — действие, связанное с выбором агентов, на которые будет осуществляться последующая реакция.

Переживание как бы определяет селективность, чувствительность человека во встрече с последующими воздействиями внешнего мира. И, таким образом, источником психической жизни человека становится переживание, которое определяет направленность активности человека, влияет на структуру поведения, то есть на выбор тех стимулов, на которые он будет реагировать, и существенным образом сказывается на предмете его деятельности, так как стимулы всегда организуются в некоторый предмет.

Для понимания психической жизни важно, что все эти идеи позволяют сформулировать проблему зарождения новых форм психического. Решение проблемы позволяет понимать появления качественно новых форм психического, характеризующих жизнь Я, то есть жизнь организующего начала психического.

Переживание Я начинает наполняться конкретными свойствами, которые будут определять направленность и содержание активности человека, возможности ее регуляции, организацию поведения, на каких бы уровнях и в каких бы теоретических понятиях мы не рассматривали психическую жизнь. Через переживания, через встречу в своем внутреннем мире со своими переживаниями человек получает особое знание, которое С.Л. Франком было сформулировано как знание о жизни: «В той мере, в какой жить важнее и первее, чем сознать, в какой действительность предшествует созерцанию, душевная жизнь есть прежде всего реальная сила и лишь производным образом идеальный носитель сознания... Предметное сознание, в качестве познания (все равно, есть ли оно завершенное знание или только приближение к нему), возможно — как это показывает теория знания — лишь через связь нашего сознания с возвышающейся над нашим Я, единой для всех чело-

веческих сознаний вневременной и идеальной, то есть духовной стороной бытия, а так как самосознание возможно лишь на почве предметного сознания, то тоже применимо и к нему»¹.

Иррациональность, или бессознательное, которое определяет вектор активности человека, вектор его жизни, предшествует созерцанию, появлению сознания. Этого взгляда придерживаются и современные психоаналитические теории. Об этом говорит и анализ опыта работы с людьми, основанный на воздействии разных категорий людей на свойства психической жизни (бизнес, политика, средства массовой информации, педагогика и т.п.). Практика и рассуждения о психической жизни позволяют выделить в качестве источников жизни человека те его иррациональные качества, которые присутствуют в жизни человека как реальная сила, им руководящая.

Представление об изначальной иррациональности, то есть как бы заданности, природности качеств жизни человека, отражено в содержании представлений о том, что в основе натуры человека, в основе свойств его жизни лежат инстинкты. Инстинкты, которые присущи человеку как природные источники и формы активности. Это мнение разделяют и З. Фрейд, и А. Маслоу, и Э. Фромм, и наши современные авторы, например В.И. Гарбузов.

Э. Фромм сформулировал идеи о существовании в активности людей биофильной и некрофильной ориентации, то есть ориентации на жизнь и ориентации на смерть (они содержательно соотносятся с описанием З. Фрейдом инстинктов жизни и смерти). Описание этих ориентаций позволит более полно представить содержание и динамику психической жизни человека.

Некрофильны те люди, которые чувствуют влечение ко всему неживому. Они охотно говорят о смерти, о

¹ Франк С.Л. Душа человека. М., 1995. С. 62.

болезнях, о похоронах, при этом воодушевляются. Они живут прошлым и никогда не живут будущим. Они холодны, держатся на расстоянии от других людей, подвержены “закону и порядку”. Для них характерна установка на силу. Как пишет Э. Фромм, “его наполняет глубокий страх перед жизнью, поскольку жизнь неупорядочена и неконтролируема соответственно своей сущности”¹.

Некрофилия — это настоящая перверсия, так как живой любит не живое, а мертвое, не рост, а разрушение.

Противоположностью является биофильная ориентация — любовь к живому.

Надо сказать, что тенденция к сохранению жизни в борьбе против смерти является элементарнейшей формой биофильной ориентации в любом живом организме. Сохранять жизнь и бороться против смерти — это важнейший аспект самой жизни как явления. Другое свойство жизни — это тенденция к интеграции и объединению, к росту соответственно качеству и структуре живого. Объединение и совместный рост — характерные признаки жизни, в том числе жизни чувств, мышления — всех проявлений психического в человеке.

Биофильная этика принципом добра объединяет все, что служит жизни, зла — все, что служит смерти. Радость — добродетель, а печаль — грех.

Преобладание того или иного вида ориентирования полностью определяет весь образ жизни человека, поэтому кажется возможным утверждать, что в такой форме ориентации психической жизни происходит воспроизводство в ней ее собственного бытия во всех возможных вариантах от смерти до жизни.

Существование этих ориентаций в жизни человека является важным фактором, определяющим выбор источников жизненной силы.

Современная теория инстинктов в ее интерпретации по отношению к человеку (В.И. Гарбузов) позво-

ляет выделить несколько типов инстинктов как природных источников активности человека, определяющих выбор способов поведения:

- 1) самосохранения;
- 2) продолжения рода;
- 3) альтруизма;
- 4) исследования;
- 5) доминирования;
- 6) свободы;
- 7) сохранения достоинства.

Естественно, к этой теории, как и к любой другой, можно относиться по-разному. Представленная иерархия инстинктов логически продолжает развивать идеи А. Маслоу, который тоже говорил об иерархии — иерархии потребностей, определяющих поведение человека.

По мнению В.И. Гарбузова, инстинкты характеризуются иерархическим строением, и встречается доминирование какого-то типа инстинктов у конкретного человека. Если доминирует один инстинкт, то можно говорить о чистом типе по инстинкту. Когда одинаково выражено несколько инстинктов, то можно говорить о смешанном типе или о смешанной типологии.

Каждый человек с большей или меньшей долей вероятности может относиться к какому-то из семи типов. Типы людей могут характеризоваться следующим образом:

- 1) “эгофильный” тип — люди осторожны, рассудочны, избегают риска, недоверчивы и подозрительны;
- 2) “генофильный” тип — люди охотно замещают “Я” на “Мы” и живут интересами той группы, с которой они себя отождествляют;
- 3) “альтруистический” тип — это добрые, отзывчивые, способные к сопереживанию люди;
- 4) “исследовательский” тип — люди любознательные и изобретательные, они во всем стремятся дойти до сути;

¹ Фромм Э. Душа человека. М., 1992. С. 32.

5) “доминантный” тип — об этих людях можно сказать, что они прирожденные лидеры; они логичны, самокритичны, способны к прогнозированию, к восприятию нового, умеют отличать главное от случайного;

6) “либертофильный” тип — это свободолюбивые люди, которые не терпят ограничений, рутины, обыденности, консерватизма, они невосприимчивы к догмам и к внушению;

7) “дигнилофильный” тип — люди этого типа горды, не терпят унижения ни в какой форме, обладают чувством собственного достоинства и чувством чести¹.

Предлагаемая концепция является одним из примеров, позволяющих выделять источники психической жизни человека, то есть факторы, которые влияют на проявление реальной жизненной силы человека.

Понятие Традиционно в психологии **о психической жизни** психическую жизнь определяют **и психической смерти** ли, используя понятие “тип человека”, как это делает и В.И. Гарбузов. На следующих страницах описаны типологии личности, наиболее популярные сегодня в психологии. Познакомившись с ними, читатель увидит, что при характеристике психической жизни, при ее описании есть возможность выделить устойчивые ее варианты, которые связаны с преобладанием того или иного фактора, влияющего на проявление жизненной силы человека. Это прежде всего те параметры, которые связаны и в обыденном сознании людей с понятием характера и темперамента человека.

Характер представляет собой устойчивую систему отношений человека к разным элементам действительности, в том числе и к самому себе. Обычно выделяют следующие системы отношений: отношение к себе, к другим людям, к предметам, к труду. Каждый тип от-

¹ См.: Гарбузов В.И. Человек. Жизнь. Здоровье. СПб., 1995. С. 108—112.

ношения относительно независим от других, поэтому принято говорить о чертах или относительно постоянных качествах характера.

Темперамент отражает динамические свойства психической жизни человека. Активность (подвижность) и возбудимость (эмоциональность) считаются основными параметрами темперамента. В зависимости от проявления основных качеств темперамента выделяют 4 типа — холерический, сангвинический, флегматический, меланхолический.

Холерический связан с высокой возбудимостью и активностью.

Сангвинический — с высокой активностью и низкой возбудимостью.

Флегматический — с низкой возбудимостью и активностью.

Меланхолический — с низкой активностью и высокой возбудимостью.

Считается, что в основе темперамента лежат свойства высшей нервной деятельности человека, то есть физиологические качества организма.

Типы темперамента не могут быть оценены как “хорошие” или “плохие”, поскольку они содержат предпосылки для появления в поведении человека как социально одобряемых, так и социально порицаемых качеств. Например, выносливость сангвиника может быть в изменившихся условиях восприятия этого человека оцениваться другими людьми как нечувствительность, невозмутимость, толстокожесть.

При исследовании у человека редко выявляется чистый тип темперамента, обычно один из типов выражен больше, чем другие.

Типология Э. Кречмера

В современной психологии часто ссылаются на типологию личности, разработанную Э. Кречмером — немецким психиатром и психологом. Он показал, что строение тела и характер человека взаимосвязаны,

можно говорить о конституциональных чертах личности. Э. Кречмер установил существование трех постоянно повторяющихся типов строения тела, которые он назвал астеническим, атлетическим и пикническим.

Астенический тип характеризуется уменьшенными поперечными размерами при среднем росте. Это высокие, худые люди.

Атлетический тип характеризуется сильным развитием скелета, мускулатуры, затем кожи. Это люди среднего роста, плотные, статные.

Пикнический тип характеризуется развитием внутренних полостей тела, склонностью торса к ожирению. Это люди среднего роста, с мягкими чертами лица, округлой головой на массивной шее, с хорошо развитой жировой прокладкой на животе.

По мнению Э. Кречмера, каждый конституциональный тип человека соответствует типу темперамента, который определяется по предрасположенности к психическим заболеваниям. В теории Э. Кречмера понятие “темперамент” является термином, который позволяет дифференцировать биологические типы людей. Э. Кречмер считал, что существуют шизотимические и циклотимические темпераменты. Циклотимические темпераменты — это прямые несложные натуры, чувства которых поверхностны и лишены глубины. Шизотимические темпераменты имеют глубину, их суть очень трудно угадать за поверхностной маской, эти люди аутичны — живут своей жизнью, которую часто называют жизнью в самом себе.

Э. Кречмер показал, что между формами психоза (шизофренией и циклическим или маниакально-депрессивным) и строением тела наблюдается четкая связь. Маниакально-депрессивный психоз чаще всего наблюдается у людей пикнического склада.

Среди шизофреников чаще можно встретить людей с астеническим телосложением.

К этим главным типам добавляются атлетический и диспластический типы, имеющие меньше характерных черт и не слишком специфические психические корреляции.

По данным ряда исследований достаточно очевидно, что пикники, как правило, циклотимики, а астеники и атлеты — почти исключительно шизотимики.

Типология У. Шелдона

У. Шелдон — американский врач и психолог. Его наблюдения за психологией конституциональных различий привели к созданию типологии, в основу которой положено представление о том, что телосложение определяется тремя параметрами, которые можно описать по шкале выраженности:

- 1) эндоморфизмом (крупные внутренние органы и слабые соматические структуры);
- 2) мезоморфизмом (преобладание соматических структур);
- 3) эктоморфизмом (худощавость, преобладание линейных размеров, плоская грудная клетка и хрупкое телосложение).

(Характеристика соматических типов по У. Шелдону представлена в таблице на с. 82—83.)

Параметры характера и темпераментов, инстинктов и иерархии инстинктов дают возможность описывать свойства психической жизни в вариантах создания самим человеком новых качеств для своей жизни и реализации тех качеств, которые даны ему природой в виде его собственного тела и особенностей его функционирования, в том числе в виде функционирования его собственного сознания.

С.Л. Франк писал о том, что “в качестве чистой жизни, бытия, силы, действительности душевная жизнь есть актуальная, так сказать, готовая, относительно самоутвержденная реальность. В качестве же сознания, она

Таблица соматических типов по У. Шелдону

Висцеротония	Соматотония	Церебротония
Расслабленность в осанке и движениях	Уверенность в осанке и движениях	Сдержанность манер и движений, чопорность
Любовь к физическому комфорту	Любовь к физическим нагрузкам	Чрезмерная физиологическая реактивность
Замедленные реакции	Энергичность	Повышенная скорость реакций
Любовь к пище	Потребность в движениях и удовольствии от них	Склонность к интимности
Социализация пищевой потребности	Стремление к господству, жажда власти	Чрезмерное умственное напряжение, повышенный уровень внимания, тревожность
Удовольствие от пищеварения	Склонность к риску	Скрытость чувств, контроль над эмоциями
Любовь к галантному обхождению	Решительные манеры	Беспокойные движения, гладь лица
Социофилия	Храбрость в бою	Социофобия
Приветливость ко всему	Агрессивность в соревновании	Затруднения в установлении социальных контактов
Жажда любви и одобрения	Психологическая нечувствительность	Трудность приобретения новых привычек, слабый автоматизм
Ориентация на других людей	Клаустрофобия	Агорафобия
Стабильность эмоциональных проявлений	Отсутствие жалости и такта	Неумение предвидеть отношение к себе других людей
Терпимость	Громкий голос	Тихий голос, боязнь вызвать шум
Безмятежная удовлетворенность	Спартанское безразличие к боли	Чрезмерная чувствительность к боли

Продолжение таблицы

Висцеротония	Соматотония	Церебротония
Глубокий сон	Любовь к шумным играм	Недостаточный сон, хроническая усталость
Бесхарактерность	Внешний вид соответствует более пожилому возрасту	Юношеская живость манер и внешнего облика
Легкость в обращении и выражении чувств, висцеротоническая экстраверсия	Горизонтальное психическое раздвоение, соматотоническая экстраверсия	Вертикальное психическое раздвоение, интроверсия
Общительность и расслабленность в состоянии опьянения	Агрессивность и самодовольство в состоянии опьянения	Устойчивость к действию алкоголя и других депрессантов
Потребность в людях в тяжелую минуту	Потребность в деятельности в тяжелую минуту	Потребность в уединении в тяжелую минуту
Ориентация на детей и семью	Ориентация на юношеские цели и занятия	Ориентация на пожилой возраст

есть лишь потенция, возможность, как бы зародышевое состояние или сырой материал для реальности, которую она может приобрести лишь извне, через приобщение себя к актуальности духа”¹.

“Явление же отсутствия сознания никогда не может быть опытно констатировано, ибо, чтобы иметь опыт, надо иметь сознание”².

Значит, если, характеризуя психическую жизнь человека, мы можем констатировать, что многие ее каче-

¹ Франк С.Л. Душа человека. М., 1995. С. 480.

² Там же. С. 487.

ства, связанные с первичностью иррационального, заданы свойствами тела человека, свойствами его темперамента, то важнейшие качества, связанные с феноменом сознания, не даны человеку как первичное качество.

Сознание есть лишь потенция, есть лишь возможность, чтобы она реализовалась, должны осуществиться многие усилия человека, связанные с проявлением им своего сознания.

Об этом подробно говорится во многих работах, в том числе в работах, развивающих культурно-историческую теорию Л.С. Выготского¹. Благодаря этим работам можно описывать структуру сознания, можно говорить о качествах сознания и его свойствах.

Структура сознания представляется в этих работах следующим образом:

1. Бытийный слой включает биодинамическую ткань живого движения и чувственную ткань образа.

2. Рефлексивный слой сознания образуют значение и смысл.

Биодинамическая ткань сознания — это наблюдаемая и регистрируемая внешняя форма живого движения, которую Н.А. Бернштейн называл функциональным органом. Целесообразность и произвольность движений возможна тогда, когда слово входит в качестве составляющей во внутреннюю форму или картину живого движения. В чистом виде, без внутренней формы биодинамическую ткань можно наблюдать, например, в хаотических движениях младенца. Она всегда избыточна по отношению к освоенным экономным действиям, жестам, движениям.

Чувственная ткань — это строительный материал образа. В функциональных моделях зрительной кратковременной памяти чувственная ткань локализуется в таких блоках, как сенсорный регистр и иконическая память.

¹ Например, см.: Зинченко В.П., Моргунов Б.Б. Человек развивающийся. М., 1994.

Сенсорный регистр представляет собой блок регистрации поступившей сенсорной информации, ее различение и обозначение.

Иконическая память — это кратковременная память, которая удерживает с большой детальностью зрительную информацию в ее исходном виде. Многие полагают, что ее объем практически неограничен.

Образующее рефлексивный слой *значение* чаще всего понимается как содержание общественного сознания, которое осваивает каждый человек, овладевающий родным (или чужим) языком. Так, для всех говорящих на русском языке “кошка” — это одно и то же животное, то есть мы все владеем значением этого слова. Через значения человек осознает свое бытие.

Значения возникают в онтогенезе в такой последовательности:

1) операциональные — они связаны с биодинамической тканью, вплетены в движения, которые осваивает человек;

2) предметные — связаны с чувственной тканью образа, то есть отражают возможности действия с реальными предметами, например человек обучается пользоваться ложкой, велосипедом, мячом и т.п.;

3) словесные (вербальные) — связаны преимущественно, как видно из названия, с употреблением слова.

Значение обязательно связано с использованием существующих в культуре *знаков* — средств, в которых все люди могут увидеть одинаковое содержание. Знаками являются слова, общеизвестные жесты, позы, образы, например пощелкивание пальцами по горлу, потупленный взгляд и т.п.

Смысл — содержание его относится и к сфере бытия, и к сфере сознания. Это понятие позволяет фиксировать принадлежность смысла живому. Оно позволяет утверждать, что сознание есть не только знание, но и отношение человека к сфере бытия. Смысл всегда рождается в конкретной ситуации конкретным человеком: так слово “кошка” может обозначать совсем не живот-

ного, а человека с соответствующим смыслу этого слова поведением. Но только тому ситуативному смыслу, который придаст этому слову употребляющий его конкретный человек.

Смысл слова “больной” также зависит от ситуации употребления этого слова. Вполне вероятно, что оно отражает не только физическое или психическое состояние человека, но и просто чье-то неадекватное поведение с точки зрения другого человека.

Смысл создается особой формой — *символом*. Любой знак может стать символом. Именно в индивидуальном использовании знаков проявляется способность человеческого сознания быть индивидуальным по содержанию, то есть существовать как символическое образование.

Важно, что качества сознания связаны с существованием *языка* как основной формы, в какой может присутствовать как в культуре, так и в индивидуальной жизни человека сознание.

Сам феномен языка как носителя сознания порождает особые качества психического, которые могут быть констатированы не только как качества психической жизни, но и как качества психической смерти, как “омертвевшие” качества психической жизни, по словам Л.С. Выготского. Что это за качества языка, которые порождают в сознании человека *фантомные*, омертвевшие формы? Прежде всего, любому языку свойственно обобщать, и человек, используя какое-либо слово, обращается не столько к опыту собственной жизни, где рождено это слово во всем его многообразии проявлений, а прежде всего к опыту употребления этого слова другими людьми. Используемое человеком слово имеет двойственную природу: с одной стороны, это отражение опыта самого человека, его жизни, его бытия, с другой — это отражение неизвестного ему опыта других людей, который обобщен в этом слове. Рассмотрим, к примеру, предложение “Всегда, когда я встречаюсь с тобой, мне становится грустно”.

“Всегда, когда я...” Можно ли отнести эти три слова к конкретному переживанию, конкретному месту и времени, которые описывают состояние человека, употребляющего эти слова? Нет, время относительно, так как слово “всегда” не несет всей полноты содержания. “Всегда” — это то, что было, то, что есть, то, что будет? В нем есть все три времени или оно относится только к двум или одному из них? Эти вопросы по определению не имеют однозначного ответа, остается точно не определенным: “Всегда” — это когда-то по времени и месту.

Слово “когда” тоже предельно многозначно. Это обозначение реального события, случившегося или того, которое еще случится? Не определено. “Я” — это кто? На этот вопрос практически очень трудно ответить. “Я” — это человек в полноте всех его свойств или это человек, который выполняет одну функцию, одну роль, что-то выполняет или что-то чувствует?

При употреблении любых слов человек попадает в ситуацию своего как бы частичного, неполного присутствия.

Итак, в самой структуре сознания заложена возможность воспроизведения человеком на уровне переживания своих потенциальных возможностей такого содержания, которое не является частью его собственной жизни, его собственного бытия, то есть не порождено им самим.

Если человек в силу разных обстоятельств начинает пользоваться продукцией других людей, той продукцией, которая фиксируется в виде правил мышления, поведения, действия, то он попадает в ситуацию предрасположенности к психической смерти. Другими словами, он воспроизводит чужие стереотипы и шаблоны, часто не предполагая источника происхождения своих мыслей и действий.

Например, человек думает, что “от стресса необходимо избавляться”, или “смерть неминуема, и надо все взять от жизни”, или “что можно ждать от жизни в

сорок лет?!”, то он имеет дело не только с собственным мышлением, но и со стереотипами, порожденными другими людьми.

Можно утверждать, что возможность проявления своего отношения к содержанию, которое человек воспроизводит в виде слов, на уровне самосознания связана с анализом его собственных переживаний, которые он воспроизводит в виде слов.

Прodelать анализ собственных переживаний человек может только тогда, когда он обладает достаточно развитым самосознанием — способностью отыскивать в себе источники собственной жизни. Говоря иначе, переживание связано с присутствием для самого человека его собственного Я. Сегодня на языке психологической науки это называется *идентификацией*, то есть отождествлением своей собственной жизни со своим собственным Я.

Идентификация является тем механизмом, который позволяет человеку анализировать свои переживания и приблизиться к их источнику, то есть в конечном счете к самому себе. Это сложное действие по анализу своих переживаний человек может выполнить как сам, самостоятельно организуя свои усилия, так и с помощью другого человека, который заинтересован в реализации Я человека, а не в манипулировании им.

Манипулирование связано с использованием другими людьми в индивидуальной жизни человека таких форм сознания, происхождение которых человеку неизвестно¹.

Каждый человек интуитивно или на уровне сравнения, в виде личной метафоры представляет себе, что такое манипулирование. Так или иначе каждый был его жертвой, когда обнаруживал обман, или манипулировал другими сам, добиваясь желаемого, важного для

себя. К механизмам манипулирования прибегают те люди, в задачи жизни которых входит управление другими людьми и у которых отсутствует заинтересованность в проявлении Я человека, то есть заинтересованность в идентификации человека с самим собой. Таких людей достаточно много в любой социальной системе. Прежде всего это предприниматели, заинтересованные в сбыте своей продукции, они хотят, чтобы была принята их сторона в вопросе ценности того или иного товара. Это и работники СМИ, которые занимаются реализацией соответствующей идеологии или выполняют заказ тех или иных социальных групп, например тех же предпринимателей, или банкиров, или политических деятелей.

Из всего вышеизложенного следует, что психическая жизнь человека постоянно находится под влиянием двух противоположных тенденций. С одной стороны, это тенденция собственной жизни, связанная с необходимостью реализовывать возможности своего сознания и самосознания. С другой стороны, так как человек живет среди других людей, существует тенденция, связанная с направленным воздействием окружающих на параметры его психической жизни, прежде всего на параметры сознания, являющиеся глобальными характеристиками психической жизни человека.

Разрешение этих противоречий протекает в таком континууме, на одном конце которого проявление психической жизни человека, а на другом — проявление психической смерти.

Для того чтобы не пугать читателя словами “психическая смерть”, сошлемся на работы З. Фрейда и Э. Фромма, писавших об инстинктах жизни и смерти, о биофильской и некрофильской тенденциях в жизни людей. На этих идеях основывается толкование психической смерти как одной из форм жизни. У каждого человека есть возможность не только реализовать свое сознание, но и погубить его — осуществить свою пси-

¹ См.: Шостром Э. Человек-манипулятор. Мн., 1992; Доценко Е. Психология манипуляции. М.: МГУ, 1996.

хическую смерть. К такому выводу подводят работы психотерапевтов¹, в которых говорится о том, что невротическая личность часто воспринимает себя счастливой благодаря устойчивости (которую дает невроз) формы психической жизни, которая воспринимается им как единственно целесообразная, позволяющая выстраивать отношения с другими людьми, и в итоге отказывается от усилий по созданию собственного сознания, от усилий по реализации своего потенциала.

Если психическая жизнь характеризуется идентичностью человека с самим собой (отождествлением своей жизни с усилиями по ее организации, переживанием своего Я как ему принадлежащего), то другие варианты психической жизни, расположенные на континууме психическая жизнь — психическая смерть, ведущие к психической смерти, связаны с нарушением идентичности. Идентифицированный человек тот, который адаптивен сам к себе, адаптивен к социальной ситуации, обладает достаточно высокой продуктивностью, то есть способен к созданию собственной жизни и жизни вокруг себя.

Континуум психическая жизнь — психическая смерть, думаю, наполнен следующими формами, в которых по-разному проявляется нарушение идентичности как показателя психической жизни.

Первая форма, характеризующая движение к психической смерти, — это форма передачи ответственности за свою жизнь другому человеку или обстоятельствам, в которых человек находится. М.К. Мамардашвили говорил об этой форме жизни как о неклассической душе человека; перекладывая ответственность за свою жизнь на обстоятельства, утверждая обусловленность ими своей жизни, подчеркивая свою зависимость от них, человек провозглашает таким образом несвободу своего Я, тогда

¹ Грэхем Дж. Счастливый невротик. М., 1993; Хорни К. Ваши внутренние конфликты. СПб., 1997; Ялон И. Лечение от любви. М., 1997.

как классическая душа (по М.К. Мамардашвили) берет ответственность за протекание своей жизни на себя.

Вторая форма осуществления жизни в этом континууме выражается в том, что человек считает свое Я порождением природы и не стремится к преобразованию Я, к созданию своих новых физических или психических качеств. Такая позиция отражается в известной формуле “Полюбите нас черненькими, а беленькими нас всякий полюбит”. Эта формула связана с заданностью, невозможностью трансформации психической жизни как природного явления. Здесь отрицается потенциальность сознания, его возможная изменчивость, а всему иррациональному в поведении человека приписывается главенствующее значение.

Следующая форма континуума связана с существованием фантомного, пустого сознания — сознания, воспроизводящего формы активности, которые не порождены самим человеком. Человек, как говорится, живет чужим умом. Вся жизнь представляет для него известную систему готовых шаблонов и правил, которую ему надо только воспроизвести. Для фантомного сознания важным является следование примерам других людей, даже не конкретных людей, а вообще людей, которые задают правила для построения жизни. Такой человек не видит необходимости в порождении своих свойств и качеств, он заимствует те, которые ему предлагает конкретная социальная ситуация. Это человек своего времени; проходит время, и человек теряет свое лицо, так как он его и не имел, не приобретал. Он не становится культурно-историческим человеком; он человек лишь своего времени — человек с фантомным сознанием.

Еще одной формой континуума можно считать форму жизни в виде приобретенной беспомощности, когда человек занимает позицию потребителя, просителя, позицию зависимости от других. Сейчас часто в быту называют таких людей энергетическими вампирами. Такой человек не создает новых качеств жизни, он

использует созданное другими людьми. Подобную потребительскую ориентацию хорошо описал Э. Фромм¹. Этот тип организации и осуществления жизни близок к варианту психической смерти. Человек только потребляющий обладает ненасыщаемой формой жизни, его сознание как воронка втягивает все, что создает ситуация, он не порождает никаких новых действий. У него непродуктивное мышление, репродуктивные действия, склонность к автоматизированным, организованным внешне параметрам жизни, отсутствие доверия к своим чувствам, отказ от собственной интеллектуальной продукции. Это один из вариантов невротизации, который в патологии выглядит как вариант создания навязчивых идей.

Следующая форма континуума связана с существованием машинообразного, как его называл Г. Гурджиев, способа жизни или жизни по типу машины. В этом случае человек воспроизводит своими действиями программу или сценарий, созданный другими людьми. (Аналогичное явление описывал Э. Берн.)² Машинообразный человек, человек-робот, человек без психики — это человек, реакция которого на изменение ситуации основана не на собственных размышлениях. Его личные усилия связаны только с организацией ответа на воздействие, причем в своих ответах он воспроизводит те сценарии, которые уже осуществлялись другими людьми, его окружающими. Он идентифицируется сам с собой только в момент реакции на изменения в ситуации — в сам момент ответа. Вариант психической смерти выражается в том, что человек не реагирует на присутствие в себе источника собственной психической жизни. Он не реагирует и на присутствие другого человека как носителя живого, как на источник психической жизни. Мера воздействия на другого для него может быть беспредельной: он может разрушить дру-

гого человека так же, как он может разрушить и себя, отказываясь от собственных усилий по производству своей жизни. Он разными способами закрывает для себя все источники собственного развития, например, отказывая себе в потенциале своего сознания — до начала действия фиксируя ситуацию неуспеха (“не получится”, “не могу”, “не умею”), обесценивая чувство еще до его появления (“любви нет”, “все мужики — гады” и т.п.).

В ситуации психической смерти механизм обратной связи работает по принципу самоуничтожения качеств психической жизни человека, разрушая Я как источник его силы.

Примеры психической смерти можно встретить в художественной литературе, хрестоматийный образец — герой рассказа А.П. Чехова “Человек в футляре”. О психической смерти писали Э.В. Ильенков, В.В. Давыдов. Л.С. Выготский упоминал о воспроизведении человеком омертвевших, то есть не приобретающих новых качеств, форм психической жизни. Это тоже вариант невротического круга, который разрушает естественные источники активности человека.

Естественно возникает вопрос, может ли человек осознать грозящую ему опасность психической смерти и предотвратить ее?

<p>Основные защитные механизмы личности</p>	<p>Во внутреннем мире человека существуют защитные механизмы. Это открытие, сделанное З. Фрейдом, кажется, не оценено по-настоящему и сегодня. В описании защитных механизмов можно увидеть варианты реализации человеком своей потенциальной возможности быть самим собой (быть идентифицированным) или не быть им.</p>
--	--

Не быть собой означает переживать несоответствия качеств своей психической жизни, качеств своей психической реальности свойствам внешнего мира. Это переживание происходит в следующих формах.

¹ Фромм Э. Человек для себя. Мн., 1995.

² Берн Э. Игры, в которые играют люди. СПб., 1992.

Защитные механизмы личности

Название защитного механизма личности и его содержание	Пример защиты
Идентификация себя с кем-то или чем-то, находящимся вне психического	“Я как он, а не как я”
Вытеснение — движение мотива из сознания в подсознание или от “Эго” в “Оно” под влиянием “Супер-эго” — его контролирующей функции	Ошибочные действия, оговорки, ослышки
Проекция появляется как следствие вытеснения. Вытесненное в подсознание содержание переносится на другого человека	Ревнивый человек видит в других свои вытесненные желания
Образование симптомов — создание страдания, так как пережитое обращается против себя	Внутренняя тревога, беспокойство, чувство напряженности; легкая возбудимость, склонность к депрессии, нет легкости...
Сублимация — перевод напряжения в другое русло	Онанизм
Перенос — освобождение от блокированных целей при помощи замещающего объекта внешнего мира, чтобы сохранить цели, но в другом виде	“Он плохой, как и его отец”, “Она во всем повторяет свою мать” (замещение отношений взрослых отношений к ребенку)
Образование реакций — неадекватная реакция на раздражитель	Лживость и месть вместо искренних чувств
Бегство, уход — создание дистанции (любими способами) по отношению к реальности	Роль наблюдателя: “Я лучше посмотрю”. Уход от неудач в другую деятельность, например в общение, в семейную жизнь
Игнорирование ролей — оправдание бессилия	“Я не могу иначе, я должен делать то, что должен”
Рационализация — доступное пониманию человека оправдание какого-то своего поступка	“Не все так плохо, зато я...”
Оглушение, анестезирование — при помощи алкоголя	Расслабление как смысл жизни или способ повысить самооценку, снизить чувствительность к фрустрации

Продолжение таблицы

Название защитного механизма личности и его содержание	Пример защиты
Огораживание, экранирование — применение психофармакологии	Смягчает симптомы психического напряжения — усталость, апатию и пр.
Защита бессилием или регресс	Отказ от сопротивления: “Тут ничего невозможно сделать”
Притупление чувствительности — контроль за чувствами	“Я не могу себе позволить, я буду выглядеть смешно или глупо”

Какое значение для медицинской практики имеет знание о динамике психической жизни?

Это значение связано с организацией воздействия на потенциальные возможности сознания человека через взаимодействие с ним другого человека — врача или психолога.

Защитные механизмы личности существенно влияют на формирование у человека внутренней картины болезни (ВКБ), определяют его реакцию на болезнь, что подробнее будет рассмотрено в следующих главах.

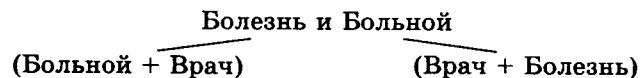
Роль всех защитных механизмов для человека заключается в уменьшении страха. Реальность его жизни может быть непереносима и поэтому должна быть искажена или отторгнута с помощью описанных техник защиты. Благодаря защите человек может достаточно быстро преодолеть страх, но при этом сохраняются проблемы в отношениях с реальностью и появляются иллюзорные, фантомные формы жизни.

Человеку самому часто трудно справиться со своими защитными механизмами, которые могут закрыть для него реальность жизни. Другой человек — врач или психолог, а возможно, оба совместными усилиями могут помочь больному преодолеть нежелательное действие защитных механизмов. П. Лейстер¹ описывает следующие способы преодоления защитных механизмов:

¹ См. подробно: Лейстер П. Не давайте себя в обиду. Вена, 1976.

Защитный механизм	Способ преодоления
Идентификация с кем-то или с чем-то	Протест, сопротивление. Поиск себя
Вытеснение	Осознание. Бдительность
Проекция	Самокритика. Внутренний диалог
Образование симптомов	Исследование причин, внешняя активность, самозащита, здоровая агрессивность
Перенос	Сохранение выбранной цели
Сублимация	Раскрепощение сексуальности и самозащиты
Образование реакций	Честность и выражение правдивых чувств и мыслей
Уход	Принятие реальности, контакт с ней
Рационализация	Признание истинных мнений, желаний и чувств
Оглушение	Бдительность, открытый анализ болезней и фрустраций
Экранирование	Работа с причинами. Приведение симптомов к их причинам
Объяснение бессилием	Объяснение силой, доверие к своей силе, развитие инициативы
Игра ролей	Освобождение от ролевых стереотипов; мужество в разрушении ролевых игр
Сковывание чувств	Доверие к чувствам, развитие их

В этой главе описаны далеко не все закономерности психической жизни человека, которые с очевидностью проявляются в его поведении, когда человек заболевает и обращается за помощью. Но ориентация на них позволяет обосновать, какое место занимает больной в системе: Врач—Болезнь—Больной. Говоря другими словами, с кем он объединяется в этой ситуации, ведь в ней, как минимум, возможны следующие варианты:



За этими вариантами кроется и разная направленность динамики психической жизни, о существовании которой говорилось в этой главе. Различие вариантов обуславливает и разницу воздействия на болезнь самого больного с помощью другого человека. Другой человек — врач, целитель, лекарь, психотерапевт — может помочь больному осознать динамику его психической жизни, показать источники душевных сил в борьбе с болезнью. Как писали К. и С. Саймонтоны, обращаясь к людям, окружающим больного: «Лучше помогайте, чем “спасайте”»¹. Именно такое отношение другого человека помогает больному использовать в борьбе с болезнью ресурсы собственного организма.

Практическое занятие

Тема: Понятие о защитных механизмах личности.

Вопросы

1. Роль психологических защитных механизмов в жизни человека.
2. Виды защитных механизмов личности.
3. Возможности воздействия на защитные механизмы личности.

Литература

1. Палей Л.И. Гипотеза соматопсихического диссонанса // Вопросы психологии. 1993. № 1.
2. Михайлов А.К. и др. Особенности психологической защиты в норме и при соматических заболеваниях // Вопросы психологии. 1990. № 5.
3. Завьялов А.А., Плотников В.В. О путях вовлечения психологии в практическую медицину // Психологический журнал. 1996. № 4.

¹ Саймонтон К., Саймонтон С. Возвращение к здоровью. СПб., 1995. С. 273.

Практическое задание

Взять интервью у хронически больного человека, выявить в тексте интервью содержание психологических защитных механизмов.

Цель задания: развитие навыков слушания другого человека как основного способа получения психологической информации.

Глава 5

**ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ
ОТНОШЕНИЯ**

Содержание психосоматической проблемы. Телесность человека и ее развитие. Отклонения в психосоматическом развитии. Направления развития теории и практики психосоматической медицины. Способы решения психосоматической проблемы.

<p>Содержание психосоматической проблемы</p>	<p>Психосоматическая медицина, или психосоматика — это область междисциплинарных исследований (философии, физиологии, психологии, медицины и других наук), направленных на изучение психики и тела — души и тела (<i>греч.</i> psyche — душа; soma — тело), то есть психосоматической проблемы.</p>
---	--

Задолго до возникновения внимания к этой проблеме в науке она существовала как область обыденной жизни человека или бытовой психологии. Люди обнаружили связь между особенностями строения тела человека и особенностями его психики и заметили, как самочувствие или душевное состояние человека влияет на его тело. Эту зависимость использовали на практике представители религии, педагогики, медицины. Каждый из них решал свои задачи воздействия на человека, вырабатывал особую технику влияния на него, например, и в религии, и в педагогике, и в медицине есть такие способы воздействия на тело человека, как позы — для осуществления религиозных обрядов; поза во время уроков; повторяющиеся движения, например, в лечебной физкультуре.

Наука относительно недавно стала интересоваться этой проблемой, а само понятие “психосоматика” было введено И. Хайротом в 1918 году, а через 10 лет К. Якоби впервые использовал родственное понятие “соматопсихика”.

В настоящее время исследователи называют три научных направления, которые способствовали становлению психосоматики как науки. Это психоанализ, теория кортико-висцеральной патологии и концепция мобилизации Кеннона. Сюда же надо отнести и теорию Ганса Селье вместе с обширными исследованиями по проблемам стресса.

Основной областью, в какой развивалась психосоматика как в отечественной, так и в западной науке, стала медицина. Возникли такие области знания, которые сегодня называются психосоматической медициной или психосоматическим направлением в медицине, появились термины, которые описывают связь психических и телесных процессов. В работах А. Лоуэна, В. Райх, Б.Д. Карвасарского, В.В. Николаевой, А.Ш. Тхостова, Э.Г. Эйдемиллера, В.В. Юстицкого говорится о психосоматическом соотношении, о психосоматическом взаимодействии, о психосоматическом единстве.

Например, в работе Э.Г. Эйдемиллера и В.В. Юстицкого¹ описываются нарушения основных сфер жизнедеятельности семьи как источник психической травматизации личности, который приводит к психосоматическим заболеваниям. Авторы пользуются классификацией типов родительских семей у больных с психосоматическими расстройствами, разработанной Г. Штирлин (1978). Это такие типы:

1. “Связывание” — семья с жесткими стереотипами коммуникаций; при этом дети становятся инфантильными, отстают в эмоциональном развитии. Формула общения в такой семье: “Делай, как я тебе сказал”.

2. “Отказ” (“отвержение”) — ребенок как бы “отказывается” от себя, от своей личности. У него развивается аутизм и тенденция к автономности.

3. “Делегирование” — у родителей потеряно реалистическое восприятие достижений своих детей; они воспринимают своих детей как продолжение себя, возлагают на них надежды на осуществление своих несбывшихся планов.

¹ Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В.В. Семейная психотерапия. Л., 1990.

Приведем несколько примеров заболеваний, в развитии которых роль психосоматических факторов, связанных с типом семьи, признается большинством исследователей этих болезней (по данным Э.Г. Эйдемиллера и В.В. Юстицкого).

Прежде всего этого бронхиальная астма. В ее появлении существенное значение имеют истерические черты личности, повышенная ипохондричность, осознаваемая тревога. В симптомах бронхиальной астмы усматривают символическое выражение личностного конфликта между потребностью больного человека в нежности и страхом перед ней, а также противоречивость в решении проблемы “брать и давать”. Чаще всего в семьях таких больных родители стремятся к контролированию и подавлению инициативы своих детей, запрещению их спонтанных эмоциональных проявлений (считают, что неприлично проявлять свои истинные чувства).

Другая болезнь — туберкулез легких. Многие авторы склонны считать, что это психосоматическое заболевание, так как выявляется выраженная акцептуированность личности у этих больных в подростковом и юношеском возрасте. Они отличаются повышенной чувствительностью к оценкам окружающих, ранимостью в ситуациях лишения любви.

Гипертоническая болезнь. Ее исследование показывает, что у больных этой болезнью наблюдается внутриличностный конфликт между агрессивными импульсами и потребностью в зависимости от значимых лиц, а также стремлением к достижению высоких социальных целей и высоких стандартов социальной жизни. Это ведет к хроническому стрессу, так как люди мало адаптированы к стрессовым ситуациям, возникающим при изменении жизненных стереотипов.

Ишемическая болезнь сердца и инфаркт миокарда. Изучение людей с такой болезнью показало, что они характеризуются торопливостью в ведении дел, нетерпением, чувством постоянной нехватки времени, чувством высокой ответственности за порученное дело. Они обладают неуверенностью в себе, эмоциональной лабиль-

ностью, их характеризует “уход в работу”, так как ни на что другое у них просто не хватает времени.

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. На сегодняшний день выделены типы (профили) личности, которые обуславливают появление этих болезней, характер их течения и возможное превращение болезни в хроническую. Опишем подробнее два профиля: “тиранический пациент” и “невроз характера”. “Тиранический пациент” характеризуется слабостью Я, внутренней зависимостью от окружающих и в то же время интенсивным страхом перед этой зависимостью. Как сверхкомпенсация на это появляется стремление к тираническому подавлению окружающих со вспышками агрессивности в случае неудач. Часть пациентов склонны к алкоголизации. Больные с “неврозом характера” “язвят” окружающих ироническими замечаниями, выражают постоянное недовольство, брюзжат и т.д. Это формы постоянного “рассеивания” агрессивного напряжения, свойственного человеку с психопатическими качествами.

Сахарный диабет. В отношении этой болезни есть данные о том, что ее развитию способствуют: 1) внутриличностные конфликты, которые компенсаторно удовлетворяются актом еды, появляется как бы символическая психологическая формула: еда равна любви. Это ведет к стабильной гипергликемии, которая ослабляет секреторную деятельность островков Лангерганса поджелудочной железы. 2) Как следствие отождествления пищи с любовью, уничтожается эмоция голода. Состояние голода усиливается независимо от принятия пищи. Формируется “голодный” метаболизм, который соответствует метаболизму больного диабетом. 3) Неосознанные страхи приводят к постоянному реагированию по типу “бегство—борьба” и сопровождаются гипергликемией, а так как психологическое напряжение не реализуется, то диабет может развиваться из начальной гипергликемии.

Думается, что читателю будут интересны и идеи о символической функции симптомов болезней, которые описывает немецкий врач Курт Теппервайн в работе “О чем хочет сказать твоя болезнь. Язык симптомов”.

Главная идея, которая лежит в основе этой книги, состоит в том, что за каждой болезнью скрывается проблема. По мнению автора книги, “проблемы — это всегда “задания” жизни вам, всегда включают дань, дар, но они также и призывают к отдаче. Но отдать можно только то, что вам принадлежит. Если у вас возникает проблема, безразлично, в какой форме или области, вы должны спросить себя: “Что теперь нужно отдать или отпустить, где помеха моему истинному бытию?” Проблема, будь то болезнь или что другое, всегда свидетельствует о том, что вы не таковы, как есть на самом деле”¹. Это суждение кажется верным, и приведенная цитата поможет сосредоточиться на типах проблем, которые посылает жизнь в виде разных болезней. Вот несколько примеров.

Симптом	Содержание проблемы
Боли в пояснице	Душевное перенапряжение, разочарование; избыток ответственности, пониженная сопротивляемость, страхи, чувство вины, антипатия, скорбь
Болезни предстательной железы	Признаки внутреннего давления: “Я не могу быть таким, как хочу, настоящим мужчиной”. “Я должен перестать стремиться оправдывать ожидания”
Грызение ногтей	Внутреннее напряжение и агрессия, стремление к мнимому или действительному незаконному поведению; неразрешенные конфликты
Высокое кровяное давление	Повышенный динамизм, подавленная агрессия, сдержанные чувства, тщеславие, недостаток гибкости
Депрессия	“Меня давит угнетение. Я не являюсь самим собой, не проявляю своих чувств, не живу в действительности”
Кожная сыпь	Требование больше заняться собой, что-то “свербит”, не позволяет больше себя вытеснять
Мышечная атрофия	Потеря способности к действию, к решению задач и проблем; страх перед неудачей и последствиями
Несчастные случаи	Потеря опоры, как будто попал на карусель, сбил с дороги, недостаток согласия с самим собой

¹ Теппервайн К. О чем хочет сказать твоя болезнь. Язык симптомов. М., 1996. С. 38—39.

Медиков, работающих с психосоматическими отношениями, интересуют прежде всего те клинические феномены, в существовании и динамике которых огромную роль играют психологические факторы.

В центре внимания исследователей-клиницистов медиков и психологов оказались такие феномены, как психогенные конверсионные расстройства, психовегетативные нарушения в структуре неврозов; замаскированные депрессии; заболевания психосоматической специфичности, вторичные психогенные нарушения телесных функций у больных с хроническими соматическими заболеваниями, изменения психики, отягощающие течение соматического заболевания.

Так, в частности, в работе Ю.М. Губачева, В.Е. Кагана, А.М. Якубзона¹ показано, что при анализе психологических особенностей больных с одним диагнозом можно выделить факторы, существенным образом влияющие на течение болезни. Это прежде всего переживания, связанные с актуальным соматическим состоянием. Показана большая роль переживаний, основанных на воспоминаниях об отношениях в семье и оценке возможных перспектив своей жизни. Этот фактор можно расценивать как вариант стрессового реагирования на болезнь.

Интересными представляются данные авторов о том, что топография пространства переживания различна у мужчин и женщин. Женщины связывают свою болезнь с теми отношениями, которые важны для них в настоящее время, и оценивают свое отношение через переживания, которые были бы характерны для здорового сердца. У мужчин страх перед болезнью, отношение к ней противоречит их отношению к возможностям собственных действий. Женщины практически замыкаются в

¹ Губачев Ю.М., Каган В.Е., Якубзон А.М. Половой диморфизм переживания болезни при невротических кардиофобиях // Психологический журнал. 1990. № 5.

переживании типа “Мои жизненные отношения таковы, что быть здоровой просто невозможно”. У мужчин при кардиофобиях появляются переживания собственной неспособности что-то делать, своих ограниченных возможностей, что приводит к разным формам психологической защиты: “уход в работу”, “рационализация” и др.

Анализ современных работ показывает, что исследователями в последнее время большое внимание стало уделяться конкретным факторам, составляющим психосоматическую проблему.

В то же время изучение психосоматической проблематики в логике медицинского знания привело к тому, что большое внимание уделяется только патологии — влиянию на психику разного рода болезней, тогда как область психологии здоровья осталась менее исследованной. Сегодня особого внимания требует изучение отношений между психикой и телом в норме развития. Существование этих отношений у здорового человека не вызывает сомнений, но и психологи и медики очень мало внимания уделяют их исследованию, большие силы тратя на изучение отношений патологических.

Психология как наука о закономерностях, свойствах и качествах душевной жизни оказалась в известном смысле на периферии психосоматической проблемы. Часто ее положение определяют как вспомогательное, служебное, которое только позволяет квалифицировать психическое состояние пациента и дает возможность оказывать психологическую помощь с целью воздействия на это состояние.

В отечественной психологии проблемы психосоматики долгое время не становились предметом последовательной теоретической и экспериментальной работы. Научные разработки скорее относились к разным ее аспектам — исследования образа тела; психовегетативные связи при соматотропных расстройствах; условия

психологического риска при психосоматической патологии. Психическая жизнь человека в этих работах чаще всего представлена эмпирически или через описание ее каких-то отдельных проявлений — самосознания, образа Я и др.

В.В. Николаева и Г.А. Арина¹ считают, что исследованиям в области психосоматики препятствует предубеждение, один из видов научных мифов о том, что психическое в человеке ограничено психикой. Реальность организма при таком подходе полностью исчезает из поля зрения психологов; они ограничиваются данными естественных наук — анатомии, физиологии, биологии.

Телесность человека и ее развитие На сегодняшний день возникает задача поиска собственного предмета исследования в психосоматике как особой области знания. Поиск этот связан с пониманием специфики телесности человека как особого явления, как особого объекта теоретического анализа и экспериментального исследования.

Можно видеть в телесности человека его качества как культурного тела и увидеть проявление его символической природы, которая неоднократно обсуждалась в литературе, например в философской (Кассирер), в искусствоведческой (М. Бахтин, М. Волошин), в психологической (А. Лоуэн, Ф. Александер). Символическая природа тела человека дает возможность исследовать тело человека в свете тех традиций, которые разрабатываются в отечественной психологии как культурно-историческая теория. Именно она может быть основой для понимания того, что надо изучать, когда речь идет о психосоматических отношениях. Предметом психологии телесности будут являться закономерности развития телесности человека на разных этапах онтогенеза,

¹ Николаева В.В., Арина Г.А. От традиционной психосоматики к психологии телесности // Вестник МГУ. Психология. 1996. № 2.

а также ее структура и психологическая закономерность ее функционирования в качестве человеческого, то есть культурно-детерминированного феномена в норме и патологии, условия и факторы, влияющие на формирование телесности.

Самый наблюдаемый из феноменов телесности — осанка человека, особенность его движения при ходьбе. Народная мудрость давно отметила взаимное соответствие внутреннего состояния человека и манеры держаться. К примеру, в слове “крест” объединены два значения: предмет соответствующей формы и душевное бремя, тяжесть, которая давит на плечи человека, сгибает его позвоночник, когда он “несет свой крест”.

Все знают, что в горе человек может уйти в себя — ссутулиться, потупить взор, прятать глаза. Ему не хочется ни с кем общаться, он стремится свести к минимуму поверхность своего тела, с которой может быть осуществлен контакт.

Напротив, если человек идет уверенной походкой, голова поднята, взгляд открыт, он готов воспринимать все новое, все открыто ему. Уверенность, сила человека проявляются не только в осанке и походке, но и в его неподвижной позе.

Если ориентироваться на психологический онтогенез телесности, то есть на то, как с момента рождения тело приобретает символическую функцию, как оно начинает проявлять в себе особенности индивидуальной психической жизни, то можно попытаться понять психосоматическое развитие как социализацию телесности. В индивидуальной истории жизни человека происходит как закономерное развитие регуляция разных телесных функций (дыхания, пищеварения, выделения и т.п.) и проявление в этой регуляции знаково-символической функции сознания. Осуществляющиеся телесные функции влияют на строение сознания, например, можно проследить, как освоение речи действует на регуляцию функций выделения, а холотропное

дыхание (по С. Грофу) изменяет функции сознания. Реакции боли могут вызывать новые феномены сознания, например фантомную боль ампутированного органа. Становление знаково-символической функции сознания может существенно изменить потребность в еде (знание о “полезных” и “бесполезных” продуктах), в питье (знание о том, сколько надо пить), в сне (знание о том, когда полезно спать и т.п.). Создаются новые психосоматические феномены — образ боли, схема тела, образ тела, самочувствие и т.п. Эти феномены и их формирование в онтогенезе и будут предметом анализа при изучении психосоматических отношений.

Итак, когда мы говорим о психосоматическом развитии или о развитии телесности, то обращаем внимание на то, как в конкретной индивидуальной жизни человека будет проявляться знаково-символическая регуляция различных природных потребностей, телесных функций и создающихся на их основе феноменов.

Сегодня есть возможность говорить о том, что пути социализации телесных феноменов пролегают через выражение телесных действий соответствующими им знаками. Для ребенка носителями таких знаков выступают взрослые, в первую очередь мать. В естественных отношениях матери и ребенка символический план существует изначально вместе с планом натуральным: плач как естественная функция ребенка для матери сразу (или почти сразу) становится симптомом его состояния и определяет ее действия по отношению к организму ребенка.

В совместных разделенных телесных действиях матери и дитя мать выполняет функцию означивания разных жизненных потребностей ребенка и его телесных действий. Таким образом телесные действия ребенка изначально вписаны в его психологический образ мира, в его картину мира; их содержание и структура определяются развитием системы значений и смыслов, например, ребенок осваивает, когда уместно, а когда нет

говорить о своих естественных потребностях, где уместно, а где нет отправлять их. Он учится терпеливо переносить голод (до определенного предела, естественно) или жажду.

Функционирующий организм ребенка начинает одновременно приобретать и знаковое обозначение, и символическое значение, например, ребенок в четыре года сам может сказать взрослым: “Ты что не видишь, как я обиделся — у меня брови сморщились” (из дневниковых записей). Он к этому возрасту уже умеет манипулировать символами боли (“Я не для тебя плачу, а для мамы плачу”, “Не буду успокаиваться, еще буду орать и орать”).

В разных культурах одним и тем же функциям организма придается разное значение. Одной из наиболее исследованных в этом смысле функций является выделительная. Американский этнограф М. Мид наблюдала обучение навыкам опрятности детей разных индейских племен и пришла к выводу, что на характер людей разных племен существенное влияние оказывает то значение, которое придается взрослыми способности ребенка контролировать выделения в раннем возрасте. Следовательно, характер человека определяется и формированием его отношения к собственному телу.

Одной из ранних форм существования значения и, видимо, как считают многие авторы, центральной для анализа процесса психосоматического развития является образ тела, данный человеку в ощущениях. Это то целостное переживание, в котором сливается тело как предмет, к которому возникают чувства, и тело как организм, воспринимающий эти чувства. Образ тела является посредником между значениями, которые человек осваивает (как надо что-то правильно делать — ходить, стоять, сидеть, спать, есть и т.п.), и смыслами, которые возникают только у него самого по мере освоения собственного тела (личные

пристрастия, индивидуальная поза во время сна, сидения, осанка и т.п.).

Образ тела имеет большое значение в психологическом онтогенезе телесности. Он отличается от схемы тела. Образ тела — это представление человека о собственном теле, которое определяет контуры психологического пространства. Образ тела определяет положение человека в картине мира как система координат, как начало, точка отсчета собственного существования. Это и тот словесный образ, который человек может представить для других людей: я худой или полный, высокий или низкий и я медлительный, ловкий, неловкий и пр. В итоге это связано с осознанием своих возможностей — я могу или не могу что-то делать. Благодаря своей осознанности, образ тела становится моментом динамизирующим, определяющим активность человека по преобразованию себя и мира, в котором он живет. Этот образ входит в основные аксиомы принятия решения — в возможность вытерпеть жажду, выдержать длительное напряжение.

Считается, что изменение психосоматических феноменов определяется возникновением тех новообразований в потребностях ребенка, которые типичны для каждого возрастного периода. Психосоматические феномены, связанные с регуляцией природных потребностей телесных функций человека, задаются содержанием основных психологических новообразований¹.

Генезис телесности человека сливается с генезисом основных психических новообразований: так, фундаментом существования осмысленных психосоматических феноменов является общение ребенка с матерью. Мать обозначает телесный феномен (еду, питье, движение, дефекацию и т.п.), а своим эмоциональным реагированием задает смысл и ценность. Так, боль до ее обозначения и наделения определенным смыслом ребенок не отлича-

ет от дискомфорта, а при наделении ее матерью специфическим содержанием и обозначением боль получает и соответствующий поведенческий вариант проявления. Например, ребенок просит пожалеть его, подуть на ушибленное (больное) место или погладить его; побить обидчика (или предмет), который вызвал боль.

Магическая власть общения матери с ребенком в ситуации его боли описывается многими исследователями. Материнский поцелуй излечивает любую детскую боль, а по сути — это действие, изменяющее смысл страдания — преобразующее страдание в любовь. Этот момент преобладания телесных символов в реагировании взрослого на телесные симптомы поведения ребенка относится к периоду симбиотических (взаимозависимых) связей ребенка и матери. Обычно этот период заканчивается с возникновением у ребенка независимых, управляемых им самим телесных действий, при которых он уже может воздействовать на свое тело, использовать его как инструмент в своих целях (умеет управлять, например, актом мочеиспускания и т.п.).

С возрастом коммуникативный план телесности (поцелуи, поглаживания, похлопывания, пощипывания и пр.) оттесняется в общение ребенка и взрослого на задний план, но, как показано, например, в работе И.К. Фридман¹, телесный контакт ребенка и взрослого является необходимым в развитии ребенка, хотя интенсивность контактов и их форма могут и должны определяться типом детской телесности. И.К. Фридман выделила три типа детской телесности (“лисичка”, “черепашка”, “кузнечик”), которые отличаются способом реагирования на телесный контакт со взрослым. “Лисичка” пластично подстраивается под силу и форму телесного контакта взрослого, стремится соответствовать ему, “черепашка” сжимается и стремится отверг-

¹ См. подробно: Абрамова Г.С. Возрастная психология. М., 1997.

¹ Фридман И.К. О контакте родителей с детьми // Вопросы психологии. 1990. № 1.

нуть контакт, а “кузнечик” реагирует повышением активности. Тип телесности ребенка существенно влияет на содержание его образа тела.

В ситуации соматической болезни актуальность коммуникативного компонента телесности резко возрастает и она может стать источником особого класса психосоматических симптомов, например истерической конверсии — коммуникации на языке болезненного состояния.

Следующий этап развития психосоматических феноменов связан с включением их в гностические действия, то есть в действия познания, которые приобретают особый самостоятельный смысл и преобразуют психосоматическую связь. Этот этап характеризуется интересом ребенка к собственному телу, поиском средств словесного и иного символического обозначения телесных событий.

Феноменология телесности может быть описана переходом от формулы “Я есть тело” к формуле “У меня есть тело”. В этот важный момент смысловая трансформация выдвигает на первый план определенные, как бы более ценные части тела и сопряженные с ними акты. Это отражено в детских рисунках, где изображен типичный головног, существо, имеющее голову и ноги. Этот этап приводит к появлению новых действий — подражательных и имитирующих. Ребенок “учится” болеть у взрослых, неосознанно воспроизводит их симптомы, осваивает семейные сценарии болезни, стереотипы реагирования на боль.

Освоенные и присвоенные в этот период значения телесных действий могут стать основой симптомообразования в виде актуализации выученных симптомов, которые будут влиять на систему ценностей в ситуации страдания. Например, в виде страха, фиксирующего боль в конкретной области (желудка, сердца), как это было у кого-то из членов семьи, где ребенок неосознанно подражал страдающим взрослым.

Следующий этап социализации телесности связан с появлением рефлексии как основного новообразования. Возникновение рефлексивного плана происходит в младшем школьном или раннем подростковом возрасте, когда человек способен изменить существующие у него смыслы и создать новые. В сознании человека происходит разделение целостного тела и ощущений, которые с ним связаны, на сумму относительно самостоятельных частей (органов) тела, с которыми можно устанавливать отношения независимо от отношения ко всему телу. Человеческое Я делает органы тела и их функции участниками своего внутреннего диалога. Человек как бы может “поговорить” со своими частями тела, органами, со всем телом, например, может обратиться к своему сердцу или почкам.

Это очень важный момент, так как тело начинает существовать не только как целое, но и как его органы и их функции или функциональные системы.

Дефицит рефлексивных психологических средств, то есть невозможность внутреннего диалога с какой-то частью организма или его функциональной системой, может привести к формированию потенциально патогенного, алекситемического симптома психологической регуляции или к привычному истерическому способу симптомообразования психосоматических расстройств в жизненно трудных ситуациях. Другими словами, весьма вероятно, что невозможность внутреннего диалога (думается, что и внешнего), в котором человек может выразить состояние функциональных систем своего организма, приводит к избыточному эмоциональному реагированию. На уровне бытовой психологии это выглядит так: вместо того, чтобы в трудной ситуации порассуждать о ее причинах и возможностях преодоления, человек начинает плакать, кричать или “биться головой о стену”, обвиняя всех и вся. А это путь к болезни.

Видимо, в этом направлении надо искать и истоки происхождения ипохондрических черт личности: че-

ловек вместо рефлексивного анализа погружается в пучину отрицательных эмоций.

Говоря иначе, если человек не может осуществлять внутренний диалог, основанный на разделении телесного и духовного Я, то тогда появляются стереотипы реагирования, связанные с невозможностью выделения качеств телесного и духовного как взаимозависимых, как обладающих равными силами влияния на трудную жизненную ситуацию.

Телесное реагирование без рефлексивного реагирования (то есть сначала тело, потом сознание) поднимает проблему паузы или отсроченного действия, о котором говорил Б. Рассел. Социализация телесности и проявляется в том, что в реагировании возникает пауза, необходимая для внутреннего диалога. Таково условие становления человеческого в человеке и проявление его. Внутренний диалог со своим движущимся, действующим телом — это основа сохранения индивидуального сознания человека.

Социализация телесности имеет и свой психофизиологический план, мало исследованный с позиций психологического анализа. Можно только предполагать, что сами функциональные системы организма не остаются безразличными в ходе их психологического опосредования и преобразуются в новые системы, которые включают в себя и психологические звенья их регуляции.

Процесс становления психологического опосредования функциональных систем протекает гетерохронно, то есть разновременно. Разные функции в процессе развития приобретают как бы разную глубину психосоматичности. Например, у человека может быть страх перед передвижением в открытом пространстве, но не будет страха перед движением в темноте.

Предполагается, что чем больше телесная функция представлена в поведении, тем более она культурно опосредована, тем отчетливее она регулируется социальными нормами. В первую очередь это относится к

сексуальной, дыхательной функции, реакции боли, и на их базе можно чаще всего наблюдать широкий спектр психосоматических расстройств.

Отклонения в психосоматическом развитии Итак, когда рассматривается развитие психосоматических симптомов, то можно говорить о том, что оно определяется социализацией телесности. Хотя вопрос изучен недостаточно, сегодня уже можно предполагать существование нескольких вариантов отклонения в психосоматическом развитии ребенка. Опишем наиболее часто встречающиеся варианты.

1. Отставание в социализации телесной функции, обусловленное задержкой психологического опосредования. Примером этого может быть отставание в формировании навыков опрятности и произвольного регулирования движения, культурных форм удовлетворения потребностей (в еде, питье, сне). Критерием здесь является поведение, не соответствующее эталонному. Например, ребенок предпочитает есть руками, ест неопрятно, не пользуется предметами туалета или пользуется ими неадекватно.

2. Регрессивное развитие психосоматических функций, которое может быть кратковременным, как, например, реакция на болезнь. При плохом самочувствии ребенок теряет приобретенные навыки: не может сам есть, заснуть, у него меняется походка, он не хочет умыться. Более сложный вариант регресса связан с актуализацией ранних (по отношению к текущему времени) смысловых систем, как при конверсионном симптоме, или с переходом к более примитивным механизмам регуляции телесности, например, от рефлекслируемых к аффективным. Это может быть плач по любому поводу, подавленное состояние, невозможность и нежелание общаться и т.п. Человек вместо сопротивления болезни предпочитает примитивные формы психологической защиты (например, уход) или реагирует только

аффективно (не терпит боли). Механизм же терпения основан на рефлексии.

3. Искажение психосоматического развития, которое определяется нарушением всей системы психологического опосредования — ценностного, смыслового, когнитивного. Это искажение касается развития телесного Я в целом. Это тот вид психосоматического дизонтогенеза обусловлен нарушением детско-родительских отношений. Лебединским В.В.¹ показано, что в искажении особую роль играют симбиотические и авторитарно-отвергающие отношения к ребенку. В.В. Лебединский описывает предполагаемую модель появления аутизма в детском возрасте:

1) На базальном, организменном уровне возникают симптомы, которые вызваны патологией в воспринимающей, сенсорной сфере. Момент непереносимости, болезненности в процессе протопатической чувствительности указывает на то, что в этом присутствуют аффективные компоненты.

В результате нарушения аффективного процесса возникает фиксация более ранних форм ориентировки, например, через рот.

Так задерживается закономерный процесс перестройки — не происходят изменения в соотношении дистантных и контактных анализаторов. Дистантные не становятся ведущими. Неустойчивость развития порождает тенденцию к регрессу, заикливанию двигательных стереотипов.

2) В результате нарушений в воспринимающих системах и в моторной сфере не складываются механизмы адаптации к окружающему. Некоторые из них не реализуются вообще, а другие запаздывают.

Так как дезадаптация становится постоянной, то начинают формироваться защитные механизмы ухода

от травмирующей ситуации — ограничение контактов с окружающими, самоизоляция.

Естественно, это только возможные варианты психосоматического дизонтогенеза, они позволяют строить психологическую диагностику, ориентированную на особенности психосоматических отношений конкретного человека, определять уровень этих отношений.

Более сложную для понимания картину образуют феномены телесности у взрослого человека. Они опосредованы всей его психической жизнью и имеют особое значимое эмоционально насыщенное содержание. Изучение этого содержания, его происхождения, роли и места в психической жизни человека дает возможность увидеть значение симптомов телесности в процессе синдрообразования. Сегодня можно предполагать существование нескольких путей актуалгенеза телесного симптома. Прежде всего они связаны с отклонениями в процессе социализации телесности в детстве, с искажением структуры психологического опосредования телесных симптомов, например, запрет на обсуждение сексуальных переживаний. Отсюда возникает задача анализа тех способов, какими эти симптомы вплетаются в актуалгенез психосоматических расстройств (подробнее об этом, например, в работе Холл Зейды¹).

Направления развития теории и практики психосоматической медицины

Большое значение обсуждаемые вопросы имеют для проведения направленной психотерапии, особенно семейной. Каждая психотерапевтическая практика ориентируется на свою модель актуалгенеза психосоматических расстройств. Сегодня в психосоматической медицине выделяются несколько направлений развития теории и практики. Одно из них — концепция “десоматизации

¹ Лебединский В.В. Аутизм как модель эмоционального дизонтогенеза // Вестник МГУ. Психология. 1996. № 2.

¹ Зейда Х. Последствия сексуальных и других психологических травм детства // Психологический журнал. 1992. № 5.

и ресоматизации”, сформулированная в конце 20-х годов XX в. В основе ее лежит представление о неразрывности соматических и психологических (эмоциональных) процессов у человека в периоде раннего детства, которая ослабевает по мере его взросления. “Десоматизация” — это нормальное развитие, а “ресоматизация” — измененные варианты развития, например ретардация или диспропорциональность. У инфантильных лиц, предрасположенных к психосоматическим заболеваниям, недостаточно дифференцированы эмоциональные и соматические проявления, поэтому у них легко трансформируется эмоциональное нарушение в нарушение соматическое.

Другой подход к пониманию сути телесных симптомов связан со спецификой ситуации болезни, которая толкает человека к необходимости разворачивать особые формы психосоматической активности. Вопрос о том, что такое боль и болезнь, какое место они занимают в психической жизни человека, подробнее рассмотрим в следующей главе. Сейчас же ограничимся замечанием, что особое значение болезни связано с тем, что болезнь фокусирует активность человека на особых психосоматических образованиях — внутренней картине болезни (ВКБ), изменившемся образе тела и феномене самочувствия. Эти образования становятся особым предметом познания, вызывают нозогнозию, становятся особой активностью по становлению психосоматического феномена. Большую роль в них начинают играть механизмы осуществления индивидуальной жизни человека — медиаторы симптомообразования, и саморегуляция в первую очередь.

Саморегуляция, целеполагание, уровень ответственности человека начинают определять глубину психосоматического расстройства — символический конверсионный симптом, психовегетативное нарушение либо органическое поражение той или иной телесной системы. От них зависят возможности и резервы индивидуального приспособления и компенсации болезненного состояния.

В хроническом телесном страдании симптом становится элементом жизни человека. Тогда возникают особые социальные и индивидуальные функции боли и болезни, которые мы подробно обсудим в следующей главе.

Таким образом, психосоматическое развитие продолжается во все периоды жизни взрослого человека и реализует накопленный в детстве опыт, сложившиеся механизмы психологической защиты, психологического опосредования телесности, которые порождают новый класс психосоматических феноменов: ВКБ, самочувствие, ипохондрию.

Ведущая роль в образовании психосоматических симптомов у взрослого человека принадлежит его самосознанию и рефлексии, возможности ведения содержательного внутреннего диалога с собственным телом, с самим собой, то есть проявление тех качеств психической жизни, которые позволяют человеку открывать или закрывать собственное психологическое пространство при взаимодействии с окружающим миром.

Проблема развития телесности, ее психологического преобразования, знаково-символического опосредования является центральной для психологии телесности, для понимания психосоматических отношений, которые в настоящее время стали предметом исследования и в которых общетеоретические модели получают свое эмпирическое подтверждение и воплощение в методических разработках и практических рекомендациях.

Анализ телесности как культурно-опосредованного феномена имеет большое значение для понимания психосоматической проблемы. В психологию телесности включаются не только феномены психосоматических расстройств, но и феномены нормы, их возрастная динамика, психологические механизмы развития телесности.

В психологии телесности новое наполнение получают понятия “психосоматический синдром”, “психосоматическое единство”; раскрывается в новом контексте активная роль самого человека в формировании психосоматических феноменов.

В свое время французский исследователь Жули так сформулировал закон возникновения психосоматических синдромов: возникновение заболеваний можно понять на основе вытесненных влечений, которые проявляются через расстройство функции или органа. Если эта тенденция конверсии на орган обратима, то это истерия, если не поддается обратному развитию, то это нарушение, характерное для органического процесса.

Гипотеза о связи психических и физических симптомов получила позже название гипотезы психосоматической специфичности. Она превратилась как бы в основной объяснительный принцип психосоматической медицины, которая сегодня решает три главных вопроса:

1) вопрос о тиггерном, пусковом механизме патогенного процесса в начальном этапе его развития;

2) вопрос о том, почему один и тот же сверхсильный раздражитель у одного человека вызывает болезнь, а у другого — нет;

3) почему психическая травма у разных людей приводит к заболеванию разных органов и систем.

Идея о конверсии на орган решала эти вопросы так: пусковой механизм вызывает психодинамический сдвиг, который фиксирует аффективный конфликт.

Современная психодинамическая теория рассматривает заболевание как результат нарушения биологических и социальных механизмов адаптации к общеприродной и социальной среде.

Причины индивидуальных различий в реализации силы Я, через защитные механизмы; поражение той или иной системы или органа зависит от содержания бессознательного конфликта. Например, артроз сустава пальца возник перед набиранием номера телефона для неприятного разговора.

Работы Ф. Александера и Ф. Данбар подвергли сомнению символическое значение психосоматических нарушений, считая конверсию сопутствующей аффекту. По их мнению, если эмоция не получила соответствующего ей выражения, то хроническое напряжение

выливается в сопутствующие хронические вегетативные сдвиги. Изучение большого числа случаев привело Ф. Данбар к выводу о том, что у больных одной нозологии есть общие личностные черты (“артрическая личность”, “язвенная”, “коронарная личность”), которые были описаны подробно. Сегодня многие пользуются этими понятиями для прогностической диагностики.

Таким образом, появилась идея о том, что содержание конфликта не только определяет болезнь, но и влияет на содержание личностных качеств человека, на особенности его эмоций и мышления в первую очередь.

Концепция констелляции личностных черт Данбар открыла широкую дорогу исследованиям личностных профилей психосоматических больных. Она сегодня широко реализуется у разных авторов (В. Гарбузов, Э. Эйдемиллер и др.).

Идея констелляции личностных черт является основной для становления концепций в современной психосоматической медицине. Было отмечено, например, что у психосоматических больных хорошо развита фантазия, они недостаточно включены в реально существующую ситуацию, часто не способны описать оттенки своих чувств, часто не находят слов для самовыражения. Обращаем внимание читателя на эти симптомы.

Исследователи отмечают инфантильность (незрелость) больных, страдающих психосоматическими заболеваниями. Они связывают их заболевания с неспособностью осуществлять управление в общении с другими людьми и во внутреннем диалоге с собой.

В 1934 году Ф. Александер сформулировал гипотезу специфичности, а далее в 1938 была выполнена работа Ф. Данбар. Она заключается в том, что психологические факторы, ведущие к соматической болезни, представляют собой установки больного по отношению к себе или к окружающему миру; познание этих факторов возможно в ходе лечения больного; сознательные психические процессы имеют *подчиненную* (выделено мной — А. Г.) роль в возникновении соматических симптомов, так

как они могут быть свободно и произвольно выражены в словах, в то время как подавленные тенденции вызывают хроническую дисфункцию внутренних органов. Следовательно, на первый план выдвигается задача изучения подавленных тенденций и воздействия на них.

Далее Ф. Александер считал, что актуальная жизненная ситуация ускоряет болезнь. Понимание болезни и ее развития должно быть основано на знании личности больного. В 1950 году он определил специфичность как физиологический ответ на эмоциональные стимулы, нормальные и патогенные, которые варьируют в зависимости от качества эмоций. Таким образом, качество эмоций является основным и исходным для понимания болезни. Об этом подробнее поговорим в следующей главе.

Ф. Александер считает, что специфичными для болезни являются психодинамические объединения разных факторов, среди которых — тревога, подавленные враждебные эротические импульсы, фрустрации, подчиненные желания, чувства вины и неполноценности.

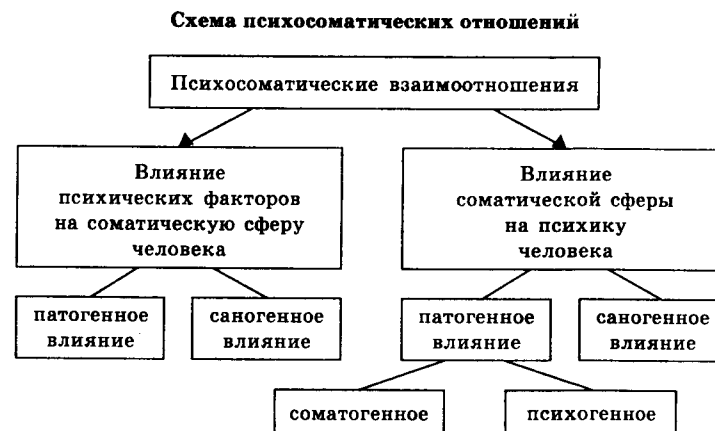
Интерес представляет учение об алекситимии¹, которое предполагает, что в основе психосоматических заболеваний лежит ограничение способности индивида к восприятию собственных чувств и эмоций, их адекватной вербализации и экспрессивной передаче. Неумение говорить о своих чувствах и выражать их как переживание известно почти всем людям. Эта концепция сегодня в разных вариантах обсуждается и поддерживается многими авторами, занимающимися психосоматической проблематикой. Высказывается предположение, что алекситимия в большей степени присуща только больным психосоматическими заболеваниями в отличие от больных неврозами. Психосоматические больные обычно характеризуются невыраженной способностью к свободным фантазиям; они конкретны, ценностные ориентации их ригидны. Позже более осторожно стали говорить о корреляции эмоциональных состояний и болезней.

¹ Введено П. Сифнеос в 1973 г. (греч. а — отсутствие, lexis — слово, thymos — эмоции).

Для понимания психосоматической проблематики важно, что связь между содержанием эмоции и состоянием тела человека прослеживается на разных уровнях исследования: от наблюдения до клеточного биохимического анализа.

Актуальными сегодня являются исследования са-ногенных факторов, влияющих на соматическое состояние человека¹.

Психосоматические отношения являются сегодня предметом многих исследований, и их следует учитывать при анализе жизни человека. Схему психосоматических отношений можно представить следующим образом²:



Участие психолога в постановке психосоматического диагноза может преследовать разные цели, которые надо знать, прежде чем приступать к исследованию больного. Они все взаимосвязаны, но на разных этапах работы с больным могут иметь разное значение: 1) установление конкретного диагноза, например, профиля личности

¹ См.: Саймонтон К., Саймонтон С. Возвращение к здоровью. СПб., 1995; Леннер Х. Кататимное переживание образов. М., 1996.

² См.: Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. М., 1987. С. 18.

(ПЛ); 2) определение возможностей осуществления психотерапевтического воздействия и его способов; 3) цели реализации программы самовоздействия больного.

Диагностируется вся социальная ситуация развития больного, которая сложилась к моменту исследования: сам пациент с присущими ему особенностями личности, которые могут быть изменены под влиянием болезни (направленность личности, система самооценок, установка на трудовую деятельность, внутренняя картина болезни); социальное окружение — круг общения, профессиональный коллектив. Диагностика социальной ситуации развития предполагает работу психолога не только с самим больным, но и с близкими ему людьми, если нужно, то с представителями трудового коллектива.

В ходе диагностики выявляются прогностически благоприятные и неблагоприятные факторы для течения болезни и судьбы больного в целом.

Для установления функционального диагноза часто нужна характеристика психической жизни больного, которая включает как структуру изменений в психике, так и анализ сохранных характеристик психической деятельности, которые могут быть основой компенсаторных ресурсов.

Особое внимание уделяется анализу и описанию спонтанных способов компенсации дефекта, которые нашел сам больной в ходе адаптации к болезни, а также механизмов психологической защиты.

Таким образом, психологическая диагностика ориентирована не только на выявление ведущих новообразований психологического синдрома болезни, но и на качественный анализ сохранных механизмов психической деятельности человека — внутреннюю картину его здоровья.

Для этого применяются разные методы и методики. Назовем некоторые из них: тест незаконченных предложений, семантический дифференциал, интервью, ТАТ и другие.

Способы решения психосоматической проблемы У человека есть возможность воздействовать на тонус и общее состояние своего организма через привлечение сил, которые можно назвать духовными.

Хотелось бы предложить читателям несколько идей Л. Хэй, автора известной книги “Исцели свою жизнь, свое тело. Сила внутри нас”, которые кажутся очень важными в свете обсуждаемой проблемы.

“1) Мы формируем свои убеждения в детстве, а потом движемся по жизни, воссоздавая ситуации, которые подошли бы нашим убеждениям.

2) Исходная точка силы всегда в настоящем времени.

...То, что важно, — это ваш выбор того, что думать и во что верить сейчас. Помните всегда, что эти мысли и слова будут создавать ваше будущее. Ваша сила — в настоящем моменте.

3) Единственное, с чем вам надо работать, — это ваша мысль, а мысль можно сознательно изменить.

Мысль влечет за собой чувство, которому вы поддаетесь. Не будь у вас такой мысли, чувство отсутствовало бы.

4) ... Злоба, критика других, чувство вины и страх создают наши проблемы.

Эти чувства возникают в тех людях, которые обвиняют других в собственных проблемах. Понимаете ли, если мы сами несем 100-процентную ответственность за все, что с нами происходит, то получается, что и ругать-то некого. Все, что происходит в вашей жизни с вами, — отражение ваших собственных внутренних мыслей...

Чувство вины всегда ищет наказания, а наказание создает боль. Страх и напряжение, которое оно порождает, создает язву, больные ноги, облысение. Я обнаружила на собственном опыте, что прощение и освобождение от обиды, злобы растворяет даже рак.

5) Мы в силах изменить наше отношение к прошлому.

6) Для того, чтобы освободиться от прошлого, мы должны быть готовы простить.

7) Помните, что вы критиковали себя годами и ничего из этого не получилось. Попробуйте полюбить себя”¹.

Л. Хэй говорит простым языком о том, что человек может быть как врагом, так и союзником своего здоровья, своего тела.

Примером решения психосоматической проблемы в частном случае может служить описание в работе Дж. Голдберг “Как жить с эпилепсией” особенностей отношений человека с другими людьми, его обращение за помощью и самолечение. В частности, автор пишет о том, что “жить с эпилепсией нелегко независимо от типа припадков. Однако, научившись спокойно относиться к своему заболеванию и успешно контролировать приступы, вы не будете ощущать себя жертвой”².

Примерами изменений, которые вызывает в психической жизни болезнь, еще может быть описание изменений познавательной деятельности, изменений отношений с другими людьми и с собой, о которых можно прочитать в романе С. Цвейга “Нетерпение сердца”.

Когда анализируется психосоматическая проблема, то возникает сложный вопрос о том, что считать симптомом и синдромом с психологической и медицинской точки зрения. Сегодня на вопрос об их связи и соответствии не существует однозначных ответов, требуются усилия многих исследователей, чтобы с большей долей вероятности говорить о психологических причинах болезней. Поэтому представляется целесообразным предложить читателю несколько представлений о психологических причинах болезней тела, которые сформулированы Л. Хэй. Она же предлагает и психологические пути их преодоления. (Одним из путей она считает путь исцеляющих аффirmаций нового

¹ Хэй Л. Исцели свою жизнь, свое тело. Сила внутри нас. Кау-нас, 1996. С. 10—16.

² Голдберг Дж. Р. Как жить с эпилепсией. М., 1995. С. 56.



мышления, которые будут способствовать замене старых стереотипов мышления.)

Предлагаемый ниже список психологических причин болезней представляет собой вероятные стереотипы мышления, вызывающие недуг; путь излечения — желание от него избавиться и создание нового мышления о себе. Вот несколько примеров из книги Л. Хэй:

Проблема	Вероятная проблема	Новый подход
Грибок	Отсталые убеждения. Нежелание расставаться с прошлым. Ваше прошлое довлеет над настоящим	Я радостно и свободно живу в сегодняшнем дне
Заболевание десны	Неспособность выполнять решения. Отсутствие четко выраженного отношения к жизни	Я — человек решительный. Я иду до конца и с любовью поддерживаю себя
Закливание	Ненадежность. Отсутствует возможность самовыражения. Запрещают плакать	Я свободно могу постоять за себя. Теперь я спокойно выражаю все, что хочу. Я общаюсь только с чувством любви
Зоб	Ненависть к навязанному в жизни. Жертва. Ощущение исковерканной жизни. Несостоявшаяся личность	Я в моей жизни — сила. Никто не мешает мне быть собой
Киста	Постоянное “прокручивание” в голове прежних обид. Неправильное развитие	Я думаю о том, что все идет хорошо. Я люблю себя
Колики	Раздражение, нетерпение, недовольство окружением	Вы реагируете только на любовь и ласковые слова. Все идет мирно
Крапивница	Мелкие, скрытые страхи. Стремление делать из мухи слона	Я вношу мир и покой в свою жизнь
Лихорадка	Гнев. Кипение	Я — спокойное выражение мира и любви

Проблема	Вероятная проблема	Новый подход
Озноб	Внутренняя сжатость, отступление и уход в себя. Стремление отступить. "Оставьте меня в покое"	Я всегда в полной безопасности. Меня окружает и защищает любовь. Все в порядке
Обвислые черты лица	Обвисание черт лица — это результат "обвисания" мыслей в голове. Обида на жизнь	Я выражаю радость жизни и до конца наслаждаюсь каждым мгновением каждого дня, и снова молодею
Печень	Средоточие гнева и примитивных эмоций	Любовь, мир и радость — вот, что я знаю
Пищевое отравление	Позволяете другим брать контроль в свои руки	У меня есть силы, власть и умение усваивать все, что попадает ко мне
Простуда (заболевание верхних дыхательных путей)	Слишком много событий одновременно. Смятение, беспорядок. Мелкие обиды. Убеждения типа: "Каждую зиму я трижды переносу простуду"	Я позволяю сознанию мирно расслабиться. Ясность и гармония присутствуют в моей душе и вокруг меня. Все идет хорошо

Психосоматические отношения во всех их проявлениях являются тем материалом, благодаря которому врач и психолог могут найти наиболее эффективные способы профессионального воздействия самого больного на его болезнь.

Несмотря на сегодняшние достижения психосоматики, наблюдается неуклонный рост заболеваемости населения этими формами патологии. Становится все более очевидным, что психосоматика не только и не столько медицинская, сколько социально-психологическая проблема, и решение ее связано с изменением условий воспитания и социального климата. В этом отношении безусловно интересны исследования В.С. Ротенберга¹ и

¹ Ротенберг В.С. Проблемы воспитания в свете психосоматической парадигмы // Вопросы психологии. 1989. № 6.

его теоретическая гипотеза. Суть ее сводится к тому, что решающим фактором в сохранении здоровья в условиях стресса является поисковая активность — активность, направленная на изменение ситуации или своего отношения к ней при отсутствии определенного прогноза результатов такой активности, но при постоянном учете этих результатов. Противоположное состояние, по мнению Ротенберга, представляющее собой отказ от поиска, является неспецифическим к развитию самых различных заболеваний, определяет переход от стресса к дистрессу и смену фазы повышенной сопротивляемости фазой истощения (см. подробнее в следующей главе).

В свете этой идеи болезни достижения, например, можно рассматривать как результат добровольного отказа от поиска в ситуациях, когда этот отказ как бы поощряется внешними условиями.

Ротенберг считает, что с раннего детства необходимо формировать потребность в поиске, при которой сам процесс изменения ситуации был бы приятен и интересен человеку не меньше, чем желаемый результат. Он полагает, что предпосылки к поисковой активности заложены в природе человека.

В клинической практике было неоднократно показано, что чем выраженней невротическое поведение, тем менее серьезны органические заболевания органов и систем, и наоборот — тяжелые, смертельно опасные инфаркты и прободные язвы возникают часто у людей на фоне предшествующего здоровья, без каких-либо жалоб или явного невротического поведения.

Исследования В.С. Ротенберга позволяют утверждать, что у больных с психосоматическими заболеваниями легче, чем у здоровых, возникает выученная беспомощность в ситуации постоянных авersiveв, то есть наказывающих, воздействий. Происходит отказ от поиска — это и есть приобретенная выученная беспомощность. По данным исследований можно сказать, что проблема воспитания поисковой активности у челове-

ка становится основной проблемой профилактики психосоматических заболеваний и выученной беспомощности. Со многими положениями предлагаемой позиции трудно не согласиться.

Не менее важными для понимания способов профессионального взаимодействия врача и психолога являются их подходы к боли и болезни. О них и пойдет речь дальше.

Практическое занятие

Тема: Понятие о соматических типах человека.

Вопросы

1. Что такое качество личности?
2. Что такое психосоматический симптом и синдром?
3. Основные соматические типы детей и взрослых.
4. Возможности использования данных о соматическом типе человека.

Литература

1. Фридман И.К. О контакте родителей с детьми // Вопросы психологии. 1990. № 1.
2. Ротенберг В.С. Проблемы воспитания в свете психосоматической парадигмы // Вопросы психологии. 1989. № 6.

Практическое задание

Словесное описание соматических типов по фотографиям или по реальным моделям.

Цель задания: осознание процесса профессионального восприятия другого человека.

Глава 6 О БОЛИ И СТРЕССЕ

*Происхождение и функции боли.
Боль и стресс. Чем не является
стресс. Как жить со стрессом.*

Происхождение и функции боли Известно, что боль не является эмоцией, хотя болевые ощущения и могут вызывать сильную эмоциональную реакцию. Подобно любой эмоции, боль побуждает человека к некоторому действию. Если страх подготавливает к тому, чтобы спастись бегством или обороняться, то боль сигнализирует каждому из нас, что надо что-то сделать, чтобы прервать контакт с потенциально опасным объектом, а потом принять надлежащие меры, чтобы сохранить организм в целом или обезопасить какой-то орган.

Какова бы ни была боль по характеру, она является сигналом нашего тела о том, что что-то случилось. При длительной или, как говорят, хронической боли болевая граница смещается. Скрытая боль может долго не распознаваться, пока не усилится. Часто человек терпит привычную боль, находя для этого оправдания, которые чреваты развитием болезни.

В настоящее время отношение людей к болезням, старению, смерти, по мнению Ф. Арьеса, связано с тем, что массовое общество больше стыдится их, чем страшился, модель смерти по-прежнему определяется чувством собственности. Сегодня то, что люди называют прекрасной смертью, — это смерть в неведении. Еще в недавнем прошлом это считалось несчастьем и проклятием. Сегодня развитие медицины и фармакологии

позволяет говорить о медиализации смерти, и это создает много новых проблем, связанных с восприятием болезни, старения, смерти. Они становятся не только темой медицины, но и философии и психологии. Прежде всего речь идет о достоинстве больного или умирающего, о том, чтобы его реальное состояние не игнорировалось, не замалчивалось, а было признано как основополагающий акт в принятии решений о воздействии и самовоздействии и на болезнь, и на жизнь в целом. Ф. Арьес пишет о том, что “в последнее время медиализация общества, отражающая признанное всевластие техники, все чаще становится предметом дискуссий в связи с дебатами об эвтаназии и о том, насколько больничный персонал вправе даже по просьбе больного или его семьи прекращать поддерживать всеми мерами жизнь умирающего. Все чаще раздаются голоса сомнения в том, что подчинение жизни и смерти человека развитию медицинской техники и клинических методик есть не такое уж безусловное благо”¹.

Боль, болезнь человека становятся не только явлением его индивидуальной жизни, но и явлением социальным, затрагивающим отношения с другими людьми.

Боль каждого из нас заставляет переживать границы собственного тела как существующие и таким образом реагировать в качестве живого агента на то воздействие, которое мы получаем благодаря свойствам своего организма. Очень мало людей нечувствительны к боли, часто этот симптом нечувствительности к боли является составляющим элементом более сложных синдромов, связанных с нарушением психических функций человека, например с синдромом аутизма.

Как ощущается боль? Сенсорные сигналы, которые поступают в мозг и приводят к болевым ощущениям, называют ноцицептивными. Так говорят и применительно к животным, если реакция на какие-то сигналы

у них сходна с реакцией на боль человека. Всегда трудно сказать, ощущает ли боль животное. Об этом можно догадаться только косвенно по его поведению. Человек может описать характер своей боли, хотя не всегда точно локализует ее место в организме, в связи с этим можно говорить о специальных рецепторах-ноцицепторах. Нервные окончания их возбуждаются, и человек ощущает боль.

Рецепторы боли находятся в коже в соединительнотканых оболочках мышц, во внутренних органах, в надкостнице, в роговице глаза (все знают, как она остро реагирует на всякую постороннюю частицу, даже на пылинку).

Самый простой ответ на болезненный стимул возникает рефлекторно: импульс доходит до спинного мозга, который быстро отдает распоряжения. Если кто-то, например, наступит на колючку, то он сгибает ногу рефлекторно. Благодаря разгибательному рефлексу, мы выпрямляем другую ногу — переносим на нее тяжесть тела. Другие ветви сенсорных нервных волокон, идущие от болевых рецепторов через синапсы со вставочными нейронами — интернейронами — передают информацию по восходящим путям в мозг для ее обработки, но каждый из нас поднимает ногу еще до того, как мозг регистрирует болевые сигналы.

Болевые рецепторы, находящиеся в коже, возбуждаются при порезах, ушибах, прикосновении горячего, под воздействием химических веществ, которые образуются в тканях при повреждении и в случае нарушения нормальной циркуляции крови в каком-нибудь участке тела (когда, например, “затекает” нога или рука). В большинстве случаев это неспецифические рецепторы, они могут сигнализировать не только о наличии разных разрушительных стимулов, но также об их месте и интенсивности.

К сожалению, функции большинства рецепторов, находящихся внутри тела, мало изучены. Известно только, как работают некоторые из них, например легочные

¹ Арьес Ф. Человек перед лицом смерти. М., 1992. С. 487.

рецепторы, которые сигнализируют о застойных явлениях в легких или о присутствии частиц пыли.

Можно предполагать, что существуют подобные рецепторы, которые возбуждаются веществами, возникающими внутри тела, например, такими, как химические продукты перенапряжения, которые вызывают у нас мышечную боль.

Сообщения о боли идут в мозг по двум различным путям — это изображено на рисунке. Один из этих путей — система миелинизированных, быстро проводящих тонких волокон, именно их активация дает нам ощущение острой боли. Другой путь — это система безмиелиновых медленно проводящих волокон, при возбуждении которых возникает разлитая ноющая боль. Волокна быстрого пути направляются прямо в таламус, там образуются синаптические соединения с волокнами, идущими к сенсорным и двигательным областям коры. Предполагается, что именно эта система позволяет точно различать, где находится повреждение, насколько оно серьезно и в какой момент произошло. Волокна медленного пути идут к ретикулярной формации, продолговатому мозгу, среднему мозгу, серому веществу около сильвиевого водопровода, гипоталамусу и таламусу.

Одни волокна образуют синапсы на нейронах, связанных с гипоталамусом и миндалиной, в лимбической системе, другие — на клетках диффузных нервных путей, соединенных с многими частями мозга. Наличие большого числа синапсов, отсутствие миелиновой оболочки, меньшая толщина волокон замедляют прохождение импульсов по этому пути.

Быстрая система может выполнять функцию предупреждения, немедленно доставляя информацию о повреждении, его виде и месте. Неприятная ноющая боль, характерная для более медленной системы, как бы напоминает мозгу о произошедшем повреждении, на которое надо обратить внимание, ограничивая в связи с этим обычную деятельность.

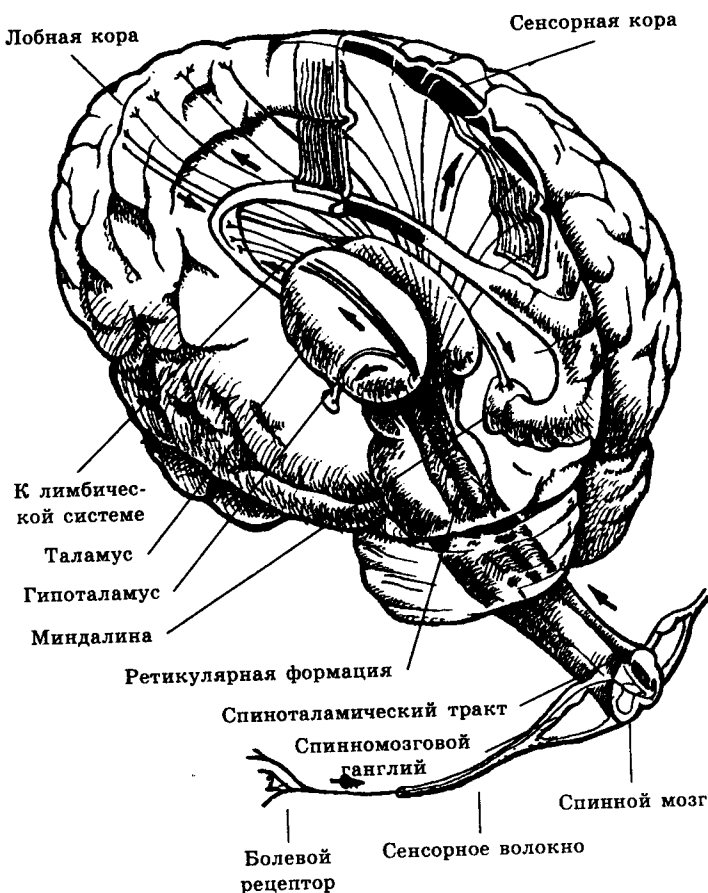


Рис. 2. Главные нервные пути.

На рисунке 2 представлены главные нервные пути, которые участвуют в восприятии стимулов, вызывающих боль. Они идут от кожных рецепторов через синаптические переключения в спинном мозгу, таламусе, сенсорной коре и лимбической системе. Стрелками указаны пути, по которым передается специфическая сенсорная информация.

Можно сказать, что быстрая система свободна от эмоций, чувства по поводу этой боли не возникают, возникает мгновенное реагирование. Тогда как функционирование более медлительной системы позволяет человеку, получившему травму, приписать своим ощущениям те или иные качества; по-видимому, к эмоциональной окраске боли имеет отношение как лимбическая система, так и префронтальная кора.

Наше восприятие боли, очевидно, включает как само ощущение боли, так и нашу эмоциональную реакцию на это ощущение. Люди, которые перенесли фронтальную лоботомию — операцию, при которой перерезаются связи между лобными долями и таламусом, крайне редко жалуются на сильную боль или просят дать им болеутоляющее. После операции они обычно говорят, что по-прежнему чувствуют боль, но она их не беспокоит.

Индивидуальное восприятие боли, как и большинство аспектов деятельности мозга, носит очень сложный характер. Оно различно как у разных людей, так и у одного и того же человека в зависимости от периода его жизни; болевые ощущения зависят и от физиологического состояния организма человека. Чувствительность к боли варьирует в очень широких пределах. Хотя и редко, но встречаются люди, которые никогда не чувствуют боли, с другой стороны, есть люди, которые чувствуют боль даже от очень слабого раздражителя — удара или царапины.

В дополнение к физиологическим механизмам восприятия боли зависит от прошлого опыта человека, от того, какие культурные традиции человек перенял у окружающих и у членов своей семьи. Как отмечает, например, немецкий автор С. Ресслер¹, в погоне за достижениями современный человек вынужден быть хладнокровным, настойчивым, выдержанным, молодым, подтянутым и динамичным. Такие люди пользуются спросом, и каждый стремится быть таким, скрывая свою сла-

¹ Ресслер С. Лекарство для позвоночника. М., 1997.

бость, болезни и неспособность. Таблетки и уколы позволяют снять боль и продолжить гонку за успехом. Но! Происходит (очень часто) нарушение энергетического баланса организма, которое приводит к взрыву — инфаркту, инсульту, язве желудка или смещению межпозвоночного диска (радикулиту) — в соответствии с тем, где у кого слабое место.

Несколько риторически звучит вопрос о том, не лучше ли заранее включить нужные “тормоза”, не дожидаясь вмешательства необходимости — боли и болезни.

Текущие, как бы ежедневные психологические факторы — тревога, внушение, сосредоточенность — оказывают влияние на восприятие человеком боли.

Усвоение социальных культурных традиций очень сильно сказывается на восприятии боли, например, у многих народов роды не рассматриваются как ситуация, которая может вызвать боль и страх. Женщина занимается своими делами вплоть до момента родов и возвращается к своим обязанностям сразу после них, спустя несколько часов после рождения ребенка. В других обществах женщину настраивают на ожидание ужасных болей, и она действительно испытывает их, как если бы роды были тяжелой болезнью.

Подготовка к естественным родам, например, по методу Ла Мазы, основана на предположении, что женщина в большинстве западных культур воспитана в страхе перед родовыми муками. Этот страх вызывает изменение в мышечном тонусе и способе дыхания, что затрудняет процесс родов и делает его еще болезненнее. Способ Ла Мазы и состоит в том, что женщину учат управлять дыханием и проводят упражнения для тренировки тазовых мышц. Кроме того, женщине объясняют весь механизм процесса родов, чтобы она знала, чего ожидать. Таким образом, процесс обучения связан с работой высших областей коры, это помогает изменить процесс восприятия боли подобно тому, как она изменяет эмоции.

Известно, что у животных научение тоже может изменять их отношение к боли. В опытах И.П. Павлова обнаружено, что собака, которая постоянно получала пищу сразу после электрического удара током, который вызывал у нее сильную боль до выработки условного рефлекса, переставала проявлять признаки ощущаемой боли. Вместо этого она сразу начинала выделять слюну и вилять хвостом.

Боль можно блокировать разными способами. Бегуны-марафонцы могут получать облегчение без помощи эндорфинов в результате каких-то процессов на высших уровнях нервной системы. Судя по имеющимся данным, обезболивающий эффект акупунктуры обусловлен действием эндорфинов, образующихся в организме в ответ на уколы. Так, во время второй мировой войны врачи, изучавшие восприятие боли, заметили, что солдатам, раненным в бою, реже требовался морфин, чем гражданским лицам, выздоравливающим после операции. Раненый солдат испытывал облегчение и благодарность судьбе за то, что остался жив на поле боя. Для гражданских лиц серьезная хирургическая операция — это источник депрессии и пессимизма.

Значение телесной травмы становится личностным смыслом и оказывает существенное влияние на восприятие человеком глубины его боли.

Даже простое внушение может изменить восприятие боли. Известно, что если вместо обезболивающих давать плацебо, то есть любые таблетки или инъекции сахара или соли, то все равно обезболивающий эффект налицо. Ожидание обезболивания вызывает, по-видимому, секрецию эндорфинов, то есть тех веществ, которые влияют на восприятие боли. Иначе их еще называют эндогенными морфинами.

Сегодня имеются данные о том, что в организме есть системы, облегчающие боль не только за счет выработки эндорфинов. Д.С. Майер, изучая обезболивающий эффект иглоукалывания, пришел к выводу, что этот эффект может быть блокирован с помощью налоксона,

значит, он тоже обусловлен действием эндорфинов. Затем изучение обезболивающего эффекта глубокого гипноза дало ему возможность обнаружить эффект обезболивания, который не блокировался налоксоном. Он высказал предположение о том, что гипноз действует через другие механизмы снятия боли, в которых участвуют высшие корковые функции человека, в том числе и познавательные, память. Возможно, именно этот способ и используют бегуны на длинные дистанции или футболисты, которые за счет концентрации внимания, создающей доминирующий очаг возбуждения в ЦНС, способны игнорировать или подавлять боль.

Исследование этих механизмов только начинается. Однако в медицине и психологии давно накопилось большое число фактов (прежде всего факты фантомных (ложных) болей в ампутированных органах), которые заставляют задуматься о роли центральной нервной системы и высших ее отделов в формировании феномена боли.

Боль и стресс Современные изучения стресса (другого эмоционально окрашенного явления) показывают, что его переживание может приводить к нейрохимическим изменениям.

Известно, что изучение функции эндорфинов в нервной системе показало, что они влияют на восприятие боли, на предупреждение опасности, грозящей мягким тканям и костям. Постоянная сильная боль выводит человека из строя, а эндорфины регулируют ощущаемую человеком боль, уровень этой боли, дают возможность принять решение о прерывании контакта с источником боли, позволяют осуществить для этого необходимые действия, чтобы не произошло повреждение тканей. Видимо, подобную роль эндорфины играют и в эмоциях.

Возбуждение, которое вызывается страхом или яростью, может оказаться сильным и нарушить уровень контроля за активностью организма как у человека, так

и у животного. Эндорфины так регулируют возбуждение, что человек может себя вести в соответствии с ситуацией. Это все предварительные данные, к которым сегодня можно обратиться для понимания механизмов боли.

Некоторые виды страха у человека проявляются в такой крайней форме, что их считают симптомами душевных заболеваний. Расстройства, связанные с тревогой, включают фобии — крайнюю, иррациональную боязнь предметов или ситуаций. Люди, например, страдающие клаустрофобией (боязнь замкнутых пространств), не могут пользоваться лифтом, они испытывают сильное беспокойство. Одна лишь мысль об объекте фобии вызывает у них симптомы возбуждения вегетативной нервной системы — сердцебиение, обильное потоотделение, сухость во рту. Есть основания предполагать, что у них нарушена регуляция эмоциональных реакций эндорфинами.

Доказано, что у экспериментальных животных в ситуации стресса происходит возбуждение эндорфинов в нервных сетях. Восприятие боли, измеряемое по силе реакций избегания, снижалось после того, как стресс вызывал секрецию эндорфинов.

Проводились исследования на людях, переживавших боль в виде электрического удара в ступню, реакцию на который оценивали по сокращению мышц ступни¹. Экспериментаторы вызывали у испытуемых стресс с помощью предварительного звукового сигнала, который включался за 3 мин до возможного электрического удара (его подавали в случайном порядке). Испытуемые исследовались в трех состояниях: контрольное — без инъекции, после инъекции болеутоляющего препарата и после инъекции налоксона. Первоначальная чувствительность у всех испытуемых была одинаковой.

¹ См.: Блум Ф., Лейзенсон А. Мозг, разум, поведение. М., 1987.

Повторяющийся стресс — многократное звучание предупредительного сигнала — вызывал снижение чувствительности как в первой, так и во второй группе. Это показывает, что у людей под влиянием стресса происходила выработка эндорфинов. Доказательством действия эндорфинов может служить и тот факт, что после инъекции налоксона чувствительность сразу же увеличилась на 30 %.

Иными словами, при блокаде эндорфиновых рецепторов налоксоном регуляция боли с помощью мобилизуемых стрессом эндорфинов становилась невозможна.

Таким образом, есть основания говорить о физиологических механизмах боли, связанных с работой центральной и периферической нервной системы.

Хотелось бы подробнее поговорить о боли как психологическом понятии, попытаться провести различие между признаками боли и признаками стресса — того состояния, которое сегодня очень широко употребляется для характеристики отношения человека с окружающей действительностью и с самим собой.

Для того чтобы проанализировать боль как психологическое понятие, надо рассмотреть содержание боли прежде всего с точки зрения того человека, у которого она существует. Это значит, что боль надо анализировать как состояние человека, выделяя в ней устойчивые и изменчивые признаки, как проявление адаптивного синдрома, отражающего взаимодействие человека с окружающей действительностью.

Психологическое содержание боли может быть понято как осознание границ психической и физической реальности человека. Боль — это форма, в которой происходит обозначение этих границ.

Наличие боли как физической, так и психической (душевной) — это признак живого, живого состояния организма, живого состояния его души.

Боль для человека — возможная точка личностного роста, который состоит в том, что человек получает возможность для соотнесения свойств физической и

психической реальности, для установления новых связей между ними.

Психологическое содержание боли позволяет человеку пережить наличие в себе источника собственного напряжения, то есть приблизиться к переживанию силы собственного Я, возможности реализации этой силы.

Содержание боли всегда связано с переживанием напряжения, которое преобразует активность человека, его поведение. У человека в сознании появляется новый источник собственной активности, который фиксируется как появившаяся новая возможность ("Я могу" или "Я не могу"). Там, где есть боль, там есть изменение напряжения. Один из видов напряжения, связанных с болью и болезнью, — стресс.

Признаки боли:

- ее присутствие ("У меня болит" или "Я болею");
- изменение напряжения;
- боль почти всегда можно локализовать с той или иной степенью точности ("где болит и что болит");
- боль ограничена во времени — она возникает, длится и исчезает, то есть обладает определенной динамикой;
- боль может быть выражена для другого человека как содержание болевого переживания, как жалоба и таким образом осознана;
- боль может существовать для самого человека как момент осознания Я, и это возможно, если сила боли не превышает верхние пороги чувствительности, то есть не разрушает организм в целом или его органы.

Признаки стресса:

- стресс человек не ощущает в себе довольно долгое время;
- стресс — это относительно постоянное, имеющее свою внутреннюю динамику, напряжение человека;
- в ситуации стресса человек не может определить его локализацию в организме — это как бы разлитое состояние;

— стресс может стать хроническим, так как его источников очень много, в том числе и сам человек для самого себя — его Я может стать источником стресса;

— стресс почти никогда не выражается в языке прямо, а проявляется в функциональном психофизическом состоянии человека, которое вербализуется — представляется в словах — опосредованно, в виде системы символов, метафор. Примерами этого могут быть и устойчивые бытовые формулы, описывающие состояние человека: погас, замотан, отсутствующий, опустошенный, оглушенный, натянутый, нервный, психованный, не в своей тарелке и т.п.;

— стресс во внутреннем мире человека не является специальным содержанием диалога. Состояние стресса может быть осознано и пережито чаще всего с помощью другого человека, который выступает в роли психотерапевта или действительно таковым является, организуя или стимулируя содержание внутреннего диалога человека.

Анализ сходства и различия стресса и боли позволяет говорить о том, что у человека есть возможность проявлять отношение к симптомам боли, то есть дистанцироваться к боли. В результате этого человек может сопротивляться боли за счет создания механизмов психологической защиты, сам факт существования которых говорит о возможности влияния показателей психологического здоровья человека на показатели соматические, и наоборот.

Стресс занимает особое место среди состояний человека, так как отличается длительностью, устойчивостью и разнообразием источников происхождения.

Современная психология имеет дело не только со стрессами человека, но и с другими состояниями, которые описываются понятиями внутренней картины болезни (ВКБ), внутренней картины здоровья (ВКЗ). Для психолога и врача важно знать о существовании этих явлений, так как они отражают возможность воздействия другого человека (лечащего) и самого человека (больного) на содержание его боли.

Продолжим разговор о стрессе. Сегодня литература о нем бесконечно разнообразна¹.

Согласно Г. Селье, который открыл явление стресса и ввел это слово-понятие в научный обиход (потом оно стало бытовым), **стресс** — это неспецифический ответ организма на любое предъявляемое ему требование.

Неспецифический — это значит, что каждое предъявленное организму требование своеобразно или специфично. Так, например, от холода мы дрожим, чтобы выделить больше тепла и согреться — кровеносные сосуды кожи сужаются и потеря тепла с поверхности кожи уменьшается. На солнцепеке мы потеем, это охлаждает нас. Если съели слишком много сахара и содержание его в крови поднялось выше нормы, организм выделяет его с мочой и сжигает остальное. Бег вверх по лестнице как мышечное усилие предъявляет повышенное требование к мускулатуре сердечно-сосудистой системы. Мышцы при этом нуждаются в источнике дополнительной энергии для такой работы, сердцебиение учащается, давление крови повышается, расширяются сосуды, улучшается кровоснабжение мышц. Эти специфические эффекты, которые возникают под влиянием воздействующих на нас агентов, в то же время вызывают и неспецифическую потребность, которую Г. Селье называет адаптационным синдромом или необходимостью осуществить приспособительную функцию своего организма и тем самым восстановить нормальное состояние. Эти функции независимы от специфического воздействия.

Неспецифические требования, предъявляемые воздействием как таковым, — это и есть сущность стресса. Так, каждое лекарство и гормон обладает специфическим действием: мочегонное усиливает выделение

мочи, гормоны гранулина учащают пульс и повышают кровяное давление, однако, независимо от того, какое изменение в организме вызывают, все эти агенты имеют и нечто общее — они предъявляют требования к перестройке организма. Это требование и есть неспецифическое требование.

С точки зрения стрессовой ситуации не имеет значения, приятна или неприятна ситуация, с которой мы столкнулись, суть состоит в том, что существует интенсивная потребность в перестройке или адаптации. Требуется адаптация женщине, которой сообщили неприятное известие об ее муже, студенту, сдающему экзамен. Специфические особенности ситуации могут вызывать горе или радость, то есть могут быть противоположными, но неспецифическое требование их как стрессоров состоит в необходимости приспособления к новой ситуации. В этом смысле они одинаковы.

В чем проявляется неспецифичность реагирования?

Неспецифичность реагирования проявляется в том, что там, где действует стрессор (фактор, его вызывающий), начинает наблюдаться общий адаптационный синдром (ОАС), который включает в себя фазы:

- 1) тревоги;
- 2) сопротивления;
- 3) истощения.

Каждая болезнь сопровождается этими фазами, болезнью отличается только степень выраженности фаз.

Стресс, являясь адаптационной реакцией, имеет свои плюсы и минусы. Он дает возможность сопротивляться и мозгу и телу человека в виде такой реакции, которая открывает новые возможности адаптации к условиям жизни.

Исследования Г. Селье показывают, что если человек или животное переживают стресс, то появляются возможности для построения новых вариантов поведения. При этом физиологические механизмы стресса основаны на том, что при реакции *тревоги* возбуждает-

¹ Селье Г. Стресс без дистресса. СПб., 1994; Он же. Когда стресс не приносит горя // Неизвестные силы в нас. М., 1992.

ся симпатическая нервная система. Гипоталамус посылает химический сигнал — кортиколиберин — в гипофиз, заставляя его усиливать секрецию адренокортикотропного гормона (АКТГ), который попадает с кровью в надпочечники и вызывает секрецию ими кортикостероидов — гормонов, которые подготавливают весь организм к действию и к возможной борьбе с повреждающими факторами. Можно измерить стрессовую реакцию по увеличению содержания норадреналина (АКТГ) или по уровню кортикостероидов в крови.

На стадии *сопротивления* организм мобилизует свои ресурсы, чтобы преодолеть стрессовую ситуацию. При большинстве болезней или травм к пораженному участку направляются антитела. При психологических стрессах симпатическая система готовит организм человека к борьбе или бегству и каждый человек проходит через эти стадии множество раз. Если сопротивление оказывается успешным, то организм возвращается к нормальному состоянию. Если стрессор продолжает действовать, то ресурсы организма могут истощаться.

При психологическом стрессе *истощение* принимает форму нервного срыва, иногда это приводит к психическому заболеванию или психосоматическому расстройству, о чем уже говорилось в предыдущих главах.

Сегодня достаточно подробно исследованы и описаны причины стрессового напряжения и его признаки, известны перемены в жизни, которые являются сильнейшими стрессорами для человека.

Признаки стрессового напряжения (в свободной интерпретации по Шефферу):

1. Невозможность сосредоточиться на чем-либо.
2. Слишком частые ошибки в работе.
3. Ухудшение памяти.
4. Слишком частое возникновение чувства усталости.
5. Очень быстрая речь.
6. Довольно частые боли (голова, спина, область желудка).

7. Повышенная возбудимость.
8. Работа не доставляет прежней радости.
9. Потеря чувства юмора.
10. Резко выросшее количество выкуриваемых сигарет.
11. Пристрастие к алкогольным напиткам.
12. Постоянное ощущение недоедания.
13. Пропадает аппетит — вообще потерял вкус к еде.
14. Невозможность вовремя закончить работу.

Причины стрессового напряжения (в свободной интерпретации по Буту):

1. Гораздо чаще вам приходится делать не то, что хотелось бы, а то, что входит в ваши обязанности.
2. Вам постоянно не хватает времени — не успеваете ничего сделать.
3. Вас постоянно что-то или кто-то подгоняет, вы постоянно куда-то спешите.
4. Вам начинает казаться, что все окружающие зажатые в тисках какого-то внутреннего напряжения.
5. Вам постоянно хочется спать — никак не можете выспаться.
6. Вы видите чересчур много снов, особенно когда устали за день.
7. Вы очень много курите.
8. Потребляете алкоголя больше, чем обычно.
9. Вам почти ничего не нравится.
10. Дома, в семье у вас постоянные конфликты.
11. Постоянно ощущаете неудовлетворенность жизнью.
12. Влезаете в долги, даже не зная, как с ними расплатиться.
13. У вас появляется комплекс неполноценности.
14. Вам не с кем поговорить о своих проблемах, да и нет особого желания.
15. Вы не чувствуете уважения к себе — ни дома, ни на работе.

Сегодня слово стресс является бытовым, как бы стро-го не определяемым, хотя исследования показывают, что, употребляя его, каждый человек говорит конкретно о своем состоянии напряжения. Как отмечает Г. Селье, сам термин стресс стал модным, и его употребление влияет на ход мыслей людей в решении коренных жизненных вопросов.

Он говорит о том, что такие термины, как “психо-анализ”, “дарвиновская эволюция”, прошли пик своей популярности в повседневных разговорах, наступило время нового лидера мнений — им стал стресс.

Мнения редко основываются на изучении работ уче-ных, которые ввели понятие “стресс”, но это понятие все используют. Скорее мы имеем дело с тем, что вмес-то того, чтобы реально представлять роль и место на-пряжения в системе собственных переживаний, люди пугаются слова “стресс” и стремятся к снятию любого напряжения как напряжения отрицательного для сво-его переживания.

Наши собственные исследования говорят о том, что понятие “стресс” люди воспринимают именно таким образом — как напряжение, от которого надо изба-виться. Врачи, учителя, инженеры, студенты разных специальностей — все воспринимают его примерно оди-наково.

Г. Селье же говорит о том, что слово “стресс” так же, как слова “успех”, “неудача”, имеет различные значе-ния для разных людей, поэтому дать его определение очень трудно, хотя это слово давно стало бытовым и влияет на структуру индивидуального сознания че-ловека.

Очень трудно предугадать, какой фактор вызовет стресс, поэтому этот термин в равной мере относится ко многим условиям жизни. Постоянно испытывают дав-ление со стороны своих клиентов бизнесмены, банкир, служащие аэропорта, в первую очередь диспетчер, води-тель транспорта, учитель, спортсмен, муж, наблюдающий

за тем, как его жена умирает от рака. Все эти люди испытывают стресс, факторы его — стрессоры — раз-личны, но все они запускают одинаковую в общем био-логическую реакцию стресса.

Такие, казалось бы, несовместимые агенты, как ле-карства, гормоны, печаль, радость, вызывают в организ-ме одинаковые биохимические сдвиги (это было по-казано в ходе исследований стресса в институте Г. Се-лье). Сегодня можно говорить о точных количественных биохимических измерениях неспецифических реакций, они оказываются одинаковыми для всех видов воздей-ствий.

Медицина долго не признавала существование та-кого стереотипного ответа. Казалось невероятным, что разные задачи, какие решают люди, требуют одинаковой реакции организма. Г. Селье же говорит, что подобные ситуации существуют в нашей повседневной жизни, когда специфические явления имеют общие неспеци-фические черты, например трудно найти общий знаме-натель для человека, стола и дерева, но все они облада-ют весом. Нет невесомых объектов, давление на чашу весов не зависит от таких специфических свойств, как цвет, температура и форма. По этой аналогии Г. Селье объясняет, как возникает стресс под влиянием разных стрессоров. Предъявляемые стрессором требования не зависят от типа специфических приспособительных ответов на эти требования.

Чем не является Стресс не является си-
стресс нонимом дистресса, то
есть горя, несчастья, недомогания, истощения, нужды (как и переводится слово “дистресс” с английского). Стресс — это давление, нажим, напряжение. Г. Селье еще и еще раз задает и себе и читателям своих работ вопрос о том, что такое стресс. Это усилие, утомление, боль, страх? Необходимость сосредоточиться? Унижение публичного порицания, потеря крова? Или даже нео-

жиданный огромный успех, который ведет к ломке всего жизненного уклада? Ответ на эти вопросы у него звучит так — и “да” и “нет”. Вот почему так трудно дать определение стресса.

По мнению Г. Селье, стресс — это не просто нервное напряжение. Многие склонны отождествлять стресс с нервной перегрузкой или сильным эмоциональным возбуждением, но это не так. Стрессовые реакции, по мнению Г. Селье, присущи низшим животным, которые не имеют нервной системы. Переживают стресс и растения. Более того, в хирургии хорошо известен стресс наркоза, который приводит к нежелательным отключениям сознания больного.

Стресс не всегда результат повреждения, это надо обязательно иметь в виду. Г. Селье говорит о том, что часто стрессор приятен, и совершенно неважно для возникновения стресса, каков будет результат его воздействия на организм — приятный или неприятный. Эффект воздействия стрессора зависит от интенсивности требований к приспособительной способности организма. Только дистресс всегда неприятен.

Г. Селье говорит о том, что стресса избежать просто невозможно, так как на его основе происходит неспецифическая адаптационная реакция человека. Обычно люди говорят о стрессе, когда имеется в виду чрезмерный стресс — дистресс, когда человек переживает горе, недомогание.

Уровень физиологического стресса наиболее низок в минуты равнодушия, но все равно никогда не равен нулю. Даже в состоянии полного расслабления во сне, по мнению Г. Селье, человек испытывает стресс: его сердце перекачивает кровь, кишечник переваривает ужин, а дыхательные мышцы обеспечивают движение грудной клетки, даже мозг не отдыхает полностью — каждый из нас видит сны.

Независимо от того, чем мы заняты, всегда есть потребность в энергии для поддержания жизни, для

отпора нападению и приспособление к постоянно меняющимся временным воздействиям. Мир, в котором мы сегодня живем, чрезмерно изменчив. Изменяется он по всем параметрам — физическим, социальным, психологическим: загрязняется вода, воздух, земля; войны, революции, перевороты меняют структуру общества; человек теряет кров, Родину, профессию, силы, оптимизм и т.п.

Нет смысла избегать стресса, есть смысл относиться к нему с должным уважением и пониманием как к необходимому условию осуществления нашей индивидуальной жизни. Г. Селье считает, что полная свобода от стресса означает смерть — смерть физическую и психологическую.

Стресс сам по себе вызывает разные переживания. Приятное или неприятное эмоциональное возбуждение, с каким связано возрастание физиологического стресса, не обязательно приводит к разрушению организма. Стресс только создает необходимый уровень активации для осуществления адаптационной деятельности. Это же описание зарождения напряжения в ситуации появления стресса может быть применено для выделения и анализа разных степеней возбуждения, например, если обозначить отсутствие раздражителей словом “депривация”, а крайне приятное — словом “чрезмерное”, то возможная диаграмма будет показывать, что и депривация, и избыточное возбуждение будут сопровождаться равным уровнем возрастания стресса вплоть до дистресса.

Как жить со стрессом Для понимания того, что такое стресс, как и для понимания любого явления, отражающего свойства телесности человека, нужен прежде всего фундаментальный научный подход. Нужны те аксиомы научного знания, которые позволят понять явление и, значит, разумно строить профилактическую и терапевтическую науку о человеке. Г. Селье для построения такого подхода обращается к философии, которая позволяет ему увидеть роль и место стресса в

жизни человека. Философия жизни, которую Г. Селье назвал эгоистическим альтруизмом, позволяет человеку построить свое отношение к стрессу.

Вопреки расхожему представлению, Г. Селье утверждает, что мы не должны избегать стресса — мы должны знать его и наслаждаться им, изучая его механизм и вырабатывая собственную философию жизни, на основе которой формируются установки человека, позволяющие осуществлять воздействие на собственную психическую жизнь, на те механизмы, которые характеризуют взаимодействие с окружающей действительностью, в том числе и с действительностью собственной жизни.

Г. Селье говорит о том, что выработка философии жизни способствует становлению адаптационного синдрома, способствует формированию неспецифической реакции на стрессоры. Он анализирует мотивацию — основные побуждения, определяющие действия живых существ, и отмечает, что себялюбивое желание сохраняться и остаться живым занимает одно из первых мест среди потребностей. Стремление к самовыражению, к власти, к удовлетворению инстинктивных потребностей, желание накапливать богатства, заниматься творческой работой, достигать своих целей — все эти потребности в сочетании с другими обуславливают поведение человека (об этом подробно написано в работах многих психологов — А. Маслоу, К. Роджерса, Э. Фромма, З. Фрейда).

Анализируя их биологическое значение в поддержании гомеостаза, в сохранении напряжения для человека, Г. Селье приходит к выводу о том, что себялюбие — неизбежное, неминуемое, хотя и опасное, качество. Альтруизм, по его мнению, можно рассматривать как видоизмененную форму эгоизма — коллективный эгоизм, помогающий обществу в том, что он порождает благодарность, побуждая других людей делать добро за то добро, которое сделали в отношении их. Это, возможно, самый человеческий способ обеспечения безопасности (так

считает Г. Селье), так как он устраняет разрыв между себялюбивыми и самоотверженными порывами.

Представляет интерес идея Г. Селье о приспособляемости, о тех возможностях адаптации, которые обеспечивают выживание как отдельного человека, так и группы людей. Он говорит о том, что от простейших организмов до человека все существа должны защищать свои интересы. Едва ли можно рассчитывать, что кто-то позаботится о нас добросовестнее, чем о самом себе. Селье считает, что самолюбие естественно, но поскольку это качество считается отвратительным, так как содержит семена раздора и мести, то люди стараются маскировать его, отрицают его в себе.

Г. Селье говорит, что, несмотря на врожденный эгоизм, многим из людей доступны сильные альтруистические чувства. Эти два противоречивых качества не являются несовместимыми. Г. Селье подробно анализирует, как исторически эгоизм постепенно преобразовывался в альтруизм, способствующий выживанию, анализирует биологические корни альтруистического эгоизма, говоря о том, что есть два способа выживания — борьба и адаптация. Адаптация вернее, она чаще ведет к успеху, достигая разных степеней совершенства, тогда как борьба может вести к взаимному уничтожению организмов. Наиболее грубая форма адаптации — взаимное безразличие, сосуществование. Развитие адаптации в живом мире привело к сотрудничеству. Оно упорядочило и дисциплинировало отношения между особями.

Г. Селье проводит прямую параллель между взаимозависимостью живых организмов в природе и особенностями отношений между людьми, считая, что у людей в процессе эволюции возникла наиболее тесная взаимозависимость.

У каждого человека есть свои стремления, которые часто становятся источником стресса; стресс, вызванный необходимостью уживаться друг с другом, главная причина дистресса.

Межличностные отношения людей, несмотря на многочисленные этические, религиозные, политические и другие кодексы, остаются неудовлетворительными. Развитие человека позволяет ему с помощью логики решать многие проблемы выживания, в межличностных же отношениях преобладает действие эмоций, а не логики, которая может завести в нелепую или глупую ситуацию.

Г. Селье считает, что мотивы альтруистического эгоизма могли бы быть основой регуляции межличностных отношений людей и сообществ, в том числе наций и народов. Это основы его философии, с позиций которых анализировался стресс как неспецифическая реакция адаптации организма человека, предпринималась попытка построить модель оптимального уровня стресса. Он полагает, что расположение и благодарность, а также их антиподы — ненависть и жажда мести — это те чувства, которые отвечают за наличие или отсутствие вредного стресса, то есть дистресса в человеческих отношениях.

Первым начал изучать положительные и отрицательные чувства и их связь с условными рефлексам И.П. Павлов. Он доказал, что в отличие от врожденных, безусловных реакций условные рефлекс приобретаются в результате неоднократного повторения сочетания “стимул — реакция”, в результате научения. Мы на опыте учимся избегать того, что приводит к отрицательным эмоциям и наказанию, и усваиваем в большей степени то поведение, которое приносит положительные эмоции и вознаграждение. На клеточном уровне обучение зависит от химического обуславливания и сводится к выработке защитных веществ типа гормонов или антител и модификации их действия с помощью других соединений, например питательных веществ. Г. Селье ссылается на свои экспериментальные данные, в которых было показано, что кратковременный стресс может привести к выгодам и поте-

рям, которые можно объективно точно учесть как признаки физиологического сопротивления. Так, результат кратковременного интенсивного воздействия бывает благотворным — стресс при шоковой терапии не может быть вредным. Другое дело — длительное состояние шока. Это пример того, что один и тот же агент может вызывать как положительное, так и отрицательное действие.

Реакция на стрессор регулируется в организме системой двух, как бы противостоящих друг другу, сил — кортикоиды, которые либо способствуют возбуждению, либо гасят его, и нервные импульсы, которые выделяют адреналин и ацетилхолин. Можно отличить синтаксические соединения от катотоксических, которые представляют собой сигналы терпеть или атаковать. Многочисленные исследования показывают, что существует стереотипная физиологическая модель ответа на стресс, независимая от его причины.

Исход воздействия стрессора зависит как от его природы, так и от отношения человека к нему. Нужно только уметь осуществлять выбор или, как говорят, принимать решение, принимать вызов стрессора.

Работа К. и С. Саймонтонов¹ исследует, какие медицинские аспекты с этим связаны. Они показывают психофизиологическую модель развития онкологического заболевания и психофизиологическую модель выздоровления. Приведем эти модели на схемах 1 и 2.

Хотелось бы, чтобы читатели обратили внимание на то, что в этих схемах содержательно и качественно различны характеристики отношения человека к ситуации стресса, вызванного заболеванием. Другими словами, разум и чувства человека способны оказать влияние на лечение. Как пишут сами Саймонтоны, “для некоторых читателей может оказаться трудным сра-

¹ Саймонтон К., Саймонтон С. Возвращение к здоровью. Новый взгляд на тяжелые болезни. СПб., 1995.

Схема 1

**Психофизиологическая модель развития
онкологического заболевания**

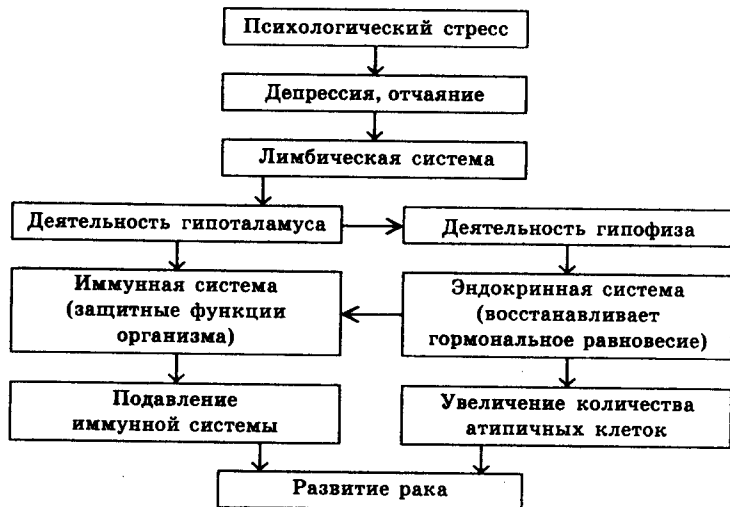
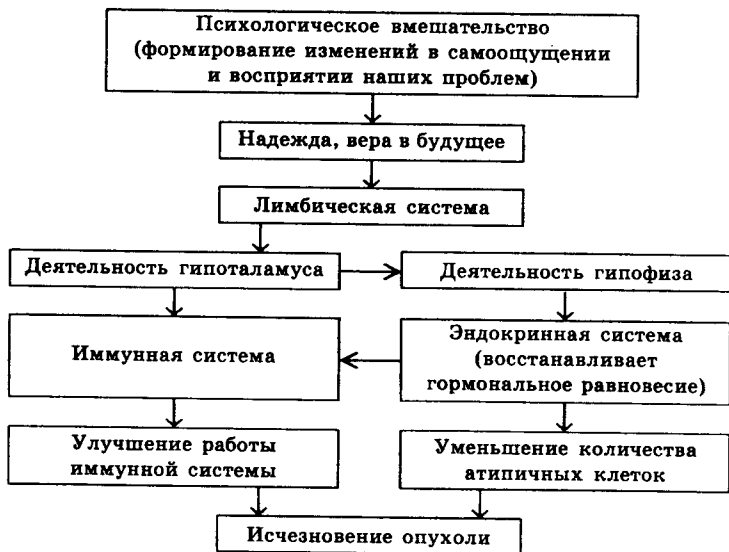


Схема 2

Психофизиологическая модель выздоровления



зу принять предлагаемый нами подход, и в этом нет ничего удивительного. Нам самим понадобились годы для того, чтобы прийти к тем представлениям, о которых вы только начинаете узнавать. Иначе и быть не может и не должно быть. Обычно люди легко отказываются от представлений, которые когда-то были приняты без труда, а те, на признание которых было потрачено немало сил, оказываются более стойкими”¹.

В психологии давно известен эффект установки² и ее влияние на течение психической жизни человека, которое можно оценивать в энергетических параметрах как мобилизующее силы, задающее вектор активности человека в определенном направлении.

Итак, психический стресс, вызванный отношениями между людьми, их положением в обществе, регулируется теми же физиологическими механизмами, что и физиологический стресс. В какой-то момент возникает столкновение интересов — появляется стрессор, затем появляется сбалансированный импульс, то есть приказы терпеть или сопротивляться, и произвольные биохимические реакции на стресс, которые регулируют и произвольное межличностное поведение.

В зависимости от реакции решение оказать сопротивление может привести к выигрышу или проигрышу, но в силах человека отвечать на раздражитель с учетом обстановки, когда он знает правила действия. На произвольном уровне выгода достигается с помощью биохимических ответов — возникает иммунитет, происходит заживление язв, ран, которое обеспечивает выживание, минимальное для данных условий разрушение тканей. Эти реакции происходят спонтанно или

¹ Саймонтон К., Саймонтон С. Возвращение к здоровью. Новый взгляд на тяжелые болезни. СПб., 1995. С. 58.

² См.: Узнадзе Д. Общее учение об установке // Хрестоматия по психологии. М., 1987.

могут направляться врачом с помощью лекарственных и других воздействий.

В межличностных же отношениях каждый человек может (и, возможно, должен) стать своим врачом, руководствуясь здравым смыслом в поведении.

Философия поведения как система установок существенно влияет на поступки человека.

Наши исследования показали, что большинство людей может сформулировать свою философию жизни достаточно осознанно и стремится воплощать ее в конкретные действия и отношения как в своей жизни, так и в жизни других людей.

Можно выделить пять основных типов отношения к жизни, которые представляют пять разных типов реализации философии жизни через систему конкретных действий, содержание переживаний, через само обоснование своего поведения как определение уровня напряжения по осуществлению жизни. Общим местом является положение о том, что разным людям нужны для счастья разные степени стресса.

Крайне редко встречаются люди, которые склонны к пассивной, чисто растительной жизни, и так же редко встречаются люди, которые готовы посвятить свою жизнь напряжению в областях, требующих в равной мере одаренности и упорства, — науке, искусстве, философии. Большинство людей реализуют один из следующих типов философии жизни.

1. Жизнь как преодоление. Напряжение постоянно связано с чувством невозможности ее (жизни) осуществления. Напряжение требует снятия, избегания, ухода от него. Жизнь воспринимается как ситуация, требующая постоянного противодействия тому, что происходит вне или внутри человека. Примерами этого могут быть такие суждения исследуемых: “В жизни нельзя не беспокоиться”, “Я всегда тревожусь о том, что и как будет”, “Я бы хотела радоваться, но не могу”, “В моей жизни нет и не может быть радости” и т.п.

2. Полное принятие жизни. Признается возможность соответствия любым ситуациям и поддержание оптимального напряжения в любых обстоятельствах жизни. За этой философией стоит более высокая адаптивная возможность, чем за предыдущим типом, где любая ситуация требует скорее ее преодоления через усилие, чем соответствие ей. Примерами проявления такой философии жизни могут быть следующие суждения взрослых людей: “Жизни не надо бояться”, “Жизнь устроена мудро, это только надо понять”, “Все, что происходит в жизни, имеет и хорошие и плохие стороны. Их надо уметь различать”, “Нельзя все видеть в жизни в одном свете”, “Надо уметь радоваться, несмотря ни на что” и т.п.

3. Жизнь как борьба. Противоборство представляет собой такую философию жизни, в которой нет места ситуациям стабильного напряжения, любое напряжение требует специальных усилий по его поддержанию и доведению до логического конца — победы — с обязательным воздействием на источник напряжения. Причем противоборство непременно предполагает несоответствие желаний человека и того, что предлагает ему ситуация его жизни. Это противоборство в конечном счете выливается в необходимость определения победителя и побежденного. Фактически противоборство по содержанию противоположно сотрудничеству. Это борьба, требующая выявления сильного, а в качестве агентов борьбы выступает сам человек и те обстоятельства, в которых он находится. Возникает вопрос о том, кто победит: обстоятельства человека или человек обстоятельства.

Доведенная до абсурда эта позиция выглядит как борьба человека с природой: эта борьба, как известно сегодня, весьма небезопасна для самого человека и условий его жизни, так как ведет к экологическим и техногенным катастрофам. В этой философии ни о

какой возможности адаптации человека речь практически не идет, так как актуализируются скорее силовые приемы воздействия на ситуацию, чтобы через собственное давление и присутствие в ней создавать условия для собственного же существования.

4. Признание необходимости переустройства жизни. Реализация этой философии жизни состоит в том, что человек начинает отвергать существующие до него правила и способы осуществления жизни и пытается создавать новые. Один из вариантов этого — нигилизм, когда отрицается данность жизни как не отвечающая ожиданиям человека, так как в ней реализуются неоправданные с точки зрения человека способы существования. Особенность этой философии жизни состоит в том, что вектор ее чаще всего может быть направлен на разрушение существующих норм и правил межличностных отношений и отношений человека с природой. Это переустройство обладает тенденцией “дурного” переустройства по принципу “дурной” бесконечности, которое является переустройством ради самого переустройства.

Как и любую философию жизни, эту позицию нельзя оценивать однозначно, хотя следует учесть, что такой тип философии жизни приводит к постоянно-му, даже избыточному напряжению, которое может вести к дистрессу.

5. Преобразование жизни или философия творчества. Это тот тип отношения к жизни, когда человек пытается реализовать напряжение и регулировать его в соответствии с возможностями своей жизни, воспринимая ее как природное явление, воспринимая ситуацию, в которой он находится, как ситуацию, тождественную по происхождению ему самому. Философия преобразования жизни, если ее описывать, например, в христианской традиции, основывается на понятии о свободе человека и данности этого свойства человеку Богом.

Знание о том, какую философию жизни реализует человек, помогает определить направление и смысл его усилий по осуществлению жизни, а при необходимости и использовать эти установки для лечения человека.

В настоящее время вопрос о том, что болезнь как некоторая субъективная реальность и феномен культуры не сводится к натуральным органическим проявлениям, не нуждается в особых доказательствах, поэтому в работе со страдающим человеком большое внимание уделяется и психологическим факторам, которые воплощаются в практической философии жизни человека, определяющей ее цели. Это прежде всего внутренняя картина здоровья. Вспомним в этой связи С. Цвейга, который писал в романе “Нетерпение сердца”: “Несчастье делает человека легко ранимым, а непрерывное страдание мешает ему быть справедливым”¹.

Практическое занятие

Тема: “Болезнь века” — стресс.

Вопросы

1. Понятие о стрессе. Виды стресса.
2. Факторы, вызывающие стресс, — стрессоры.
3. Последствия стресса.

Литература

1. Селье Г. Стресс без болезней // Стресс жизни. СПб., 1994.
2. Селье Г. Когда стресс не приносит горя // Известные силы в нас. М., 1992.
3. Хартли М. Как превратить стресс из врага в союзника. София, 1992.

¹ Цвейг С. Нетерпение сердца. М., 1984. С. 164.

Практическое задание

Исследовать у 10 человек разного возраста содержание понятия “стресс” (задать вопрос: “Объясните, пожалуйста, что такое «стресс»?”). Проанализировать возможные последствия понимания этого слова для индивидуальной жизни человека.

Цель задания: осознать роль слов, научных терминов в первую очередь, в формировании индивидуального сознания человека.

Глава 7

**ПОНЯТИЕ О ВНУТРЕННЕЙ
КАРТИНЕ ЗДОРОВЬЯ**

Виды и критерии здоровья. Характеристика здорового человека. Обучение здоровому образу жизни.

Виды и критерии здоровья Обычно в разговоре о здоровье выделяют три вида здоровья: физическое, психологическое и духовное.

Содержание **физического здоровья** часто связывается с понятием возраста человека. Представители разных наук сегодня говорят о биологическом, психологическом и социальном возрасте. Широко обсуждается проблема несоответствия между этими возрастами, особенно актуальна она (при принятии экспертных решений) в отношении детей, подростков и юношей. Не менее важна она и при проведении трудовых и судебно-психологических экспертиз взрослых.

Биологический возраст — это понятие, которое отражает функциональную зрелость организма, как его отдельных тканей, органов, систем, так и всего организма в целом. Для принятия решений о физическом, или биологическом, возрасте человека, а значит, и о состоянии его здоровья, в детском и юношеском возрасте используют целый ряд показателей.

К р и т е р и я м и б и о л о г и ч е с к о г о в о з р а с т а могут быть морфологические, функциональные и биохимические показатели, диагностическая ценность которых меняется в зависимости от периода развития ребенка или юноши.

Морфологические критерии — скелетная зрелость (сроки оссификации скелета); зубная зрелость (проре-

зывание и смена зубов); зрелость форм тела (пропорции, телосложение); развитие вторичных и первичных половых признаков.

Функциональные критерии — показатели, отражающие зрелость центральной и вегетативной нервных систем и опорно-двигательного аппарата.

Биохимические критерии — ферментативные, гормональные и цитохимические показатели.

В практической работе пользуются так называемой зубной и половой формулами. Для оценки биологического возраста в период полового созревания учитывается развитие первичных и вторичных признаков.

Отечественные авторы¹ пользуются следующей схемой: развитие волос в подмышечной впадине (А) и на лобке (Р), грудных желез (Ма), а также возраст наступления первой менструации (Ме). Разработана система оценок каждого параметра из этой схемы. Результаты записываются в виде формулы, для подростков мужского пола это формула А, Р, а для подростков женского пола — А, Р, Ма, Ме.

При анализе рентгенограмм², отражающих особенности окостенения и синостозов в отдельных частях скелета, пользуются сравнением со стандартными рентгенограммами в специальных атласах. В литературе пока нет общепризнанной схемы для оценки степени синостозирования эпифизарных зон. Сегодня широко используют для оценки биологического возраста детей и подростков весь комплекс показателей, что позволяет говорить о степени биологической зрелости человека.

О состоянии здоровья взрослого человека можно судить по содержанию П а с п о р т а з д о р о в ья. Именно о показателях такого паспорта пишет В.М. Дильман³, предлагая свою модель интегративной медицины. Она со-

¹ Штефко В.Г., Островский А.Д. (1929), Бунах В.В. (1929; 1941), Арон Д.И., Ставицкий А.Б. (1959) и др.

² Рахлин Д.Р. (1936), Штефко В.Г. (1947).

³ Дильман В.М. Большие биологические часы. М., 1986. С. 182—183.

стоит в следующем. Учитывая, что закон отклонения гомеостаза действует в трех основных гомеостатических системах организма, в возрасте 20—25 лет должны быть определены параметры состояния прежде всего этих систем. Минимальное число таких параметров — 5:

1) масса тела, то есть содержание жира, которое косвенно может быть рассчитано по показателю роста, веса и данных измерения толщины кожно-жировых складок;

2) уровень в крови пребета- и бета-липопротеина и триглицеридов;

3) уровень холестерина и альфа-холестерина (холестерина в составе липопротеидов высокой плотности);

4) количество сахара в крови натощак и через 2 часа после приема внутрь 100 г глюкозы;

5) величина артериального давления.

Эти показатели отражают работу энергетического, адаптационного и частично репродуктивного гомеостаза.

Думается, что психолог и врач, которые работают с показателями здоровья человека, должны исходить из того, что у любого человека на уровне житейской психологии присутствуют свои представления о нормальности человека в любой конкретный период его жизни. В этом смысле бытовое представление человека о возрасте, о возможностях возраста — о возможностях чувствования, действия, самоотношения — является тем конкретным материалом, который определяет содержание внутренней картины здоровья (ВКЗ). При этом в самой концепции, которую человек оформляет по поводу своего соответствия или несоответствия этим бытовым представлениям существенное место будет принадлежать разрешающей возможности этих переживаний: “в этом возрасте не свойственно” или “в соответствии с возрастом я должен, как все” и т.п. Возникает система установок, разрешающих или запрещающих некоторые виды психической жизни. В изучении показателей здоровья человека недостаточно ориентироваться только на научное представление о возможном соответствии или несоответствии реального “личностного профиля” человека тем данным о нормальном развитии, которые представлены той или иной научной периодизацией.

Роль и место внутренней картины здоровья в индивидуальном сознании человека — в его самоощущении и самосознании — дают возможность понять исследования представлений о счастье в русском менталитете, проведенные И.А. Джидарьян.

В недрах национального сознания формировался нравственный тип отношения к счастью, который представляется ценной и привлекательной чертой. Его можно описать как “дистанцирование” или даже “боязнь” счастья. Как пишет И.А. Джидарьян, у людей возникает чувство психологического дискомфорта из-за того, что многие люди страдают и несчастны, в то время как тебе хорошо и ты чувствуешь себя счастливым. Возникает трудно объяснимое состояние, когда человек несчастлив своим счастьем. Эта двойственность национального сознания многократно описывалась философами, поэтами, учеными.

Стремление к счастью во всечеловеческом масштабе в то же время не мешало существовать малым радостям повседневной жизни.

И.А. Джидарьян приводит данные о том, что “доброжелательно-сочувственная тональность русского сознания к несчастью определила и свойственную русским людям откровенность в отношении к своим бедам и страданиям, которые обычно не скрываются от других. Русским людям свойственна привычка “поведать” о своих несчастьях, рассказать о своем горе, не сомневаясь при этом, что их поймут и поддержат. Мотив сочувствия глубоко укоренен в русском менталитете и в качестве некоторой общей тенденции остается в нем, бесспорно, и сейчас”¹.

Источниками положительных эмоций в жизни, которые определяют желание жить, были (и остаются) усмотренность надежд и мечтаний в будущее, поиск более высоких идеальных оснований бытия, смысла жизни, без которого для русского сознания нет счастья.

Знание источников переживания счастье — не счастье и их особенностей для русского народа позволяет врачу и психологу построить свою работу с содержанием переживаний, отражающих внутреннюю картину здоровья человека.

Рядом отечественных авторов (А.М. Громбах, 1988; А.Ш. Тхостов, 1993; В.В. Лебединский, 1994; Б.Д. Карвасарский, 1982; и др.) представлены показатели психического здоровья.

Выделяются четыре группы людей с разными показателями психического здоровья.

Первая группа — совершенно здоровые. Жалоб нет.

Вторая группа — легкие функциональные нарушения, о которых говорят эпизодические жалобы астено-невротического порядка, которые обусловлены конкретной психотравмирующей ситуацией. Это связано с напряжением адаптационных механизмов под влиянием отрицательных микросоциальных факторов.

Третья группа — это лица с доклиническими состояниями и клиническими формами в стадии компенсации. Стойкое проявление жалоб астено-невротического характера вне рамок психотравмирующей и трудной ситуации. Перенапряжение механизмов адаптации. В анамнезе таких людей часты токсикозы, неблагополучие беременности (сохранение), родовые травмы, микроорганические поражения, диатезы, травмы головы или хронические инфекции (отит, дизентерия, хронический тонзиллит, болезнь Боткина).

Четвертая группа — клинические формы заболевания в стадии субкомпенсации. Клинические формы нарушения адаптации, связанные с недостаточностью и поломкой механизмов адаптации. Часто у таких лиц несбалансированный вариант электроэнцефалограммы.

Заслуживает внимания то, что критерии группы психического здоровья связаны с наличием жалоб самого человека на трудности жизни среди людей, на трудности жизни с самим собой. Эти жалобы естественным образом связаны с тем мифом о здоровье, который ос-

¹ Джидарьян И.А. Представления о счастье в русском менталитете // Психологический журнал. 1997. № 3. С. 22.

ваивает человек в конкретных социальных условиях.¹ Это может быть и материализация мифа о здоровье в виде определенного объекта — талисмана, в виде идеи кармы, в виде идеи спасения, идеи магии и т.п. Миф определяет и действия человека по отношению к здоровью — его конкретную заботу о своем физическом, психическом и духовном состоянии.

Роль психического здоровья человека во ВКЗ с точки зрения наблюдателя может быть описана как уровень реализации его возможностей быть человеком с учетом закономерностей, известных науке.

К р и т е р и и п с и х и ч е с к о г о з д о р о в ья основываются на понятиях “адаптация” и “социализация” как основных закономерностях развития человека и на понятии “индивидуализация” как проявлении закономерностей индивидуальной жизни человека.

В современных работах понятие *адаптации* включает способность человека осознанно относиться к функциям своего организма — к функции пищеварения, выделения и др. Кроме того, это способность человека регулировать свои психические процессы (управлять своими мыслями, чувствами, желаниями). Пределы содержания индивидуальной адаптации существуют, но есть и общие для всех людей закономерности. Так, адаптированный человек может жить в современных ему гео-социальных условиях.

Социализация связана с тремя критериями, по которым определяется здоровье человека. Первый критерий — человек реагирует на другого человека, как на равного себе — другой такой же живой, как и Я. Вторым критерий — это реакция человека на факт существования норм в отношениях между людьми, то есть выделение этих норм и стремление следовать им. Третий критерий — как человек переживает свою относительную зависимость от других людей. Существует для каждого человека необходимая мера одиночества, и если

¹ См.: Тхостов А.Ш. Болезнь как семиотическая система // Вестник МГУ. Психология. 1993. № 4.

человек эту меру преступает, то он чувствует себя плохо. Мера одиночества — это возможность соотнесения места, в котором ты находишься, и собственной души. Одиночество человек начинает ощущать тогда, когда перестает осознавать, где находится его душа¹.

Индивидуализация или *индивидуация*, как говорил К.Г. Юнг, это одно из понятий, которое позволяет описывать отношение человека к самому себе. Человек сам создает в психической жизни свои качества; человек осознает собственную неповторимость как ценность и не позволяет разрушать ее другим людям.

Способность признавать и сохранять индивидуальность в себе и в других — это один из важнейших параметров психического здоровья.

Человек, осуществляющий индивидуализацию, может сопоставлять ее как существующую с проявлениями индивидуальности у других людей, то есть может принимать во внимание других людей. Если человек делает это, он сохраняет индивидуальность других людей и свою.

Психически здоровый человек характеризуется его возможностями адаптации, социализации и индивидуализации. Эти возможности есть у каждого человека, степень их реализации определяется социальной ситуацией развития человека — теми ежедневными условиями жизни, в которых находится место для конкретного человека, где он мог бы проявить возможности психической жизни, то есть доступные ему чувства, мысли, желания, возможности, качества Я. В социальную ситуацию обязательно входит идеал нормального человека данного общества в данный конкретный момент; конкретные нормы и правила отношений между людьми, в которых осуществляется этот идеал; в нем есть идея о ценности жизни вообще.

Итак, для наблюдателя критерии психического развития могут быть определены через меру социализа-

¹ См.: Лэнг Р. Раздробленное Я. М., 1997; Обрайн Б. Операторы и вещи. М., 1996.

ции, адаптации и индивидуализации человека, меру, которая переживается самим человеком, и меру, которая может быть принята как способ объективной оценки психического здоровья человека.

Недостаточность показателей психического здоровья для описания ВКЗ связана с тем, что любой человек потенциально обладает возможностью посмотреть на свою жизнь со стороны, то есть рефлексировать над своей жизнью в целом. Это предпосылка духовной жизни человека, которая в отличие от психической жизни состоит в том, что результатом ее является переживание жизни других людей как ценности. Главный признак духовно здорового человека состоит в том, что, воспринимая жизнь как ценность, он стремится к созданию в ней новых ценностных качеств. Существенной особенностью этого переживания является то, что состояние охватывает человека помимо его воли и индивидуальных усилий, и человек ищет его источник вне своих сил, в сферах, лежащих выше их¹.

Показатели **духовного здоровья** человека психолог выделяет тогда, когда сталкивается в своей работе с обоснованием человеком способов воздействия на себя и на других людей. Это проявляется прежде всего в способах поощрения и наказания и в способах прощения.

Духовное здоровье человека проявляется в его связи со всем миром, которая может выражаться в религиозных чувствах человека, в чувствах красоты и мировой гармонии, в чувствах восхищения и благоговения перед жизнью, и существует независимо от обстоятельств в чувстве постоянной радости от жизни. Радости как переживании усилий Я, как возможности осуществления жизни, несмотря ни на что, как усилия, идущего от себя, имеющего связь с силами, превосходящими силу Я и питающими его.

К р и т е р и я м и д у х о в н о з д о р о в о г о человека могут быть:

1. Возможность выделения для себя идей о происхождении человека и отношение к этим идеям. Ка-

¹ См.: Шпет Т.Т. Введение в этническую психологию. СПб., 1996.

кие это могут быть идеи? Я дано мне Богом. Я — это природное качество. Я — это то, что есть у всех. Мое Я определено моими родителями. Мое Я я создал сам и т.п. Отсюда и возможные усилия по преобразованию.

2. Показатель целостности внутреннего мира, которая задается системой правил и суждений, принятых для себя человеком осознанно. Когда есть правила осознания, то внутренний мир доступен для воздействия. Наиболее типичным примером таких правил являются всем известные библейские заповеди: не убий; не укради; не лжесвидетельствуй; чти отца и мать; не прелюбодействуй; возлюби ближнего своего и другие, которые изложены в Нагорной проповеди Христа.

Критерии духовного здоровья проявляются в общении с другими людьми особым образом — в готовности отдавать, а не только брать, в готовности осуществлять тот вид эгоистического альтруизма, о котором говорил Г. Селье. Отдавать другим людям свои силы в целях устройства общей жизни.

Переживания, в которых осуществляется связь с другими людьми, переживания, в которых раскрывается соответствие конкретному идеалу человека, и составляют содержание внутренней картины здоровья (ВКЗ) как трансцендентального целостного представления о жизни.

Характеристика Если наблюдать клинически за **здорового человека** здоровыми людьми, то их можно описывать в соответствии с данными А. Маслоу как людей, обладающих особыми характеристиками, которые отличают их от других людей по следующим показателям: они удовлетворили свои потребности в безопасности, сопричастности, любви, уважении и самоуважении и поэтому могут стремиться к самоактуализации, то есть к свершению своей миссии, призвания, судьбы, стремления к единству своей личности.

К подтверждаемым клиническими наблюдениями характеристикам здоровых людей можно отнести следующие (по А. Маслоу¹):

1. Высшая степень восприятия реальности.

2. Более развитая способность принимать себя, других и мир в целом такими, какими они есть на самом деле.

3. Повышенная спонтанность, непосредственность.

4. Более развитая способность сосредоточиться на проблеме.

5. Более выраженная отстраненность и явное стремление к уединению.

6. Более выраженная автономность и противостояние приобщению к какой-то одной культуре.

7. Большая свежесть восприятия и богатство эмоциональных реакций.

8. Более частые прорывы на пик переживаний².

9. Более сильное отождествление себя со всем родом человеческим.

¹ А. Маслоу. Психология бытия. "Ваклер", 1997. С. 49—50.

² Пик переживаний или пиковое переживание — это переживание идентичности, во время его человек чувствует себя более единым (целостным), чем в любое другое время, и это переживание позволяет ему все больше реализовать свою способность сливаться с миром, то есть это одновременно слияние с собой и взлет над самим собой. Это вершина сил человека, которая делает его легким и непринужденным, он чувствует себя ответственным, активным, творческим центром своей жизни; он свободен от страхов, сомнений, самокритики, всевозможных оков и тормозов. В это время он спонтанен, ведет себя искренне, честно, незащитно, простодушно, он становится уверен в себе, расстается с сомнениями.

Пик переживаний — это вершина самости человека, он свободен от прошлого и будущего, пребывает в настоящем. Человек в это время больше, чем когда-либо, подчиняется интрапсихическим законам. Он склонен изъясняться возвышенным языком поэзии или мифов. Человек просто существует и все, он достиг наслаждения, что означает временное прекращение стремления к наслаждению. Это завершенность красоты, совершенства, справедливости — это цель, а не средство. Это, в конечном счете, бытийное веселье, это та радость, о которой люди говорят, что они этого не заслужили.

10. Улучшение в межличностных отношениях.

11. Более демократичная структура характера.

12. Высокие творческие способности.

13. Определенные изменения в системе ценностей.

А. Маслоу пишет о том, что он наблюдал самоактуализацию, главным образом у людей старшего возраста. Она представлялась ему высшей целью, пределом, то есть Бытием, а не Становлением.

Анализируя современные работы по влиянию стресса на внутреннюю картину здоровья, обратим внимание на то, что существование ВКЗ и ее применение основывается на том, что человеку для осуществления своей возможности быть человеком, чтобы выстоять во времена крушения духовных ценностей и идеалов, ведущего к насилию и жестокости, чтобы справиться с духотой наркотиков и алкоголизма, надо очень точно знать законы своей жизни, чтобы ориентироваться на них.

Во внутренней картине здоровья большое место отводится когнитивным (разумным) психотехническим знаниям о том, как может и должна осуществляться индивидуальная жизнь. Эти когнитивные знания дают возможность выстраивать мотивацию собственной жизни, основанную на переживании ее осуществимости как возможности реализовать свое здоровье. Именно отсутствие мотивации — это величайшая трагедия, которая разрушает все жизненные устои человека, в том числе и отсутствие мотивации к здоровому образу жизни, которое буквально преследует современного человека как отсутствие стремления к реализации своей внутренней картины здоровья.

Г. Селье в своих работах отмечает, что современный образ жизни должен учитывать реакции человека как стресс от непрерывных перемен. Это единственный выход из противоречивых суждений о добре и зле, справедливости и несправедливости. Он считает, что наше нравственное чувство заблудилось и померкло. С этим трудно не согласиться.

Обучение здоровому образу жизни

Приспособление к техническим и социальным переменам затрагивает практически все человечество.

Они оказывают влияние на содержание конкретных переживаний людей по поводу своего умения жить.

Для того чтобы суметь адаптироваться в этой ситуации, люди должны изучить адаптацию и изучить стресс, чтобы представление о них вошло во внутреннюю картину здоровья как содержание переживания, регулирующее отношения между разными показателями и параметрами здоровья человека. Для этого необходимо проводить работу по обучению здоровому образу жизни, основные принципы которой вырабатываются и осуществляются в разных исследовательских проектах теоретической и практической медицины.

Главная идея, которая связана с реализацией принципов обучения здоровому образу жизни, основывается на аксиоматическом положении о том, что человек должен работать. Надо осознавать, что труд есть биологическая необходимость. Не только мышцы становятся дряблыми — интеллект, мозг приходят в хаос, если они не используются постоянно для достойных занятий.

Если человек уверен, что он работает только ради материального достатка или положения в обществе, то у него нет будущего — только скука монотонного обеспеченного существования, что многократно описано в психологической литературе, в частности в работе Э. Фромма «Человек для себя». (В ней он характеризует подробно потребительскую ориентацию многих современных людей.) Г. Селье, анализируя возможности предотвращения дистресса, писал, обращаясь к молодым, о том, что не надо прислушиваться к соблазнительным, узко примитивным лозунгам о том, что жизнь — это не только труд, что надо работать, чтобы жить, а не жить, чтобы работать. Он отмечает, что лучший способ избежать дистресса состоит в том, чтобы избрать себе такое окружение, друзей, руководителя, которые соответствуют вашим предпочтениям, найти работу, которую вы сможете любить и уважать. Только так можно устра-

нить нужду в постоянной, выматывающей реадаптации, которая и есть главная причина стресса.

Хочется еще раз повторить слова о том, что человек может и должен избрать себе такое окружение, которое соответствует его внутренним предпочтениям, и не полагаться на волю провидения или судьбы, а действовать самому, выбирая свой путь осознанно и целенаправленно, создавая свою жизнь.

Напряжение, которое возникает в результате этого выбора и его осуществления — жизни, основанной на любимой работе, общении с людьми, близкими по духу, приносит самое главное — вкус и аромат жизни.

Стресс — это действительно вкус и аромат жизни, так как он связан с любой деятельностью и избежать его может лишь тот, кто ничего не делает.

Мало кому приятна жизнь без дерзания, без успеха, без ошибок. Есть виды деятельности, которые обладают целебной силой и помогают удержать механизмы стресса в оптимально хорошей форме. Известно, что трудотерапия — один из самых хороших способов лечения некоторых душевных заболеваний, а постоянные упражнения мышц поддерживают бодрость и жизненный тонус. Все зависит от характера выполняемой работы и от отношения человека к ней.

Если у человека возникает длительный досуг из-за вынужденного ухода с работы, даже если он обеспечен жильем и питанием, то это не самый привлекательный образ жизни.

В медицине сейчас принято не назначать длительный постельный режим даже после операции, так как известно, что движение, активность — это лучший способ для лечения множества болезней.

Труд — главнейшая потребность человека, и вопрос не в том, следует или не следует работать, а в том, какая работа вам больше всего подходит. Работа нужна человеку для нормальной жизнедеятельности, как нужен сон, воздух, пища, общение. Сегодня социально-экономическая ситуация в нашей стране с очевидностью подтверждает эту истину.

Если стресс связан с любым видом деятельности, то дистресс возникает не в каждом виде работы. Надо спросить себя: "Меньше работать и высвободить время для чего... для досуга или чтобы больше получать, чтобы купить... что...?" Если серьезно отнестись к этому вопросу, то на него ответить непросто.

Отличительная черта человека — человека, реализующего свою ВКЗ, состоит в том, что он стремится трудиться над улучшением своего окружения и себя. Если этого нет, то человек живет как бы против своей природы.

Г. Селье предупреждает, что надо готовиться к борьбе не только с загрязнением среды и демографическим взрывом, но и со скукой.

Он считает, что недостаточная трудовая нагрузка угрожает скукой и становится опасной. Понадобятся громадные усилия, чтобы учить массы населения тем видам профессиональной деятельности, которые связаны с творчеством, с искусством, философией, художественными промыслами, наукой, потому что нет предела только совершенствованию человеческой природы. Тогда у человека не будет побуждения оправдывать свою роль разрушителя, ниспровергателя существующих правил жизни, он сумеет преодолеть самого главного своего врага — скуку, которая является источником дистресса, разрушающего ум человека, делающая его праздным, а тело — ленивым, таким образом тоже разрушая его.

Чаще всего люди страдают не от того, что они чего-то не имеют, а от того, что у них нет вкуса и желания что-то делать. Они находят тысячи оправдательных причин для бездеятельности, переживая таким образом дистресс безделья.

В своих работах Г. Селье говорит о том, что перспектива развития философии здоровья состоит в создании мощного базиса для осуществления социального прогресса. Для этого потребуются усилия многих специалистов, чтобы подготовить почву для переориентации интересов широкой публики. Философы, педагоги,

психологи, экономисты, государственные деятели, средства массовой информации должны донести уроки по пониманию стресса и адаптации, их роли и места в жизни человека до каждого человека. В любом обществе есть люди, которые своим творчеством могут способствовать становлению здорового образа жизни, развитию ВКЗ у каждого человека. Это люди, которые в силу своей деятельности обладают воздействием на большое число людей, в первую очередь через СМИ.

Существует тесная связь между работой, стрессом и старением.

Старение — это итог всех стрессов, каким организм подвергался в течение жизни. Старение соответствует фазе истощения общего адаптационного синдрома, который в известном смысле представляет свернутую модель естественного старения. Главное отличие старения и общего адаптационного синдрома в том, что последний обладает более или менее обратимыми возможностями после отдыха. Но нужно помнить, что пока человек жив, он всегда испытывает некоторую степень стресса, и хотя стресс и старение связаны, они нетождественны. И младенец и старик испытывают стресс, но новорожденный от стресса во время крика не стареет, а даже у спящего старого человека есть все признаки старости.

Уже говорилось о том, что любой стресс, особенно стресс фрустрации, оставляет необратимые биохимические последствия — накапливаются признаки старения тканей. Многие авторы говорят об износе организма. Уровень износа организма — результат стресса, а накопление необратимых изменений — это старение, которое связано с появлением необратимых пигментов старения, или, как еще говорят, шлаков.

Успешная деятельность человека не приводит к появлению шлаков и рубцов на тканях организма, наоборот, она дает чувство молодости и силы. Работа изматывает человека удручающими неудачами. Многие выдающиеся труженики во всех областях жизни прожили долго, неизбежные неудачи они преодолевали, перевес всегда был на стороне удачи. Достаточно вспомнить

Бернарда Шоу, Альберта Швейцера, Микеланджело и других. Они добивались успеха и были счастливы, трудясь и после 70, и после 90, так как они не выполняли постылую работу ради куска хлеба.

Конечно, не многим такое удастся, не многие принадлежат к творческой элите. Из их жизни для кодекса поведения, основанного на ВКЗ, можно любому человеку взять основную идею — успешно справляться с выбранной работой на своем поприще.

Философия труда, завоевания доброжелательного отношения применима к любой профессии. Умение трудиться, мастерство — это основания для гордости человека, важнейшего его переживания. Только неудачи и отсутствие цели портят удовольствие от работы, трения и вечно меняющиеся указания по ее выполнению способствуют накоплению в организме шлаков, его износу.

Трудность состоит в том, чтобы найти такую работу, которая приносит удовлетворение и ценится людьми. Человек нуждается в признании, он не может вынести бесконечных порицаний, это делает его труд изнурительным и тяжелым.

И психологам и врачам часто приходится сталкиваться с таким понятием, как долг, когда речь идет о способах создания реализации жизненного напряжения. Что такое долг и какое место он занимает в ВКЗ?

Для того чтобы ответить на этот вопрос, надо определить долг как добровольно принятый человеком кодекс поведения. Главная цель этого кодекса в том, чтобы установить постоянные отношения с помощью правил, которые уважает сам человек и уважают другие люди, особенно ближние. Тут и возникает вопрос о том, кого же считать ближними, по отношению к кому человек возлагает на себя долг и обязанность? Естественно, что невозможно завоевать сразу всеобщую любовь, интересы людей не только отличаются, но и бывают противоречивыми. Не может быть общепризнано и установлено, что такое личный долг человека и его личные обязанности. В вопросах долга и обязанностей проявляется право человека на личную свободу, на возможность сосредото-

точиваться или распылять свои усилия по собственному усмотрению. Оно здесь остается абсолютной нормой, то есть как бы абсолютной ценностью, поэтому ответ на вопрос, что такое долг, по отношению к кому он принимается, — это по сути продолжение разговора о том, в чем состоят цели жизни человека, с помощью каких средств эти цели достигаются.

Естественно, что представления о целях жизни и средствах их достижения входят во ВКЗ как те конкретные психологические переменные, которые человек выделяет для концентрации сил по преобразованию своей жизни и жизни других людей.

Допустим, можно среди целей жизни человека выделить ближайшие цели, которые связаны с немедленным удовлетворением. Они даже могут не иметь отношения к будущему. Цели такого типа не сохраняются долго, они связаны с получением сиюминутного удовольствия, например вкуса пищи, вина, от прогулки, от удовлетворения чувственных желаний, решения трудной интеллектуальной задачи. Они не требуют специальной подготовки для выражения себя, как это имеет место в творческой деятельности и в играх. Сама деятельность и переживание от нее в достижении этих целей совпадают.

Отдаленные цели связаны с необходимостью самоанализа человека, и каждому надо честно сказать, чего он хочет от жизни. В этих целях человек всегда выстраивает какую-то иерархию. Одна из целей главная, а другие ей подчинены. Часто независимо от конкретной формулировки цели за ней стоит завоевание любви ближних. Чтобы придать смысл жизни и определенную направленность, человеку нужна возвышенная цель. Если ее нет, то жизнь начинает протекать как ситуативно обусловленное поведение — в нем нет целостности, нет переживания единства собственного Я и собственных усилий, которое характерно для здорового человека. Эта возвышенная определенная цель, если существует у человека, обладает двумя важнейшими чертами: она требует упорного труда, и плоды этого труда не являются мимолетными, они накапливаются в течение жизни.

Во все времена истории человечества существующие философские, религиозные, политические идеалы служили ориентиром в поисках отдаленной цели, которой человек мог бы посвятить всю свою жизнь. Цель недолговечная, как бы страстно человек к ней ни стремился, обеспечивает мотивацию лишь на короткое время, а отдаленная цель может мотивировать всю жизнь человека и при этом устранять сомнения при выборе поступков — те сомнения, которые ведут к дистрессу.

Инстинкты и эмоции человека определяют ход жизни, а разум и логика — единственный способ удостовериться, что человек правильно выбрал путь и идет по нему, не сбиваясь. Логiku используют для того, чтобы достичь эмоционально избранной цели. Идеи цели могут возникать без логики, они могут прийти к человеку часто даже в неожиданный для него самого момент.

Кроме отдаленных целей у человека есть и сознательные цели. Они отличаются тем, что человек сам их формулирует, то есть осознает. Эти цели могут быть истинными и мнимыми. Истинные отвечают сущности человека, особенностям его индивидуального Я, а мнимые, ложные противоречат качествам его Я. Сознательные цели влияют на протекание стресса. Г. Селье описывает такие цели, которые влияют на течение стресса: преклонение перед сильными, которое связано с осуществлением кодексов поведения (например, семейных, политических и т.п.); цель быть сильным, добиваться безопасности через приобретение силы и власти, в глубине ее часто лежит комплекс неполноценности; цель дарить и радовать — бескорыстная филантропия как проявление научного и художественного творчества; стремление помогать, исцелять, заботиться о других и о самом себе; цель получения радости.

Все эти цели как виды мотивации взаимно перекрываются и взаимно дополняются. Но остается еще человек, которому чужды все эти цели, настоящий гедонист, человек, ищущий наслаждения, который живет только сегодняшним днем и делает только то, что приносит удовлетворение в сию минуту. Ему в принципе все равно, от чего он получает радость.

Осознанные цели опираются не только на законы природы, но и на шкалу ценностей, существующую в обществе, поэтому они могут быть и долговременными, определяющими всю жизнь человека.

Кроме высокой сознательной цели есть еще конечная цель. Разговор о ней очень сложен. В принципе можно говорить о том, что цель жизни человека — это сама жизнь.

Найти оптимальный для себя уровень стресса для осуществления своей конечной жизненной цели и расходовать существующую адаптационную энергию так, чтобы это соответствовало врожденным особенностям и предпочтениям человека, достаточно сложно. Человеку надо сначала пройти путь выбора. При этом унаследованные внутренние факторы играют важную роль, они не только определяют оптимальный уровень стресса, но и слабость тех или иных органов, которые наиболее уязвимы при интенсивном стрессе.

У каждого человека неповторимые тело и ум, поэтому биолог не может принять за очевидную истину заявление о том, что все люди созданы равными.

Так в нейропсихологии индивидуальных различий¹ установлено, что существует связь типов межполушарной организации мозга с субъективной оценкой здоровья: лица с левосторонними признаками асимметрии обнаруживают менее адекватную субъективную оценку состояния адаптационных процессов. Это не социальная, а биологическая позиция.

К каким бы целям человек не стремился, связь между стрессом и достижением цели очевидна и несомненна. Об этом не стоит долго говорить: умственное напряжение и перенапряжение, неудачи, неуверенность, бесцельное существование — это самые вредоносные стрессоры, они служат причиной заболеваний: мигрени, язвенной болезни, сердечных приступов, повышенного давления, психических расстройств или просто несчастливой жизни.

¹ См.: Хомская Е.Д. Нейропсихология индивидуальных различий // Вестник МГУ. Психология. 1996. № 2.

Никакие цели не являются подлинной конечной целью человека, которая могла бы быть определяющей в понимании смысла и поступков человека.

У каждого человека есть свой предел — потолок адаптационных возможностей. У одних он близок к максимуму, присущему человеческой природе, для других — к минимуму человеческих возможностей.

Но и в рамках своих природных данных человек должен стремиться к высшему для себя мастерству, не к совершенству, а к высшему для себя мастерству. Стремиться к совершенству — значит заранее обречь себя на дистресс и неудачу, так как совершенство в принципе недостижимо.

Достижение высокого уровня мастерства — это то, что доступно каждому человеку как индивидуальности, это одна из целей, которая может принести расположение ближних. Возможным ориентиром могло бы быть представление человека о высшей для него цели, в свете которой могли бы быть оценены все происходящие события.

Понятие о ВКЗ непосредственно связано у человека с представлением о цели и ценности собственной жизни, о возможности следования этой цели, поэтому при обучении здоровому образу жизни, при постановке самой этой проблемы возникает вопрос о том, почему человек не воспринимает свое здоровье во ВКЗ как аксиоматически заданную его существованием, в том числе биологическим, реальность. Ответ на этот вопрос связан, думается, с тем, что в ВКЗ создаются те сознательные цели жизни, которые человек реализует.

На сегодняшний день существует несколько моделей обучения здоровому образу жизни¹, каждая из которых ориентирована на особые виды воздействия, на понимание роли и места здоровья в переживаниях человека. Остановимся кратко на этих моделях, существенно влияющих на формирование ВКЗ у человека. Первая модель — **медицинская**. Она построена на информировании людей. Часто ее еще называют когнитивной, иногда моделью ЗОП —

¹ См.: Чарлтон Э. Основные принципы обучения здоровому образу жизни // Вопросы психологии. 1997. № 2.

знания, отношения, поведения. Она предполагает в качестве исходного принципа, что если человек знает о качествах поведения, отрицательно влияющих на здоровье, то он начинает воздерживаться от такого поведения. И противоположное утверждение, если он знает о чем-то полезном для здоровья, то знание об этом автоматически приведет к соответствующему поведению. На практике такой взгляд не работает, так как он слишком упрощен.

Суть **образовательной** модели обучения здоровому образу жизни в том, чтобы оказать влияние на поведение человека в отношении своего здоровья. В основу ее легли представления о стадиях принятия решения о своем здоровье как ценности. Обычно их описывают таким образом:

1) всесторонний анализ возможного альтернативного поведения;

2) выделение всех целей, которые могут быть достигнуты, и оценка ценностей, которые связаны с совершаемым выбором;

3) тщательный анализ всех последствий, которые связаны с выполнением каждого действия;

4) поиск информации, важной для оценки возможных альтернатив;

5) оценка поступающей информации и полученных мнений экспертов, даже если они идут вразрез с тем образом действий, к которому изначально был готов принимающий решение человек;

6) повторная оценка последствий всех известных альтернатив, даже тех, которые вначале рассматривались как неподходящие, осуществляется до того, как будут приняты окончательные решения;

7) составление детального плана для осуществления поведения, учет возможного его применения в случае появления нежелательных последствий.

На основании этих шагов были осуществлены в США антитабачные программы и программа “мое тело”. Смысл этих программ состоял в том, чтобы дети и юноши, работавшие по программам, создали у себя представление о своем здоровье, чтобы у них сформиро-

ровалась более стабильная ВКЗ и оказались новые возможности ее осуществления.

Работа по программам показала, что расплывчатое обещание сохранить здоровье в старости малозначимо для молодых людей, так как многие их действия, которые направлены против своего здоровья в этот момент, когда они обучаются по программе, для них имеют большее социальное значение. Например, курение выступает символом самостоятельности.

Эта модель не затрагивает глубинных представлений о здоровье в юном возрасте, так как для молодых людей здоровье выглядит как нечто само собой разумеющееся и не связанное с собственными усилиями, как данность, которая есть у человека. Изменения, связанные с процессом принятия решений, наиболее важные для молодых людей, если речь идет о формировании ВКЗ, дают возможность говорить о том, что они начинают принимать правильные решения там и тогда, когда осуществляется связь их переживаний собственного здоровья с социальными и личностными аспектами осуществления какого-то действия, направленного на реализацию ВКЗ. Это наиболее важно для них, чем связь действия или фактора (курения, наркотика, алкоголя) для их будущей болезни. Нормативные представления и идеалы, существующие в личной жизни человека, в большей степени способствуют тому, чтобы люди принимали правильные решения по осуществлению ВКЗ, чем основания, связанные с потенциальным заболеванием человека.

Третья модель формирования здорового образа жизни — это **радикально политическая** модель. Она делает шаг дальше по сравнению с образовательной и включает содействие становлению ВКЗ, здоровому образу жизни. Она основана на том, что часто нужно изменить внешние обстоятельства, чтобы содействовать правильному принятию решения о здоровье. К таким обстоятельствам могут относиться законодательные акты, субсидии, которые могут создать среду обитания, способствующую здоровому образу жизни. С этой же моделью связана теория распространения инноваций (Э. Роджерса, Р. Шумейхера) и теория социального научения (А. Бандура).

Осуществление радикально политической модели в первую очередь связано с тем, что люди, которые выдвинули инициативу, сами же ее осуществляют на практике. Это обычно образованные и предприимчивые люди, у которых достаточно средств, чтобы осуществлять иницилируемое новшество. За ними идут те, кто принимает новшество первым. Это, как правило, люди, идентифицирующие себя с инициаторами, но менее инициативные. Затем новшество принимается большинством, а после всех — отстающими. Это обычно наименее обеспеченные люди. Таким образом можно воздействовать на принятие молодыми людьми решений об осуществлении того или иного образа жизни, об осуществлении того или иного действия, способствующего или препятствующего формированию ВКЗ.

Исследования показывают, что применение методов воздействия, основанных на этой модели, связано с механизмом идентификации молодых людей с носителями тех или иных идеалов социального поведения, которые для них являются доступными.

Следующая модель обучения здоровому образу жизни — это модель **самоусиления**. Ее суть в том, что если объединить достоверную медицинскую информацию, даваемую профилактической медицинской моделью, требуемые для принятия решений навыки, вырабатываемые образовательной моделью, и дающее психологическую поддержку окружение, поддерживающее здоровый образ жизни, обеспеченный радикально-политической моделью, то возникает модель самоусиления. Для успеха в обучении здоровому образу жизни должны быть выполнены все эти условия. Развитие во всем мире школ, способствующих пропаганде здорового образа жизни, в настоящее время способствует созданию таких условий. Однако правительства многих стран, в том числе и нашей, делают далеко не все для того, чтобы можно было говорить о создании такой среды, которая поддерживала бы у человека ВКЗ. К примеру, продолжается реклама табачных изделий, алкоголя. Это отрицательно сказывается на принятии решений об осуществлении здорового образа жизни. Данная модель представлена на рисунке 3.

2. Каган В. Внутренняя картина здоровья — термин или концепция? // Вопросы психологии. 1993. № 1.

3. Дильман В. Большие биологические часы. М., 1986. Гл. 13—14.

Практическое задание

Исследование внутренней картины здоровья методом самонаблюдения. Подготовить письменный самоотчет.

Цель задания: описать содержание понятия “здоровье” и его место в собственном сознании (в самосознании).

Глава 8

ПОНЯТИЕ О ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЕ БОЛЕЗНИ

Параметры внутренней картины болезни. Способы исследования ВКБ.

Параметры внутренней картины болезни В истории психологии и медицины внимание к понятию внутренней картины болезни (ВКБ) связано с 50-ми годами XX века. Во время войны наблюдались как массовые такие явления: отсутствие хронических болезней (болезней мирного времени), разный темп заживления ранений у людей военных и гражданских, у людей, которые хотели жить и которые не стремились к жизни. После войны у людей длительное время сохранялся военный синдром, типичный для участников любых войн. Суть его в том, что у человека, пережившего военные сражения, через определенные промежутки времени происходило обострение самосознания, ему начинали сниться кошмары, он заново начинал все переживать. Эффективное средство для снятия синдрома войны — психотерапия, в критических ситуациях — применение мощных психотропных средств. Позднее появились работы, которые использовали понятие, введенное для исследовательских целей А.Р. Лурией и А. Гольдшейдером, понятие внутренней картины болезни.

Сегодня в описании этого понятия можно видеть научную и научно-практическую проблему, в центре которой находятся не только медицинские, но и психологические аспекты ВК болезни. В одних случаях ВКБ направляет поведение на преодоление болезни, а в других, наоборот, она является тем фактором, который

создает отрицательные эмоции и усугубляет течение болезни.

Хотелось бы выделить следующие особенности проблемы. Наличие ВКБ как отношения человека к собственному заболеванию связано с реальными или мнимыми поражениями органов человека. ВКБ обязательно характеризуется присутствием наблюдателя и сочувствующего человека, то есть ВКБ обязательно связана с внешним или внутренним диалогом человека. Это переживание, которое ориентировано на другого: на себя как на другого, обладающего ВКЗ, или на другого человека как присутствующего, как лечащего.

ВКБ не зависит от течения самой болезни, то есть она может воспроизводиться в виде фантомных болей или создаваться при объективном отсутствии медицинских симптомов. Она предполагает восприятие человеком самого себя как страдающего, как требующего участия другого человека — лечащего. Она обладает высокой степенью устойчивости, так как является естественным продолжением одного из устойчивых образований сознания человека — ВКЗ. ВКЗ — это самоощущение человека, переживание себя как существующего, как обладающего силой, непроницаемостью для других (плотностью). Так, если слепоглухонемого ребенка с рождения носить все время на руках, то его тело не приобретет даже автономной терморегуляции, так как он не был отдален от матери, у него не была запущена в действие присущая ему как человеческому существу ВКЗ. ВКЗ — это и переживание своей возможности к автономному существованию, это переживание своей силы. Это одновременно и сила духа и сила тела, как об этом уже говорилось в предыдущей главе.

ВКБ — это отражение ВКЗ. Люди, которые чувствуют источник силы внутри себя, болеют реже, чем те, кто видит источник силы в других людях. Когда было зафиксировано существование ВКБ и ее характеристики, в современной медицине стало развиваться представление о влиянии мыслей о смерти на здоровье челове-

ка, которое стало определять многие действия врачей (например, решение вопроса о том, надо ли сообщать человеку информацию о степени тяжести его болезни, о прогнозе заболевания и т.д.). В результате большого числа исследований, описанных в книге Ф. Арьеса "Человек перед лицом смерти", было показано, что современный человек страшно боится смерти, и он настолько инфантилен, что стремится оттолкнуть смерть на границу сознания, хотя она становится доступной, "прирученной". Каждый знает, как достичь собственной смерти, уже дети знают, как лишить жизни себя и другого человека. В то же время считается приличным уходить от разговоров о смерти. В концепции смерти сама смерть воспринимается как несуществующая. В свое время поэт Н. Коржавин писал о том, что "если смерти нет, то и жизни нет".

Вытеснение смерти из сознания человека приводит к тому, что во ВКБ, когда возникает болезнь, отсутствует реальный образ того, с чем человек должен бороться. Чтобы в ВКБ выстроить такую концепцию смерти, где есть борьба с ней, человек должен видеть источник собственной силы в себе. Он один на один не может бороться со смертью, для этого должен присутствовать тот Внутренний Наставник, который создает дополнительный источник сил для человека, чтобы он мог воздействовать на собственную жизнь и смерть.

Впервые работа с Внутренним Наставником была применена в психоаналитической школе К.Г. Юнга. К.Г. Юнг говорил о том, что иногда во время медитации или состояния задумчивости возникают образы, существующие как бы самостоятельно, независимо. Он уделял большое внимание установлению связи с этими, как он считал, положительными источниками бессознательного.

Один из способов, позволяющих соприкоснуться с Внутренним Наставником, — символ-драма¹ или "на-

¹ См. подробно: Лейстер Р. Не давайте себя в обиду. Вена, 1976; Ассаджоли Р. Психосинтез. М., 1995.

правляемый сон наяву” — особая работа с воображением. Установление контакта с Внутренним Наставником — одно из условий личностного роста и самопознания человека.

Как отмечают К. и С. Саймонтоны, пациенты часто лучше реагируют на озарения, которые приходят к ним во время разговора с Внутренним Наставником, чем на наблюдение врача. Они считают, что, так как Внутренний Наставник является частью их собственной личности, доверие к нему как к руководителю — это шаг на пути принятия на себя ответственности за собственное физическое и психическое здоровье.

Когда человек начинает вступать в отношения со своей смертью, смерть начинает материализовываться, и тогда человеку легче сопротивляться. Это доказано работами многих психотерапевтов.

Изучение понятия ВКБ представлено в работах как отечественных, так и зарубежных авторов¹. Это одна из основополагающих идей, связанных с необходимостью изучения ответственности человека за собственное заболевание — аутопатологии.

Болезнь понимается как реализация в определенных жизненных условиях специфического личностного профиля человека, который является индивидуальным для каждого человека, определяется его конституцией, наследственностью. В этом смысле можно говорить об аутопатологии.

В истории изучения ВКБ было много вариантов понимания субъективных характеристик заболевания, они обозначались разными авторами несхожими терминами, но все описывали одно и то же явление. Систематизируем эти данные в виде таблицы “Отражение болезни в психике человека”, позволяющей выделить те специфические особенности явления, которое сегодня терминологически обозначается как ВКБ.

¹ См.: Ясперс К. Общая психопатология. М., 1997.

Т а б л и ц а

Отражение болезни в психике человека

Термин, автор, год	Содержание термина	Характеристика содержания переживания больного
Ауто-классическая картина болезни. А. Гольдшейдер (1926)	Создается самим больным на основе его ощущений и переживаний, связанных с его физическим состоянием	Два уровня картины болезни: 1) “сенситивный” — основан на ощущениях и 2) “интеллектуальный” — результат размышлений о своем физическом состоянии
Внутренняя картина болезни. А.Р. Лурия (1944; 1977)	Все то, что испытывает и переживает больной — его общее самочувствие, самонаблюдение, его представление о своей болезни; это сочетание восприятий и ощущений, эмоций, аффектов, конфликтов, психических травм и переживаний	Выделяет те же уровни переживания. Особое значение отводит ее интеллектуальной части
Переживание болезни. В.В. Ковалев (1972)	Общий чувственный и эмоциональный фон, на котором проявляются ощущения, представления, связанные с болезнью	Выделены 6 типов переживания болезни: депрессивный, дистимический, ипохондрический, фобический, истероидный, эйфорически-анозогнозический
Реакция адаптации. Е.А. Шевалев (1936)	Комплекс приемов, вырабатываемых личностью в целях преодоления сознания неполноценности, переживаний ограничения своих физических и психических возможностей для преодоления изменившегося самочувствия и различных проявлений болезни	Реакции компенсаторного типа; псевдоаутичного характера; псевдокомпенсаторного характера. Они определяют концепцией болезни, которую создает пациент
Позиция к болезни. Л.П. Фрумкин, И.А. Мизрухин (1970)	Это реакция личности по отношению к болезни	Наиболее важна реакция больных на существенные симптомы, обращающие патогенетическую сущность болезни
Отношение к болезни. Л.Л. Рахлин (1971)	Сознание болезни, то есть прогноз болезни; сдвиг в психике; отношение к заболеванию	Важные составляющие: восприятие своей болезни; ее оценка и переживания по ее поводу

Сегодня понятие ВКБ в отечественной психологии и медицине становится одним из способов мышления о психосоматической проблеме. Оно охватывает разнообразные стороны субъективной стороны заболевания и, по мнению В.В. Николаевой, включает несколько уровней отражения болезни в психике заболевшего человека. Перечислим их:

- чувственный уровень ощущений;
- эмоциональный, связан с различными видами реагирования на отдельные симптомы, заболевание в целом и его последствия;
- интеллектуальный или когнитивный, который связан с представлением, знанием больного о своем заболевании, размышлениями о его причинах и возможных последствиях, то есть собственная концепция болезни, которую человек начинает развивать по отношению к заболеванию;
- мотивационный, связанный с отношением больного к своему заболеванию, с изменением поведения и образа жизни в условиях болезни и актуализацией деятельности по возвращению и сохранению ВКЗ.

Между этими компонентами возможны различные соотношения. В современных работах¹ по изучению ВКБ анализируются переживания человека как особый вид активности, возникающий при формировании ВКБ. Суть этой активности состоит в том, чтобы преодолеть диссонанс, вызванный болезнью как в организме, так и в психике человека, этот диссонанс еще называют соматопсихическим.

Переживание, связанное с построением ВКБ, направлено на упорядочение своего внутреннего мира, чтобы восстановить душевное равновесие, нарушенное болезнью, справиться с критической ситуацией. ВКБ и отражает достижение этого равновесия за счет переживания.

¹ См.: Губачев Ю.М., Каган В.Е., Якубзон А.М. Половой диморфизм переживания болезни при невротических кардиофобиях // Психологический журнал. 1990. № 5.

Ряд современных авторов¹ предлагают модель ВКБ, которая развивает идеи А. Лурия и А. Гольдшейдера о ее составляющих. Они говорят о содержании ВКБ как об элементе самосознания человека, сформированном в результате самопознания. Представляется целесообразным описать выделяемые авторами составляющие этой модели, так как любое теоретическое знание может помочь в понимании изменений структуры личности, которые определяются новыми, часто трагическими условиями жизни, продиктованными болезнью.

В модели ВКБ прежде всего выделяется *функциональная структура*, которая, по мнению авторов, основывается на долговременной памяти человека, сохраняющей информацию о болезни, о всех ограничениях, которые она накладывает на деятельность организма и личности, в центральных отделах мозга, и таким образом создает *церебральное информационное поле болезни*. Это поле существует благодаря матрицам долговременной памяти и может оказывать влияние на все информационные системы мозга, в том числе и на те, которые отвечают за принятие решения с учетом этой информации.

Считается, что наиболее стабильным элементом в информационном поле мозга является самосознание, Я человека. По отношению к нему ранжируются все остальные виды информации, как более близкие Я или более далекие от него.

Авторы модели предполагают, что церебральное информационное поле болезни способно влиять на информационные процессы мозга, контролирующие состояние внутренней среды организма и поведения, которое ведет к адаптации или дезадаптации.

Психологическая зона информационного поля болезни формируется на основе доминирующих мотиваций, эмоций и связанных с заболеванием представлений.

¹ Исаев Д.Н., Палей А.И., Кабаков М.М., Личко А.Е., Резникова Т.Н., Смирнов В.М., Мучник Л.С. // Психодиагностика в клинической медицине. Л., 1983.

Благодаря деятельности “схемы тела” (это важнейший мозговой аппарат, одним из главных звеньев которого является таламо-париетальная система) ощущения человека и состояние его организма получают пространственную отнесенность, и человек может определить их эмоциональный тон. Другими словами, он может сказать, где болит и как болит. “Схема тела” постоянно формирует и сопоставляет движущийся и неподвижный образы тела, а также образы будущих движений. Благодаря “схеме тела” человек овладевает движениями, воспринимает других людей, совершенствует двигательные навыки. Образы тела становятся предметом самопознания и самосознания (“Какой я? Как выгляжу? Каким я могу стать?” и т.п.).

При нарушении этих процессов может возникнуть недооценка или переоценка заболевания. На восприятие образа тела и его состояния существенно влияет и функциональная асимметрия мозга.

Существуют несколько уровней развития “схемы тела”: физиологический, психологический и социальный. Физиологический связан с переживанием ощущений, идущих от организма (приятно—неприятно, комфортно—дискомфортно и т.п.). Психологический определяется представлениями, воображением, мышлением человека о свойствах его тела, что создает пристрастность в восприятии одних органов и игнорирование других. Социальный включает моральные оценки, стандарты моды, ролевые ожидания, что рождает такое явление, как социальная престижность заболевания, выражающаяся даже в метафорах, например “царская болезнь”.

“Схема тела”, по мнению авторов, является основой структуры Я.

Для понимания ВКБ следует иметь в виду, что психологический образ тела имеет большее значение, чем сенсорный, так как в большей степени определяет поведение больного человека, и имеет важное значение для прогноза заболевания и формирования жизненных планов.

Кроме “схемы тела” больной формирует *информационную модель* болезни. Она в зависимости от болезни может развиваться очень быстро или очень медленно. В нее обычно входят два блока: сенсорно-эмоциональный и логический. Сенсорно-эмоциональный основан на непосредственных впечатлениях и переживаниях, вызванных болезнью, а в логический блок включается еще и информация, которую больной использует для понимания причин возникновения болезни и описания ее признаков, то есть концепция болезни.

Во ВКБ концепции болезни могут быть реальные или ложные. Реальные модели тоже отличаются степенью адекватности в отражении расстройства и динамики заболевания. Среди ложных моделей встречаются мнимые болезни или симуляции. При аггравации модель болезни частично фиктивная, а при симуляции и ятрогении — полностью фиктивная. У симулянта нет церебрального информационного поля болезни, а ее психологическое поле является фиктивным, тогда как у больного с психогенным расстройством основой фиктивной модели болезни являются матрицы долговременной памяти, сформированные в результате внушения или самовнушения. Они-то и содержат психогенную информацию.

Модель прогноза заболевания — одна из составляющих ВКБ, так же как и модель ожидаемых результатов лечения. Они носят явно адаптационный характер и формируются на основе тех медицинских знаний, которые хочет, может и умеет использовать больной человек.

Модель прогноза заболевания может включать ориентацию как на выздоровление, так и на смерть или на инвалидность.

Модель ожидаемых результатов лечения создается самим больным, но в отличие от других образующих ВКБ в ней большое значение имеет воздействие врача или окружающих людей, которые оказывают на человека влияние. Эта модель во многом определяет

отношение больного к врачу — степень доверия, уровень открытости и т.п. Во время лечения у больных формируются психологические модели полученных результатов лечения. Это то эмоциональное содержание оценки результатов лечения, которое связано со сравнением модели ожидаемых результатов и модели полученных результатов. Эти эмоции могут быть причиной свертывания или разрушения модели ожидаемых результатов лечения, что приведет к отказу от лечения данным методом или от лечения вообще, может стать причиной депрессии.

Эмоциональное отношение к болезни играет очень большую роль в формировании ВКБ, подробно о нем поговорим в следующей главе.

Способы исследования ВКБ Конечно, чтобы получить данные о ВКБ, как психологу, так и врачу надо иметь теоретическое представление о ее компонентах и возможных структурно-функциональных отношениях между ними.

Конкретный сбор информации о ВКБ начинается с выслушивания жалоб больного в беседе с ним¹. Прежде всего выясняется, что заставило больного обратиться к врачу: дискомфорт, тревога за состояние здоровья, невозможность трудиться и т.п.

Всегда важно помнить о том, что язык жалоб больного отличается от объективных медицинских критериев. Понимание ВКБ, как и психотерапевтический контакт, возможны, если врач и больной говорят на одном языке.

Во время беседы врач и психолог получают информацию о модели ведущих симптомов. Во всех случаях важен врачебный деонтологический подход при исследовании ВКБ.

¹ См. подробно: Древаль А.В. Диагностика болезней (метод интервью). М., 1994.

При выявлении ВКБ нужно изучать уровни осознания ее элементов и источники их формирования: личный опыт переживания; суждения других больных с аналогичным заболеванием; использование научной и научно-популярной литературы; впечатления и мнения окружающих людей немедицинских специальностей и т.п.

Для более глубокого изучения ВКБ желательно изучить ее динамику в онтогенетическом аспекте — с детства до момента заболевания.

ВКБ тесно связана с механизмами принятия решения и системой ценности личности. Для больного ценность симптомов болезни имеет не клинический, а личностный характер, поэтому они во ВКБ имеют место отличное от клинической картины болезни. Для психотерапевтической работы изучение этого различия является существенным основанием для принятия решения о стратегии воздействия на больного с целью создания у него адекватной “схемы тела”.

Для изучения “схемы тела” применяются как вопросы о чувстве телесного дискомфорта, его локализации, интенсивности и динамике, так и нейропсихологические методики, которые дают возможность выявить поражения теменных, теменно-височных или лобных отделов мозга. Эти данные полезно сопоставлять с результатами электроэнцефалографии.

ВКБ надо исследовать как динамическое образование, все элементы которого обладают определенной эмоциональной окраской и могут перестраиваться под воздействием разных источников информации.

В изучении ВКБ обязательно надо определять тип эмоционального отношения человека к своему телу и проявлениям болезни. При этом надо дифференцировать стабильный фоновый тип эмоциональных отношений и эмоциональное отношение к конкретному заболеванию в целом и его отдельным симптомам. Это важно для выявления аггравантов, симулянтов и других лиц, неадекватно реагирующих на болезнь.

В модели прогноза надо обратить внимание на исследование психологического отсчета времени, которое возникло у больного в связи с болезнью в целом или при появлении ее отдельных симптомов. Это важный момент в проецировании болезни в будущее. В этой же модели надо знать и представление больного об ожидаемом результате лечения, времени его появления и путях достижения желаемого результата. Это дает возможность определить наличие у больного веры в целях лечения, узнать источники его надежды на выздоровление.

ВКБ может существовать в виде образа или в виде логического утверждения. В любом случае, если это требуют задачи лечения, на нее может быть оказано воздействие психотерапевтическими средствами с целью создания оптимальных медико-психологических условий лечения больного человека.

Так, у некоторых групп больных с длительно текущими заболеваниями центральной нервной системы ВКБ содержит модели синдромов, прогноза, ожидаемых и полученных результатов лечения и др. Большое место в ней занимает тревога, если ВКБ формировалась без психотерапевтического влияния врачей. Если тревога выражена, то ВКБ нестабильна, в ней превалирует отрицательная модель прогноза. При некоторых поражениях центральной нервной системы нередко появляются неадекватные представления о состоянии своего тела, его размерах, строении, соотношении разных его частей.

У больных неврозами ВКБ характеризуется разнообразными психологическими механизмами защиты, которые “корректируют” любую информацию о болезни.

Большинство практически здоровых людей сохраняют ВКБ после перенесенного заболевания в своей памяти в обобщенном, свернутом виде. Это имеет адаптивное значение и позволяет в то же время строить адекватные отношения с больными людьми.

Если у психически здоровых людей ВКБ мгновенно реагирует на изменения их состояния и является регулятором поведения, то у олигофренов она строится иначе.

ВКБ олигофренов, страдающих соматическими и неврологическими расстройствами, бедна, статична, инертна и не способна участвовать в механизмах регуляции поведения, в ней выпадают отдельные симптомы, нет проекции в будущее. Тревога относительно заболевания встречается крайне редко. Большинство из них осознают свой психологический дефект, свое низкое место в системе социальных отношений и переживают его.

Уровень интеллекта играет важную роль в построении структуры ВКБ. Знание о ВКБ дает возможность анализировать отношения его болезни и позволяет определить его возможности в самостоятельной борьбе с болезнью, которую он может вести, используя ВКЗ как ресурс своего личностного индивидуального существования. Именно о них писали К. и С. Саймонтоны, обращаясь к своим читателям с просьбой поощрять здоровье, а не болезнь, то есть не лишать больного возможности самому заботиться о себе, обязательно обращать внимание на любое улучшение состояния; заниматься с больным какой-то деятельностью, не относящейся к болезни; продолжать проводить время с больным, когда он начнет поправляться.

Лучше помогайте, чем “спасайте”... Только делать это надо умело. Для этого и надо психологам и врачам работать вместе, пользоваться информацией друг друга и не бояться признаться в своей некомпетентности, когда речь идет о недостатке этой информации.

Помогать надо уметь, чтобы поддержка не превратила больного в беспомощного ребенка.

Практическое занятие

Тема: Понятие о внутренней картине болезни (ВКБ).

Вопросы

1. Понятие о параметрах ВКБ и возможностях воздействия на них.
2. Роль ВКБ в организации активности человека.
3. Особенности исследования ВКБ в работе психолога.

Литература

1. Саймонтон К., Саймонтон С. Возвращение к здоровью. Новый взгляд на тяжелые болезни. СПб., 1995. Гл. 1, 2, 10.

2. Бурлачук Л.Ф., Коркова Е.Ю. Индивидуально-психологические особенности больных сердечно-сосудистыми заболеваниями в процессе их социальной адаптации // Психологический журнал. 1992. № 3.

3. Губачев Ю.М. и др. Половой диморфизм переживания болезни при невротических кардиофобиях // Психологический журнал. 1990. № 5.

Практическое задание

Исследование ВКБ у лиц разного возраста с помощью беседы.

Цель задания: осознать параметры ВКБ и их влияние на активность человека.

Глава 9

**ПСИХОЛОГИЯ
БОЛЬНОГО ЧЕЛОВЕКА**

Социальное и индивидуальное в болезни. Динамика психической жизни при хронических заболеваниях.

Социальное и индивидуальное в болезни Психология больного человека — это особые изменения, которые вызваны его страданиями. Учитывая источники страдания и степень зависимости от них человека, можно выделить разные виды заболеваний. Разделим их условно на два вида — хронические и острые.

Хронические заболевания протекают длительно и связаны с перестройкой всей жизни человека. Острые заболевания кратковременны и не всегда имеют фатальное значение для реорганизации жизни человека. Они могут повлиять на жизнь человека только своими последствиями. Например, травма может изменить строение тела человека: воздействие на тело было кратковременным, а последствия его могут повлиять на всю жизнь. Человек, который болен почечной недостаточностью или имеет болезнь сердца, чувствует себя совсем иначе по тем последствиям, которые вызывает у него болезнь.

Анализ тех психических изменений, которые связаны с болезнью, показывает, что их содержание определяется соотношениями ВКЗ человека и его ВКБ, которая будет функционировать в разные периоды его болезни, в разных видах заболевания.

Болезнь как страдание человека имеет как социальное, так и индивидуальное содержание.

Индивидуальное содержание болезни связано с возможностью переносить страдания, с возможностью устанавливать отношения с другими людьми по поводу переживаемого или пережитого страдания. Таким образом, на уровне индивидуального содержания болезнь связана с установлением межличностных отношений и отношения к самому себе. Качество этих отношений будет определяться соотношением ВКЗ и ВКБ, которые существуют как в индивидуальной жизни человека, так и транслируются в межличностных отношениях как представление о телесности, как представление о символической функции тела, которое объединяет людей одной культуры или конкретной ситуации совместной деятельности.

Социальное содержание болезни прежде всего связано с необходимостью для других людей, которые не являются носителями болезни, заботиться о больном человеке, то есть как бы распределять между собой и больным человеком степень ответственности за характер и течение его болезни, за жизнь человека, переживающего страдание. Лечение болезни как избавление от страдания может быть предметом взаимодействия разных людей, как самого больного — страдающего, так и других людей, в профессиональные обязанности которых входит облегчение страданий. Это могут быть врачи, социальные работники, парламентарии, представители СМИ или научные сотрудники, занятые разработкой медицинских проблем, или представители промышленности, выпускающей медтехнику или предметы гигиены и ухода за больными.

Таким образом, социальная забота, социальное внимание к болезни может стать содержанием собственных переживаний, так как в лице представителей этих профессий прямо или опосредованно (через продукты их деятельности) человек получает социальное внимание, благодаря которому с него снимается та степень ответственности за течение болезни, которую он не может нести сам.

Страдающий человек через видимое проявление своего страдания получает возможность воздействия на очень большие группы людей, что может привести к манипулированию другими с целью снять с себя некоторую ответственность за преодоление своего страдания. У больного может быть оправдательный мотив манипулирования¹, состоящий в возведении собственного страдания в ранг добродетели, требующей особых знаков внимания со стороны других людей. Возможности манипулирования используются теми больными, которые реализуют в ВКБ концепцию сверхценности своего страдания по отношению ко всем другим мотивам существования, то есть подменяют все цели жизни, которые возможны для реализации, только одной целью — целью потребления социального внимания как обязательного реагирования других людей на собственное существование.

Исследования ВКБ, которые осуществлялись в отечественной и зарубежной психологии, показывают, что она как механизм иерархии тех мотивов и ценностей, которые реализует человек, существенным образом зависит от того идеала здоровья (ВКЗ), на который ориентируется человек.

Показано, что ВКЗ у пожилых и молодых людей может существенно меняться или даже разрушаться, замещаться совсем несхожей. При неврозах, например, происходит вытеснение ВКЗ и наблюдается всем известное явление “ухода в болезнь”, подавление идеала здоровья. Такой “уход в болезнь” при определенных социальных условиях является адаптивной реакцией, так как обеспечивает человеку внимание, помощь и поддержку со стороны других людей.

Наблюдаются и другие ситуации, когда проявляется доминирование ВКЗ над ВКБ. Это как вариант анозогнозии, когда образ здоровья становится доминирующим, а динамический образ болезни не формируется

¹ См.: Доценко Е.Л. Психология манипуляции. МГУ. 1996.

или вытесняется. Если воспользоваться классификацией типов реагирования на болезнь, в частности той, которую предлагают Р. Конечный и М. Боухал¹, то можно с ее помощью описать еще такие варианты реакций, как **типы отношений к болезни**:

— нормальное (соответствует объективной тяжести болезни);

— пренебрежительное (недооценка тяжести болезни);

— отрицающее (игнорирование факта болезни);

— нозофобное (имеет место понимание того, что опасения преувеличены, но преодолеть своих опасений больной сам не может);

— ипохондрическое (уже упомянутый уход в болезнь);

— нозофильное (больной получает удовлетворение от того, что болезнь освобождает его от обязанностей);

— утилитарное (получение выгоды от болезни — моральной или материальной).

Каждый из этих вариантов воплощается в поведении и системе установок, ценностей, ожиданий человека, в готовности и возможности сотрудничать с врачом по преодолению болезни, вести внутренний диалог для создания отношения к своей болезни.

К отличительным чертам ВКБ относятся подвижность ее элементов и существование в самой структуре конкурирующих моделей. Отдельные компоненты ВКБ могут возникать и исчезать, перестраиваться, вытесняться. Параметры ВКБ можно не только выделять, но и дифференцировать.

Патологическое развитие ВКБ может быть связано как с церебральной патологией, так и с информационными искажениями на личностном уровне. Для развития заболевания не исключен вариант и адекватного формирования ВКБ, которую человек контролирует сознательно.

¹ См.: Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине. Прага, 1979.

Случается и так, что ВКБ становится доминирующим, автономным образованием сознания и определяет поведение человека: ВКБ перестает выполнять адаптационную функцию и становится источником стресса. Она способствует развитию тревоги и вытесняет все ценности человека, сама становясь сверхценностью. В этом случае можно говорить о нозогностической информации по данному заболеванию. Обычно человек всегда открыт для этой информации, так как переживания страдания никогда не бывают бесценными. Люди отличаются только порогами чувствительности, на которые влияет и самочувствие человека, и уровень его внушаемости, и уровень самовнушения, и общая тревожность, и состояние функциональных систем. Эти пороги регулируются системой интерцентральных отношений мозга, таким образом существует как бы двойная обусловленность и регуляция нозогностических порогов: нейрофизиологическая — церебральная и психологическая или, точнее, социально-психологическая. Нейрофизиологические пороги определяются работой мозга, а социально-психологические — межличностными отношениями человека и его отношением к себе.

Динамика психической жизни при хронических заболеваниях

Изучение личности больного человека, которое представлено в работах отечественных и зарубежных психологов (Б.В. Зейгарник, К. Ясперса, Б.Д. Карвасарского, В.Х. Кандинского и их учеников), говорит о том, что в основе психической жизни больного лежат те же закономерности, что и у здорового человека. Психическая жизнь человека меняется не потому, что при болезнях мозга и при других заболеваниях начинают действовать другие психические механизмы, а потому, что те же механизмы действуют в особых условиях, которые вызваны и изменены болезнью. Болезнь лишь биологическая предпосылка изменения личности.

В работах отечественных психологов сформировался ряд критериев, по которым оцениваются изменения личности больного. Так как они влияют на содержание ВКБ, назовем их. Это следующие пять критериев:

1) изменение содержания ведущего (главного) мотива деятельности, формируется новый мотив, например патологическая деятельность голодания при анорексии;

2) замена содержания ведущего мотива содержанием более низкого мотива, например мотив самообслуживания при ипохондрии;

3) снижение уровня опосредованности деятельности, то есть деятельность упрощается, целевая ее структура обедняется;

4) сужение основного круга отношений человека с миром, обеднение мотивов;

5) нарушение степени критичности и снижение уровня самоконтроля.

Клинические формы изменения личности носят самый разнообразный характер. Они могут проявляться как изменение эмоций — депрессия или эйфория; в виде нарушения эмоциональной сферы — апатия, бездушность; в виде изменения отношения к себе и к окружающим — ослабление критики, подконтрольности; в виде нарушения активности — аспонтанность. У соматических больных может наблюдаться нарастание эгоцентрического содержания ведущего мотива, особенно при ипохондрических нарушениях личности. Своеобразием структуры мотивационной сферы может быть жесткая подчиненность ее одному мотиву — мотиву переживания страдания.

Можно ли говорить о развитии, если иметь в виду изменение личности больного человека? В одних случаях нет, так как изменения не связаны с усложнением деятельности, а наоборот, ведут к ее оскудению и способствуют деградации личности. При изменении в структуре личности у ипохондрика можно наблюдать

хотя и усложненную, но не обогащенную, а упрощенную психическую жизнь.

Возможен и другой вариант — вариант подлинного развития, когда человек пытается преодолеть тяжелую болезнь, не замыкается в себе, не порывает связь с миром, использует все компенсаторные возможности для установления контакта с другими людьми.

ВКБ становится тем новообразованием в психике, в структуре которого отражается весь процесс перестройки психической жизни заболевшего хронической соматической болезнью человека. Динамика мотивационного уровня ВКБ при таком заболевании соответствует изменению личности, которое заключается в создании нового ведущего мотива — мотива жизни и постепенном переподчинении ему других мотивов.

Таким мотивом чаще всего у больных людей становится *мотив сохранения жизни* как таковой¹. На начальной стадии заболевания этот мотив еще не является главным, он актуализируется только в периоды обострения состояния. В эти периоды больной начинает обследоваться, ограничивает свою жизнь, вырабатывает новые для себя правила жизни. В структуре ВКБ преобладает в это время эмоциональный уровень — страх, тревога по поводу возможного лечения, люди хотят оттянуть его начало всеми способами — стремятся к выписке из больницы, желают вернуться к прежнему образу жизни. Болезнь характеризуется как препятствие на пути достижения более “важных” жизненных целей, чем забота о своем здоровье, которая в это время является не ведущим мотивом, а только средством для осуществления привычной деятельности — работы, учебы, семейной жизни. Ситуационный мотив сохранения жизни еще не является смыслообразующим, ведущим.

При переходе к лечению у хронических больных наблюдается изменение эмоционального состояния, ко-

¹ См. подробно: Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. М., 1987.

торое резко выражено у больных с неадекватной моделью ожидаемых результатов лечения. Резко меняется настроение и поведение, сужается сфера их интересов, они часто полностью погружаются в болезненное состояние, становятся раздражительными и конфликтными, отрицательно относятся ко всем видам обследования. Все поведение людей, лечащих и обслуживающих их, начинает оцениваться с позиции того, помогает это лечению или нет.

Это начало перестройки мотивационной сферы личности, выдвижение в качестве главного мотива — мотива сохранения жизни. В работах по изучению ВКБ подчеркивается, что первым сигналом такой перестройки является появление нового по качеству эмоционального состояния. Объективно изменившееся положение человека в мире, в конкретной социальной среде еще не вполне осознано человеком, но это новое положение — хронически больного человека. Оно находит отражение в эмоциональной реакции на ситуацию в целом. Это уже сигнал о том, что жизненные цели не могут быть такими, как до болезни. Болезнь начинает выступать как препятствие на пути реализации целей.

Таким образом, эмоции сигнализируют о необходимости перестройки мотивационной сферы, где мотив сохранения жизни в силу его значимости выделяется очень быстро и становится главным, подчиняя все другие мотивы.

В последующем меняется вся система отношений больного: значимыми становятся те события, которые соответствуют этому мотиву, а все остальные обесцениваются. Меняются и критерии оценки других людей, в том числе медперсонала и всей ситуации лечения. Пока мотив сохранения жизни не был главным, в качестве критерия оценки были скорее личностные качества персонала, но когда этот мотив становится доминирующим, то в первую очередь оцениваются профессиональные качества лечащего и обслуживающего персонала. Все привычные для больного формы деятельности, сло-

жившиеся в преморбиде, начинают наполняться новым смыслом. Работа может стать способом отвлечения от болезни, занятие спортом — лечением, а чтение — заполнением свободного времени.

Мотив сохранения жизни в это время может вступать в противоречие с ранее действовавшими мотивами: если они не могут быть включены в него, то они теряют свою силу и смысл для человека. Круг деятельности человека сужается, она уже имеет не много мотивов, а мотивируется только сохранением жизни. За счет этого беднеют связи с внешним миром, с ближайшим социальным окружением.

В психологической литературе неоднократно описано сужение круга общения, пассивность больных с тяжелыми соматическими заболеваниями, что обусловлено сужением круга актуальной мотивации. Доминирование мотива сохранения жизни меняет всю картину мира больного человека, систему его отношений и ценностей. Часто это связано с возрастанием эгоистической фиксации на себе. Больные становятся более равнодушными к близким людям, менее отзывчивыми на события внешнего мира. Наблюдается снижение жизненной активности, если она противоречит мотиву сохранения жизни. Появляются самые разные типы “уходов” — в болезнь, в семью, в работу, которые по сути являются разными формами замещения одних целей другими.

В ходе лечения может произойти перестройка мотивационной сферы, появятся новые мотивы, но мотив сохранения жизни изначально приводит к появлению новой деятельности по сохранению здоровья, по контролю за его состоянием. На начальных этапах заболевания такой контроль не всегда бывает систематическим и он подчинен цели вернуться к труду. Но впоследствии контроль за своим состоянием может стать смыслом жизни больного.

Преморбидные особенности личности больного определяют содержание деятельности по сохранению

здоровья. Если до болезни смысл жизни человека был связан с работой, которой он лишился из-за недуга, то происходит утрата смысла жизни. Резко сужаются интересы, больной долго лежит в постели, пассивен, мало читает, погружен в свое состояние.

Вместе с изменением мотивов меняется и временная перспектива: больных интересуют только ближайшие цели, они живут одним днем, дальние события (как прошлого, так и будущего) их не интересуют. Смещенность интересов на события настоящего времени способствует снижению тревоги за неопределенное будущее и имеет защитный характер.

Это наиболее типичное изменение мотивации у больных хроническими соматическими заболеваниями, несущими витальную угрозу.

Однако такая тенденция наблюдается и у больных с заболеваниями, которые не угрожают жизни. Подробно изучено течение псориаза — хронической болезни, носящей соматический характер и искажающей тело человека (косметические дефекты). Исследование показало, что характер мотивации во ВКБ определяется восприятием дефекта самим человеком и его представлением о том, как воспринимают дефект другие люди. Больным часто кажется, что окружающие отрицательно воспринимают их дефект, считают его инфекционным. Больные ограничивают общение, особенно во время обострения, скрывают свой дефект, маскируя его. Это приводит к аутизации их поведения, возникает повышенный интерес к своей внешности, перестраиваются отношения с окружающими.

Бедность общения, неумение общаться и трудности с ним связанные приводят к конфликтам. Конфликты основаны на страхе общения, на опасении быть непонятым и непринятым. На фоне психических и физических (зуд) страданий развиваются психосоматические расстройства — снижается аппетит, ухудшается сон, изменяется эмоциональное состояние — больные не в

состоянии сдерживать себя, особенно в периоды обострения. Нервность сохраняется как характерологическая черта личности.

Социальная адаптация таких больных затруднена, возникают сложности в семейной и трудовой жизни.

Перестраивается иерархия мотивов — ведущим становится мотив выздоровления. Этим определяется вся жизнь, другие цели перестают существовать как значимые.

Болезненный процесс развивается по так называемой психосоматической спирали: соматические нарушения вызывают трудности в социальной адаптации, а переживание неудовлетворенности в связи с этим способствует ухудшению соматического состояния.

Трудности, вызванные заболеванием, приводят к актуализации защитных механизмов личности, к вытеснению неприятных переживаний, связанных с болезнью, использованию компенсаторных приемов для уменьшения дефектов внешности. Действие защитных механизмов помогает адаптации к болезни.

Особенно остро болезнь переживается подростками, когда оценка внешности очень важна. С возрастом происходит адаптация к заболеванию. В структуре ВКБ тогда выдвигается на первый план не эмоциональный, а мотивационный компонент, но это бывает далеко не всегда и связано с преморбидными особенностями личности.

Изучение смысла нейродермита в контексте семейных взаимоотношений¹ показывает, что это классическое психосоматическое заболевание, и его динамику определяют психогенные факторы. Одним из важнейших психогенных факторов является значение болезни ребенка для всей семьи, благодаря ей семья может решить свои проблемы через включенность болезни в

¹ См.: Иванова Е.В. Смысл болезни в контексте семейных отношений // Вестник МГУ. Психология. 1993. № 1.

мотивационную структуру всех членов семьи. За счет болезни ребенка создаются искаженные формы удовлетворения базисных, главных, ведущих потребностей членов семьи.

В ходе исследования были выявлены гипотетические варианты смысла болезни в контексте семейных взаимоотношений. Их содержание позволяет обсуждать возможное происхождение преморбидных качеств личности.

Первый вариант — болезнь является способом заполнения эмоционального дефицита в общении родителей и ребенка.

Второй вариант характеризуется тем, что в структуре семейного взаимодействия болезнь становится способом поддержания симбиотических взаимоотношений ребенка и матери.

Третий вариант — для матери это способ уйти от контакта с неприятным для нее ребенком, а для ребенка — это единственный возможный способ общения, хотя он чувствует себя покинутым, все-таки стремится любить и быть любимым матерью.

Четвертый вариант — болезнь не обладает “условной желательностью” ни для ребенка, ни для матери.

Пятый вариант состоит в том, что ребенок находит способы компенсации опосредованного болезнью отношения матери к нему, то есть у ребенка отсутствует значимость болезни для него, фиксация на ней, что и является благоприятным для динамики течения заболевания в процессе лечения.

Выраженная реакция на болезнь и связанные с этим конфликты, прежде всего межличностные и внутриличностные, могут корректироваться при развитой системе мотивации и адекватной критичной самооценке. Однако нейродермит — заболевание хроническое, часто проявляется в раннем возрасте, в связи с чем возникают сложности организации психотерапевтической помощи, так как ее применение желательно до начала развития ВКБ как новообразования личности.

Описанные выше мотивационные изменения реже возникают у лиц со сложной, полимотивированной деятельностью в преморбиде.

Таким образом, анализ психической деятельности больных с соматическими заболеваниями открывает перед исследователями широкий спектр противоречий в развитии человека, отражающих особенности психической жизни больного человека. Перечислим их: это противоречие между энергетической и содержательной стороной деятельности (сила есть, но она может тратиться впустую); противоречие между операциональными возможностями деятельности и смысловыми, личностными (могу, но не буду, не хочу); противоречие между смыслообразующими и реально действующими мотивами (знаю, что нельзя, но очень хочется); противоречие между наличными возможностями деятельности и ее реализацией в будущем (сейчас не могу и никогда не смогу или, наоборот, сейчас могу и всегда буду уметь это делать); противоречия между отражением актуального состояния во ВКБ и перспективами его развития (я сейчас себя чувствую плохо, хуже уже быть не может). Изучение этих противоречий помогает построить модель ВКБ при осуществлении психодиагностики и при проведении психотерапевтической работы.

Практическое занятие

Тема: Я-концепция и болезнь.

Вопросы

1. Кто болеет чаще и почему?
2. Как жить с болезнью?
3. Кто и как может помочь больному человеку?

Литература

1. Хэй Л. Исцели свою жизнь, свое тело. Сила внутри нас. Каунас, 1996. Главы: Обрети сознание. Уничтожить барьеры. Любовь к себе. Обращение к внутренней мудрости. Отпустить от себя прошлое.

2. Магазинник Н. Искусство общения с больными. М., 1991.
3. Голдберг Дж.Р. Как жить с эпилепсией. М., 1995.
4. Саймонтон К., Саймонтон С. Возвращение к здоровью. СПб., 1995. Главы 12, 13, 14, 15, 19.

Практическое задание

Попросить больного человека нарисовать его болезнь (собрать 5—10 рисунков). Проанализировать общее и различное в рисунках больных.

Цель задания: научиться выделять в переживаниях больного содержание его отношения к болезни.

Глава 10

СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОЙ УСТАЛОСТИ

Характеристика явления в отечественной и зарубежной литературе. Факторы, вызывающие усталость. Влияние утомления на профессиональную деятельность врача. Варианты диагностики и самодиагностики СХУ.

Характеристика явления в отечественной и зарубежной литературе

В 80-х годах по Америке прокатилась волна заболеваний, известных как Синдром Хронической Усталости, хронический вирус Эпштейна-Барра или синдром хронической усталостной дисфункции иммунной системы. По статистическим данным, число людей, заболевших во время эпидемии 80-х годов, составило приблизительно 200 000, большинство из них получили это заболевание в течение последних пяти лет. Синдром Хронической Усталости (СХУ) — один из видов эпидемических заболеваний. Но некоторые медики все еще полагают, что такая болезнь существует только в воображении. Многие врачи-скептики несколько изменили свое прежнее отношение к СХУ, когда увеличился поток больных с жалобами на постоянную усталость, головные боли, спутанность сознания, бессонницу, плохую память, боли в суставах и шее, проблемы с желудком, одышку и ряд других соматических симптомов.

Врачи, лечившие таких больных, первоначально полагали, что имеют дело с новым заболеванием. Затем они пришли к заключению, что СХУ — далеко не новая болезнь, она была известна еще в XIX веке под раз-

ными названиями. Ранее считалось, что СХУ есть одна из форм невроза, обусловленная экстремальной стрессовой ситуацией¹.

Иногда болезнь носила массовый характер, однако ее распространение было не столь широким, как в наши дни.

Хорошо известно, что болезни в основном удел бедных неудачников. Однако СХУ поражает главным образом сравнительно преуспевающих и образованных деловых людей, и в этом одна из необъяснимых и часто обсуждаемых особенностей этого состояния.

Размах эпидемии в США обеспечил современным врачам и психологам большой учебный полигон. Кроме данных, полученных при обследовании многих тысяч больных, был накоплен большой клинический опыт, на основе которого были разработаны современные методы лечения. На территории США были организованы НИИ; широкая сеть медицинских учреждений по всей стране занимается не только обслуживанием больных, но и сбором информации по широкому спектру вопросов, связанных с диагностикой и лечением СХУ.

У врачей-исследователей есть три основные гипотезы о причинах возникновения СХУ:

1. Под влиянием инфекции.
2. Вследствие поражения иммунной системы.
3. Вследствие отравления организма.

Доктор Штраус предположил, что СХУ, возможно, отражает такое состояние иммунной системы, при котором ее реакция на определенные “провокации” оказывается сверхактивной. Больные СХУ могут быть необычно чувствительны к ответным действиям иммунной системы по психическим и генетическим причинам. Штраус учитывает и состояние психики, так как теперь хорошо известно, что как депрессия, так и стрессо-

вые ситуации ведут к разрушению иммунной системы, что повышает риск инфекционных и иммунных заболеваний.

Естественно, причина и следствие могут сдвигаться в противоположных направлениях: длительное воздействие стресса на иммунную систему может привести к ощущению постоянной усталости, дискомфорта и депрессии.

Некоторые врачи продолжают настаивать, что СХУ существует лишь в воображении больных с депрессивным синдромом. Симптомы депрессии схожи с некоторыми симптомами СХУ, и почти каждый врач пытается найти психосоматические причины усталости.

Американские врачи выделяют самый заметный симптом — постоянную усталость. Многие люди часто чувствуют себя усталыми, однако при СХУ это более чем просто усталость, это изнуренность и опустошенность до последней степени. При СХУ обследуемые обычно так начинают описывать свое состояние: “Я чувствовал себя прекрасно, но однажды...” Они страдают не просто от физического или нервного истощения, что время от времени испытывает каждый из нас, а от “хронических стрессов нервной системы”¹.

Понятие СХУ и исследования, связанные с ним, сеть изучающих этот синдром медицинских учреждений — этот комплекс мероприятий является результатом деятельности американских врачей. В отечественной литературе нет понятия СХУ, но есть достаточно близкое к нему — “астения переутомления”.

Полагают, что развитию переутомления и астении часто предшествует более или менее длительный период волевого усилия, умственного напряжения и продолжения работы в условиях утомления. В подобной ситуации немаловажное значение имеет отноше-

¹ Боллз Э.В. Учиться жить с Синдромом Хронической Усталости М., 1995. С. 122.

¹ Боллз Э.В. Учиться жить с Синдромом Хронической Усталости М., 1995. С. 103.

ние человека к работе: "если выполняемый труд неприятен, то работоспособность, как правило, значительно снижается"¹. Отрицательная настроенность к труду, даже не очень изнурительному, способствует быстрому утомлению. Утомление снижает работоспособность и эффективность труда, что создает психотравмирующую ситуацию вследствие ощущения человеком собственной несостоятельности и может привести даже к невротическому срыву.

В основном страдающие астенией переутомления жалуются на раздражительность, общую слабость, повышенную утомляемость, быструю истощаемость, рассеянность, плохую память, различные нарушения сна, головные боли, головокружения, тревожность, подавленность, боли в области сердца, нетерпеливость, несдержанность, неустойчивость настроения. Причем наиболее частым симптомом астении считается раздражительность. Она проявляется в повышенной возбудимости, нетерпеливости, несдержанности, обидчивости, проявления раздражительности чаще всего носят характер кратковременных взрывов, нередко сменяющихся раскаянием и извинениями.

Дифференциальная диагностика различных видов астении достаточно сложна. В клинической практике диагностику астении переутомления основывают на следующих критериях:

1. Развитие состояния в результате напряженной работы с перегрузкой.
2. Постепенный темп развития астенических явлений.
3. Четкая, но нестойкая соматическая симптоматика.
4. Понижение работоспособности.
5. Усиление усталости от работы, волнений, неприятностей.

¹ Ласков Б.И. Физиогенные и психогенные астении. Курск, 1981. С. 95.

6. Уменьшение астении после отдыха, смены характера работы.

7. Усиление усталости до развития полного бессилия к вечеру.

Все эти критерии относительны. Абсолютным же критерием отечественные врачи считают отношение личности к болезни (то есть внутреннюю картину болезни и степень вовлечения личности в болезнь). Наиболее приемлемой можно считать гипотезу Б.И. Ласкова, согласно которой утомление развивается особенно быстро, если труд и условия труда характеризуются монотонностью либо, наоборот, необходимостью скоростного темпа, принудительной быстроты психических процессов в ограниченном резерве времени со значительными разнохарактерными переключениями внимания, необходимостью переработки большого объема информации в сжатые сроки, принятия ответственного решения.

Факторы, вызывающие усталость К сожалению, проблеме усталости от профессии в деятельности медработников не уделялось должного внимания. В основном изучалось утомление, связанное с влиянием автоматизированного производства, токов различных частот, шума и т.п. Определенный вклад в изучение специфики умственного труда внес И.И. Беляев хотя бы уже тем, что выделил эту специфику. Он отмечал, что производительность умственного труда отличается от производительности физического: "для умственного труда характерен более длительный период вработываемости и быстрая утомляемость; нередко наблюдается произвольное выключение из выполняемой умственной работы"¹. Но, тем не менее, в этих исследованиях сводится к минимуму роль внешних факторов, влияние самой профессии; а для успешного осуществления умственной деятельности достаточной считает-

¹ Беляев И.И. Очерки психогигиены. М., 1973. С. 25.

ся сосредоточенность, целенаправленность в работе и способность к волевому усилию.

Если признать эту точку зрения верной, то как объяснить появление такого выражения, как, например, “цинизм медиков”? Или высказывание одного практикующего врача-психиатра: “Когда каждый день к тебе идут люди больные психически, постоянно жалуются, приходится выслушивать их бред, общаться с их родственниками, — перестаешь воспринимать их не только близко к сердцу, но и вообще как людей, — они тебе просто надоедают”.

Так что же такое профессиональная усталость медицинских работников?

Каковы ее симптомы и существует ли возможность диагностики и самодиагностики?

Какова роль самой профессии в возникновении усталости и возможно ли осуществление психопрофилактических мер?

Очень интересно рассматривается роль стресса в возникновении профессиональной усталости у Г.К. Ушакова (1977). Стрессорами в профессии считаются монотонность трудового процесса, высокое чувство ответственности, быстрое переключение при принятии решений, степень соответствия между ожидаемым и действительным в труде, стимуляция и длительное эмоциональное напряжение¹. Все эти стрессоры, естественно, присутствуют в профессиональной деятельности врачей.

В профессиях, связанных с взаимодействием человек—человек профессиональная усталость — это прежде всего усталость от другого человека. Это совершенно специфический вид усталости, обусловленный постоянным эмоциональным контактом с большим количеством людей. Сама профессия предъявляет большую требовательность и предполагает принятие ответственности (примером могут служить ситуация судебно-пси-

хиатрической и трудовой экспертизы). В значительной степени появлению усталости может способствовать организация работы в здравоохранении (дежурства, работа по сменам), чрезмерно большой прием. Кроме того, одной из основных причин профессиональной усталости можно считать эмоциональное отношение к жизни в целом, позицию жизнеутверждения или жизнеотрицания. Это предполагает определенное отношение к деятельности, мотивацию этого отношения, взаимоотношения с коллегами, стиль жизни медработника и его проблемы, не связанные с работой.

Каким же образом может быть связан Синдром Хронической Усталости с образом жизни профессионала (в нашем случае медика)? Мы, естественно, предполагаем, что у медработников здоровье должно быть гораздо лучше, чем у других людей. Состояние психического здоровья врача, особенно психиатра, кажется большинству едва ли не идеальным. Как ни странно, очень часто происходит совершенно наоборот. Сложность вопроса медицинской и психологической сознательности врачей подчеркивали Р. Конечный и М. Боухал. С одной стороны, знание стрессоров выбранной профессии должно способствовать психологическому подходу к самодиагностике и способам психологической разгрузки. Но, с другой стороны, присущий очень многим врачам узко специализированный подход (поиск симптомов с целью объединения их в синдром) мешает оценить свое психологическое состояние как кризисное. Усталость, невозможность сосредоточиться, раздражительность, бессонницу и другие симптомы СХУ они объясняют повышенным или пониженным артериальным давлением, колеблющимся атмосферным давлением, общественным транспортом или материальными проблемами. Как правило, врачи недооценивают свое состояние, очень редко (практически никогда) обращаются за помощью к специалисту психологу. Особенно свойственна такая позиция врачам-психиатрам. Происходит это из-за боязни показать свою “про-

¹ См.: Лакошина Н.Д., Ушаков Г.К. Медицинская психология. М., 1984.

фессиональную некомпетентность" ("как я могу быть хорошим психиатром и помогать другим, если не могу сам справиться со своими проблемами?").

Отношение к своему состоянию у врачей встречается преимущественно двух видов:

1) отрицающее (не обращает внимания на собственное психологическое состояние, считает его следствием простого переутомления, не обращается за помощью к специалистам);

2) пренебрежительное (недооценивает свою усталость; не изменяет свой стиль жизни, который, как правило, бывает несовместим с психологическим здоровьем).

Очень часто врач с СХУ склоняется к несовершенной самодиагностике и самотерапии. Часто встречаются случаи злоупотребления медикаментами транквилизаторов ("очень хорошо помогает при бессоннице", "снимает усталость", "для улучшения мозгового кровообращения" и т.п.), а также регулярного употребления спиртного ("расслабиться после смены", "снять тягостные ощущения после ухудшения состояния больного").

В главе 3 мы рассматривали специфику профессиональной деятельности медработников, где выделяли основные характеристики профессиональной деформации. А в начале этой главы мы поставили вопрос: связана ли профессиональная усталость со спецификой профессиональной деятельности врачей?

Представляется очевидной связь Синдрома Хронической Усталости с концепцией другого человека. Содержание СХУ, вероятно, может быть связано с отношением к человеку как к объекту — медицинские работники не переживают свое отношение к другому человеку, их чувства обесценены, а инструкция регламентирует все взаимоотношения. Принимая готовые формы знания, стереотипизируя собственную деятельность, насыщая ее фантомами, врач отказывается от собственного психического развития, соблазняясь обманчивым покоем, устойчивостью и безопасностью. Но этим он делает первый шаг к появлению симптомов профессиональной

усталости, ведь усталость вызывают однообразие и скука в первую очередь. Естественно, это не единственная причина усталости от профессии, потому что сама тяжесть врачебного труда неминуемо вызывает утомление. Речь идет прежде всего о способности (и желании) противостоять усталости, возможности выхода из профессионального кризиса, поиске перспектив для собственного развития и выполнении той самой клятвы, помните? — "Не навреди!"

Влияние утомления на профессиональную деятельность врача Утомление врача обязательно оказывает влияние на его профессиональную деятельность и тем самым на его пациентов. Последствия утомления могут быть самыми разнообразными. Рассмотрим их подробнее:

— Нетерпеливость и раздражительность. Проявляется в сокращении времени приема каждого пациента, стремлении как можно быстрее закончить вызывающую утомление работу (создание своеобразного "конвейера"). Примерами могут служить выражения типа: "не мешайте работать", "выражайтесь яснее", "не отнимайте мое и свое время", "обратитесь к специалисту, я этим не занимаюсь" и т.п. У пациента создается впечатление, что врач хочет от него отделаться, не воспринимает серьезность его жалоб и в целом относится к нему неуважительно.

— Снижение и замедление производительности труда. Характеризуется неспособностью концентрировать внимание, трудностью при постановке диагноза и выборе метода лечения, преобладанием так называемых диагностических коротких связей типа: "повышенная кислотность + кровь в желудке = язвенная болезнь"¹. На пациента такой врач производит впечатление рассеянного, занятого своими проблемами, а зачастую и просто некомпетентного.

¹ Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине. Прага, 1985. С. 302.

— Врачебные ошибки. Могут быть вызваны невнимательностью, поспешностью и приводить к необоснованному диагнозу или неудачно выбранному лечению. Кроме того, они могут быть причиной психической ятрогении¹. Неудачно сказанное слово, профессиональный жаргон, привнесение в ситуацию собственных болезненных переживаний может быть причиной психической травматизации пациентов. Недаром это отметил Карл Краус: “Наиболее распространенным заболеванием является диагноз”².

— Недовольство результатами деятельности. Переживание собственной профессиональной несостоятельности при нарастании врачебных ошибок, трудности концентрации, затруднения в восприятии нового материала являются причиной травматизации самого профессионала.

— Конфликты и нарушение профессионального взаимодействия. Конфликты могут быть как с администрацией (из-за претензий к неудовлетворительной работе), так и с коллегами (вследствие вызванного утомлением раздражения), и с пациентами (из-за врачебных ошибок, отсутствия психологического подхода, неквалифицированных высказываний).

Варианты диагностики и самодиагностики СХУ Исходя из представления об обусловленности СХУ стилем жизни профессионала, Э.Б. Боллзом была разработана следующая анкета. Ее короткие ответы подобраны таким образом, чтобы составить представление об образе жизни профессионала, определенных жизненных приоритетах, стремлении удовлетворения честолюбивых замыслов.

Естественно, анкета может использоваться лишь как помощь при диагностике, а не как единственно верный инструмент.

¹ Ятрогения — нанесение вреда больному медицинским работником. (Прим. авт.)

² Цит. по: Лакосяна Н.Д., Ушаков Г.К. Медицинская психология. М., 1984. С. 110.

“В предлагаемой анкете дана серия ответов, из которых необходимо выбрать тот, который наиболее полно и точно характеризует ваше состояние.

1. Из-за хронической усталости я был(а) вынужден(а) прекратить свою трудовую деятельность и теперь в довольно затруднительном положении, так как:

- а) не имею уже того авторитета, который заслужил(а),
- б) у моей семьи нет достаточно средств,
- в) я был(а) на пути к успеху, а теперь мое будущее неопределенно,

г) я хотел(а) получить максимальный эффект от каждого дня своей работы, а теперь не испытываю такого желания,

д) нельзя описать мое состояние.

2. Постоянная усталость разрушает мою семейную жизнь, и теперь я в довольно затруднительном положении, так как:

а) не пользуюсь у детей (мужа, жены) тем уважением, которого заслуживаю,

б) я уже не чувствую с членами семьи такой близкой связи, какая была раньше,

в) я уже не играю той ведущей роли в семье, которой гордился(лась) раньше,

г) мое состояние сказывается на бюджете семьи,

д) нельзя описать мое состояние.

3. Хроническая усталость изменила мой образ жизни, и теперь я в затруднительном положении, так как:

а) я занимался(лась) спортом, а теперь не в состоянии,

б) мне пришлось отказаться от своих любимых занятий (нет ни сил, ни желания),

в) мне трудно сохранять такое влияние на людей, с которыми общался(лась) раньше,

г) не могу часто бывать у своих друзей,

д) нельзя описать мое состояние”¹.

¹ Боллз Э.В. Учиться жить с Синдромом Хронической Усталости. М., 1995. С. 99.

Ответы “б” и “г” показывают первостепенное значение морального удовлетворения, “а” и “в” подчеркивают приоритет социального, общественного признания, “д” говорит об отсутствии содержания психической реальности (когда не существуют значимые факторы жизни, обеспечивающие иерархию ценностей).

Необходимо понимание, что приведенные выше вопросы могут значить очень много (если использовать их вдумчиво, учитывая индивидуальные особенности, в комплексе с наблюдением и беседой) и не значить ничего (если принять их за диагностическую “волшебную палочку”).

И хотелось бы добавить еще несколько диагностических вариантов.

Следует иметь в виду, что самый заметный симптом — постоянная усталость. Предлагается ряд вопросов, которые можно использовать как в интервью, так и для самодиагностики:

- Новое состояние появилось у вас неожиданно?
- Не было ли у вас ранее какого-либо серьезного заболевания?
- Мешает ли усталость заниматься профессиональной (любой другой) деятельностью?
- Испытываете ли вы чувство усталости более 6 месяцев?

Конечно, усталость — обязательный, но далеко не единственный признак СХУ. Поэтому ниже имеется перечень симптомов СХУ, общий для любых профессий. Но целесообразно будет добавить в него специфические симптомы, характерные для профессионалов, работающих с людьми в медицинских учреждениях.

Перечень симптомов СХУ (по Боллзу):

- слабость мышц, мышечная боль;
- боли в суставах;
- общее недомогание;
- бессонница;

— спутанность сознания, перемена настроения (забывчивость, рассеянность, неспособность либо затруднение сосредоточения);

— угнетенное настроение (депрессия);

— неожиданные визуальные расстройства.

Специфические симптомы (для медработников):

— раздражительность (направлена не только на пациентов, но и на коллег);

— сокращение времени приема пациентов уже к середине рабочего дня;

— использование в устной и письменной речи штампов;

— при общении с коллегами употребление большого числа слов, синонимичных понятию усталость;

— при выполнении работы, связанной с оформлением документов, карточек и т.п., использование внутренней речи (внутреннее проговаривание фраз), что типично для решения мыслительных задач в затрудненных условиях.

Усталость от работы (имеется в виду как физическая, так и психологическая) вызывает ряд соматических симптомов, оказывает негативное влияние на качество профессиональной деятельности и психическую жизнь самого профессионала. Эмоциональное состояние подвергшегося профессиональной деформации медработника может быть определено содержанием Синдрома Эмоционального Выгорания, о котором пойдет речь в следующей главе.

Практическое занятие

Тема: Синдром Хронической Усталости в профессиональной деятельности врача.

Вопросы

1. Что такое хроническая усталость?
2. Причины хронической усталости.
3. Усталость в деятельности врача.
4. Влияние утомления на профессиональную деятельность врача.

Литература

1. Боллз Э.В. Учитесь жить с Синдромом Хронической Усталости. М., 1995.
2. Ласков Б.И. Физиогенные и психогенные астении. Курск, 1981.

Практическое задание

Составить портрет психологической усталости по самоописаниям пяти взрослых людей.

Цель задания: выявить психологическое содержание Синдрома Хронической Усталости.

Глава 11

СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У МЕДРАБОТНИКОВ

Факторы, инициирующие возникновение симптомов эмоционального выгорания. Влияние специфики медицинской деятельности на появление симптомов СЭВ. Симптомы ЭВ. Влияние ЭВ на профессиональную позицию и личность врача. Варианты диагностики и самодиагностики СЭВ.

**Факторы,
инициирующие
возникновение симптомов
эмоционального
выгорания**

В XVII веке голландским врачом Ван Туль-Пси была предложена символическая эмблема медицинской деятельности — горящая свеча. “Светя другим, сгораю сам” — этот девиз предполагает высокое служение, самоотверженную отдачу всего себя профессии и другим людям, приложение всех своих физических и нравственных сил. При чем “сгорание” не значит опустошение, исчезновение этих сил, они постоянно возобновляются при получении удовлетворения от своего дела, осознания своего места в профессии, при повышении мастерства и постоянном собственном личностном развитии. Но эмоциональное выгорание означает опустошение еще не до конца наполнившегося сосуда, бессилие при желании приложения усилий, исчезновение или деформацию эмоциональных переживаний, которые являются неотъемлемой частью жизни.

Современные авторы отмечают, что структура профессиональной деятельности не остается постоянной, ее содержание изменяется с личностным ростом специа-

листа. Развитие личности стимулирует преобразование профессиональной деятельности, наполнение ее новым смыслом через процесс персонализации (по А.Р. Фонареву).

Как уже было упомянуто в предыдущих главах, профессиональная позиция строится прежде всего на отношении профессионала к жизни вообще — позитивном (жизнеутверждающем) или негативном (жизнеотрицающем), к себе и другим людям. Думается, что именно отношение к себе, умение ставить перед собой цели достижения определенного уровня профессионального и личностного совершенствования, нравственная зрелость личности позволяют не только успешно осуществлять профессиональную деятельность, но и избегать состояния “утраты себя”, которое может быть вызвано психотравмирующим влиянием профессии.

На основании выделенных С.Л. Рубинштейном способов жизненного пути А.Р. Фонарев характеризует три модуса человеческого бытия, которые определяют, каким образом используются, проявляются различные индивидуальные особенности в процессе жизнедеятельности и к чему они приводят — развитию, стагнации или регрессу:

1. Модус служения. Основное жизненное отношение — любовь к другим людям, что позволяет человеку выходить за пределы своих актуальных, наличных возможностей.

2. Модус социальных достижений. Основное отношение к жизни — это соперничество, что обуславливает повышенную тревожность, неуверенность в себе. Часто это является препятствием для успешного становления профессионала.

3. Модус обладания. Другой человек является только объектом, средством для достижения собственных целей, нравственные преграды отсутствуют, что делает истинный профессионализм просто невозможным.

Интересно, что модус обладания не является причиной эмоционального выгорания, потому что прежде, чем что-либо потерять или растратить, надо это иметь.

Модус социальных достижений может являться причиной формирования СЭВ (синдрома эмоционального выгорания), когда личность не в состоянии осуществлять по-прежнему профессиональную деятельность (обнаруживает невозможность работать, руководствуясь принципами конкуренции, добиваясь повышения служебного положения или признания собственных заслуг в глазах окружающих).

Парадокс в том, что именно модус служения часто инициирует возникновение и развитие симптомов эмоционального выгорания. Почему это происходит? Сложный вопрос. При модусе служения профессионал изначально обладает позицией жизнеутверждения, сам структурирует свою профессиональную позицию, руководствуясь принципами практической этики, “ибо только через идеальную представленность в других людях и других людей в себе и возможно развитие собственной личности, что позволяет не раствориться в них”¹. Возможно, влияние *социальных факторов*, перечисленных ниже, оказывается одной из причин деформации профессионалов:

- непризнание истинных заслуг врача;
- ограничение его права на свободу выбора (стиля жизни, направления научного исследования и т.п.);
- несоответствие нравственно-этических требований к профессии реальной ситуации на рабочем месте. Примером может служить обсуждаемая не так давно в средствах массовой информации вопиющая ситуация: в одной психиатрической клинике вспыхнула эпидемия тифа, потому что больным месяцами не меняли белье и не проводили лечебных и гигиенических процедур;

¹ Фонарев А.Р. Формы становления личности в процессе ее профессионализации // Вопросы психологии. 1997. № 2.

— ограничение активности профессионала по овладению новыми знаниями, препятствие к внедрению новых технологий и прогрессивных методов (когда “инициатива наказуема”);

— принижение социального статуса профессии (в том числе и в материальном плане), ее значимости;

— семейно-бытовые проблемы.

В этом случае врач испытывает разочарование вследствие несовпадения реальной профессиональной ситуации с идеальными представлениями о ней (уже упомянутые нами иллюзии медработников).

Э.Ф. Зеер и Э.Э. Сыманюк были подробно описаны кризисы профессионального становления личности, разделенные ими на нормативные (то есть часто встречающиеся при переходе от одной стадии профессионализации к другой) и ненормативные (вызванные психотравмирующими факторами, случайными или неблагоприятными обстоятельствами). В характеристике каждого нормативного кризиса мы можем обнаружить симптомы эмоционального выгорания. Речь в данном случае идет не о наличии или отсутствии этих симптомов при каждом кризисе профессионализации медицинских работников (ведь, безусловно, отдельные симптомы присутствуют постоянно). Значение имеет способность профессионала выходить из кризиса, искать продуктивные пути противостояния эмоциональному выгоранию, преодолевать дезадаптацию с помощью поиска нового смысла в деятельности.

Влияние специфики медицинской деятельности на появление симптомов СЭВ

Сама профессиональная деятельность медицинских работников предполагает эмоциональную насы-

щенность и высокий процент факторов, вызывающих стресс. Эмоции, как правило, амбивалентны: удовлетворение по поводу успешно проведенной операции или

лечения, чувство собственной значимости, сопричастности другим людям, одобрение и уважение коллег; но и сожаление, угнетение из-за неправильного диагноза или ошибки в лечении, зависть к преуспевающим коллегам, разочарование в профессии и т.п.

Существует классификация профессий по “критерию трудности и вредности” деятельности (по А.С. Шафрановой):

1. Профессии высшего типа — по признаку необходимости постоянной внеурочной работы над предметом и собой (просвещение, искусство, медицина).

2. Профессии среднего (ремесленного) типа — подразумевают работу только над предметом.

3. Профессии низшего типа — после обучения не требуют работы ни над собой, ни над предметом.

Естественным будет отнести профессию врача к профессиям высшего типа именно по необходимости постоянной рефлексии на содержание предмета своей деятельности. Но, кроме этого, нам хотелось бы выделить совершенно особую специфику врачебного труда.

Врач на уровне эмоционального переживания постоянно имеет дело со смертью. Она может выступать для него в трех формах:

1) реальная (бесполезность реанимационных мероприятий, смерть на столе хирурга ...);

2) потенциальная (когда от результатов деятельности врача, от его профессионализма зависит здоровье, а, возможно, и жизнь человека). Смерть как угроза, как потенциальная возможность постоянно присутствует в деятельности врача, вызывая сильнейшее эмоциональное напряжение;

3) фантомная (в виде ее могут выступать жалобы на состояние здоровья мнительного человека, страх и тревога хронического больного, взаимоотношения с родственниками тяжелобольных и даже представление о смерти в общественном сознании).

В каждом из этих случаев для врача существует проблема невключения своих чувств в ситуацию. Это далеко не всегда удается, потому что со всеми этими образованиями (реальной, потенциальной и фантомной смертью) ему просто необходимо строить отношения. Естественно, что только эмоционально зрелая, целостная личность в состоянии решать эти задачи и справляться с подобными трудностями.

Выделяют различные факторы, играющие существенную роль в эмоциональном выгорании. Нам представляется возможным выделить три типа факторов в возникновении Синдрома Эмоционального Выгорания у врачей.

1. Социальный фактор (его особенности мы рассматривали выше).

2. Личностный фактор. Как мы уже говорили, “сгорают”, как правило, не изначально равнодушные и безучастные к своей работе, и не те, кто в профессиональной деятельности реализуют модус социальных достижений или обладания, а, наоборот, профессионалы, для которых деятельность изначально значима, сознательно выбрана, предполагает известное эмоциональное отношение, ориентацию на других людей, то есть реализующие модус служения. Сочувствующий, увлекающийся врач-идеалист, ориентированный на других, при недостаточной связи с реальностью, неумении оценивать критически неблагоприятные факторы, низкой устойчивости к стрессорам медицинских профессий (таким, как боль, страдания, болезнь и смерть) может стать носителем быстро прогрессирующего СЭВ. Но существует и противоположное мнение. По Е. Махер, “авторитаризм” и “низкая степень эмпатии” в сочетании с фанатичной преданностью делу (“я всю жизнь мечтал стать врачом”) и реакцией на стресс, агрессивностью и апатией (унынием) при невозможности достичь в короткий срок желаемых результатов может инициировать возникновение симптомов СЭВ.

3. Фактор среды (места работы). Огромное значение имеет взаимоотношение с коллегами в коллективе и то, создается или нет ситуация “движения рука об руку”, активного совместного решения профессиональных задач в рамках гуманистического ценностного подхода. Коллектив (нередко — включая администрацию) может снижать мотивацию деятельности своим общим негативным или равнодушным отношением к ней (“им все равно уже ничем не поможешь”, “зачем что-то объяснять этим олигофренам, если они ничего не понимают” и т.п.). Кроме того, условия работы могут не способствовать успешному осуществлению профессиональных задач: переполненные палаты, отсутствие медикаментов, общая низкая материально-техническая база, отсутствие у врача своего кабинета, где он мог бы сосредоточиться или расслабиться, частые ночные дежурства и отсутствие полноценного отдыха после них.

Симптомы ЭВ Обращение к проблеме эмоциональной дезадаптации профессионалов (вследствие непереносимых эмоциональных перегрузок) произошло в сфере психологии труда — после появления в англоязычной литературе результатов исследования так называемого “Синдрома Эмоционального Сгорания” как специального вида профессионального заболевания лиц, работающих в системе человек — человек (психологов, психиатров, учителей, священников и др.).

Термин “эмоциональное сгорание” введен американским психологом Х.Дж. Фрейденбергером в 1974 г. для характеристики психологического состояния здоровых людей, находящихся в интенсивном и тесном общении с клиентами (пациентами) в эмоционально перегруженной атмосфере при оказании профессиональной помощи. Т.В. Форманюк в своей работе выделяет такой вариант с и м п т о м о к о м п-

лекса эмоционального выгорания: чувство эмоционального истощения, изнеможения, дегуманизация, деперсонализация, тенденция развивать негативное отношение к клиентам, негативное самовосприятие в профессиональном плане. Еще в 1982 г. Т.В. Форманюк выделила в качестве ключевых признаков эмоционального сгорания следующие:

1. Индивидуальный предел, потолок возможностей нашего эмоционального Я противостоять истощению, противодействовать “сгоранию” самосохраняясь.

2. Внутренний психологический опыт, включающий чувства, установки, мотивы, ожидания.

3. Негативный индивидуальный опыт, в котором сконцентрированы проблемы, дистресс, дискомфорт, дисфункции и их негативные последствия.

Приведем основные симптомы эмоционального выгорания:

— усталость, утомление, истощение (после активной профессиональной деятельности);

— психосоматические проблемы (колебания артериального давления, головные боли, заболевания пищеварительной и сердечно-сосудистой систем, неврологические расстройства);

— бессонница;

— негативное отношение к пациентам (после имевших место позитивных взаимоотношений);

— отрицательная настроенность к выполняемой деятельности (вместо присутствующего раньше “это дело на всю жизнь”);

— стереотипизация личностной установки, стандартизация общения, деятельности, принятие готовых форм знания, сужение репертуара рабочих действий, ригидность мыслительных операций;

— агрессивные тенденции (гнев и раздражительность по отношению к коллегам и пациентам);

— функциональное, негативное отношение к себе;

— тревожные состояния;

— пессимистическая настроенность, депрессия, ощущение бессмысленности происходящих событий;

— чувство вины.

Как мы можем видеть по описанию перечисленных симптомов, содержание Синдрома Эмоционального Выгорания тесно связано с содержанием Синдрома Хронической Усталости. Эти два синдрома являются содержательными характеристиками профессиональной деформации, и, несмотря на видимую схожесть симптомов, существуют значительные отличия. СХУ связан с изначальным принятием готовых форм знаний о мире, себе и других людях; фантомизацией врачебного сознания и приобретением функционального подхода к другому человеку (отношение как к объекту), а следовательно, и к себе. СЭВ приобретают профессионалы, изначально обладающие большим творческим потенциалом, ориентированные на другого человека, фанатично преданные своему делу.

Влияние ЭВ на профессиональную позицию и личность врача

Содержательные характеристики СЭВ можно списать через изменение профессиональных и личностных качеств (их деформацию), присутствие которых просто необходимо для успешного осуществления профессиональной деятельности и личностного роста.

Авторитет врача. Профессионал с СЭВ неизбежно утрачивает свой авторитет как у пациентов, так и коллег. Авторитет связан прежде всего с профессионализмом и личным обаянием. Когда врач из-за равнодушия и негативного отношения к своей работе не в состоянии вдумчиво, внимательно выслушать жалобы пациента, допускает врачебные ошибки или проявляет агрессивность и раздражительность — он утрачивает доверие к себе как профессионалу и уважение своих пациентов и коллег.

Оптимизм врача. Пациент должен чувствовать здоровый оптимизм врача, а не основанный на желании поскорее закончить обследование: “что вы волнуетесь зря, все у вас нормально, можете идти”. И наоборот, под влиянием выгорания врач демонстрирует циничное, часто жестокое отношение, преувеличивая последствия, например, несвоевременной явки в больницу. (Часто это происходит из-за желания “наказать” пациента за собственную эмоциональную несостоятельность.)

Честность и правдивость. При тревоге, беспокойстве и неуверенности, вызванных СЭВ, врач утрачивает способность к правдивому и честному изложению информации о состоянии здоровья человека. Либо он излишне щадит психику больного человека, заставляя его пребывать в неизвестности, либо, наоборот, утрачивает необходимую меру в подаче диагностической или лечебной информации.

Слово врача. Слово оказывает огромное суггестивное влияние на любого человека, а тем более слово врача для его пациента. Профессионал с СЭВ, переживающий чувства бессмысленности, безнадежности и вины, неминуемо передаст эти чувства своим пациентам в слове, интонации, эмоциональной реакции.

Гуманизм врача. Обусловлен ценностным и целостным подходом к другому человеку. Врач, утративший содержание своей психической реальности, перестает обращаться к этому содержанию в других людях, обесценивая таким образом как себя, так и их.

Варианты диагностики и самодиагностики СЭВ Предлагаемый нами вариант диагностики СЭВ нельзя считать неоспоримым критерием оценки эмоционального состояния профессионала. Но он может оказать помощь:

— профессионалу-психологу, работающему с эмоциональным выгоранием. В данном случае важна не балльная оценка эмоционального выгорания, а выяснение (в

ситуации беседы в сочетании с применением опросника) приоритетов медицинского работника в профессиональной деятельности, потенциальных возможностей возникновения симптомов СЭВ;

— самому медику как вариант самодиагностики, не с целью определения у себя СЭВ (что послужило бы основой для психотравмирующего эффекта), а как возможность рефлексии на свою личностную и профессиональную позицию и перспективы для ее изменения.

Опросник был разработан чешскими психологами В. Каппони и Т. Новак и назван ими “Отношение к деятельности”. Опросник включает два блока вопросов:

— блок А: отношение к выполняемой деятельности, поиск новых путей реализации возможностей или нежелание изменения существующего порядка, рост профессионализма или статичная позиция, наличие признаков утомляемости;

— блок Б: взаимоотношения в коллективе, реализуемая концепция другого человека, элементы характеристики самооценки.

А. На следующие ниже положения ответь “да” или “нет”.

1. Когда в воскресенье я вспоминаю о том, что завтра снова идти на работу, то остаток дня уже испорчен.

2. Если бы у меня была возможность уйти на пенсию, я сделал бы это без промедления.

3. Коллеги на работе раздражают меня. Невозможно терпеть одни и те же их разговоры.

4. То, насколько меня раздражают коллеги, еще мелочи по сравнению с тем, как меня выводят из равновесия пациенты.

5. В последнее время я отказывался от курсов повышения квалификации, от участия в конференциях и т.д.

6. С делами на службе я справляюсь “одной левой”. Нет ничего такого, что могло бы удивить меня своей новизной.

7. О моей работе мне едва ли кто скажет что-нибудь новое.

8. За последние три месяца мне не попала в руки ни одна специальная книга, из которой я почерпнул бы что-нибудь новое.

Б. В следующих ниже позициях выберите ответ, который наиболее точно характеризует ситуацию:

1. Заниматься своими делами в присутствии пациентов (клиентов):

- а) принципиально никогда себе не позволяю;
- б) все мы люди — побыстрее улажу свои дела и займусь работой;
- в) не думал об этом, но за те деньги, которые получаю, надрываться тоже не стану.

2. Во время разговора с пациентом (клиентом) звонит по телефону супруг(а):

- а) это совершенно неуместно, и я не стану переключаться на личные разговоры;
- б) извинюсь перед клиентом и коротко выясню, в чем дело;
- в) пациент может и подождать, пока я не выясню, в чем дело.

3. Помещение, в котором вы принимаете посетителей:

- а) всегда убрано;
- б) отличается некоторым рабочим беспорядком;
- в) что вы можете сделать, если уборщице на все наплевать, уборка не входит в ваши обязанности.

4. На работу вы ходите одетым (-ой):

- а) нормально, не суть это важно;
- б) очень аккуратно;
- в) на вашей работе это не имеет значения, все равно.

5. Чайная комнатка на вашей работе:

- а) находится в особом помещении;

б) это закуток в коридоре или в кабинете, у всех на виду;

в) ничего такого у нас нет и в помине.

6. Во время приема:

- а) вы сидите за своим рабочим столом, а вошедший стоит;
- б) у вашего рабочего стола есть стул, и первое, что вы делаете после приветствия, это предлагаете вошедшему присесть;
- в) в вашем рабочем помещении есть уголок с креслами и журнальным столиком для посетителей.

При диагностике значение имеют приоритеты профессионала при осуществлении им деятельности, возможность корреляции их с данными, полученными при беседе и наблюдении. Следует обратить внимание на то, как врач реагирует на ситуацию исследования (повышенно утомляем, раздражителен, отказывается от участия в диагностике и т.п.).

Мы надеемся, что у читателя никогда не будет присутствовать такой симптом ЭВ, как полный отказ от собственной личности, который автор зафиксировала в беседе с одним молодым врачом-психиатром: “Проблемы собственной личности меня интересуют меньше всего...”

Практическое занятие

Тема: Понятие об эмоциональном выгорании.

Вопросы

1. Что такое эмоциональное выгорание?
2. Факторы, инициирующие ЭВ.
3. Почему профессиональная деятельность врача или его личность могут способствовать ЭВ?
4. Симптомы ЭВ и влияние их на профессиональную деятельность и личность врача.

Литература

1. Форманюк Т.В. Синдром профессионального сгорания как показатель профессиональной дезадаптации учителя // Вопросы психологии. 1994. № 6.

2. Фонарев А.Р. Формы становления личности в процессе ее профессионализации // Вопросы психологии. 1997. № 2.

Практическое задание

Включенное наблюдение за профессионалом с фиксацией симптомов СЭВ.

Цель задания: составить клиническую картину Синдрома Эмоционального Выгорания и его последствий.

Глава 12**ПОНЯТИЕ О ПСИХОГИГИЕНЕ
ЛЕЧАЩЕГО И БОЛЬНОГО**

Что такое психогигиена. Последствия несоблюдения психогигиены лечащим. Понятие о психогигиене больного. Методы и организация психогигиены.

Что такое психогигиена Всем нам необходимо заботиться о сохранении собственного здоровья. Сберечь то, что дано нам природой, попытаться сохранить имеющийся у нас потенциал для полноценной и гармоничной жизни должно быть естественным стремлением любого человека.

Как это просто и разумно, не правда ли? Однако далеко не всегда и не все профессионалы руководствуются этим правилом, во-первых, для сохранения собственного психического здоровья и продуктивной деятельности и, во-вторых, сохранения психического здоровья другого человека и нанесения ему ущерба. Над необходимостью поддерживать собственное душевное здоровье и равновесие во взаимодействии с окружающим миром задумывались еще античные мыслители: Демокрит подчеркивал значение для психики человека “хорошей уравновешенной жизни”, Эпикур называл это “атараксией”, спокойствием мудрого человека. Философское мировоззрение практически всегда было связано с поиском способов достижения гармонии внутреннего мира человека. Позднее фактором, стабилизирующим и определенным образом гармонизирующим психическую, внутреннюю жизнь человека, стала религия. Религиозное мировоззрение декларировало систему организации внутреннего мира человека. Через принятие и овладение этой системой возможно было дости-

жение гармонии человеческого духа и тела или сохранение равновесия внутреннего мира со средой. В современном обществе, помимо здравоохранения, церкви и образования, функцию укрепления и удержания психического здоровья личности и общества в целом стремятся взять на себя различные нетрадиционные направления медицины и отрасли культовых знаний. Интересно, что сейчас явно нарастает спрос на разнообразные методы психологического и психического оздоровления. Не случайно большое количество людей прибегают к помощи различных “духовных учителей”, экстрасенсов, “белых” и “черных” магов, народных целителей и пр., среди которых встречается не так уж много честных, профессиональных, да и просто образованных людей. В бытовом сознании присутствует понимание психической природы многих соматических недугов (“все болезни от нервов”), и многие преследуют цель не только излечения от различных физических недугов. Как правило, к знахарям обращаются отчаявшиеся получить помощь методами традиционной медицины и полные стремления обрести именно психическое здоровье и равновесие, гармонию с собой и с окружающим миром. Отсюда диагностика “сглаза-порчи”, “восстановление положительной энергетики” и т.п. техники, с помощью которых человек пытается “найти себя”, потерянного в результате социальных потрясений, профессиональной деформации или причин сугубо личного характера. Необходимость поиска путей выхода из личностного кризиса обусловлена потребностью в самоактуализации, осознанием деструктивного влияния факторов социальной среды. К ним относятся:

- высокий темп жизни и урбанизация;
- привлечение в профессию новых технологий;
- усложнение профессиональной деятельности, возрастание ответственности;
- отсутствие удовлетворения профессиональной деятельностью, ее результатами;

- ограничение возможностей для творчества, профессиональной активности, доступа информации;
- материальные причины (низкая заработная плата);
- экологическая обстановка и др.

В связи с этим в настоящее время особенно остро стоит вопрос о создании системы психогигиенических мероприятий для профессионалов, работающих с людьми, и тех, с кем они работают. Медицинских работников этот вопрос касается в первую очередь.

Психогигиеной обычно называют науку об “обеспечении, сохранении и поддержании психического здоровья”¹. Понятие “психическая гигиена” возникло в XIX веке. Начало психогигиенического движения связывают с выступлением К. Бирса, долгое время являвшегося пациентом психиатрической клиники, который, по видимому, впервые, как считает Г.К. Ушаков, разобрал недостатки в поведении врачей по отношению к больным. Еще ранее фундамент для осмысления этой проблемы заложил французский врач Филипп Пинель (1745—1826), совершивший высокочеловеческий акт — освободил психических больных от цепей, которыми их привязывали к стенам, и постарался насколько возможно улучшить условия их содержания в порученной ему парижской психиатрической больнице. Таким образом, психогигиена берет свое начало из медицины, что вполне естественно, потому что охрана здоровья и его восстановление — два неразрывно связанных между собой процесса. Существует разнообразная систематика разделов психогигиены. Выделяют психогигиену детства, юношества, зрелого возраста (в нее включают психогигиену труда), психогигиену пожилых людей (по Г.К. Ушакову). Кроме того, выделяют психогигиену умственного и физического труда, психогигиену быта и семейных отношений и специфические разделы психогигиены труда (инженерная, военная и т.д.) (по И.И. Беляеву).

¹ Лакосина Н.Д., Ушаков Г.К. Медицинская психология. М., 1984. С. 170.

Мы же проведем свое, достаточно условное деление на психогигиену лечащего и больного. Это представляется вполне правомочным, потому что, во-первых, книга эта предназначена прежде всего медицинским работникам, а во-вторых, наверное, не найдется в мире человека, который хотя бы раз в своей жизни не болел.

Последствия несоблюдения психогигиены лечащим Замечательный врач-психиатр Е. Блейер еще в начале века говорил: "Цельного человека должен понимать и лечить только цельный врач"¹.

Как мы уже упоминали в главе об эмоциональном выгорании, профессии медицинского характера (и особенно профессия врача) несут в себе мощный психотравмирующий потенциал. Напомним, что это связано с большой ответственностью, возлагаемой на профессионала, за физическое и душевное здоровье и жизнь других людей. Поэтому очень часто врачи переживают эмоциональный шок, сталкиваясь лицом к лицу со смертью. Заметим, что даже если врач не виноват в утяжелении состояния здоровья пациента или его смерти, если сделано все возможное для его спасения, но, в силу объективных причин, ничего не помогло и пациент умер, — даже тогда профессионал часто берет ответственность на себя за это событие и переживает его как серьезный психологический кризис. Необоснованное чувство вины оказывается наиболее травмирующим фактором в данной ситуации: "...видимо, сделано, не все, что можно". Такие психотравмы инициируют ненормативные профессиональные и личностные кризисы, сопровождающиеся чувством неуверенности в себе, тревогой, ощущением беспомощности, субдепрессивным или депрессивным состоянием. Помимо кризисного состояния, вызванного частым столкновением со смертью и чувством вины, в отдельных случаях на психогигиену врача оказывает влияние ограничение его профессиональной

активности негативным влиянием среды. Так, в наблюдаемой автором психиатрической больнице активность многих врачей была ограничена убеждением коллектива, что хроническим больным уже ничем не поможешь, "зачем стараться, если все равно ничего не изменить". Нужно ли говорить, что подобное отношение никак не согласуется с принципами ценностного подхода. В данном случае прослеживается интересная закономерность: многие медработники склонны обесценивать другого человека при потере ими самими так называемой социальной ценности (утрата работоспособности, неспособность к рассудочной деятельности, критической оценке действительности, активному отражению и взаимодействию со средой).

В результате ощущения врачом бесполезности его усилий, чувства вины или эмоционального шока наблюдаются крайне негативные последствия для его психического и душевного здоровья:

— психосоматические расстройства — бессонница, головные боли, колебания артериального давления, нарушения пищеварения;

— увлечение психофармакологическими препаратами (как угнетающего, так и возбуждающего действия). Подобное явление чаще можно наблюдать в среде психиатров, что связано, видимо, с их специальными знаниями в этой области и доступностью лекарств. Принимаются эти препараты "от бессонницы", "для снятия усталости" и пр.;

— злоупотребление алкоголем, никотином и кофе, которое часто мотивируется необходимостью релаксации после рабочего дня, что еще раз доказывает постоянную психотравматизацию.

На возникновение и развитие утомления влияние оказывают чрезмерный объем работы (большой прием), неорганизованное рабочее место, работа по сменам (или частые ночные дежурства), конфликты на работе с коллегами и/или администрацией, неудовлетворение своей деятельностью и ее результатами. Рассматривая приоритеты врачей в отношении к деятельности и обще-

¹ Цит. по: Лакосина Н.Д., Ушаков Г.К. Медицинская психология. М., 1984. С. 175.

нию, автор столкнулась (в своем учреждении) с достаточно тревожным явлением, служащим подтверждением вышесказанного: 50 % врачей раздражают коллеги по работе (ситуация “вы мне все надоели, но деваться некуда”), и большинство ушли бы на пенсию, если бы представилась такая возможность.

Утомление, неудовлетворенность работой и ее результатами, разочарование и чувство беспомощности вызывают невротизацию профессионала. Симптомы могут быть самыми разнообразными — от угнетения нервной деятельности (апатия, равнодушие, тревога, депрессия) до непродуктивной сверхактивности (агрессивность, раздражительность, истероидные проявления и т.п.).

Таким образом, психогигиена медработников содержит следующие условия для сохранения физического и душевного здоровья:

- удовлетворение содержанием и результатами своей деятельности;
- оптимальные условия труда (как правило, этого добиться тяжелее всего);
- возможность релаксации (сон, отдых в течение рабочего дня, индивидуальные способы расслабления и концентрации),
- распределение ответственности между всеми членами коллектива,
- комфортный микроклимат в коллективе, когда взаимоотношения с коллегами определяются общей целью, доверием и взаимопомощью.

Понятие о психогигиене больного Как отмечал В. Вондрачек: “Лечение не должно быть более неприятным, чем сама болезнь”¹.

Как правило, человек, находящийся в состоянии болезни либо испытывающий боль “...не понимает ряда своих ощущений, не способен оценить свои жалобы и симптомы, свои знания о болезнях использует несораз-

мерно”¹. Поэтому именно состояние страха, тревоги, неопределенности и дискомфорта с присутствующими, как правило, болевыми ощущениями является преимуществом у любого больного человека. В ситуации лечения, которая предполагает контакт с врачом и медперсоналом, огромное значение имеет отношение самого пациента к потенциальным возможностям врача (и медицины в целом) при лечении и надежда (или отсутствие ее) на выздоровление. Ведущее значение поэтому имеет психогигиена взаимоотношений пациента с врачом.

Прежде всего в формировании продуктивных отношений играет роль прошлый опыт пациента и его личностная установка по отношению к людям медицинских профессий. На формирование этой установки первоначально оказывает влияние семья, а точнее, то отношение к врачам, которое усваивается ребенком под воздействием родителей. Очень часто именно родителями формируется страх перед “людьми в белых халатах”, которыми ребенка пугают в воспитательных целях: “Если не будешь слушаться, то придет доктор и сделает тебе укол”. Иногда роль в формировании страха и тревоги играют сами врачи, сознательно подыгрывая родителям, когда для усиления собственного авторитета врач или сестра пугают находящихся на излечении больных детей. Парадоксально, но часто врач сознательно пугает даже взрослых пациентов, оказывая на них суггестивное влияние, прямо противоположное ожидаемому эффекту: “Почему вы не пришли раньше? Разве можно так запускать болезнь?!”; “Если вы не будете выполнять все предписания, то никогда не поправитесь”. Страх и тревогу вызывает нежелание врача предоставить пациенту информацию о состоянии его здоровья, когда это не связано с объективными причинами (например, неизлечимый характер заболевания).

Препятствует формированию продуктивных взаимоотношений между врачом и пациентом ригидная

¹ Цит. по: Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине. Прага, 1985. С. 350.

¹ Цит. по: Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине. Прага, 1985. С. 350.

личностная установка врача, нежелание полностью и внимательно выслушать жалобы пациента, отсутствие эмоциональной реакции, и тем более неуважительные высказывания. Все это способствует дополнительной травматизации больного. Отрицательно сказывается отношение среднего и младшего медперсонала к пациентам с высокомерно-снисходительной позиции.

Нахождение человека в медучреждении — это не наказание и не заключение, как себе представляют некоторые медработники. Такая позиция может проявляться в ограничении передвижения пациентов без необходимости (просто потому, что это удобно персоналу), негативном отношении к посещению друзей, просмотру телепередач и вообще в отношении к больным как к “путающимся под ногами”, “мешающим работать” и т.п.

В психогигиене больного человека сама атмосфера медучреждения или больницы должна благоприятствовать более быстрому выздоровлению. Реальность такова, что серые стены, запах лекарств, белые халаты и в целом казенная обстановка является результатом недостаточной обеспеченности медицины и не может не вызывать определенного эмоционального угнетения. Поэтому так важны для больных людей любимые вещи и книги, а для детей — игрушки, приносящие атмосферу домашнего тепла и уюта и позволяющие сохранять собственное психологическое пространство. Огромное значение для поддержания душевного здоровья пациента имеет общение с родственниками и друзьями.

Сложным вопросом психогигиены больного является возможность и необходимость говорить правду. С одной стороны, прямо сказать о неблагоприятном прогнозе — значит, возможно, вызвать психологическую травму; с другой стороны, человек имеет право знать о своем состоянии, ведь болеет-то он. Конечный и Боухал отмечают подход Гарди к проблеме правды. Он (Гарди) приводит разнообразные формулировки, которые приближают сообщение к правде, практически не скрывая ее: “Это опухоль, но если своевременно начнем лече-

ние, то возможно выздоровление”. Этот принцип называют “правда по чайной ложке”¹.

И еще несколько особенностей оказывают влияние на эффективность психогигиенических мероприятий. Во-первых, это достаточно высокий технический уровень современной медицины. Лабораторные исследования, сложная аппаратура вызывают у далекого от медицины человека некоторое суеверное почтение и опасение. Чувство отчужденности, объекта манипуляций появляется у пациента, когда в процедурах или лабораторных исследованиях отсутствует эмоциональный компонент общения, когда медработник только озабочен правильным и точным выполнением необходимых манипуляций (что само по себе, конечно, необходимо) и забывает, что перед ним находится человек, нуждающийся еще и в эмоциональном отношении. Во-вторых, значительное влияние на психическое состояние пациентов оказывает обсуждение врачами клинических или диагностических особенностей заболевания. Непонятные, вызывающие страх специфические термины могут способствовать формированию болезненных симптомов у лиц мнительных и внушаемых.

Влияние среды и личности медработника как лечебного и психотравмирующего фактора подчеркивали Р. Конечный и М. Боухал.

Методы и организация психогигиены

Осуществление психогигиенических мероприятий не должно быть построено по известному принципу: “Спасение утопающих — дело рук самих утопающих”. Ценность здоровья всегда подчеркивалась как в научном мировоззрении: “Физически и нравственно здоровым людям свойственно жить, работать, учиться, бороться, огорчаться и радоваться, любить и ненавидеть” (Г.В. Плеханов), так и в бытовом, житейском сознании: “Главное — здоровье, остальное

¹ Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине. Прага, 1985. С. 352.

можно купить". Тем более важно поддержание, сохранение здоровья психического, душевного, забота о котором является показателем нравственного состояния общества.

К сожалению, социально-экономические и политические условия таковы, что именно общественная жизнь и ее законы, окружающая среда являются стрессообразующим фактором в психогигиене современного человека. Возрастает количество самоубийств, немотивированных актов агрессии, психосоматических заболеваний. Нарастает общая невротизация населения, не говоря уже о широком употреблении алкоголя, наркотических и лекарственных средств.

В здоровье (и особенно психическом) должны быть заинтересованы не только работники медицины, но и учителя, психологи, социальные работники, администрации и руководящие организации — то есть все.

Мы же должны осознавать острую необходимость в организации психогигиены врачей и медперсонала, поскольку только так можно гуманизировать существующий медицинский подход и снизить количество ятрогенных заболеваний.

Первую задачу в организации психогигиены мы видим в широком медицинском просвещении населения. В него входит преподавание на более высоком уровне анатомии, физиологии и гигиены в школах и вузах. Необходимо исключение элементарного невежества, вызывающего фантомы индивидуального сознания и толкающего людей на обращение к различного рода шарлатанам.

Необходимо психологическое просвещение врачей. Это должны быть не только лекции или небольшие курсы психологии для студентов медицинских вузов. Представляется оптимальной частичная "психологизация" медицины, подробное изучение будущими врачами не только психологии психических процессов, но и подробные курсы патопсихологии, изучение психоло-

гических особенностей протекания соматических заболеваний, психологии личности и психотерапии.

Необходимо серьезное отношение к психотравматизации в медучреждениях. Очаги травматизации и их причины нужно изучать, что предполагает введение в больницы и поликлиники (как в психиатрические, так и в соматические) штатной единицы психолога.

Требуется создание (или расширение имеющейся) сети психологических консультаций, психологических служб разной направленности (для реабилитации жертв насилия, для оказания помощи в разрешении семейно-бытовых проблем и т.д.), телефонов доверия. Должны быть открыты реабилитационные центры для профессионалов, работающих с людьми. Для медработников целесообразно было бы проведение одной или двух недель (вне отпускного времени, например в середине года) среди коллег-профессионалов в системе психореабилитации. В такую систему возможно включение индивидуального консультирования, вариантов психотерапии (поведенческой, личностно ориентированной), создание и проведение тренинговых групп личностного и профессионального роста, использование метода ретроспективного анализа профессиональной биографии и критики событий (предложен Э.Ф. Зеер и Э.Э. Сыманюк).

Некоторые организационные методы способствуют соблюдению психогигиены: выбор оптимального рабочего времени, создание условий труда, препятствующих утомлению; разрушение принципа "конвейера" (большие очереди, чрезмерно увеличенный прием отрицательно влияет на физическое и психическое здоровье как врача, так и пациента).

Но самые гениальные мысли, как правило, просты. Практически все основные принципы психогигиены для людей умственного труда были сформулированы Яном Амосом Коменским: "Если что-нибудь нарушает мысль или совесть, то этому необходимо воспрепятствовать заранее, чтобы с этими вещами не иметь ничего общего. Нашу мысль может нарушить чрезмерное количе-

ство и несоразмерность работы. Следовательно, если хочешь иметь покой — избегай разбросанности и опрометчивости. Чтобы быть более работоспособным — дай себе иногда отдых или измени вид работы. Там, где напряжение не чередуется с отдыхом, там нет выносливости. Натянутый лук лопнет” (из книги “Правила жизни”).

Практическое занятие

Тема: Психогигиена.

Вопросы

1. Развитие и мотивация профессиональной деятельности.
2. Преодоление и стремление к развитию — два типа мотивации (по А. Маслоу).
3. Потребность в знании и страх познания.

Литература

1. Бейкер К. Система охраны психического здоровья в США // Вопросы психологии. 1990. № 6.
2. Вацлавик П. Как стать несчастным без посторонней помощи. М.; Мн., 1990.
3. Маслоу А. Психология бытия. “Ваклер”, 1997.

Практическое задание

Проанализировать содержание принципов психогигиены в статье К. Бейкера.

Цель задания: построить теоретическую модель организации профессиональной деятельности в конкретных социальных условиях.

Глава 13 ПОНЯТИЕ О ПСИХОПРОФИЛАКТИКЕ ЛЕЧАЩЕГО И БОЛЬНОГО

*Понятие психопрофилактики.
Способы психопрофилактики лечашего.
Способы психопрофилактики больного.*

Понятие Психопрофилактика представляет собой раздел общей профилактики. “Психопрофилактические мероприятия направлены на предупреждение возникновения психических заболеваний”¹. Нам представляется необходимым расширить это определение: не только профилактика психических заболеваний, но и личностных и профессиональных кризисов, являющихся следствием деформирующего влияния профессиональной деятельности (для врача) или деформированного специалиста (для больного).

Мы уже обсуждали тесную взаимосвязь физического и душевного здоровья человека и обращали внимание на рост психосоматических заболеваний, психотравматизацию в профессиональной и социальной среде. Естественно, что так же, как психическое состояние оказывает влияние на соматическое здоровье человека, так и соматические проблемы могут вызвать серьезное эмоциональное расстройство. К сожалению, к введению в практику психопрофилактических мероприятий очень многие относятся с достаточной долей иронии. Большинство людей трактуют проблему болезни и излечения в следующих категориях:

Больной человек — врач — лекарство — лечение — здоровый человек (по Р. Конечному и М. Боухал).

¹ Лакосина Н.Д., Ушаков Г.К. Медицинская психология. М., 1984. С. 185.

Такое понимание глубоко укоренилось в общественном сознании. Видимо, причина в преобладании фантастических представлений о процессе излечения и о деятельности медицинских работников в целом (см. главу 3, подзаголовок о влиянии профессии на психическую жизнь человека). При фантомных представлениях гораздо более эффективными, магическими, демонстрирующими “чудеса современной науки” выглядят сложные и трудоемкие методы лечения, лекарства с непонятными для пациента названиями, чем элементарные профилактические меры, соблюдая которые можно сохранить собственное физическое и душевное здоровье. Излечение от болезни, устранение ее симптомов представляется более результативным, чем попытки сохранить свое здоровье.

Психология больного и психология здорового человека существенно различаются. Здоровый человек воспринимает здоровье, имеющееся у него, как некую данность, с которой, в принципе, ничего случиться не может. Поэтому часто психопрофилактические предупреждения имеют для него значение не большее, чем писк комара, от назойливости которого можно отмахнуться. Когда же человек заболевает, перед ним встает огромное количество вопросов: “что со мной?”, “как это можно вылечить?”, “смогу ли я восстановить свое прежнее здоровье?”, “является ли мой врач хорошим профессионалом?” и т.п. Очень часто возникает чувство недоумения и начинаются тревожные поиски причин: “как же это произошло?”, “кто виноват?” и т.д.

Отметим, что, как правило, нежелание прислушиваться к психопрофилактическим рекомендациям и следовать им связано с нежеланием приложить определенные усилия, разрушить сложившиеся стереотипы деятельности, нарушить заведенный порядок и удобство. Конечный и Боухал отмечали двойственное отношение населения к профилактике: с одной стороны, желание быть здоровым, страх перед болезнью, а с другой — же-

ление испытать как можно больше удовольствия и удобства, страх перед возможными неприятными процедурами, связанными с профилактическими мероприятиями.

Тем не менее, профилактические мероприятия, связанные с предупреждением физических заболеваний (инфекционных, вирусных), такие, как прививки, медосмотры, все-таки осуществляются более или менее успешно. Тогда как попытки провести психопрофилактические мероприятия (например, беседы, лекции) в лучшем случае воспринимаются равнодушно, потому что напоминают надоевшее всем: “Минздрав предупреждает...” Такое отношение населения, и профессионалов-врачей, кстати, тоже, связано с тем, что заболевания, вызываемые физическими агентами, более реальные, объективные, наглядные, протекающие каждый день у нас на глазах, а психические расстройства или психологические кризисы представляются для широких масс чем-то далеким, эфемерным, случающимся “с кем-то, но не со мной”. Как правило, мы стараемся не задумываться о последствиях нарушения психического здоровья или психологического кризиса.

Но самое парадоксальное заключается в том отношении, которое демонстрируют врачи (а психиатры особенно) к своему психическому здоровью. Казалось бы, зная особенности человеческой психики и психологические особенности влияния на него окружающей среды, профессионал должен избегать хотя бы вредных агентов, оказывающих влияние на его душевное здоровье. Но, как мы уже отмечали ранее, именно врачи-психиатры часто злоупотребляют лекарственными препаратами, практически не придерживаются психопрофилактических принципов в организации собственного труда и очень редко обращаются за помощью в разрешении психологических проблем к специалисту-психологу. Такая ситуация опять может быть связана с фантомизацией сознания врача, уверенного, что его

специальное знание дает ему определенную защиту, и пациента, втайне уверенного, что врач-психиатр не может испытывать проблемы психического плана (так же, как терапевт — соматического, например).

В психопрофилактике большую роль играют общие профилактические мероприятия: профилактика инфекционных заболеваний, интоксикаций, алкоголизма, наркомании и токсикомании.

Психопрофилактические мероприятия можно разделить на три уровня:

1. Первичный (начальный) уровень. Здесь система психопрофилактики должна быть направлена на изучение психотравмирующих факторов. Должна изучаться на предмет способности вызывать травматизацию профессия как таковая (особенности профессиональной деятельности, профессиональная среда), окружающая среда, семейные взаимоотношения и личностные особенности самого профессионала. На этом уровне система психопрофилактики состоит в изучении выносливости психики к воздействию вредных агентов окружающей среды и возможных путей увеличения этой выносливости, а также предупреждении психогенных заболеваний. Сюда же относится ценностное и целостное воспитание ребенка, ненанесение вреда его психике вредными “воспитательными” приемами: запугиванием, различными видами шантажа (“если ты нас любишь, то сделаешь...”), психологическим прессингом, не говоря уже о телесных наказаниях. Надо помнить о том, что окружающая среда оказывает практически на всех людей психотравмирующее влияние; и если родители делают из ребенка невротика, то каким же образом сможет он в дальнейшем решать сложные задачи социальной адаптации, личностного и профессионального роста?

Кроме того, сюда же относится психогигиена семьи и беременных женщин; своевременное применение методов лечебной, педагогической и психологической диагностики и коррекции.

2. Вторичный (средний) уровень. Состоит в контроле за неутяжелением или в предупреждении негативных последствий уже начавшегося психического заболевания или психологического кризиса. Сюда входит своевременная помощь больным людям, получившим психотравму в результате ятрогенного влияния медицинского работника или медицинской среды, и система диагностики, профессиональной деформации и помощи профессионалам, демонстрирующим симптомы СХУ или СЭВ.

3. Третичный уровень. Здесь система мероприятий должна быть направлена на предупреждение утраты работоспособности при психогенных заболеваниях или профессиональных и личностных кризисах. В данном случае речь идет:

— о профессиональной реабилитации (поиск для профессионала новых ресурсов в профессиональной деятельности, возможностей профессионального роста, в крайнем случае — возможная смена профессии);

— социальной адаптации (создание максимально благоприятных условий для больного человека при его возвращении в привычную окружающую среду);

— поиске путей для самоактуализации личности (осознание личностью собственных ресурсов роста и развития, “второе дыхание” как для врача, так и для больного).

<p>Способы психопрофилактики лечащего</p>	<p>Как мы уже упоминали в главе о хронической усталости медицинских работников, многих врачей отличает отрицательная настроенность к факту изменения своего психического (психологического) состояния, склонность объективизировать причины возникновения утомления, раздражительности, нервозности, соматических жалоб. Как правило, врачи говорят о собственных функциональных расстройствах, не желая принимать во внимание такие, на их взгляд, “субъективные” причины профессиональных и личностных кри-</p>
--	---

зисов, как профессиональная деформация, функциональный подход к другому человеку и к себе, эмоциональное выгорание. Поэтому сложнее выглядит возможность организации разного рода психопрофилактических мероприятий для профессионалов, работающих в системе здравоохранения.

Одной из главных мер психопрофилактики как СХУ, так и СЭВ является профессиональный отбор будущих специалистов (как в целом для системы человек — человек, так и отдельно для медицинских специальностей). Естественно, основой для осуществления мероприятий по профессиональному отбору будущих врачей служит изучение психологических особенностей каждого конкретного вида деятельности и профессионально важных качеств для успешного овладения ею и работы в рамках данной специальности. Именно поэтому в современных условиях должно получать развитие такое направление профессиографии (раздел психологии труда), как акмеография. Акмеологический подход позволяет оценивать субъективные стороны труда профессионала: ролевые взаимоотношения, влияние профессии на психическую жизнь, индивидуальные особенности осуществления профессиональной деятельности и т.д. Этот подход позволяет представить себе человека в профессиональной среде одновременно как субъекта и объекта общения и деятельности. В результате акмеографического исследования составляется акмеограмма (профессиограмма), в которой полно отражены особенности данной профессиональной деятельности, предъявляемые ею требования к индивидуально-психологическим и психофизиологическим особенностям человека. При этом выявляются сложные, способные вызвать дезадаптацию компоненты деятельности, ее психотравмирующий потенциал. Для всех кажется вполне естественным, что человек, не переносящий вида крови, брезгливый не может заниматься медициной. Но ведь так же должно быть очевидным, что личность, не способная к эмпатии, авторитарная или

неуверенная в себе и слабая, тоже не в состоянии реализовывать все требования, предъявляемые к труду врача.

Для оптимизации профессионального отбора необходимо:

- 1) принять решение об обязательности отбора специалистов по медицинским специальностям;
- 2) определить методологические подходы к оценке профессиональной пригодности специалистов;
- 3) выбрать критерии, которые позволили бы эффективно прогнозировать успешную деятельность (обучение) по данной специальности.

Следующей мерой психопрофилактики является профилактика профессиональной деформации. Возможности ее не так ограничены, как может показаться на первый взгляд. Мы уже знаем, что причины профессиональной деформации лежат в функциональном отношении к человеку, обесценивании другого, наполнении профессиональной деятельности фантомами, — и все это начинает формироваться уже в процессе обучения в результате безусловного усвоения студентами-медиками готовых форм знаний. Таким образом, психопрофилактика в профессиональной деятельности врачей должна начинаться в процессе обучения и заключаться:

- в возможности студентов поиска разных форм знаний, расширении коммуникаций между студентами различных вузов и стран;
- в “психологизации” медицинского образования, чтении психологических дисциплин в разных отраслях медицины;
- в необходимости введения в обучение тренингов личностного роста, в изучении различных путей выхода из профессиональных кризисов.

Следующим способом организации психопрофилактики медицинских работников является профилактика утомления и эмоционального выгорания. Профилактика

тика утомления заключается в соблюдении принципов психогигиены. Правильно организованным должно быть рабочее место специалиста (оптимальное освещение, отсутствие шума и т.д.) и его рабочее время (ночные дежурства должны чередоваться с полноценным отдыхом). К сожалению, врач часто сам вызывает у себя состояние утомления, отказываясь от отдыха после дежурства или набирая их слишком много (что связано с дополнительной оплатой). Профилактика профессионального выгорания также состоит в достаточном отдыхе, так как без него снижается устойчивость организма, возникают психические и психосоматические расстройства. Большое значение имеет два вида методов: мобилизующие и направленные на восстановление в период отдыха. Не хочется умалять значение первых, но именно восстановление сил играет роль в профилактике СХУ и СЭВ. Нервное напряжение в деятельности врача присутствует почти постоянно и является одним из самых энергоемких процессов. Способом нервно-психической релаксации многие специалисты считают мышечную релаксацию. Метод этот был разработан Э. Джекобсоном и включает не только процесс снятия мышечного тонуса, но и достижение человеком нервно-психического состояния, противоположного по своему характеру активности. Часто в данную систему включают и метод аутогенной тренировки. Предупреждение “сгорания” заключается в активных и пассивных методах (по Т.В. Форманюк). Активные: овладение ситуацией путем ее преобразования; преодоление эмоционального дистресса путем изменения собственного отношения к ситуации. Пассивные: отказ от каких-либо попыток устранить обусловленные ситуацией трудности.

Выделяют еще несколько способов предупреждения эмоционального выгорания:

- планомерное решение проблем,
- путь конфронтации,

- дистанцирование (изменение масштабов происходящего в сторону уменьшения),
- самообладание,
- поиск социальной поддержки,
- принятие ответственности за происходящее,
- позитивное переформулирование (поиск положительного в происходящем).

Становится ясно, что реализация всех этих методов невозможна без психолога-специалиста, который смог бы проводить мероприятия релаксационного и восстановительного характера и который имел бы для этого все условия (например, комната психологической разгрузки в любой больнице или поликлинике). Таким образом, четвертая мера психопрофилактики заключается в консультации психолога.

Способом психопрофилактики может быть посильная регулярная физическая нагрузка (например, какой-то вид спорта).

В последнее время большое внимание уделяется терапии искусством (арттерапия). Музыка, картины (магическое воздействие цвета), скульптура (воздействие формы и объема) — и не только созерцание, но и самовыражение в творчестве.

Психопрофилактика медицинских работников тесно связана с психопрофилактикой пациентов, находящихся во взаимоотношении с окружающей медицинской средой: «Невротизированный врач не всегда будет склонен лучше понимать невротического больного. Иногда даже, если он компенсирует и справляется со своими затруднениями, он ожидает того же и от больного и иногда выражает это не скрывая: “У меня то же самое, но я не обращаю на это внимание”»¹.

Эта фраза как нельзя лучше иллюстрирует значение профилактики возникновения у врачей СХУ, СЭВ и их (врачей) профессиональной и личностной деформации.

¹ Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине. Прага, 1985. С. 350.

Влияние слова врача, его образа, стиля поведения и деятельности на больного, а также фантомов бытового сознания по поводу содержания врачебной деятельности оказывается либо травмирующим, усугубляющим состояние пациента, либо способствующим его выздоровлению.

Способы психопрофилактики больного Одним из основных способов психопрофилактики больного является предупреждение ятрогений. Ятрогенное влияние медицинского работника на больного осуществляется прежде всего посредством слова. Система психопрофилактики в данном случае будет заключаться в двух аспектах:

1. Профилактика ятрогений, вызванных влиянием личности врача. Недопустимы безапелляционные высказывания, отношение к пациентам как к “придаткам” болезни, навязывание своих мнений и взглядов, когда врач “советует, рекомендует, говорит, что надо делать”. Бестактным и непрофессиональным выглядит врач в глазах пациента, если начинает критиковать своих коллег, отменять сделанные ими назначения в неуважительной форме. Должно быть исключено злоупотребление в присутствии больных профессиональными терминами (профессиональный жаргон). “Выставка” специфических медицинских инструментов может вызвать состояние страха или тревоги перед возможными болевыми ощущениями (например, в кабинете стоматолога).

Особенно важно спокойное, уважительное поведение врача во взаимоотношениях с детьми и людьми пожилого и старческого возраста. В силу особенностей их психики, у них очень быстро развиваются чувства тревоги, беспомощности, страха, боязнь одиночества, болезни, боли и смерти.

Таким образом, мы можем сказать, что профилактикой именно этого рода ятрогений является профилактика профессиональной деформации врача.

2. Профилактика ятрогений, вызванных личностью больного. Мнительный, боязливый пациент в силу особенностей собственной личности склонен к невротическим образованиям. Некоторые больные в своем заболевании видят источник удовлетворения определенных потребностей, шантажируя угрозами ухудшения состояния своего здоровья как близких людей, так и медперсонал.

Важным способом организации психопрофилактических мероприятий может стать медицинское просвещение населения. Но надо иметь в виду, что лекции или семинары, популяризирующие медицинскую науку, с указанием симптомов того или иного заболевания могут вызвать противоположный эффект (отрицательное суггестивное воздействие). Просвещение необходимо с целью освобождения общественного сознания от влияния фантомов, но проводить его надо очень осторожно, руководствуясь принципами психогигиены.

Профилактика психических расстройств, таких, как госпитализм (у детей и у взрослых), заключается в наиболее возможном сокращении времени пребывания их в медучреждении; необходима постоянная смена обстановки (особенно для лежачих больных), обогащение эмоционального климата созданием соответствующих взаимоотношений между больными и медперсоналом. Даже такая, на первый взгляд, мелочь, как ориентация больного в медучреждении — таблички на кабинетах, указатели и т.п., может быть очень эффективным способом психопрофилактики.

С детского возраста психопрофилактика должна заключаться в формировании адекватного, нейтрального отношения ребенка к медицинскому учреждению (не как к месту, где причиняют страдания). Опасна фиксация на болезненных переживаниях (например, связанных с вакцинацией) внимания ребенка и уж тем более запугивание детей врачами.

Медицинская среда должна выступать как лечебный и профилактический фактор.

Практическое занятие*Тема: Психопрофилактика.**Вопросы*

1. Что такое здоровый образ жизни?
2. Почему надо обучать здоровому образу жизни?
3. Что такое личная и социальная ответственность за жизнь?

Литература

1. Чарлтон Э. Основные принципы обучения здоровому образу жизни // Вопросы психологии. 1997. № 2.
2. Завьялов А., Плотников В. О путях вовлечения психологии в практическую медицину // Психологический журнал. 1996. № 4.

Практическое задание

Составить программу самовоспитания для обучения здоровому образу жизни.

Цель задания: осознание понятия здоровье в структуре самосознания.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ОТ АВТОРОВ	3
-------------------------	----------

Глава 1.

ЧТО ТАКОЕ ПСИХОЛОГИЯ?	7
------------------------------------	----------

Предмет психологии	7
--------------------------	---

Виды, способы получения и области применения психологического знания	9
--	---

Отрасли психологии	15
--------------------------	----

Понятие о психологии здоровья	17
-------------------------------------	----

Практическое занятие по теме “Портретная диагностика в медицине и психологии”	20
---	----

Глава 2.

ЧТО ТАКОЕ МЕДИЦИНА?	21
----------------------------------	-----------

Виды медицинского знания. Способы его получения	21
---	----

Области использования медицинского знания	24
---	----

Связь медицины и психологии	26
-----------------------------------	----

Традиционная и нетрадиционная медицина	27
--	----

Понятие симптома и синдрома, мифа болезни	30
---	----

Практическое занятие по теме “Понятие о болезни в современной медицине и психологии”	36
--	----

Глава 3.**СОДЕРЖАНИЕ ПРОФЕССИЙ**

ВРАЧА И ПСИХОЛОГА	37
--------------------------------	-----------

Понятие о профессии как о предмете освоения и взаимодействия.	37
---	----

Профессиональная позиция врача	42
--------------------------------------	----

Разнообразие видов врачебной деятельности	45
---	----

Деятельность психолога в медицине	47
Влияние профессии на психическую жизнь человека, профессиональная деформация	50
Понятие о профессиональном мышлении	57
Практическое занятие по теме “Профессиональная позиция врача”	63
Глава 4.	
ПОНЯТИЕ О ПСИХИЧЕСКОЙ ЖИЗНИ	65
Основные понятия общей психологии	65
Переживание как феномен сознания	73
Понятие о психической жизни и психической смерти	78
Основные защитные механизмы личности	93
Практическое занятие по теме “Понятие о защитных механизмах личности”	97
Глава 5.	
ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ОТНОШЕНИЯ	99
Содержание психосоматической проблемы	99
Телесность человека и ее развитие	106
Отклонения в психосоматическом развитии	115
Направления развития теории и практики психосоматической медицины	117
Способы решения психосоматической проблемы ..	125
Практическое занятие по теме “Понятие о соматических типах человека”	130
Глава 6.	
О БОЛИ И СТРЕССЕ	131
Происхождение и функции боли	131
Боль и стресс	139
Чем не является стресс	149
Как жить со стрессом	151
Практическое занятие по теме “Болезнь века” — стресс	161

Глава 7.	
ПОНЯТИЕ	
О ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЕ ЗДОРОВЬЯ	163
Виды и критерии здоровья	163
Характеристика здорового человека	171
Обучение здоровому образу жизни	174
Практическое занятие по теме “Понятие о внутренней картине здоровья” (ВКЗ)	187
Глава 8.	
ПОНЯТИЕ	
О ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЕ БОЛЕЗНИ	189
Параметры внутренней картины болезни	189
Способы исследования ВКБ	198
Практическое занятие по теме “Понятие о внутренней картине болезни” (ВКБ)	201
Глава 9.	
ПСИХОЛОГИЯ БОЛЬНОГО ЧЕЛОВЕКА	203
Социальное и индивидуальное в болезни	203
Динамика психической жизни при хронических заболеваниях	207
Практическое занятие по теме “Я-концепция и болезнь”	215
Глава 10.	
СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОЙ УСТАЛОСТИ	217
Характеристика явления в отечественной и зарубежной литературе	217
Факторы, вызывающие усталость	221
Влияние утомления на профессиональную деятельность врача	225
Варианты диагностики и самодиагностики СХУ ..	226
Практическое занятие по теме “Синдром Хронической Усталости в профессиональной деятельности врача”	229

Глава 11.

СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У МЕДРАБОТНИКОВ	231
Факторы, инициирующие возникновение симптомов эмоционального выгорания	231
Влияние специфики медицинской деятельности на появление симптомов СЭВ	234
Симптомы ЭВ	237
Влияние ЭВ на профессиональную позицию и личность врача	239
Варианты диагностики и самодиагностики СЭВ...	240
Практическое занятие по теме “Понятие об эмоциональном выгорании”	243

Глава 12.

ПОНЯТИЕ О ПСИХОГИГИЕНЕ ЛЕЧАЩЕГО И БОЛЬНОГО	245
Что такое психогигиена	245
Последствия несоблюдения психогигиены лечащим	248
Понятие о психогигиене больного	250
Методы и организация психогигиены	253
Практическое занятие по теме “Психогигиена”	256

Глава 13.

ПОНЯТИЕ О ПСИХОПРОФИЛАКТИКЕ ЛЕЧАЩЕГО И БОЛЬНОГО	257
Понятие психопрофилактики	257
Способы психопрофилактики лечащего	261
Способы психопрофилактики больного	266
Практическое занятие по теме “Психопрофилактика”	268