

15.1  
К 89

МИНИСТЕРСТВО СПОРТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ФГБОУ ВО «МОСКОВСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АКАДЕМИЯ  
ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ»

**Ж.В.КУЗНЕЦОВА**

**ПСИХОЛОГИЯ БОЛЕЗНИ И ИНВАЛИДНОСТИ**

*Учебное пособие*



*Малаховка, 2017*

МИНИСТЕРСТВО СПОРТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ФГБОУ ВО «МОСКОВСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АКАДЕМИЯ  
ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ»

Ж.В.КУЗНЕЦОВА

## ПСИХОЛОГИЯ БОЛЕЗНИ И ИНВАЛИДНОСТИ

*Учебное пособие*

*для студентов вузов физической культуры, обучающихся по  
направлению подготовки бакалавров: 49.03.02 «Физическая  
культура для лиц с отклонениями в состоянии здоровья  
(адаптивная физическая культура)»*

453 д



Малаховка, 2017

УДК 159.9:616/618:615.851(075.8)  
ББК 88.4  
К 89

Рецензенты:  
к.п.н. В.В. Буторин  
к.п.н. И.А. Климашин

К 89 Кузнецова, Ж.В. Психология болезни и инвалидности: учебное пособие/ Ж.В. Кузнецова; Моск. гос. акад. физ. культуры. – Малаховка, 2017 - 168 с.

Учебное пособие разработано в соответствии с рабочей учебной программой по дисциплине «Психология болезни и инвалидности» и требованиями Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по направлению подготовки бакалавров 49.03.02 «Физическая культура для лиц с отклонениями в состоянии здоровья (адаптивная физическая культура)».

В учебном пособии получило освещение вопросы психологической работы с людьми, страдающими различными заболеваниями.

В учебном пособии раскрываются содержания предусмотренных программой тем по основным разделам дисциплины и завершается контрольными вопросами для самопроверки.

Представлен список использованной литературы.

Учебное пособие предназначено для студентов вузов физической культуры, обучающихся по направлению подготовки бакалавров 49.03.02 «Физическая культура для лиц с отклонениями в состоянии здоровья (адаптивная физическая культура)», а также может представлять интерес для магистрантов, аспирантов и слушателей факультета повышения квалификации.

Утверждено научно-методическим советом  
МГАФК в качестве учебного пособия

© Ж.В. Кузнецова, 2017

© ФГБОУ ВО «Московская государственная академия физической культуры», 2017

## СОДЕРЖАНИЕ

	Стр
<b>Глава I.</b> Внутренняя картина болезни и болезненно-специфические переживания.....	4
<i>Вопросы для самопроверки</i> .....	16
<b>Глава II.</b> Переживания и внутренняя картина болезни в зависимости от ее остроты, затрагиваемых органов и систем, степени инвалидности и угрозы жизни.....	17
<i>Вопросы для самопроверки</i> .....	32
<b>Глава III.</b> Семиотический смысл симптомов и формирование мифа болезни.....	33
<i>Вопросы для самопроверки</i> .....	39
<b>Глава IV.</b> Психологическая травма.....	39
<i>Вопросы для самопроверки</i> .....	50
<b>Глава V.</b> Диссоциативное расстройство .....	50
<i>Вопросы для самопроверки</i> .....	61
<b>Глава VI.</b> Механизмы психологической защиты.....	62
<i>Вопросы для самопроверки</i> .....	77
<b>Глава VII.</b> Копинг-стратегия (совладающее поведение).....	77
<i>Вопросы для самопроверки</i> .....	89
<b>Глава VIII.</b> Проблемы жизни и смерти.....	89
<i>Вопросы для самопроверки</i> .....	102
<b>Глава IX.</b> Проблема суицидального поведения.....	103
<i>Вопросы для самопроверки</i> .....	119
<b>Глава X.</b> Понятие о психологическом консультировании...	119
<i>Вопросы для самопроверки</i> .....	134
<b>Глава XI.</b> Основные виды психотерапии.....	134
<i>Вопросы для самопроверки</i> .....	161
<b>СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ</b> .....	163

# ГЛАВА I.

## ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ И БОЛЕЗНЕННО-СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ПЕРЕЖИВАНИЯ

### ПЛАН

1. Понятие о внутренней картине болезни.
2. Факторы, определяющие внутреннюю картину болезни.
3. Основные формы внутренней картины болезни.
4. Типы психологического реагирования на болезнь.

#### 1. Понятие о внутренней картине болезни

Связь психологии и медицины на уровне понятийного аппарата осуществляется через такие термины как здоровье, болезнь, телесная функция.

Здоровье – характеристика целостного развития человека; состояние организма, при котором он в целом и все его органы способны полностью выполнять свои функции. **Определение ВОЗ:** состояние полного физического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов.

Психическое здоровье – состояние благополучия, при котором человек может реализовать свой собственный потенциал, справляться с обычными жизненными стрессами, продуктивно и плодотворно работать, а также вносить вклад в жизнь своего сообщества.

#### Параметры здоровья:

1. Приспособленность к природному окружению — способность не только выживать в биологической среде, но и активно ее преобразовывать
2. Нормальность — соответствие определенным нормам, устоявшимся в рамках конкретной культуры
3. Стрессоустойчивость и стабильность - способность поддерживать функционирование организма и психики на оптимальном уровне, сохраняя постоянство внутренней среды
4. Гармоничная включенность в сообщество людей — приспособленность личности к ее социальному окружению, результат социализации

Болезнь (мед. термин) – состояние организма, характеризующееся повреждением органов и тканей в результате действия патогенных факторов, развертыванием защитных реакций, направленных на ликвидацию повреждений; сопровождается ограничением приспособляемости организма к условиям окружающей среды и снижением или потерей трудоспособности.

Болезнь (психол. термин) – состояние ущербной жизнедеятельности, которое проявляется тягостным самочувствием, временной утратой или стойким ограничением физической дееспособности, направленной, прежде всего, на самосохранение.

Для медицинских, социальных работников, педагогов, психологов и реабилитологов понятие «больной» всегда более близко, конкретно и значимо, чем понятие «болезнь». Больной – это, прежде всего человек, а в человеке в сложном единстве и взаимообусловленности объединены организм и личность (В.Г. Косенко).

В ряду личностных факторов, играющих роль в развитии, формировании, течении, прогнозе болезни, большое значение имеют особенности отражения болезни в переживаниях больного, то, что известный отечественный врач Р. А. Лурия определил как внутреннюю картину болезни. А немецкий интернист Гольдшейдер писал об «аутопластической картине болезни».

Особенности отражения болезни в переживаниях больного связаны с возникновением у больного человека множества неприятных, а порой тяжелых мыслей:

- о возможности физической неполноценности;
- об исходе опасной хирургической операции;
- о возможном ухудшении материального благополучия;
- о влиянии болезни на планы личной жизни,
- об изменении качества жизни (факт поступления в больницу вызывает у человека массу тревожных мыслей, которые обусловлены отсутствием привычного образа жизни, видом чужих страданий).

В таких случаях речь может идти о влиянии страхов, беспокойств, волнений больного на его личность. Такого рода

беспокойство имеет, как правило, сложный характер и включает в себя опасения индивидуальные. Например: «Чем мне угрожает болезнь?». Эти опасения всегда и тесно взаимосвязаны с опасениями, имеющими общественный характер. Например, в связи со сложившимся в обществе особым отношением к некоей болезни. Такой вариант опасений особенно ясно выступает при заразных, социально опасных болезнях, таких, как: СПИД, чума, холера, сифилис, туберкулез и др.

Во внутренней картине болезней эти особенности опасений больного проникают одна в другую, а каждая из них может приобретать качественно особое значение. Кроме этого на психику больного может оказывать сам патологический процесс, когда человек испытывает физический дискомфорт, а также ограничение физических возможностей, обуславливающих снижение качества жизни, ухудшение социального статуса и т.д.

Встречается и обратная ситуация, когда тем или иным заболеваниям подвержены люди с определенными чертами характера, в этом случае клиническая картина болезни наслаивается на уже имеющиеся характерологические особенности.

На переживание болезни, отношение к патологическому процессу может оказывать влияние и непосредственно общение пациента с медицинским персоналом, процедуры обследования и лечения.

Таким образом, выделяются основные взаимодействующие стороны внутренней картины болезни, которые влияют на ее специфику:

- сенситивная (связанная с ощущением боли в местах поражения);
- эмоциональная (страх, тревога, надежда, т. е. эмоциональные переживания);
- волевая (усилие справиться с болезнью, позаботиться об обследовании и лечении);
- рациональная и информативная (знание о болезни и ее оценка).

Такое «горизонтальное» расчленение внутренней (аутопластической) картины болезни является условным, т.к. в

действительности психические процессы всех этих сторон переплетаются в различных комбинациях.

## **2. Факторы, определяющие внутреннюю картину болезни**

Факторы, определяющие внутреннюю (аутопластическую) картину болезни можно разделить на четыре области:

**1. Характер болезни;** Особенности болезни определяет острая она или хроническая, требующая амбулаторного или стационарного лечения, консервативного или хирургического вмешательства, имеются ли сильные боли, ограничение подвижности, неприятные косметические симптомы и т. д. Все это влияет на эмоциональную сферу больного, его психологические особенности, поведение, отношение к лечению.

**2. Обстоятельства, в которых протекает болезнь;** включают следующие факторы, определяющие психологию больного и его отношение к болезни:

а) проблемы и неуверенность, которые приносит с собой болезнь: Чем я болен? Говорит ли мне врач правду? Смогу ли я дальше прокормить семью? и т.д.;

б) среда, в которой протекает болезнь (домашняя обстановка, если она спокойна и доброжелательна, облегчает переживания болезни; помещение в больницу часто действует удручающе);

в) причина болезни: считает ли больной виновником заболевания себя или других (если больной хотя бы косвенно виноват сам, то он обычно проявляет больше усилий к выздоровлению; если виновником заболевания являются другие, то процесс выздоровления несколько затягивается).

**3. Особенности преморбидной личности: возраст, пол, профессия, особенности личности и темперамента;** (т. е., какой она была до заболевания), оказывающие влияние на внутреннюю картину болезни:

**4. Прошлое больного, его личный опыт.** Болезнь не может быть понята лишь на основе оценки поведения человека, его впечатлений и переживаний только в настоящее время. На настоящее оказывает воздействие прошлый опыт и прошлые переживания, впечатления:

• *Перенесенные заболевания, операции, смертельные случаи в семье, печальный опыт, связанный с тем же заболеванием у других*

*членов семьи.* Болезнь рождает страх перед неизвестностью, поэтому часто больной прибегает к опыту прошлого. Страдающие глаукомой боятся слепоты, подверженные головным болям – опухоли мозга, а при болезнях желудка и кишечника – рака.

• *Семейное воспитание.* В частности, воспитание отношения к болезням, способам переносимости болезней, и т.д. Можно привести две противоположные семейные традиции воспитания субъективного отношения к болезням. Некоторые авторы называют такие традиции «стоическая» и «ипохондрическая». В одной из них ребенок постоянно поощряется за поведение, направленное на самостоятельное преодоление недугов, плохого самочувствия. Противоположна ей другая семейная традиция – формирование сверхценного отношения к здоровью. При этом родителями поощряется внимательное отношение к состоянию своего здоровья, тщательность в оценке болезненных проявлений, выявления у себя первых признаков заболевания, ребенок приучается при малейшем изменении самочувствия обращать собственное внимание и внимание окружающих на болезненные проявления. Можно сказать, что семейные традиции определяют своеобразную иерархию болезней по степени их тяжести. Например, к наиболее тяжелым болезням могут относиться не объективно тяжелые, а те, от которых чаще всего умирали или которыми чаще болели члены семьи. Вследствие этого, субъективно наиболее значимой болезнью может оказаться гипертоническая болезнь, а не рак, инсульт, туберкулез или психическое заболевание. В семье, где есть прецеденты длительной и устойчивой ремиссии после лечения онкологического заболевания или даже выздоровление, подобная болезнь может оказаться менее психологически и даже психотравматически тяжелой, чем в семье с другой традицией, основанной на собственных наблюдениях.

Таким образом, болезнь меняет восприятие и отношение больного к окружающим событиям, к самому себе, в результате болезни создается для него особое положение среди близких людей, иное положение в обществе.

Англичанин П. Перри справедливо указывал, что часто не столько важно знать, какая болезнь у больного, сколько хорошо понимать, у какого человека развивается болезнь. Это позволяет

уточнить особенности течения болезни, прогноз страдания и оказать эффективную помощь конкретному человеку.

### **3. Основные формы внутренней картины болезни**

Особенности внутренней картины болезни можно разделить на две группы:

1. Обычные формы внутренней картины болезни представляют собой лишь особенности психологии больного человека.

2. Состояния внутренней картины болезни, сопровождающиеся аномальными реакциями на нее, выходящими за рамки типичных реакций для данного человека.

П. Б. Ганнушкин писал следующее: «Истерик, психастеник, сангвиник, маньяк – все они каждый по-своему реагируют на одно и то же заболевание: истерик будет маскировать свою истинную болезнь и поведет врача по ложным следам, психастеник будет преувеличивать, а сангвиник преуменьшать и даже отрицать свое заболевание». По отношению к каждому из них необходимо точно установить особенность, которая должна быть отнесена за счет психики больного; только тогда может быть намечена правильная линия в лечении и реабилитации. Так как, в конечном счете, важна не болезнь сама по себе, а то значение, которое она имеет для конкретной личности.

Внутренняя картина или сознание болезни включает три звена (Е.К. Краснушкин):

1. отражение болезни в психике, гнозис болезни, ее познание;
2. вызванные болезнью изменения психики больного;
3. реакцию личности на болезнь и сформировавшееся отношение больного к собственному заболеванию.

*Первое звено – отражение болезни в психике, гнозис болезни, ее познание* основано на потоке интероцептивных и экстероцептивных ощущений, порождаемых болезнью и вызывающих эмоциональные соответственные переживания. При этом данные ощущения сравниваются с имеющимися представлениями о болезни. Например, пользуясь зеркалом, человек пытается определить – больной или здоровый у него вид, отмечает появившуюся на теле сыпь, а также прислушивается к разнообразным ощущениям во внутренних органах. При этом

человек отмечает все различные нюансы и изменения в его привычных ощущениях и теле. После обнаружения болезни и осведомления о ней больных, у людей, как правило, возникают отсутствовавшие до того субъективные ощущения болезни. Этот факт связывают с тем, что внимание, обращенное на больной орган, снижает порог interoцептивных ощущений, и они начинают доходить до сознания. Отсутствие сознания болезни в периоде, предшествовавшем ее обнаружению, объясняется тем, что интерореценция в этих случаях, по-видимому, тормозится более мощными и актуальными раздражителями внешнего мира (Л.Л. Рохлин).

Основываясь на существовании этих двух типов восприятия больным своего заболевания, выделяют два варианта внутренней картины болезни:

– асимптоматический (анозогнозический, гипозогнозический);

– гиперсензитивный (гиперсензитивный вариант представляет определенные трудности для диагностики, так как искусство врача требует умения выделить истинные симптомы поражения органов, приукрашенные субъективным переживанием больного).

*Вторым звеном внутренней картины болезни – вызванные болезнью изменения психики больного – являются те изменения психики, которые вызываются соматической болезнью. Эти изменения делят на две группы (Л.Л. Рохлин):*

– общие сдвиги (астенизация, дисфории), свойственные почти всем больным при большинстве заболеваний;

– специальные изменения, зависящие, от того, какая система поражена. Например, депрессии у больных, страдающих заболеваниями желудка, повышенная возбудимость и раздражительность при болезнях печени и вызванные обилием interoцептивной информации, поступающей в мозг из пораженного органа.

Для определения тактики и стратегии лечения и реабилитации больного очень важно знать те реакции личности, которые формируются во время заболевания, с последующим перерастанием в отношение больного к болезни.

*Третье звено внутренней картины болезни – реакция на болезнь и отношение больного к заболеванию. У каждого больного формируется индивидуальная реакция на болезнь, определяющая непосредственное отношение к возникшей патологии. Большой частью такая реакция бывает отрицательной, но иногда, сознательно или подсознательно может быть и положительной.*

Среди множества причин, определяющих тип реагирования на болезнь, выделяют три основные (Л.Л. Рохлин):

– особенности личности и нервной системы больного;

– специфику заболевания;

– социальные факторы, действующие в момент заболевания (повышенная зависимость от отношения окружающих, вынужденная изоляция от деятельности, переживание ответственности за судьбу других членов семьи и т.д.).

#### **4. Типы психологического реагирования на болезнь**

Выделяют тринадцать типов психологического реагирования на заболевание (А.Е. Личко):

**1. Гармоничный тип**, которому свойственна трезвая оценка своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть, без оснований видеть все в мрачном свете и без недооценки тяжести болезни. Для такого типа характерно стремление во всем активно содействовать успеху лечения, нежелание обременять других тяготами ухода за собой. В случае неблагоприятного прогноза в смысле инвалидизации наблюдается переключение интересов на те области жизни, которые останутся доступными больному, а также сосредоточение внимания, забот, интересов на судьбу близких, своего дела. При гармоничном типе психического реагирования важным является реализм в восприятии симптомов и понимании тяжести заболевания. Пациент опирается в своих реакциях на известные науке факты о возможности излечения от конкретной болезни, о происхождении симптомов и пр. Возможен вариант пассивного гармоничного типа, при котором пациент не прилагает собственных усилий для оздоровления. Пациент при пассивном отношении расценивает свой организм как некий аппарат, машину, механизм, вещь, которую он сдает в ремонт и ожидает починки. Значимым является и нежелание заболевшего обременять других тяготами ухода за собой, что вытекает из принципиальных

положений гармоничного характера и личности. Гармоничный пациент понимает, что с появлением у него болезни близкие ему люди обрели новую дополнительную заботу, и он не вправе требовать от них этой заботы. Он может лишь ожидать ее и принимать в том объеме, который они готовы ему предоставить.

**2. Тревожный тип,** которому свойственно непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности и даже опасности лечения. Присущ поиск новых способов лечения, жажда дополнительной информации о болезни, вероятных осложнениях, методах терапии, поиск неких авторитетов. В отличие от ипохондрии таких больных больше интересуют объективные данные о болезни (результаты анализов, заключения специалистов), а не собственные ощущения. Пациенты предпочитают больше слушать высказывания других, чем без конца предъявлять свои жалобы. Настроение у них тревожное, вследствие этой тревоги угнетенное. Тревожный тип психического реагирования на заболевание базируется на появляющейся в связи с заболеванием тревогой, а также на изменении обыденного течения жизни. Тревога проецируется в будущее, вызвана опасениями, что болезнь может надолго и существенно изменить привычный стереотип жизни. Проявлением тревоги может быть повышенный интерес пациента к медицинской литературе, придирчивость к медицинскому персоналу, перепроверка получаемых от врачей сведений о болезни.

**3. Ипохондрический тип.** Он сосредоточен на субъективных болезненных и других неприятных ощущениях. Характеризуется стремлением постоянно рассказывать о них окружающим. Преувеличение действительных и выискивание несуществующих болезней и страданий, а также преувеличение побочного действия лекарств, сочетание желания лечиться и неверия в успех, при требовании тщательного обследования, боязни вреда и болезненности процедур. Такие больные склонны к эгоцентризму. Они не способны сдержаться при беседе с любым человеком и обращают внимание собеседника на необычность и тяжесть имеющихся болезненных признаков. Ипохондрик испытывает облегчение, если его собеседник относится к нему участливо и сочувственно. Кроме того, при таком типе реагирования появляется

склонность к детализации своего самочувствия при его описании. Мотивом изложения собственных жалоб является страх упустить что-то важное, существенное для понимания врачом его состояния и правильной диагностики. Негативную реакцию ипохондрика вызывает недоверие к его жалобам со стороны окружающих, а также их упреки в симуляции и преувеличении тяжести расстройства с целью извлечь из этого выгоду.

**4. Меланхолический тип.** Характеризуется удрученностью болезнью, неверием в выздоровление, в возможное улучшение, в эффект лечения. Депрессивные высказывания вплоть до суицидальных мыслей. Пессимистический взгляд на все окружающее. Неверие в успех лечения даже при благоприятных объективных данных. Меланхолический, или депрессивный тип реагирования на болезнь обусловлен имеющейся у пациента негативной информацией о возможности излечения от недуга. Он встречается и у медицинских работников в силу их разнообразных знаний, полученных в процессе обучения и практики. Нацеленность на худший исход приводит к пессимистической оценке будущего, неверию в возможность излечения и суицидальным намерениям.

**5. Апатический тип** характерен полным безразличием к своей судьбе, к исходу болезни и результатам лечения. Пассивное подчинение процедурам и лечению при настойчивом побуждении со стороны. Часто происходит утрата интереса ко всему, что ранее волновало. Полного безразличия у пациента не отмечается. Как правило, безразличие обусловлено депрессией и фиксацией на собственном состоянии. Пропадает интерес и активность в отношении всех сторон жизни

**6. Неврастенический тип.** Это поведение по типу «раздражительной слабости». Раздражение, особенно при болях, при неприятных ощущениях, неудачах лечения и неблагоприятных данных обследования. Раздражение часто направленно изливается на первого попавшегося и завершается нередко раскаянием и слезами. У таких больных отмечается непереносимость болевых ощущений, нетерпеливость, неспособность ждать облегчения. В последующем они испытывают раскаяние за беспокойство и несдержанность. Такие пациенты ищут ласки, участия, успокоения,

склонны к вспышкам гнева, если их ожидания в отношении поведения окружающих не оправдываются.

**7. Обсессивно-фобический тип** характеризуется тревожной мнительностью, прежде всего, нереальными здоровья опасениями маловероятных осложнений болезни, неудач лечения, а также возможных, но малообоснованных неудач в жизни, работе, семейной ситуации в связи с болезнью. Воображаемые опасности волнуют более, чем реальные. Защитой от тревог часто становятся приметы и ритуалы. При обсессивно-фобическом реагировании на болезнь доминируют навязчивые мысли, опасения и, особенно, ритуалы. Пациент становится суеверным. Он придает особое значение мелочам, которые превращаются для него в своеобразные символы. Например, расценивает шансы своего излечения в зависимости от того, в каком порядке войдут в его палату врач и медицинская сестра; от того, троллейбус какого маршрута подойдет к остановке раньше. Невротические ритуалы связаны с повышенной тревожностью пациента и направлены на защиту от них.

**8. Сензитивный тип** определяется высокой озабоченностью возможным неблагоприятным впечатлением, которое могут произвести на окружающих сведения о своей болезни, опасениями, что окружающие станут избегать, считать неполноценным, пренебрежительно относиться, распускать сплетни, неблагоприятные сведения о причинах и природе его болезни. Такие больные боятся стать обузой для близких из-за болезни или неблагоприятного отношения с их стороны в связи с этим. Основой сензитивного отношения к болезни является рефлексивный стиль мышления. Кроме того, это ориентация на мнение и оценку окружающих. В связи с этим существенным становятся не собственные болезненные или неприятные ощущения вследствие болезни, а реакция на информацию о болезни со стороны референтной группы. Пациенты склонны к извиняющемуся стилю поведения. Часто в ущерб своему здоровью стесняются обращаться к врачу или медицинской сестре, даже в случаях угрожающего для жизни состояния. Отмечается робость, застенчивость, повышенная скромность.

**9. Эгоцентрический тип** – это «уход в болезнь», выставление напоказ близким и окружающим своих страданий и

переживаний с целью полностью завладеть их вниманием, требование исключительной заботы о себе. Такие больные все разговоры окружающих быстро переводят на себя, свои страдания. В других людях, также требующих внимания и заботы, видят только неких конкурентов, относятся к ним неприязненно. Они постоянно хотят показать свое особое положение, исключительность в болезни. Этот тип реагирования иногда обозначают истерическим, поскольку основным мотивом поведения человека становится привлечение к собственной персоне внимания окружающих. Жалобы описываются больными очень красочно и сопровождаются манерной жестикуляцией, а также разнообразной и выраженной мимикой. Эмоции носят часто гротескный характер.

**10. Эйфорический тип** характеризуется необоснованно повышенным, часто наигранным настроением, пренебрежением, легкомысленным отношением к болезни и лечению. У таких больных присутствует надежда на то, что «само все пройдет», наличествует желание получать от жизни все, несмотря на болезнь. Пациенты с эйфорическим типом реагирования на болезнь легко нарушают режим, притом, что эти нарушения могут неблагоприятно сказываться на течении болезни. Эйфорический тип отражает беспечность человека в отношении собственного здоровья. Пациент становится наигранно весел, болтлив, суетлив. Подобное реагирование может носить защитный характер, отражать характерологические особенности.

**11. Анозогностический тип** характеризуется активным отбрасыванием мыслей о болезни, о возможных ее последствиях, непризнанием себя больным. Такие больные отрицают очевидное в проявлениях болезни, приписывают их случайным обстоятельствам, другим несерьезным заболеваниям, отказываются от обследования и лечения. Анозогнозия встречается часто. Пациенты могут отражать внутреннее неприятие статуса больного, нежелание считаться с реальным положением вещей. Они могут отражать заблуждение человека по поводу значимости признаков болезни. Непризнание себя больным встречается, например, при алкоголизме, поскольку способствует уклонению от лечения.

**12. Эргопатический тип** или «Уход от болезни в работу». Такие больные при тяжести болезни и страданиях стараются во что

бы то ни стало продолжать работу, трудятся с ожесточением, с еще большим рвением, чем до болезни, работе отдают все время. Пациенты стараются лечиться и подвергаться обследованиям так, чтобы это оставляло возможность продолжения работы. Некоторые пациенты расценивают любой недуг как вызов своему «Я», стараются не поддаваться болезни, активно перебарывают себя, преодолевают недомогание и боли. Позиция заключена в том, что нет такого заболевания, которого нельзя было бы преодолеть своими силами. Такие пациенты часто являются принципиальными противниками лекарств.

**13. Паранойяльный тип** характеризуется тем, что у пациента присутствует уверенность в том, что болезнь является результатом чьего-то злого умысла, подозрительность к лекарствам и процедурам, стремление приписывать возможные осложнения лечению, побочные действия лекарств халатности и даже злему умыслу врачей и персонала. У таких больных часты обвинения и требования наказаний в связи с этим. Паранойяльный (бредоподобный) тип реагирования часто отражает мировоззренческую позицию заболевшего. Пациент усматривает тайный смысл болезни и причин ее возникновения. Этот тип возникает преимущественно на базе личностных особенностей.

#### **Вопросы для самопроверки**

1. Что понимается под термином «внутренняя (аутопластическая) картины болезни»?
2. Перечислите факторы, определяющие внутреннюю (аутопластическую) картину болезни.
3. Назовите звенья внутренней картины болезни.
4. Перечислите типы психологического реагирования человека на заболевание.

## **ГЛАВА II ПЕРЕЖИВАНИЯ И ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЕЕ ОСТРОТЫ, ЗАТРАГИВАЕМЫХ ОРГАНОВ И СИСТЕМ, СТЕПЕНИ ИНВАЛИДНОСТИ И УГРОЗЫ ЖИЗНИ**

### **ПЛАН**

1. Зависимость ВКБ от личностных особенностей.
2. Стадии формирования ВКБ.
3. Психологические особенности больных при остром и хроническом течении болезни.
4. Виды психологической адаптации при хроническом течении болезни.

#### **1. Зависимость ВКБ от личностных особенностей.**

Тип реакции больного на болезнь во многом определяет его отношение к болезни, которое распределяется во времени в зависимости от периода болезни, остроты течения и возможных последствий. Нередко в отношении больного к заболеванию объединяется и переплетается несколько типов реакции на болезнь. Умение специалиста, работающего с больным, разобраться в таком отношении пациента к болезни дает возможность определить оптимальный психологический подход к больному, что повышает эффективность лечебных и реабилитационных мероприятий.

а) *Возраст.* Возрастные особенности человека важны при формировании субъективного отношения к болезни и становления определенного типа реагирования на нее. Для каждой возрастной группы существует свое представление о тяжести заболеваний, распределение болезней по социально-психологической значимости и тяжести.

• В детском возрасте на первое место выходит первосигнальная сторона болезни и ситуация вокруг нее: боль, боязнь боли и всего неизвестного, разлука с любимой мамой и т. д. Дети смотрят на болезнь глазами взрослых. Собственной оценки происходящего дети младшего возраста не имеют. У детей младшего школьного возраста она недостаточна и только в пубертатном периоде приближается к оценке взрослых. Однако

дети повышено внушаемы, отвлекаемы, быстро забывают пережитое, легко переключаются на новую ситуацию, что нужно использовать при их лечении.

- В молодом возрасте (18-30 лет) чаще встречается переоценка своего здоровья и недооценка болезни, неверие в возможность тяжелого заболевания, инвалидности. Больные тяжело реагируют на госпитализацию, сильно переживают из-за косметических дефектов и сексуальных нарушений.

- В среднем возрасте (31-59 лет) на первый план выступают опасения последствий. Опасения могут касаться событий, являющихся следствием болезни непосредственно сейчас (Что сейчас происходит на моей работе?) или событий, которые могут возникнуть через некоторое время (проблема взаимоотношений в семье, переход на другую работу и т. д.). Люди зрелого возраста психологически более тяжело реагируют на хронические заболевания и заболевания, ведущие к инвалидности. Это связано с системой ценностей и отражает устремленность человека зрелого возраста удовлетворять социальные потребности, такие как потребность в благополучии, благосостоянии, независимости, самостоятельности. Само удовлетворение этих потребностей может быть невозможным с появлением любой хронической или приводящей к инвалидности болезни.

- В предстарческом возрасте (60-74 года) снижается адаптация организма, нередко встречаются депрессивные, тревожные состояния, сопровождающиеся навязчивыми страхами, которые накладываются на переживания кризиса «конца жизни». Это переживания ухода на пенсию, меньшей востребованности, уменьшения общения, изменения внешности и т.д. Сочетание этих переживаний с тревогами о болезни усиливают проявления навязчивой тревожности, депрессии, эмоциональных расстройств.

- В старости (75-89 лет) наблюдаются возрастные изменения личности, которые нередко усиливаются болезнью. В этом возрасте для больных характерно снижение активности, эмоционального фона, ригидность, упрямство, эмоциональное застревание. На восприятие болезни в старости накладывается отпечаток боязнь одиночества в болезни и страх смерти. Старый человек часто отождествляет себя со своими сверстниками, которые постепенно

умирают, сравнивает их заболевания со своими болезнями; рассуждает, не подошла ли его очередь; его опасения и неуверенность нередко усиливаются поведением врача, который, правильно обследовав больного, не проявил к нему достаточного внимания и интереса. Соматическое заболевание усиливает интравертированность, тревожность, ипохондричность. Тяжесть заболевания чаще переоценивается, однако в ряде случаев наблюдается недооценка тяжести состояния из-за снижения критики.

Таким образом, расхождение между субъективной оценкой болезни и ее объективными данными наиболее выражены в молодом и старческом возрасте.

б) *Пол* индивида также определяет субъективное восприятие болезни. Женщины внешне более подвержены страху, жалости к себе, в большей мере колеблются между безнадежностью и оптимизмом. Мужчины, на первый взгляд, относятся к своей болезни более рассудительно. Однако внешние проявления и особенно словесные выражения не всегда соответствуют внутреннему переживанию. Мужчины часто значительно труднее переносят болезнь, чем женщины, и более подвержены стрессорным воздействиям. К особенностям, имеющим определенные корреляции с полом человека, можно отнести такие, как лучшая переносимость женщинами болевого ощущения, состояний длительной ограниченности движений, обездвиженности. Это вполне может объясняться психофизиологическими особенностями пола, а также и психологическими традициями роли женщины и мужчины в определенных общественных отношениях и культурах.

в) *Профессия*. Человек часто оценивает тяжесть болезни, исходя из влияния симптомов заболевания на его настоящую и будущую трудоспособность. При этом значимой становится профессионально обусловленная ценность того или иного органа.

Например. Актер или певец может психологически более тяжело переносить ангину или бронхит, чем гастрит или язву желудка. Связано это с тем, как существенно влияют симптомы болезни на качество исполнения профессиональных обязанностей. Так для спортсмена или человека, занятого активным физическим

трудом, более значимым может оказаться скорее остеохондроз позвоночника, нежели депрессия. А для человека творческой профессии – наоборот, депрессия может оказаться более значимой, чем остеохондроз. Вероятно, что альпинист более остро будет переживать гипертоническую болезнь и церебральный атеросклероз с частыми кризами и симптомом головокружения, чем кондуктор в транспорте.

г) *Особенности личности и темперамента* включают следующие характеристики:

- Степень общей чувствительности к прямым, особенно неприятным факторам, например, к боли, шуму, клиническим методам обследования. Такая субъективная чувствительность оказывает влияние на степень сосредоточения внимания человека на ощущениях и, как следствие, на их переносимость. Экстраверты и интроверты по-разному реагируют на боль и другие внешние раздражители. По мнению известного психолога Айзенка, экстраверты воспринимают все уровни стимуляции менее интенсивно, чем интроверты. Разное восприятие ощущений у людей зависит от различных порогов чувствительности. Например, у одного человека в силу его психофизиологических особенностей может быть низкий порог болевой чувствительности, и он испытывает боль при небольшом повреждении или воздействии извне. А у другого – высокий порог, он чувствует боль только при серьезном повреждении. Часто порог болевой чувствительности может коррелировать с уровнем эмоциональности. В рамках известных типов темперамента некоторые исследования показали, что более низкие болевые пороги у холерика и меланхолика по сравнению с сангвиником и флегматиком.

- Эмоциональная реактивность. Эмоциональные больные более подвержены страху, тревоге, больные колеблются между безнадежностью и оптимизмом; довольно спокойные в эмоциональном отношении натуры относятся к своей болезни более рассудительно.

- Характер и шкала ценностей – люди с повышенным чувством ответственности и долга по отношению к семье и обществу стараются выздороветь быстрее, люди же с низкой

степенью ответственности по отношению к близким часто используют болезнь для своей выгоды и пользы.

- Мировоззрение – ценностные ориентации человека, его морально- нравственные критерии и другие, социально обусловленные феномены. Психологические реакции на заболевание разнятся у глубоко верующих людей и атеистов. Верующие люди психологически более адекватно относятся к болезням, ведущим к смерти, а атеисты реагируют на появившуюся болезнь, которая может привести к утрате трудоспособности или даже к смерти, с обидой. Часто они начинают искать виновников заболевания, создают вокруг себя враждебную обстановку и сами психологически неадекватно реагируют. Можно выделить несколько мировоззренческих установок в отношении происхождения заболеваний. Болезнь рассматривается как кара, как испытание, как назидание другим, как расплата за грехи предков и т.д. Эти трактовки происхождения болезней могут быть основаны на вере в связь между поведением человека, его нравственностью и возникновением у него недуга. К другой группе мировоззренческих установок можно отнести представление о болезнях как вызванных наследственными или средовыми причинами: болезнь как неизбежность, болезнь как стечение обстоятельств или как собственная ошибка и т.п. В рамках этого мировоззрения происхождение болезней рассматривается сквозь причину внешней или внутренней заданности. Скажем, многие люди убеждены в том, что «дурная наследственность» является фатальным фактором в генезе заболеваний. При этом все, что происходит с человеком, трактуется на принципе наследственно-конституциональной причины. Другая тенденция – полностью отрицать значение наследственности и рассматривать возникновение болезни, основываясь на внешних факторах и поведении человека. Эти позиции отражают так называемую обывательскую ментальность, и являются стойкими и консервативными. А такая позиция, как «Сам виноват» может быть связана с «локусом контроля» человека. Существует и мировоззренческая оценка механизмов происхождения заболеваний, основывающаяся на мистическом подходе к процессам этиопатогенеза. Распространены так называемые «народные представления», к таким представлениям

относят – болезнь вследствие зависти, болезнь вследствие ревности, сглаза, порчи, магических воздействий. Это своего рода мифологическая или, как отмечают священнослужители, «языческая» установка. При этом подходе источники болезней видятся в предвзятом отношении к человеку родных, близких, соседей, знакомых, родственников, сослуживцев, а также колдунов, «нехороших людей» и т.д. А сам процесс возникновения болезней рассматривается как экстраполяция «негативной» или «черной энергии» на реципиента. Можно отметить, что в наше время в России широко распространено мистическое истолкование происхождения болезней и отсутствие у многих пациентов научного подхода к анализу причин его заболевания. Следует отметить, что к особенностям личности, влияющим на выбор типа психологического реагирования на заболевание, относятся и различные суеверия. Разнообразие этих суеверий довольно широко и включает мистическое, магическое – иррациональное истолкование истоков их болезни и др.

- Общая двигательная активность, как составная часть темперамента. Режим двигательной активности, подвижность, скорость движений, другие моторные характеристики человека, которые обусловлены наследственными психофизиологическими факторами. Скажем, ограничение подвижности или обездвиженность, вызванные болезнью, могут служить психологической фрустрацией для людей, чей двигательный режим нацелен на быстроту действий и склонность к физическим нагрузкам. А плохая переносимость вынужденного ограничения движений относится к свойствам экстраверсии или интроверсии.

- Образование и культура человека. В особенности это относится к уровню медицинской образованности и культуры. В этом аспекте отрицательным в психологическом отношении оказываются крайности. Это и низкая медицинская культура, и высокая. Они с одинаковой вероятностью способны вызвать психологически тяжелые, и даже неадекватные реакции. Механизмы же их будут различаться, в одном случае это будет связано с недостатком информированности, знаний, а в другом случае – с избытком информации о болезнях, их тяжести, течении, способах лечения и исходах болезней. Медицинская сознательность

пациента проявляется реальной оценкой болезни и соответственной оценкой собственной ситуации.

## **2. Стадии формирования ВКБ.**

Изменения соматопсихического равновесия не бывают односторонними. Если взаимодействие соматического и психического рассматривать, как прямую связь в системе, то системе всегда сопутствует и обратная связь. Обратная связь приносит новые качества, видоизменяя соматопсихическое равновесие в целом, а также особенности психики больного.

Врач всегда имеет дело не с абстрактной болезнью, а с больным человеком. Различия в переживаниях относительно болезни у одного и того же человека бывают настолько значительны, что создается впечатление, будто имеешь дело с совершенно разными людьми. При этом переживание больным своей болезни может меняться во времени в зависимости от стадии заболевания. В плане особенностей формирования внутренней картины болезни выделяют следующие стадии: премедицинская стадия, стадия резкой перемены жизненного стиля и стадия закрепляющего лечения или остаточных проявлений болезни (инвалидизация).

1. *Премедицинская стадия*, когда здоровый человек постепенно или внезапно начинает ощущать симптомы, мешающие его повседневной жизни. У него появляются мысли и чувства, связанные с этими симптомами: что же случилось? Болен я или здоров? Идти к врачу или нет? Больной размышляет, он обеспокоен, обращается за советами к близким. Картина болезни еще не развернулась, поэтому характерным явлением в этот период становится отказ от мыслей о болезни, оттягивание времени от посещения врача. Основой такого поведения является реакция отрицания. На этом этапе больной борется со своим заболеванием один или при поддержке мало смыслящего в этом ближайшего окружения. Продолжительность премедицинского этапа зависит от заболевания, его прогрессирования, личности больного, уровня его культуры, интенсивности реакции отрицания и т. п. Как можно более раннему распознаванию заболевания способствуют санитарно-просветительская работа и различные профилактические

мероприятия (контрольные рентгеновские обследования населения, профилактические осмотры и т.д.).

2. *Резкая перемена жизненного стиля.* Наступает, как правило, при установлении диагноза. В этот период большое значение имеет и сообщение диагноза заболевания. Иногда это легко, в других случаях – совсем не просто, даже, возможно, следует подождать с этим сообщением. Однако сообщение диагноза больному требует большого такта и умения разбираться в людях. Сообщение о заболевании может вызвать страх, панику, даже самоубийство. По возможности следует разговаривать с больным просто, на его языке, избегая употребления специальных терминов. Специалисту необходимо понять не только, что значат употребляемые больным слова, ему также надо следить за тем, какое воздействие оказывают его слова на больного. Как поняты больным его слова? Как влияют на восприятие сказанного опасения и чувства больного? Здесь-то и можно встретиться с реакцией в форме отрицания, часто возникает необходимость сломить это отрицание. Многое зависит от выносливости больного и его контакта, сотрудничества с врачом.

Значительные психологические сдвиги в сознании больного происходят также при установлении нетрудоспособности или при госпитализации. Речь часто идет о внезапном переходе от здоровья к болезни. А в других случаях речь идет о переходе в такую стадию болезни, когда больной бывает изолирован от работы, от семьи, не имеет уверенности в прогнозе и характере своего заболевания и его последствий для дальнейшей жизни. Это происходит независимо от того, касается ли это трудоустройства или ситуации в супружеской жизни и в семье. Часто больной пытается приобрести расположение медицинского персонала тем, что проявляет к ним симпатию и завязывает с ними психологический контакт. Медицинские работники часто такое поведение больного расценивают как назойливость и продуманную навязчивость, хотя в действительности речь идет о проявлении потребности найти уверенность и чувство безопасности и обеспечивать себе опору в тех людях, от которых зависит здоровье и даже жизнь больного. У людей, бывших до этого времени вполне здоровыми, встречается

повышенная неуверенность, опасения, страхи и тревога, так как болезнь для них явилась неожиданным психическим потрясением.

В стадии резкой перемены жизненного стиля в зависимости от особенностей заболевания возможно присутствие только одного амбулаторного или стационарного этапа или того и другого, когда амбулаторного лечения недостаточно и требуется уточнение диагноза, сложные лечебные манипуляции или лечение под постоянным медицинским наблюдением.

А) *Амбулаторный этап* – это период обращения больного к врачу (участковому или узкому специалисту). На этом этапе лечебной деятельности действуют основные закономерности непосредственных отношений между врачом и больным (доверие, взаимопонимание, выполнение назначений и т.д.). Повседневная лечебная деятельность тысячами нитей связана с психологическими, эмоциональными факторами, и одной из основ этой деятельности является умение понять больного, сопереживать, доступно объяснять суть заболевания и необходимость соответствующего лечения. При амбулаторном лечении больной находится в привычной обстановке, не испытывает дефицита общения, внимания со стороны близких, зависимости от медицинского персонала. В условиях поликлинического лечения, как правило, не используются сложные, неприятные для больного или угрожающие его жизни манипуляции. При этом пациент ощущает себя под наблюдением медицинского персонала, защищенным от возможных осложнений болезни. Поэтому амбулаторный этап чаще всего протекает более благоприятно, чем стационарный.

Б) *Стационарный этап* – период пребывания больного в больнице, где есть все возможности для проведения дифференцированных исследований на высоком уровне, но уже при постельном режиме больного и постоянном контроле над ним. В этот период больные часто испытывают повышенную тревожность, депрессивные расстройства в виде тоски, печали, снижения двигательной активности, замедления мыслительных процессов. Эти психические переживания являются результатом воздействия сразу нескольких неблагоприятных факторов, характерных для пребывания в стационаре:

- пребывание в непривычной обстановке;
- ограничение общения с близкими;
- общение с другими больными;
- наблюдение за их страданиями соседей по палате;
  - ухудшение социального статуса (зависимость от медицинского персонала, посещения родственников, снижение дохода и др.).

Часто больному в лабиринте обследований уделяется недостаточно внимания со стороны врача, сообщается недостаточное количество информации о результатах исследования и течении болезни, что провоцирует чувство одиночества, заброшенности, что часто сопровождается стремлением привлечь к себе внимание, появлением ипохондрической симптоматики или аггравации.

3. *Стадия закрепляющего лечения*, лечения после пребывания в больнице или на больничном листе, когда процесс болезни контролируется семейным, участковым или другим врачом поликлиники. В этот период улучшение субъективного самочувствия, возвращение в привычную обстановку, возобновление, если это возможно, рабочей деятельности повышает настроение больного, его активность, вызывает отрицание болезни или пренебрежительное отношение к своему здоровью. У некоторых больных в случае наличия каких-либо утилитарных причин (нежелание возвращаться к работе, потеря пенсии или социального пособия, уменьшение внимания со стороны близких и т.д.), наоборот, могут появляться ипохондрические реакции, элементы аггравации и симуляции.

Для ускорения и оптимизации процесса лечения и реабилитации независимо от периода болезни необходимо полное доверие и взаимопонимание между специалистом и пациентом.

Семейный или участковый врач, регулярно наблюдая пациента не только в условиях поликлиники, но и дома, имеет возможность получить данные о больном и условиях его жизни, которыми не располагает, например, врач какой-либо другой специальности, приглашенный на консилиум и общающийся с больным лишь в течение короткого времени. Последний может оказать помощь только в том случае, если ему будут сообщены

данные конкретных наблюдений над больным. При хорошем консилиуме, правильной постановке вопроса консультирующий врач получит представление об опыте, приобретенном лечащим врачом в ходе работы с больным, и уже к этому добавит свои знания.

С целью устранения негативных проявлений, обусловленных отношением больного к своему заболеванию, при общении с пациентом всегда следует выслушивать его со вниманием, стараться, как можно глубже, понять и пережить все то, чем живет больной, понять его личностные особенности. Умение выслушивать больного не только помогает определить заболевание, которому он подвержен, но и сам по себе процесс выслушивания больного оказывает благоприятное воздействие на формирование соответствующих отношений между больным и медицинским персоналом. Одним словом, реакция специалиста, занимающегося лечением или реабилитацией, должна быть резонансом на сказанное больным, медицинский работник должен откликнуться на рассказ больного всем своим разумом, во всей полноте своей личности.

Одной из предпосылок для развития положительных взаимоотношений является предоставление больному «психической вентиляции», т. е. возможности свободного, непрерываемого рассказа о его переживаниях, проблемах, жалобах, заботах и опасениях, и даже если специалист решает дать больному ограниченное время для этого, он не должен показывать виду, что очень занят.

В повседневной жизни выражения, которые используются больными, свидетельствуют о потребности того, чтобы их выслушали. Если этого не происходит, они обычно жалуются: «Даже не выслушал». В других случаях обвинение еще более тяжелое: «Даже не обследовал». Такие больные имеют в виду, что им не предложили раздеться или же что не было проведено различных лабораторных исследований, но настоящей причиной жалоб, как правило, служит недостаточное внимание к личности больного. Медицинский работник должен приносить облегчение больному даже разговором, умением выслушать, поддержать, вселить надежду и уверенность в выздоровлении.

Говорливый больной, экстравертный тип, легче добивается психической вентиляции, более того, он даже заинтересовывает своим рассказом. Однако фактически большую потребность и необходимость в психической вентиляции испытывает интравертный тип, который в результате несмелости, скромности или стыда скрывает свои жалобы, ощущения, проблемы. В результате может случиться так, что специалист обследует и даже лечит или занимается его реабилитацией на основе поверхностной и неполной информации.

### **3. Психологические особенности больных при острым и хроническом течении болезни.**

При остром течении болезни психологические особенности больных в первую очередь определяются следующими факторами:

1. особенностями самого заболевания;
2. угрозой жизни;
3. возможными инвалидизирующими последствиями.

При острых заболеваниях возможен большой диапазон расстройств психической сферы больного – от легкой астении до выраженных психозов с глубоким помрачением сознания, бредовыми, галлюцинаторными переживаниями, двигательным возбуждением, другими симптомами. Следует вырабатывать определенную тактику поведения по отношению к таким больным с учетом их состояния и возможного неправильного поведения.

Особую проблему приобретают психологические особенности больных с затяжными, хроническими или инвалидизирующими заболеваниями. У хронически больных наблюдаются более глубокие сдвиги и психические изменения. Сама продолжительность болезни оказывает неблагоприятное воздействие на подверженного страданиям человека. Хроническое соматическое заболевание существенно изменяет социальную ситуацию развития личности: изменяются возможности в осуществлении тех или иных видов деятельности, ограничивается круг контактов с окружающими, корректируется видение своего места в жизни, изменяется восприятие времени. Все это может приводить к снижению волевой активности, изменению мотивационного компонента деятельности и поведения, сужению круга интересов и общему оскудению личности.

Кроме этого при хроническом, длительном течении заболевания перспективы выздоровления больного, его возможности сужаются. Такие больные замыкаются в себе, занимаются и интересуются лишь собой. Часто при хроническом течении заболевания приходится встречаться и с возникновением тяжелой депрессии. Хронически больной человек постоянно колеблется между надеждой и безнадежностью, пребывает в подавленном настроении. Один больной может стать пессимистом, обидчивым, чувствительным, завистливым, даже испытывать ненависть к чему бы то ни было. Другой, наоборот, может быть равнодушным, бесчувственным ко всему, холодным, замкнутым или требовательным, воинственным с сутяжными тенденциями. Острые и мучительные проявления болезни постепенно уменьшаются и не беспокоят больного в той же мере. Он постепенно привыкает к факту болезни, хотя еще и поддерживает в себе надежду на выздоровление и положительное отношение к лечению (В.Г.Косенко). Возможно, это связано с тем, что в таком больном живет надежда на медицинскую науку, которая располагает эффективными средствами помощи, более того, больной вправе рассчитывать и на неожиданное спонтанное выздоровление

### **4. Виды психологической адаптации при хроническом течении болезни**

Однако если состояние больного не улучшается, даже наступает ухудшение, то могут наблюдаться следующие варианты психологической адаптации:

1. **Активная адаптация.** При этой фазе острые и мучительные симптомы болезни постепенно уменьшаются, а если они с начала заболевания имели более умеренный характер, то уже не беспокоят больного в такой степени. Пациент привыкает к ним, потому что приспособился к факту болезни. Он адаптируется также и к больничной среде. Поддерживает в себе надежду на выздоровление и создает при благоприятных условиях положительное отношение к медицинскому персоналу.

2. **Психическая декомпенсация** возникает, если состояние больного не улучшается и даже наступает ухудшение. В этом случае у больного человека может возникать чувство обманутых

надежд, в нем усиливаются отрицательные ощущения, которые он испытывал в начале болезни. Кроме того, возникает неуверенность и страх, он утрачивает веру в лечение, во врача и в медицинский персонал. При этом человек становится импульсивным, нетерпеливым и несправедливым, приобретает склонность провоцировать медицинский персонал, повторно обращается к нему по ничтожным поводам. Обращается к родственникам и знакомым, чтобы они «давили» на медицинский персонал. Бывает, требует перемены врача, лечения или больницы, сам углубляется в изучение своей болезни и пытается поучать врача. Опасность этой фазы заключается в конфликте между медицинским работником и больным. Конфликт развивается, как правило, с таким медицинским персоналом, который кажется больному невнимательным, ироничным, не щадящим или не слишком квалифицированным. Об этих качествах больной судит иногда на основании некоторых незначительных или случайных внешних проявлений. В таком случае бывает хорошо, если персонал оказывается способным понимать, предвидеть и овладеть позицией больного и не дает ему излишних поводов для усиления его реактивности, что не всегда бывает легко сделать, и требует психологических знаний, опыта и большой наблюдательности. Больные, страдающие хроническим заболеванием, например, туберкулезом легких, могут переживать психическую декомпенсацию в специфических условиях санаторного лечения. Здесь имеется опасность определенной степени морального расслабления в сексуальной области, в злоупотреблении алкоголем. Причиной этого является недостаток положительной занятости для достижения ближайшей жизненной цели и избыток свободного времени. Например, медицинские работники, которые относятся к больному в зависимости от того, что показывает очередной рентгеновский снимок, конечно, этим проявляют односторонность. Строгий постельный режим без положительного наполнения такой психической области, как культура, развлечения, трудотерапия, расширение самоуправления больных, ведет к эмоциональным и моральным эксцессам. Важное значение имеют советы, направленные на включение больного в трудовую жизнь и конкретные мероприятия, осуществляемые

социальной сферой в тех областях, где в дальнейшем больной предполагает жить и работать.

3. *Пассивная адаптация и капитуляция.* Больной примиряется с тяжелой судьбой, перестает внутренне бороться за свое здоровье и способствовать лечению. Пациент становится равнодушным или негативно угрюмым. Опасность такой ситуации состоит в том, что медработники могут принять отношение больного и не стараться его изменить, тогда как вера и оптимизм больного в состоянии вызывать к жизни дополнительные и резервные силы организма, способствующие выздоровлению организма.

4. *Агрессия.* Агрессивность у больных может быть явной и скрытой. Явная форма ее проявления может быть словесной (больной ругает все и всех) или выражаться в поступках (бросает вещи). Скрытая агрессивность может выражаться в упрямстве, придиричivosti, забывчивости, недовольстве, требовательности или даже задиристости. Нередко такое поведение непонятно и самому больному, он сам не в состоянии объяснить, что с ним происходит. В возникновении агрессивности играют роль различные факторы. Это могут быть во многом оправданные причины: неумение понять их, отсутствие к ним должного внимания, безнадежная болезнь, море страданий и прочее. А могут быть психопатологические проявления, связанные с реакцией на болезнь или следствием самого заболевания.

Наряду с вышеперечисленными реакциями нельзя забывать о том, что у очень тяжелых, хронических больных нередко наблюдаются проявления настоящего героизма. Они служат примером развития личности и даже в период такого тяжелого состояния оказывают душевную поддержку, помощь окружающим.

При хорошем контакте больной относится к медперсоналу с уважением, верит в него, принимает его советы, выполняет назначения.

Однако существует и по-настоящему плохое отношение к врачу, отсутствие контакта между ним и больным. Обычно это наблюдается в случае административно-холодного, официозного метода работы с больным, механического подхода к своим обязанностям, причиной чего нередко служит недостаток времени.

Независимо от этапа болезни возможны патологические варианты отношений между больным и врачом: *частая смена врача или реабилитолога и чрезмерная привязанность к медицинскому персоналу.*

**Частая смена медицинского специалиста** – признак недоверия пациента. Нередко это связано с неисполнимыми требованиями больных. При этом у подобных пациентов возникает типичная жалоба: «Уже все испробовал, ничего не помогло».

Противоположная форма отношений между больным и медицинским работником: **чрезмерная, необъяснимая привязанность к одному специалисту.** Этот факт З. Фрейд называл «трансфером», что означает перенос чувств пациента на личность врача. Чувства эти различные, они могут быть нежными или агрессивными. Трансфер возникает у пациента в самом начале лечения и в некоторой степени способствует работе. Но когда этот процесс чрезмерно усиливается, возникает препятствие для анализа и оно превращается во внутреннее сопротивление. Преодолеть это сопротивление необходимо, разъясняя пациенту, что его чувства исходят не из реальной ситуации (лечения) и относятся не к личности специалиста, а повторяют происходившее с ним ранее. Пациент переносит на врача все свои чувства, конфликты по отношению к значащим для него людям (родственникам), которые он когда-то испытал.

Необходимо обязательно объяснить это пациенту, чтобы избавить его от новой болезни – «невроза перенесения», так как перенесение является своеобразным вариантом внушаемости, основано на чрезмерном доверии, уважении к врачу, преувеличении его личных качеств.

#### **Вопросы для самопроверки**

1. Какие стадии выделяют в формировании внутренней картины болезни?

2. Назовите особенности премедицинской стадии, стадии резкой перемены жизненного стиля и стадии закрепляющего лечения.

3. Чем отличаются психологические особенности больных при остром и хроническом течении болезни?

4. Назовите варианты психологической адаптации человека к хроническому течению болезни.

## **ГЛАВА III СЕМИОТИЧЕСКИЙ СМЫСЛ СИМПТОМОВ И ФОРМИРОВАНИЕ МИФА БОЛЕЗНИ**

### **ПЛАН**

1. Понятие «миф болезни».
2. Влияние мифа болезни на особенности лечения.
3. Влияние мифа болезни на ВКБ.

#### **1. Понятие «миф болезни».**

Механизмы психической адаптации, в частности, психологические защиты, возникающие во внутренней картине болезни, будут исходить из репертуара защит, которые человек наиболее часто использовал в своей жизни, поскольку у каждого человека есть более или менее излюбленный набор применяемых им психологических защит. И в ситуации болезни человек использует этот, наиболее часто применяемый репертуар. Но, кроме факторов интрапсихического реагирования, в формировании внутренней картины болезни участвуют и факторы внешнего, окружающего мира. Возникло понятие так называемого «мифа о болезни». Под ним подразумевается некий культуральный миф болезни. Этот термин обозначает не искажение реальных знаний о болезни, а социальное образование, которое может совпадать, а может и не совпадать с научными знаниями. И в каждой культуре этот миф свой. Это очень хорошо видно на примерах этнокультуральной психиатрии. Если заболевания с психическими расстройствами оценивать по обращаемости к врачам-психиатрам, то оказывается, что в разных культурах обнаруживается несколько различная оценка этой заболеваемости. Но не стоит психическую заболеваемость выводить из факта обращаемости за психиатрической помощью, потому что в отдельных культурах некоторые виды психических нарушений не рассматриваются как

психические заболевания. Например, грубые истерические расстройства в условиях урбанизированной европейской культуры будут оцениваться окружающими как форма психического заболевания, и за этим, как правило, последует обращение за психиатрической помощью. Однако в архаических культурах это может оцениваться как особая одаренность человека, его способность по-особому реагировать на этот мир, и не станет проблемой и поводом обращения за помощью. Значит, существующее в этой культуре представление о болезни окажет большое влияние на внутреннюю картину болезни: человек не воспримет это как болезнь. Он расценит это как наличие у себя особой одаренности, особого таланта или принадлежности к особой группе людей, отнюдь не больных.

Европейцу трудно представить, как при такой болезни, как эпилепсия, сопровождающейся припадками, кто-то может рассматривать ее как священную болезнь, как дань Богов, и человек в этом случае не будет рассматривать себя как больного и стремиться к излечению от болезни. Так же в точности обстоит дело и с некоторыми соматическими заболеваниями. Только некоторые из них, например, ранения, в разных культурах оцениваются одинаково. Открытая рана во всех культурах, рассматривается как «полом». А такие заболевания, как поясничная боль или боль в спине, по механизмам своего возникновения могут рассматриваться по-разному: в одних случаях – как вариант простуды, «продува»; в других случаях – как следствие поднятия тяжестей, занятия неудобной позы или еще чего-то, за чем последует и соответствующее лечение. Резкое ухудшение состояния человека во время мозгового инсульта, произошедшего внезапно (с утра, без сознания, в душной комнате), может расцениваться окружающими как приступ удушья. Его выведут на свежий воздух. Автору приходилось сталкиваться со случаями, когда человека, которому во время застолья сделалось плохо (впоследствии это оказалось ишемическим инсультом), окружавшие его люди выводили погулять. Ему требовался в это время покой, у него парализовало руки и ноги, но в рамках той субкультуры окружения этого человека, утратившего сознание и речь, помощь заключалась в необходимости прогулки по свежему воздуху. Во многом, гибель

этого пациента была обусловлена действиями окружающих, которые, в свою очередь, были обусловлены мифом о болезни в этой субкультуре. Таким образом, как мы видим, в мифологии социального сознания тоже существуют понятия о причинах возникновения болезней, что иногда совпадает, а иногда – нет с медицинской оценкой. Так, например, в возникновении острого инфаркта миокарда преимущественная роль в мифологии социального сознания отводится социальному стрессу, хотя психический фактор возникновения инфаркта носит лишь вспомогательный характер, являясь лишь одним из факторов риска, а не патогенеза. Соответственно этому, действия данного пациента и его социального окружения могут быть в дальнейшем направлены на предотвращение эмоциональных перегрузок и эмоциональных дистрессов, а не на лечение недостаточности коронарных сосудов. Этот человек может поднимать значительные тяжести, но избегать неприятных разговоров. Он может курить для успокоения и употреблять большое количество жирной пищи, потому что когда он напряжен, то обильная пища его успокаивает. Такое поведение возникает от социально-культурального представления механизмов возникновения и лечения болезни.

## **2. Влияние мифа болезни на особенности лечения**

Иногда врачам приходится сталкиваться с достаточно варварскими методами лечения, например, накладыванием банок на брюшную стенку во время перитонита (воспаления брюшины), по принципу, если банки оттягивают кровь и хорошо помогают при простудах, то почему бы и не воспользоваться ими при болях в животе. Это приводит часто к катастрофическим, смертельным исходам. Все это, и действия самого пациента, и его окружения, и восприятия того, что с ним происходит, связано с внешней картиной болезни, то есть с мифом о болезни. В книге прекрасного русского клинициста Вотчала приводятся примеры того, как лечили одного из английских королей: это совершенно чудовищный, на взгляд современного медика, набор агрессивных методов со знаменательным концом: «...после чего Его Величество скончался...»

И на сегодняшний день врачи часто не знают всех механизмов возникновения заболеваний или судят о них достаточно

приблизительно, поэтому возможно, что врачу XXII в. современные методы лечения могут показаться варварскими и неадекватными. Но все же какой-то ориентировочный набор адекватных действий, приводящих к исцелению людей, в арсенале современной медицины есть, и он часто не совпадает с культуральными представлениями о причинах и лечении этих болезней.

Кроме того, внутри культуры существует понятие о престижности и непрестижности заболевания. Ранее нами упоминалось, что в Древней Греции, в античном мире эпилепсия считалась священной болезнью, как и во многих культурах мира в VIII—XII вв. Соответственно, эта болезнь могла рассматриваться как престижная, ставящая своего обладателя выше других в обществе. Можно предположить, что существует своеобразная социальная иерархия болезней по их престижности. Вспоминается анекдот, в котором умирающий человек просит врача о последнем одолжении: не писать ему в выписке о смерти диагнозом – острая дизентерия. Заменить его на «сифилис», потому что он хочет умереть как мужчина. Это анекдот о социальной престижности заболеваний; человек предпочитает диагноз, намекающий на его развратность. Врачам неоднократно приходилось испытывать серьезные сбои во взаимодействии с пациентом при установлении диагноза «истерический невроз». Пациенту, занимавшему определенное социальное положение, казалось, что ему подходит диагноз «неврастения» вместо «истерического невроза». Больной же с низким социальным статусом мог получить диагноз «истерия». Или больной, у которого возникли конфликтные отношения с врачом, имел гораздо больше шансов получить диагноз «истерия», чем больной, который был любезен со своим лечащим врачом и поздравлял его с праздниками. Автору приходилось наблюдать случаи обиды больных, когда вместо диагноза «стенокардия» им был диагностирован невроз; человек предъявлял претензии врачу, потому что невроз в культуре нашего общества рассматривался как форма социального притворства, неполноценности, стремление избежать каких-то социальных трудностей, а диагноз стенокардия оценивался как некий своеобразный орден за плодотворную работу.

Как мы уже упоминали ранее, одной из трудностей лечения алкоголизма является осуждаемость этого заболевания обществом.

Запущенные случаи венерических заболеваний также подчас связаны с нетерпимым отношением общества к факту заражения венерическими заболеваниями, хотя возникновение этих заболеваний может быть обусловлено не только случайными связями и распущенностью в интимной жизни, а рядом каких-то трагических обстоятельств. Сколько тратится сил, чтобы убедить людей в том, что можно общаться с людьми, больными СПИДом, и ВИЧ-инфицированными – это не тот человек, которого надо обходить за километр. Вся медицинская пропаганда ориентирована на то, чтобы не шарахаться от людей с ВИЧ-инфекцией. Во время трансляции медицинской передачи по телевидению врач – специалист по СПИДу, целует больного, зараженного СПИДом, и объясняет, что это не передается при поцелуе, при общении. Но многие люди, видящие это, содрогаются при одной мысли о поцелуе с ВИЧ-инфицированным больным. И как ответная реакция на отчуждение общества, у больных СПИДом или сифилисом возникает чувство агрессии, а в последующем террор – люди начинают мстить обществу за то, что они больны, заражая как можно больше людей. А сколь трагична бывает судьба детей, которые были ВИЧ-инфицированы во время переливания крови: их не принимают в детские коллективы, на них как бы висит ярлык «отойди от меня, не подходи ко мне, это очень опасно и страшно». Аналогично в некоторых культурах отторгали больных психическими заболеваниями: сажали на цепь, поскольку считалось, что безумие заразительно.

### **3. Влияние мифа болезни на ВКБ**

Как мы видим, культуральный миф о болезни оказывает громадное влияние на внутреннюю картину болезни. Здесь есть еще один аспект – многие заболевания, особенно психосоматические, начинают рассматриваться вне рамок медицины, а как следствие околдования, наговора, сглаза. Сейчас нередко можно встретить объявление: «Лечу головную боль, боли в спине, снимаю сглаз и наговор». Медицина оказывается в двойственном положении – с одной стороны она еще держит свои позиции, потому что люди оперируют выражением «головная боль» и словом «лечу», но как лечат?! Путем колдовства.

Да, есть заболевания, в которых медицина может быть беспомощна, но есть громадный опыт лечения, который помогает многим людям. Позиция считать медицину беспомощной или даже вредной, социальные мифы о болезнях могут привести к трагическим последствиям: к очень позднему обращению за медицинской помощью больных с запущенными формами онкологических заболеваний, к детской смертности и другим тяжким последствиям.

Подводя итоги можно сказать, что *миф-система сознательных и бессознательных представлений и верований, при помощи которых люди объясняют для себя явления личной и общественной жизни*

Болезнь на протяжении истории человечества определялась как внутрилличностное рассогласование и пассивное претерпевание внутреннего конфликта; индивидуальный грех или общая греховность человечества; природное явление, четко фиксируемый и распознаваемый по конкретным признакам объект рационального познания.

Превращает болезнь в объективный факт диагноз.

*Мифы медицинские, в широком смысле - это интерпретации, представления о медицинских явлениях, своеобразные взгляды на устройство организма.*

*Мифы болезни касаются картины протекания и последствий заболевания. Мифы лечения - процессов и возможностей оздоровления организма.*

Знак (означенное телесное ощущение), являющийся ассоциацией чувственной ткани и телесного конструкта, становится означающим в схеме болезни и превращается в симптом. *Пациент, приходящий к врачу, говорит, что у него болит живот: сообщает о некотором ощущении, локализованном в его теле. Это ощущение - ненормальное состояние, которое имеет причину и на него необходимо воздействовать.*

Став симптомом, ощущение становится формой, означающим концепт (идею) болезни. Миф болезни деформирует природную сторону телесного ощущения, урезая и отчуждая ее. Мифологичность болезни скрыта от наблюдателя; миф выступает в виде реальности, которая оказывается фальшивой.

Целые мед.направления (тибетская медицина, натуропатия, акупунктура) основаны на мифах - своеобразных взглядах на устройство организма и выявляют у пациентов соответствующие этим представлениям симптомы. В качестве современных примеров можно назвать болезни студентов-медиков 3-го курса. Усвоенный миф способен сам порождать «подкрепляющую» его реальность.

Лекарство в медицине выступает как знак независимо от его конкретного содержания, оно м. б. заменено плацебо-агентом, ритуалом или любым другим предметом. Миф лечения не обязательно оформлен в виде осознанной конструкции — это область предположений, ожиданий, предрассудков, открытая для постоянного влияния извне. Научная медицина всегда искала в ритуалах естественно-материалистическую основу - конкретные мат. действия (фитотерапия, физические методы).

#### **Вопросы для самопроверки.**

1. Что такое «миф болезни»?
2. Как миф болезни влияет на особенности лечения?
3. Как миф болезни влияет на ВКБ?
4. Чем объясняется терапевтический эффект плацебо?

## **ГЛАВА IV ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ТРАВМА**

### **ПЛАН**

1. Определения психотравмы и ПТСР. История возникновения понятий.
2. Разновидности и причины психотравм.
3. Признаки психотравмы.
4. Лечение психотравмы.

#### **1. Определения психотравмы и ПТСР. История возникновения понятий**

*Психологическая травма (психотравма) – теоретическая конструкция, используемая для наименования некоего вреда, нанесенного психоэмоциональному состоянию личности.*

*ПТСР - это специфическая клиническая форма нарушения процесса посттравматической стрессовой адаптации. Крите-*

рии диагностики ПТСР содержатся в международном диагностическом стандарте МКБ-10 — Международном классификаторе болезней, принятом в странах Европы и в России. ПТСР отнесено к группе расстройств, связанных с нарушением адаптации и реакции на сильный стресс.

ПТСР возникает в результате воздействия на человека травматических событий, связанных с гибелью, серьезными ранениями людей, возможной угрозой гибели или ранений. При этом человек, переживший подобную травматическую ситуацию, может быть как жертвой происходящего, так и свидетелем страданий других лиц. В любом случае, в момент пребывания в травматической ситуации он должен испытать интенсивный страх, ужас или чувство беспомощности.

Особенностью этого расстройства является тенденция не только не исчезать со временем, но становиться более выраженным, а также проявляться внезапно на фоне общего благополучия.

**Краткий исторический очерк.** Расстройства, развивающиеся в результате пережитой катастрофы, описывались и диагностировались уже давно. В 1888 г. Х. Оппенгейм ввел в практику широко известный диагноз «травматический невроз», в рамках которого описал многие симптомы современного ПТСР. Э. Крепелин (1916), характеризуя травматический невроз, впервые показал, что после тяжелых психических травм могут оставаться постоянные, усиливающиеся с течением времени расстройства.

Много работ, посвященных этой проблеме, появляется после значительных военных конфликтов (Краснянский, 1993). Так, важные исследования появились в связи с Первой мировой войной (1914—1918).

После Первой мировой войны американские исследователи выделили две основные гипотезы психических расстройств. Первую из них можно назвать «снарядным шоком». Так, предполагалось, что нарушения у солдат вызваны действием повышенного давления во время «длительных артиллерийских дуэлей». Вторая гипотеза базировалась на представлениях о возникновении «военного» и «травматического» невроза. Здесь фигурировали две точки зрения. Сторонники первой из них считали, что психопатологические синдромы возникают только у тех, кто к этому предрасположен,

имеет личностные дефекты. Война рассматривалась как фактор, провоцирующий развитие психического заболевания у исходно «неполноценной» личности (Фиглей, 1978; Гудвин, 1987). Вторая точка зрения в качестве главного фактора развития послевоенных неврозов ставила не органическую неполноценность головного мозга, а непосредственную психическую травматизацию во время войны («Психоанализ и военный невроз»). Причина травмы усматривалась в моментах неожиданности и страха, присутствующих на войне.

По итогам Второй мировой войны можно выделить несколько обобщающих концепций и сложившихся на данную проблематику взглядов.

«Модель болезни» основана на наличии довоенного внутриличностного конфликта, который активизируется переживаниями войны и приводит к «травматическому неврозу» (Карднер А.).

Согласно «модели выносливости» считается, что у человека, участвующего в военных действиях, есть некий предел способности переносить эти военные действия. После этого следует психологическая декомпенсация, то есть невроз становится нормой и имеет название «боевого истощения» (Камерон, 1963).

«Модели окружающей среды» выделяли различные внешние факторы, влияющие на возникновение ПТСР: физическое истощение, оторванность от семьи и близких, недостаток сна, тяжелый климат и т.д. Считалось, что их комбинация и вызывает психологические нарушения (Уенстейн, 1947; Хансон, 1949; Эннел, 1966).

«Модель экспериментального невроза» аналогична теории И.П. Павлова по созданию искусственного внутреннего конфликта, приводящего к «сбивке» («сшибке») нервных процессов. В этой модели желание выжить вступает в противоречие с желанием выполнить свой долг (Вильсон, 1960).

После Второй мировой войны (1939—1945 гг.) над проблемой активно работали советские психиатры — В.Е. Галенко (1946 г.), Э.М. Залкинд (1946-47 гг.), М.В. Соловьева (1946 г.) и др. Интерес к проблеме возник в отечественной психиатрии в связи с военными конфликтами, природными и техногенными катастрофами,

постигшими нашу страну в последние десятилетия. Особенно тяжелыми по последствиям были авария на Чернобыльской АЭС (1986) и землетрясение в Армении (1988).

Война во Вьетнаме послужила мощным стимулом для исследований американских психиатров и психологов. К концу 1970-х годов был накоплен значительный материал о психопатологических и личностных расстройствах у участников войны. Сходная симптоматика обнаруживалась у лиц, пострадавших в других ситуациях, близких по тяжести психогенного воздействия. В связи с тем, что данный симптомокомплекс не соответствовал ни одной из общепринятых нозологических форм, в 1980 г. М. Горовиц предложил выделить его в качестве самостоятельной единицы, назвав данный синдром «посттравматическим стрессовым расстройством» (post-traumatic stress disorder, PTSD). В дальнейшем группа авторов во главе с М. Горовицем разработала диагностические критерии ПТСР, принятые сначала для американских классификаций психических заболеваний (DSM-III и DSM-III-R), а затем — для МКБ-10.

Предполагают, что психологическая травма может инициировать развитие пограничных состояний психики, формированию расстройств невротического уровня, в числе которых:

- тревожно-фобические (навязчивые страхи);
- обсессивно-компульсивные (навязчивые мысли и ритуальные действия);
- конверсионные (истерия);
- астенические (неврастения);
- аффективные (депрессия).

## 2. Разновидности и причины психотравм

Психотравмы имеют свою классификацию, подразделяясь на виды:

- **Шоковые** – спонтанные краткосрочные травмы, в результате событий, угрожающих жизни.
- **Острые** – имеют краткосрочное влияние на психику. Связаны с такими предшествующими событиями, как унижение, разрыв отношений.

- **Хронические** – затяжнонегативное воздействие на психику не имеет ярко выраженной формы и может длиться десятилетиями.

Для первых двух форм свойственна кратковременность и спонтанность. Что же касается третьей, хронической формы, то здесь дело обстоит гораздо сложнее. Такая психотравма носит затяжной и долговременный характер, сопровождающийся постоянным воздействием на психику человека, который, в силу определенных обстоятельств, вынужден подвергаться давлению, причиняющему его здоровью непоправимый вред. Это может быть неудачный брак, неблагополучная семья, постоянный шантаж.

Душевную травму человек может испытывать в результате осознания своей беспомощности и бессилия перед обстоятельствами. Ее может вызвать и постоянный страх за жизнь близких людей, невозможность взять ситуацию под контроль и направить в нужное русло. Психологами было отмечено сходство психологического травмирования со стрессовыми ситуациями. При этом можно наблюдать, как, ранее спокойный и уравновешенный, человек становится нервным, ранимым и уязвимым.

Здесь играет роль в основном личностное и личное восприятие трагического события или стресса. Именно отношение к событию и эмоциональное и физическое здоровье оказываются в данном случае основополагающими.

В связи с этим существует еще одна классификация психотравм.

1. **Травмы потери** – ведущий симптом – страх одиночества

2. **Экзистенциальные травмы** – ведущий симптом – страх смерти, убежденность в смертельной угрозе. Выбор – замкнуться в себе или стать сильнее.

3. **Травмы собственных ошибок** – ведущий симптом – стыд за содеянное или чувство вины.

4. **Травмы отношений** – ведущий симптом – проблемы с доверием к людям после предательства близкого человека.

Однотипные происшествия для разных людей могут иметь отличающиеся последствия, и совершенно не обязательно, что они окажутся травматичными: для кого-то, несмотря на весь трагизм, ситуация может не отразиться и восприняться, как досадное недоразумение.

Кстати, у взрослых вероятность развития последствий после психотравм в процентном отношении в несколько раз выше, чем у детей.

Согласно утверждениям специалистов, важными оказываются не только случаи и трагические события, но и внутренний личностный склад человека, стрессоустойчивость, собственные убеждения, сформированные в процессе воспитания. Такие явления, как стрессы или психотравмы могут вызвать не только негативное нервное потрясение, но и эмоциональный всплеск любого плана, хотя подобное происходит гораздо реже.

#### ***Причины психологических травм.***

В числе вероятных обстоятельств, которые могут вызвать психологическую травму, следующие причины.

##### *Группа 1*

Любое однократное критическое событие, наступившее внезапно, которое индивид интерпретирует, как сильный удар. Примерами таких кризисов являются ситуации, в результате которых особа получила физическую травму:

- собственная спортивная, бытовая, профессиональная травма, ставшая причиной потери нормальной функциональности организма;
- авткатастрофа, вызвавшая тяжелые последствия для здоровья;
- неожиданно возникшая необходимость в хирургической операции;
- серьезная вирусная или бактериальная инфекция, приковавшая человека к койке в палате интенсивной терапии;
- нападение злоумышленников, сопряженное с физическими травмами;
- ранение или увечье, связанное с выполнением профессиональных обязанностей (например: ожоги, полученные пожарником при ликвидации очага возгорания);
- резкое ухудшение здоровья в результате стихийного бедствия или военных действий.

##### *Группа 2*

Причины психологической травмы кроются в непредвиденных изменениях привычного образа и условий жизни

человека, статуса и положения в обществе. Примерами таких ситуаций являются:

- смерть близкого родственника;
- разрыв отношений с близким человеком;
- развод с супругом;
- потеря работы;
- необходимость поменять сферу деятельности;
- ограбления, кража, мошеннические действия, в результате которых особа потеряла средства для существования;
- изнасилование;
- непредсказуемо возникшие долги;
- вынужденное изменение жилищных условий или смена места жительства;
- неожиданно, случайно возникшие проблемы с законом (например: наезд на пьяного пешехода).

##### *Группа 3*

Причиной психологической травмы могут быть и хронически действующие стрессы, которые в индивидуальном, субъективном восприятии индивида являются значимыми. Примерами таких «затяжных» стрессов могут быть:

- тюремное заключение;
- тяжелая соматическая болезнь;
- конфликты в семье;
- проживание с супругом-наркоманом;
- неблагоприятная психологическая атмосфера на работе;
- разногласия с начальством, коллегами и подчиненными;
- проблемы сексуального характера;
- чрезмерная перегрузка и дефицит отдыха.

*Однако следует уточнить: какие бы глобальные трудности и душевные страдания не испытывал человек, необязательно стрессы спровоцируют психотравму.* Для того чтобы стрессоры перешли в разряд психотравмирующих факторов, должны быть соблюдены следующие условия:

- персона не была морально готова к конкретному сценарию;
- человек ощущал собственное бессилие и не мог предотвратить такой ход событий;

- кризис был намеренно спровоцирован окружающими людьми;

- индивид соприкоснулся с бесчувственностью, жестокостью, насилием, предательством со стороны тех людей, от которых он не ожидал таких действий;

- явление потребовало колоссальных затрат психической энергии.

*Все вышеизложенное позволяет утверждать, психологическая травма – это не описание конкретного эпизода, это указание на наличие острой эмоциональной реакции индивида на событие. То есть чем больше страданий, страха, беспомощности человек ощущает в какой-то ситуации, тем катастрофичней для него становится это психотравмирующее событие, соответственно – больше риск развития психологической травмы.*

### 3. Признаки психотравмы

Какие признаки могут информировать, что у человека развилась психологическая травма? Многочисленные обследования людей, которые описывали, что переживают психологическую травму, показывают: имеются определенные переживания, изменения в сферах психики и поведении, которые являются механизмами реагирования на дистресс. При этом человек не реагирует на кризис: «правильно» или «неправильно», а чувствует, думает, поступает отлично от привычного образа, проявляя широкий спектр разнообразных симптомов, которые носят четкий и определенный характер:

1. Наличие события, результатом которого стал сильный удар. Это может быть потеря близкого, болезнь, развод родителей (для ребенка), нанесение телесных повреждений или эмоциональные издевательства.

2. Навязчивый характер воспоминаний: человек постоянно мысленно возвращается к произошедшему событию, анализирует обстоятельства, видит настоящее через призму негативного явления.

3. Вовлеченность личности: индивид не может разделить себя и психотравмирующее событие. Человек не способен дистанцироваться от проблемы, взглянуть на произошедшую

ситуацию другим взглядом, сохраняя спокойствие и хладнокровие. То есть индивид отождествляет свою личность с негативным явлением.

4. Остановка в развитии личности. Произошедшее событие вызывает серьезные изменения психоэмоционального статуса и препятствует естественному процессу саморазвития и самосовершенствования. Фактически проблема останавливает человека на прежней ступени развития или возвращает на более низкий уровень

5. Реализуются жизненные сценарии, результатом которых должно стать саморазрушение.

#### ***В числе признаков психологической травмы названы:***

- ощущение потери собственной безопасности и убеждения в наличии угрозы;

- переживания бессилия, беспомощности;

- появление иррациональной навязчивой тревоги;

- возникновение идей самообвинения и самоуничтожения;

- появление саморазрушительных жизненных сценариев, например: суицидальных идей или алкоголизма;

- отрицание произошедшего события;

- чувство обиды, гнева, ярости;

- изнуряющая тоска, ощущение безысходности;

- невозможность сосредоточить внимание, рассеянность;

- неспособность думать о чем-то другом, как о кризисном событии;

- утрата желания действовать;

- невозможность получать удовольствие от объективно приятных явлений жизни;

- добровольное полное уединение из социума;

- глобальное переживание одиночества, покинутости, ненужности.

***О том, что человек пережил психотравму, могут информировать:***

- появление проблем со сном: бессонница, прерывистый сон, ночные кошмары;

- изменение пищевых привычек: навязчивое переедание или полный отказ от пищи;

- вегетативные знаки: скачки давления, сердцебиение, тремор конечностей, обильное потоотделение;
- появление болевых синдромов психогенного характера;
- отсутствие логичности в действиях индивида, торопливость, суетливость, непоследовательность;
- невозможность выполнить привычную работу из-за трудности сконцентрировать внимание;
- быстрая утомляемость, непреодолимая усталость даже после продолжительного досуга;
- плаксивость, интенсивные реакции на мельчайший раздражитель;
- двигательное беспокойство, желание куда-то бежать;
- утрата интереса к противоположному полу.

#### 4. Лечение психотравмы

С психологической травмой справедливо утверждение: время – лучший лекарь. Действительно, со временем пережитое горе утрачивает свою актуальность, человек возвращается в привычный ритм жизнедеятельности. Однако для многих современников процесс восстановления после психологической травмы проходит очень сложно. Или вместо желаемого обретения равновесия человек получает уже реальные невротические либо психические расстройства, требующие лечения.

Всем людям без исключения, которые пережили психотравмирующую ситуацию, необходимо обратиться за врачебной помощью, если переживания психотравмы одолевают более трех месяцев.

**Однозначными сигналами о необходимости лечения являются:**

- угнетенное состояние и тоскливое настроение;
- раздумья о бесполезности жизни и идеи о смерти;
- навязчивый страх одиночества;
- тотальная боязнь смерти;
- иррациональная тревога, предвкушение неизбежной катастрофы;
- бессонница или инсомния;
- неконтролируемые вспышки агрессии;

- хронические болезненные ощущения при отсутствии органического заболевания;
- упадок сил и иные проявления астении;
- сексуальная дисфункция;
- приступы панических атак;
- признаки анорексии или булимии;
- психосенсорные расстройства: деперсонализация и дереализация;
- ярко выраженные провалы в памяти;
- двигательное возбуждение;
- нарушение социальной адаптации;
- появление навязчивых форм поведения.

Необходимо экстренно приступить к лечению психологической травмы, если у человека демонстрируется суицидальное поведение, развились пагубные зависимости: алкоголизм, токсикомания, неконтролируемый прием фармакологических средств.

В зависимости от сути психологической травмы, демонстрируемых симптомов, стадии развития невротического расстройства избирается метод психотерапевтического лечения. Хорошие результаты в лечении последствий психотравм показывают:

- когнитивно-поведенческая психотерапия;
- гештальттерапия;
- нейролингвистическое программирование;
- психосуггестивная терапия;
- методы провокативной терапии.

Следует учитывать, что в состоянии стресса индивид не может оказать себе необходимую помощь. Поэтому в кризисные часы крайне важна адекватная, компетентная, целенаправленная помощь опытного специалиста. **Коварство психологических травм состоит в том, что их следствия могут быть заметны не мгновенно, а через десятилетия. При этом глубина воздействия стрессовых факторов может лежать вне пределов сферы сознания, и наличие реальной проблемы может быть незаметным взглядом неспециалиста.** Психологическая помощь, а при необходимости лечение, позволит преодолеть психологическую

травму более быстро и сведет к минимуму риск развития опасного психического расстройства.

#### **Вопросы для самопроверки**

1. Что такое психотравма?
2. Какие виды психотравм вы знаете?
3. Каковы признаки перенесенной психотравмы?
4. В каких случаях после перенесенной психотравмы необходима психологическая помощь?
5. В чем особенности проявления последствий психотравм?

## **ГЛАВА V ДИССОЦИАТИВНОЕ РАССТРОЙСТВО**

### **ПЛАН**

1. Причины развития и клиническая картина.
2. Основные клинические особенности.
3. Типы диссоциативного расстройства.
4. Дифференциальная диагностика и лечение

#### **1. Причины развития и клиническая картина**

Диссоциационные расстройства не вызываются неврологическими или соматическими болезнями, они не являются частью другой психической патологии. Провоцируют их запуск триггеры, в роли которых могут выступать события, объекты, окружающие личность в момент травматической ситуации.

По мнению психиатров, именно им подведомственно лечение диссоциативных расстройств, за развитие этого состояния ответственна совокупность нескольких причин:

- способность к диссоциациям;
- непереносимая стрессовая обстановка;
- недостаточная забота о ребенке, пережившем травматический опыт.

Проявления диссоциативного расстройства не является доказательством наличия психического заболевания. Умеренное

расстройство провоцируют такие причины, как стресс или отказ от сна у людей, вынужденных долгое время не спать, опасная ситуация – авария, участие в боевых действиях, жестокое обращение в детстве, перенесенное природное бедствие.

Диссоциативный опыт может возникнуть при попадании в особые трансовые состояния на религиозных мероприятиях, на медиативных практиках.

По мнению североамериканских исследователей, основной причиной расстройства является насилие в детстве или смерть близкого человека.

Клиническая картина диссоциативных и конверсионных расстройств проявляется соматическими и психическими симптомами. Соматические симптомы (часто напоминают неврологическое заболевание) характеризуются внезапным и временным изменением или утратой какой-либо функции тела в результате психологического конфликта (например, психогенный паралич). Психические симптомы также тесно связаны с психологическим конфликтом и характеризуются внезапностью появления и обратимостью.

Конверсия в данном случае означает замещение (конверсию) тревоги соматическими симптомами, которые часто напоминают неврологическое заболевание (например, психогенный паралич). Диссоциация означает происхождение симптомов от недостаточного взаимодействия между различными психическими функциями и проявляется симптомами психических нарушений (например, психогенная амнезия). Альтернативное название этой группы невротических расстройств — истерия. Термин «истерия» исключен из американской классификации и МКБ–10 как «компрометирующий» и заменён на диссоциацию, конверсию, гистрионическое расстройство личности. Тем не менее, этот термин широко применяется отечественными психиатрами.

В американской классификации DSM–IV термины диссоциативный и конверсионный имеют разное значение: понятие конверсионное расстройство используют для определения тех психологически детерминированных расстройств, которые проявляются соматическими симптомами; в то время как понятие диссоциативные расстройства относится к расстройствам, которые

проявляются психологическими симптомами (например, амнезия). В МКБ–10 термины «диссоциативные» и «конверсионные» расстройства тождественны.

Диссоциативные (конверсионные) расстройства проявляются прежде всего симптомами соматических и психических нарушений, обусловленными бессознательными психологическими механизмами. Соматические симптомы при этом расстройстве часто схожи с симптомами неврологических заболеваний. Психические симптомы легко принять за проявление другого психического расстройства, например диссоциативный ступор, который наблюдают также при депрессии и шизофрении. Диссоциативные (конверсионные) расстройства не обусловлены соматическими, неврологическими заболеваниями, воздействием психоактивного вещества, не является частью другого психического расстройства.

Исключение соматического заболевания и другого психического расстройства — главное условие для диагностики диссоциативных (конверсионных) расстройств.

Существуют две основные проблемы при диагностике этих расстройств.

1. На начальном этапе заболевания практически невозможно полное исключение соматической патологии, способной вызвать диссоциативные (конверсионные) симптомы. Часто необходимо длительное наблюдение за пациентом, проведение многочисленных диагностических процедур (например, МРТ для исключения опухоли головного мозга), чтобы выставить этот диагноз. Во всех сомнительных случаях лучше остановиться на предварительном диагнозе диссоциативного (конверсионного) расстройства, чтобы не пропустить тяжёлое соматическое заболевание.

2. Во многих случаях трудно определить являются ли симптомы расстройства бессознательными, или сознательными и намеренными (умышленное воспроизведение симптомов в психиатрии называется симуляцией). В большинстве случаев симуляцию наблюдают у находящихся под следствием, заключённых тюрем, солдат срочной службы, а также во время призыва в армию. Больные с диссоциативным (конверсионным) расстройством часто сознательно и умышленно преувеличивают

бессознательные симптомы своего заболевания. Тем не менее при диагностике этого расстройства подразумевают существование бессознательного компонента в происхождении симптомов.

## 2. Основные клинические особенности

- Диссоциативные (конверсионные) симптомы не являются по сути умышленными и преднамеренными, тем не менее они формируются под влиянием представления больного о том, как должно было бы проявляться физическое заболевание. Как было указано выше, больные диссоциативным (конверсионным) расстройством нередко сознательно и преднамеренно преувеличивают свои симптомы, однако в основе заболевания всегда лежат бессознательные и непреднамеренные психические механизмы. Больные этим расстройством не осознают, какая психологическая основа обуславливает их нарушения, поэтому они не могут управлять ими произвольно. Кроме того, совершенно очевидно, что диссоциативные (конверсионные) симптомы — выражение эмоционального конфликта, т.е. симптомы, как правило, развиваются в тесной связи с психологическим стрессом и часто проявляются внезапно.

- Отсутствие органического этиологического фактора. Наличие в настоящем или прошлом истинных неврологических нарушений или системных заболеваний, влияющих на ЦНС, отмечают у 40% больных диссоциативным (конверсионным) расстройством. Диссоциативные и конверсионные симптомы иногда трудно отличить от соматического или неврологического заболевания, что особенно характерно для пациентов, хорошо информированных о клинической картине и течении этих заболеваний. Но при медицинском осмотре и обследовании пациента не выявляют каких-либо явных соматических или неврологических нарушений. Следует помнить, что диагноз диссоциативного (конверсионного) расстройства устанавливают только при отсутствии физических или неврологических нарушений или при отсутствии этиологической связи с этими нарушениями.

- Несоответствие клинической картины диссоциативного (конверсионного) расстройства клинической картине схожих соматических и неврологических заболеваний. Диссоциативные

(конверсионные) проявления не соответствуют симптомам истинных неврологических расстройств, отражая наивные представления больных об анатомической иннервации (например, характерная анестезия конечности; гемианестезия с границей чувствительности, проходящей точно по срединной линии). Это несоответствие крайне важно при уточнении диагноза.

- Идентификация. Больные часто бессознательно копируют симптоматические проявления, наблюдаемые ими у окружающих, которые для пациентов крайне значимы, например родители. Таким образом пациенты как бы идентифицируют себя с этими людьми. Например, после смерти отца у взрослой дочери развивается диссоциативный паралич, схожий по клинической картине с таковым, наблюдавшимся у отца перед смертью.

- Первичная выгода заключается в том, что при помощи процессов диссоциации и конверсии больному подсознательно удаётся избежать внутренних психологических конфликтов; например при диссоциативной амнезии из памяти пациента выпадают наиболее неприятные события.

- Вторичная (социальная) выгода заключается в том, что больные получают существенные преимущества в результате своей болезни. Больным удаётся избежать обязательных и трудных житейских ситуаций, со стороны окружающих они получают помощь, поддержку и внимание, которые без этого не получили бы; пациенты, используя своё состояние, могут манипулировать чувствами других людей. Например, диссоциативный паралич помогает пациенту отказаться от нежелательного для него ухода за пожилым родственником. У пациента обычно отсутствует адекватное осознание вторичной выгоды. Несмотря на характерность вторичной выгоды для диссоциативных и конверсионных расстройств, она не может быть использована при постановке диагноза.

### 3. Типы диссоциативного расстройства

Различают двигательные, сенсорные диссоциативные расстройства и диссоциативные расстройства с психическими симптомами.

- К двигательным нарушениям при диссоциативном (конверсионном) расстройстве относят ступор, паралич, нарушения походки, тремор и тики, афония и мутизм, судороги

1) **Диссоциативный ступор.** Поведение больного соответствует критериям ступора: резко уменьшаются или отсутствуют произвольные движения и реакции на внешние стимулы (например, свет, шум, прикосновение). Больной длительное время неподвижен, отсутствуют речь и спонтанные и целенаправленные движения

2) **Диссоциативный паралич** проявляется в невозможности совершать движения какой-либо частью тела. Паралич вызван одновременным сокращением мышц-сгибателей и мышц-разгибателей (которые не парализованы). Паралич может охватывать одну, две или все четыре конечности, хотя распространение поражения не соответствует иннервации. Рефлексы не изменены, отсутствуют патологические рефлексы; фасцикуляции, признаки мышечной атрофии, изменения тонуса; на электромиограмме не обнаруживают патологических изменений

3) **Диссоциативные нарушения походки.** Походка некоординированная, атаксическая, шатающаяся и сопровождается выраженными, нерегулярными, дёргающимися движениями корпуса, а также беспорядочными движениями и размахиванием рук. Больные с диссоциативными нарушениями походки падают редко, а если падают, то обычно не получают повреждений. Нарушения походки усиливаются, когда на больного окружающие обращают внимание

4) **Диссоциативный тремор** часто бывает грубого характера и распространяется на всю конечность. Диссоциативный тремор усиливается при привлечении внимания к больному. При диссоциативном расстройстве также наблюдают и диссоциативные тики. При появлении у больного тремора и тиков необходимо исключить неврологическое заболевание, т.к. хореоатетоидные движения органической этиологии легко ошибочно принять за психогенные симптомы

5) **Диссоциативные афония и мутизм** не сопровождаются заболеваниями полости рта, голосовых связок

**б) Диссоциативные судороги** необходимо дифференцировать от истинных эпилептических припадков. При диссоциативных судорогах больные не теряют сознания во время приступа и сохраняют память на события этого периода; не характерна стереотипность движений. Больные с диссоциативными судорогами редко ударяются головой во время падения; судорожные движения театральны и всегда возникают в присутствии других лиц; при диссоциативных судорогах не наблюдают цианоза, произвольных мочеиспускания и дефекации, прикуса языка. В большинстве случаев отсутствует пароксизмальная активность на ЭЭГ (необходимо учесть, что у 10–15% взрослого населения наблюдают отклонения на ЭЭГ).

• К сенсорным диссоциативным нарушениям относят гиперестезию, парестезию, анестезию, слепоту, глухоту и туннельное зрение. Основные отличия этих расстройств от органических заболеваний заключаются в том, что их распространённость не соответствует иннервации, степень выраженности этих нарушений изменчива, симптомы расстройства могут уменьшаться при внушении и самовнушении

**1) Анестезия, парестезия и гиперестезия** при диссоциативном (конверсионном) расстройстве не соответствуют иннервации; симптомы чаще отмечают в конечностях. Парестезии и гиперестезии больными описываются, как правило, чувством боли или жжения. Например, можно наблюдать характерную парестезию конечностей по типу «чулок» и «носков»; гемианестезию с границей чувствительности, проходящей точно по срединной линии

**2) Диссоциативные глухота, слепота и туннельное зрение.** Эти симптомы могут быть унилатеральными или билатеральными. Однако при неврологическом осмотре обнаруживают сохранность сенсорных путей. При конверсионной слепоте, например, больные могут передвигаться без посторонней помощи, зрачки хорошо реагируют на свет.

Диссоциативные расстройства с психическими симптомами

**1) Диссоциативная амнезия (психогенная амнезия)** — внезапная потеря больным памяти, обусловленная стрессом или травмирующим событием. Под влиянием психотравмирующей ситуации «выпадает», «вытесняется» из памяти всё, что с ней

связано. Иногда больной временно забывает не только какой-то эпизод или отдельные события, но и всю свою жизнь вплоть до собственных имени и фамилии. Сознание больного не нарушено, он осознаёт потерю памяти, сохранена способность к усвоению новой информации. В период амнестического эпизода пациент может выглядеть дезориентированным, спутанным, бесцельно блуждающим, не узнавать хорошо ему знакомые лица. Иногда внешне пациент может сохранять привычное поведение и удовлетворительно выполнять какую-либо повседневную деятельность. Амнезия может приносить пациенту как первичную (например, утрата памяти о смерти близких), так и вторичную выгоду (например, удаление солдата в состоянии амнезии из зоны боевых действий). Диссоциативные амнезии обычно недлительны и кончаются полным восстановлением памяти. Расстройство обычно наблюдают во время войны или стихийного бедствия, чаще у молодых женщин

**2) Диссоциативная fuga (психогенная реакция бегства, диссоциативная реакция бегства)** характеризуется неожиданно совершаемой человеком поездкой или даже путешествием в состоянии, соответствующем диссоциативной амнезии. В отличие от психогенной амнезии, больной во время эпизода fugи не осознаёт расстройства памяти и внешне не выглядит дезориентированным. Пациент может считать себя совершенно другим человеком и заниматься совсем другим делом. Длительность fugи обычно составляет несколько часов/дней. Редкие случаи могут затягиваться на несколько месяцев, за которые иногда больной успевает проехать тысячи километров. Завершение эпизода, как и начало, происходит внезапно, часто на выходе из ночного сна. Характерна последующая частичная или полная потеря памяти на своё прошлое, во многих случаях без осознания этой потери

**3) Диссоциативный ступор (истерический ступор, психогенный ступор, псевдокататонический ступор, эмоциональный ступор)** также имеет психогенное происхождение; проявляется выраженной психомоторной заторможенностью, сопровождающейся мутизмом, выраженным аффективным напряжением. Мимика — выразительная, отражает аффект

(страдание, отчаяние, злоба). При напоминании о психологической травме у пациентов учащается пульс, на глаза наворачиваются слёзы, вздрагивают веки и крылья носа. Характерна сохранность нормального мышечного тонуса, дыхания, способности самостоятельно поддержать вертикальное положение тела

**4) Синдром Ганзера** — редкое состояние, при котором диссоциативное нарушение памяти сопровождается психогенными соматическими симптомами, зрительными галлюцинациями и сумеречным помрачением сознания. Расстройство чаще регистрируют у мужчин, особенно среди заключённых. При синдроме Ганзера иногда наблюдают мимоговорение (миморечь) — неправильные ответы на простые вопросы (на вопрос «Сколько будет дважды семь?» больной отвечает «Пятнадцать»)

**5) Расстройство в форме множественной личности (диссоциативное расстройство идентификации)** — исключительно редкое состояние, при котором происходит идентификация человека с несколькими личностями, которые как бы существуют в нём одном; каждая из них периодически доминирует, определяя его взгляды, поведение и отношение к самому себе так, как если бы другие личности отсутствовали. Различные личности могут иметь разные физиологические характеристики, например им нужны разные рецепты на очки; возможны разные ответы на психометрическое тестирование, например различные личности могут иметь разный IQ. Личности могут принадлежать к разному полу, иметь разный возраст и относиться к различным национальностям, у каждой из них обычно есть своё имя или описание. В период преобладания одной из личностей пациент не помнит своей исходной личности и не осознаёт существования других личностей. Имеется тенденция к внезапному переходу от доминирования одной личности к доминированию другой

**6) Диссоциативное расстройство в виде транса.** Расстройство сознания со значительным снижением способности реагировать на внешние раздражители. Состояние транса наблюдают у медиумов во время спиритических сеансов, у лётчиков во время длительных перелётов вследствие монотонности движения при высоких скоростях и однообразия зрительных

впечатлений, что может привести к авиакатастрофам. У детей такие состояния могут наступать после физического насилия или травмы. Особые состояния одержимости наблюдают в определённом регионе или в условиях той или иной культуры, например «амок» у малайцев (внезапный приступ ярости с последующей амнезией, во время которого больной бежит, уничтожая всё на своём пути, до тех пор, пока не искалечит или не убьёт себя), «пиблокто» у эскимосов (приступы возбуждения с последующей амнезией, во время которых больные кричат, имитируют звуки животных, срывают с себя одежду).

#### **5. Дифференциальная диагностика и лечение**

В большинстве случаев наибольшие проблемы вызывает исключение органических заболеваний ЦНС. Например, слабость отмечают при миастении, миопатиях и рассеянном склерозе. Неврит зрительного нерва может быть ошибочно принят за диссоциативную слепоту. Симптомы и признаки, не соответствующие анатомическим структурам или известным патофизиологическим механизмам каких-либо заболеваний, а также варьирующие от одного обследования до другого, скорее обусловлены диссоциативным расстройством, чем соматическим заболеванием. Таким образом, во всех случаях необходимо проведение тщательного соматического и неврологического обследования больного. Симптомы, которые исчезают под влиянием гипноза, внушения или при внутривенном введении барбитала, также скорее всего являются психогенными.

При проведении дифференциальной диагностики диссоциативного (конверсионного) расстройства необходимо учесть следующие клинические особенности.

- Возраст начала заболевания. Диссоциативные расстройства чаще всего впервые обнаруживают в возрасте до 40 лет.

- Появление симптомов провоцируют стрессовые ситуации. Если такие ситуации отсутствуют, то диагноз расстройства сомнителен. Однако сами по себе стрессовые ситуации не доказывают диагноз диссоциативного расстройства, т.к. они часто предшествуют соматическим заболеваниям.

- Вторичная выгода (см. выше). При отсутствии вторичной выгоды диагноз диссоциативного расстройства следует

пересмотреть. Однако присутствие только вторичной выгоды не доказывает диагноз расстройства, т.к. иногда пациенты с соматическими заболеваниями используют своё состояние для достижения каких-либо целей (например, пособия по инвалидности).

### **Лечение**

Прежде всего, необходимо по возможности устранить травмирующие обстоятельства либо смягчить их влияние. Иногда положительное воздействие оказывает перемена обстановки. Главное место в лечении диссоциативных расстройств отводят психотерапии, в частности рациональной. Пациенту необходимо деликатно объяснить, что симптомы вызваны не соматическим заболеванием, а психологическими причинами, например можно сказать больному, что у него всё в порядке, что все болезненные симптомы со временем пройдут и что ему показано лечение с помощью психологических методов. Если сказать таким больным, что все их жалобы являются плодом воображения, это приводит не к улучшению, а к ухудшению. Многократные настойчивые и целенаправленные беседы с больным способствуют выработке у него правильного отношения к причинам заболевания.

Психологическое лечение. Метод выбора — психоаналитическая психотерапия. В некоторых случаях успешными оказываются гипноз и поведенческая психотерапия. Важное условие успешного лечения — изучение социальной ситуации больного с целью устранения вторичных выгод от заболевания.

Лекарственная терапия играет незначительную роль в лечении диссоциативных расстройств, кроме тех случаев когда конверсионные симптомы возникают вторично и обусловлены депрессивными расстройствами. При выраженной тревоге рекомендуют транквилизаторы, например диазепам 2–10 мг внутрь 2–4 р/сут (длительное лечение не показано из-за высокого риска развития зависимости). При депрессивных состояниях назначают антидепрессанты, например флуоксетин 20–40 мг/сут.

Тактика ведения. У большинства больных на фоне лечения наступает улучшение. При отсутствии эффекта от терапии необходимо ещё раз исключить возможность соматического

заболевания. Для лечения диссоциативных расстройств применяются более короткие и директивные методы психотерапии. Чем больше времени такие больные находятся в роли больных, тем хуже они поддаются терапии.

Прогноз обычно благоприятен

- В большинстве случаев конверсивные симптомы непродолжительны, внезапно начинаются и так же внезапно заканчиваются

- Длительно текущие диссоциативные расстройства, сочетающиеся со вторичной выгодой, плохо поддаются терапии

- Диссоциативная амнезия — внезапное окончание расстройства, немногочисленные рецидивы

- Диссоциативная fuga — обычно кратковременное нарушение, выздоровление наступает спонтанно и быстро, редкие рецидивы

- Диссоциативное расстройство идентификации — наиболее тяжёлое из диссоциативных расстройств с наибольшей вероятностью хронического течения. Больные с диссоциативными расстройствами личности на протяжении всей жизни, оставаясь внешне абсолютно здоровым, могут страдать от депрессивных состояний.

### **Вопросы для самопроверки**

1. Что может послужить причиной диссоциативного расстройства?
2. Как может проявляться клиническая картина диссоциативных расстройств?
3. Каковы основные клинические особенности диссоциативных расстройств?
4. Назовите типы диссоциативных расстройств.
5. Какие виды психотерапии применяют при лечении диссоциативных расстройств?

## ГЛАВА VI МЕХАНИЗМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ

### ПЛАН

1. Психологическая защита и ее функциональное назначение.
2. Учение о механизмах психологической защиты.
3. Классификация психологических защит.

#### 1. Психологическая защита и ее функциональное назначение

*Психологическая защита* – это специальная система стабилизации личности, направленная на ограждение сознания от неприятных, травмирующих переживаний, сопряженных с внутренними и внешними конфликтами, состояниями тревоги и дискомфорта. Функциональное назначение и цель психологической защиты заключается в ослаблении внутриличностного конфликта (напряжения, беспокойства) между инстинктивными импульсами бессознательного и усвоенными требованиями внешней среды, возникающими в результате социального взаимодействия. Ослабляя этот конфликт, защита регулирует поведение человека, повышая его приспособляемость и уравнивая психику. При этом конфликт между потребностью и страхом человек может выражать разными способами:

    посредством психических перестроек;  
    посредством телесных нарушений (дисфункций),  
    проявляющихся в виде хронических психосоматических  
    симптомов;  
    в форме изменения способов поведения.

Впервые термин «психологическая защита» был введен в психологию известным австрийским психологом Зигмундом Фрейдом.

Начиная с З. Фрейда и в последующих работах специалистов, изучавших механизмы психологической защиты, неоднократно отмечается, что привычная для личности в обычных условиях защита, в экстремальных, критических, напряженных жизненных

условиях обладает способностью закрепляться, приобретая форму фиксированных психологических защит.

Один из концептуальных подходов к психологическим защитам, представлен Ф.В. Бассиным. Здесь психологическая защита рассматривается как важнейшая форма реагирования сознания индивида на психическую травму. Другой подход содержится в работах Б.Д. Карвасарского. Он рассматривает психологическую защиту как систему адаптивных реакций личности, направленную на защитное изменение значимости дезадаптивных компонентов *отношений – когнитивных, эмоциональных, поведенческих* – с целью ослабления их психотравмирующего воздействия на Я – концепцию. По их мнению, этот процесс происходит, как правило, в рамках *неосознаваемой* деятельности психики с помощью целого ряда механизмов психологических защит, одни из которых действуют *на уровне восприятия* (например, вытеснение), другие – *на уровне трансформации (искажения) информации* (например, рационализация).

Все защитные механизмы обладают двумя общими характеристиками:

они действуют на неосознаваемом уровне и поэтому являются средствами самообмана;

они искажают, отрицают, трансформируют или фальсифицируют восприятие реальности, чтобы сделать тревогу менее угрожающей для индивидуума.

Следует также заметить, что *люди редко используют какой-либо единственный механизм защиты* – обычно они применяют *различные защитные механизмы* для разрешения конфликта или ослабления тревоги.

Уже в первой половине XX века были установлены основные психологические защитные механизмы, разработана типология. Важным аспектом данной проблемы является положение, что психически здоровый человек использует гибко и широко весь диапазон защитных механизмов, что всегда обусловлено ситуативными условиями или субъективной оценкой ситуации. Любой человек способен к *вытеснению* неприятных воспоминаний и психотравмирующих событий, на *агрессивные реакции* при

определенных условиях: в случае угрозы, оскорбления, обиды и т.д. Кроме того, на выбор защиты оказывает влияние возрастные факторы, состояние здоровья, настроение и т.д. Так, повышенная тревожность и агрессивность характерна для детей в возрасте 2-3-х лет и в подростковом возрасте, что объясняется психологическими особенностями этих возрастов.

В психологии считается, *что в норме одни и те же защитные реакции не используются постоянно, то есть они не являются устойчивой чертой характера или постоянным поведенческим паттерном.* Стереотипное реагирование ограниченным числом защитных моделей (например, агрессией, вытеснением, рационализацией и проч.) в разных ситуациях, в разных возрастах и различных эмоциональных состояниях субъекта – показатель социально - психологической дезадаптации и деформации личности.

На закрепление определенных защитных механизмов как устойчивых качеств личности и черт характера влияют многие причины – индивидуальные обстоятельства жизни, особенности профессии, психотравмирующие ситуации, возрастные изменения (например, старение) и др. Но надо иметь в виду, что на поддержание *ограниченного набора защитных моделей* тратится много нервных сил и психической энергии, что разрушающе действует на психику и причиняет психологический дискомфорт как самой личности, так и окружающим людям. Диапазон проявления и выраженности любого защитного механизма очень широк и включает норму и легкие, средние и сильные отклонения от нормы.

## 2. Учение о механизмах психологической защиты

В *психологической концепции* механизм защиты представлен как последовательное искажение когнитивного (сознательного, мысленного) и аффективного (чувственного) образа реальной ситуации с целью ослабления эмоционального напряжения, угрожающего индивиду, в основном, структуре его личности, называемой *системой Я (Я-концепция, Я-образ)*. Образ Я - динамическая система представлений человека о самом себе, которая включает осознание своих физических, интеллектуальных и нравственных качеств, самооценку и совокупность установок,

направленных на себя и других компонентов, связанных с самосознанием. Для любого человека свойственно стремление защищать свою Я-концепцию от внешних угроз.

В рамках *психоаналитической концепции Я-образ (Эго)* – это посредник между неосознанными влечениями и внешней средой, который осуществляет контроль и функцию синтеза этих влечений и требований внешней среды. Главными функциями самосознания являются регулятивно-организующая и Эго-защитная, т.е. защита структуры Я и ориентированы в основном на поддержание самоуважения и стабильности Я-образа, даже ценой искажения реальности. Защищаются такие фундаментальные структуры Я, как полноценность, независимость, идентичность, безопасность. Психологическая защита выстраивается от угроз, идущих от бессознательных влечений (ОНО), от нравственного сознания, идеалов, запретов, требований, цензуры (Сверх-Я) и от внешнего мира.

В обоих подходах считается, что психологическая защита, как правило, функционирует автоматически, не согласуясь с сознанием. Даже когда человек обладает высоким уровнем рефлексии, он все равно переживает функционирование защит как безличностный процесс, который можно осознать, но невозможно контролировать. Поэтому переживание в виде психологической защиты не рассматривается как процесс, направляемый осознанной целью. Психологические механизмы защиты направлены на «избегание страданий», «устранение неприятного состояния», отрицание «болезненных переживаний», достижение согласованности внутреннего мира, реалистического приспособления субъекта к окружающему миру, достижение благополучия в конкретной ситуации. Механизмы защиты служат интеграции Я, избавляют индивида от рассогласованности побуждений и амбивалентности чувств, устраняют тревогу и напряженность, спасают от потрясений, подготавливают к более эффективным способам переживаний, способствуют совладанию с жизненными проблемами.

Но существуют отрицательные стороны защитных механизмов, заключающиеся в искажении восприятия реальности, самообмане, патологической активности. Они оказываются

ригидными, вынужденными, произвольными, действующими нереалистически, без учета долговременной перспективы. Можно сказать, что цели психологической защиты если и достигаются, то ценой регрессии, самообмана, нервного истощения, невроза. Существует связь между ненормативным функционированием механизмов защиты и девиантным поведением. Отклоняющееся поведение можно рассматривать как попытку неэффективной адаптации индивида в социуме с помощью фиксированной структуры защиты. Концепция психологической защиты остается одним из наиболее важных вкладов психоанализа в теорию личности и теорию психологической адаптации.

Впервые 8 защитных механизмов описал З.Фрейд. Позже его дочь Анна Фрейд (психиатр, представительница классического психоанализа) описала 15 механизмов защиты, однако среди последующих авторов нет единства мнений об их количестве. Не вдаваясь в анализ различных точек зрения, опишем наиболее известные и в определенной мере доступные психодиагностическому измерению психологические защитные механизмы.

**Отрицание** – онтогенетически наиболее ранний и наиболее примитивный механизм психологической защиты. Означает непризнание, отказ, опровержение, отречение. Это особая форма сопротивления индивида, когда вытесненное из сознания содержание (желания, мысли, чувства, эмоции и т. п.) становится вновь осознанным и требовательным. Защищаясь от аффекта, индивид отрицает, не признает это содержания своим собственным. Механизм отрицания считается столь же древним, как и чувство боли, и равносителен закрытию глаз на реальное положение дел. Отрицание и реальность несовместимы, поэтому при явной выраженности этого механизма защиты у взрослого, имеют место подозрения о дезадаптации, внутриличностном конфликте, личностном расстройстве или психических отклонениях (истерия, невроз).

Проявления защитного поведения можно увидеть в таких особенностях личности как эгоцентризм, внушаемость, демонстративность, жажда признания, самонадеянность, хвастовство, аффективная манера поведения, пафос,

нечувствительность к критике, отсутствие самокритичности, лживость, склонность к симуляции, недоразвитие этического комплекта. Возможны психосоматические расстройства (нарушение функции анализаторов, эндокринные нарушения).

**Вытеснение** – процесс, посредством которого неприемлемое содержание (импульс, чувство, идея) становится бессознательным. Вытеснение полностью препятствует осознанию неприемлемых мыслей, образов, воспоминаний, которые могут стать неприятными, травмирующими или угрожающими представлению индивида о самом себе, т. е. структуре Я. Можно считать, что это универсальный психический процесс, лежащий в основе становления бессознательного как отдельной области психики. Сущность вытеснения – отстранение и удержание неприемлемого психического содержания вне сознания. Вытесненное содержание ускользает от субъекта и в качестве отдельной категории психических явлений подчиняется собственным законам. Вытеснение является основой формирования многих других механизмов психологической защиты.

**Проекция** – защитный механизм, сущность которого заключается в том, что индивид свои собственные нежелательные черты приписывает другим и таким путем защищает себя от осознания этих черт в себе. Те отрицательные эмоции, которые направлялись против себя (напр., чувство вины), теперь направляются на других и таким путем индивиду удается сохранить высокий уровень самоуважения. Проекция выступает как защита, приписывание другому качеств, чувств, желаний, которые субъект не замечает в самом себе. Проекция является средством защиты от внутренних возбуждений, которые могут быть слишком сильными и неприятными, и тогда субъект проецирует их вовне, чтобы склониться и защититься от них.

Особенности этой защиты проявляются в личности как самолюбие, эгоизм, злопамятность, мстительность, обидчивость, уязвимость, обостренное чувство несправедливости, заносчивость, честолюбие, подозрительность, ревнивость, враждебность, упрямство, несговорчивость, нетерпимость к возражениям, поиск недостатков, чувствительность к критике. Возможны специфические нарушения поведения, связанные с идеями-фикс

(ревности, несправедливости, преследования, изобретательности и т. п.) или ипохондрическим симптомокомплексом (недоверие к медицине и врачам, страх тяжелого заболевания).

**Регрессия** представляет собой психический процесс, посредством которого происходит возврат к предыдущим формам мышления, отношений, действий, т.е. переход к менее сложным, менее структурно упорядоченным и менее дифференцированным формам поведения. Регрессия часто проявляется в детстве для преодоления неуверенности в себе и страха неудачи. Это возврат субъекта к уже пройденным этапам развития. Механизм регрессии обычно воспринимается как последний рубеж защиты, когда более сложная психологическая защита оказывается неэффективной. Особенности защитного поведения в норме проявляются в слабых характеристиках, отсутствии глубоких интересов, податливости, внушаемости, нерешительности, неумении доводить до конца начатое дело, поверхностными отношениями, склонности к мистике и суевериям, страхе одиночества, потребности в контроле, подбадривании, утешении. В реальной жизни отклонения в поведении проявляются в форме инфантилизма, безделья, конформизма в асоциальных группах, употреблении алкоголя и наркотических веществ.

**Замещение** развивается для сдерживания эмоции гнева на более сильного, старшего или значимого субъекта, выступающего как источник отрицательных переживаний. Во избежание ответной агрессии или отвержения индивид снимает напряжение, обращая гнев или агрессию на более слабый одушевленный/неодушевленный объект, или на самого себя. Замещение, таким образом, может проявляться как в активной, так и в пассивной форме. В норме защитное поведение проявляется в импульсивных действиях, раздражительности, грубости, вспыльчивости, реакции протеста, увлечениях силовыми видами спорта и фильмами со сценами насилия, склонности к деятельности, связанной с риском и опасностью. Возможны девиантные формы поведения: насильственные действия, агрессивность, жестокость, аморальность, хронический алкоголизм, самоповреждение, суициды, поиски «козла отпущения».

**Перенос** – смещение аффекта с одного представления на другое, т. е. психический механизм, посредством которого эмоциональное значение, придаваемое одной идее или личности, переносится на другую идею или личность. Поэтому часто эмоциональное отношение к тому или иному объекту является неадекватным и связанным с совершенно другим объектом. Перенос раздражительности и агрессивности, возникших в процессе неудовлетворительных условий деятельности, на своих близких; придирки матери к ребенку как следствие переноса негативных эмоций, возникших в результате ссоры с мужем, – вот некоторые примеры переноса. Это понятие, очень близкое к психическому механизму – замещению.

**Подавление** – психическая операция, направленная на устранение из сознания неприятного или неуместного содержания идей, аффекта и т. п. Подавление является процессом исключения из сферы сознания мыслей, чувств, желаний и влечений, вызывающих страх, стыд, чувство вины. Подавление выступает как механизм работы сознания, когда речь идет об исключении некоего психического содержания из области сознания. Действием этого механизма можно объяснить многие случаи забывания человеком выполнения каких-то обязанностей. Часто подавляются воспоминания о неприятных происшествиях, отрезки жизненного пути, заполненные тяжелыми психическими переживаниями. Подавление действует избирательно и направлено против тех воспоминаний, которые связаны с прошлыми фрустрациями личности, и в настоящее время, актуализируясь в сфере сознания, могли бы вновь фрустрировать ее. Психологи полагают: все что остается в бессознательном от подавленного аффекта, можно сравнить с неразвившимся зародышем.

Особенности защитного поведения могут проявляться в тщательном избегании ситуаций, способствующих возникновению фрустрации, страха, острой эмоциональной реакции (полеты в самолетах, нахождение в толпе, публичное выступление и т. п.), в соглашательстве, покорности, робости, боязни знакомств, неспособности отстоять свою позицию в споре. Возможные девиации поведения проявляются в ипохондрии, иррациональном конформизме, крайнем консерватизме.

**Интеллектуализация** – психический процесс, посредством которого индивид стремится выразить в дискурсивном виде, в том числе и во внутренней дискуссии с самим собой, свои конфликты и аффективные состояния, чтобы овладеть ими. В этом процессе абстрактное умствование («мудрствование») и резонерство преобладают над переживанием. Одна из главных целей интеллектуализации – отстранение от переживаний и аффективных состояний и их нейтрализация. Вместо реальных действий по устранению переживаний тревоги и страха индивид начинает строить абстрактные суждения и представления, стремясь к избавлению от фрустрации. В норме защитное поведение проявляется как старательность, добросовестность, самоконтроль, склонность к анализу и самоанализу, предусмотрительность, дисциплинированность, индивидуализм.

Интеллектуализация является полезным защитным механизмом, когда выражена в психической активности личности умеренно. Если же она выражена в значительной степени, то индивид лишается полноценной эмоциональной жизни, происходит патологизация личности с признаками психической дезадаптации. Индивиды с фиксированным механизмом интеллектуализированной защиты оставляют впечатление холодных, машиноподобных, лишенных эмоционального компонента общения, склонных к сохранению психической отчужденности и дистанцированию от других людей. Они не способны принять решение, подменяют действия «размышлениями», склонны к самообману и самооправданию; у них легко возникают различные фобии, ритуальные и навязчивые действия.

**Конверсия** – психологический механизм, который защищает личность от тревоги, переводя вытесненные желания в физические симптомы. Иногда импульс, вызывающий эмоциональный конфликт, конвертируется (превращается) в ошибочное представление об окружающей обстановке («боязнь грязи», «заражения», «болезни»). Но гораздо чаще конверсия проявляется в виде физических признаков. При механизме конверсии, возникшей в результате эмоционального переживания, Эго переводит запретные импульсы из глубоких слоев бессознательного в определенные физические симптомы и импульс конвертируется в

физическую реакцию. В медицине это определяет сущность использования термина «конверсионный симптом» - истерический паралич руки, потеря чувствительности кожи, потеря голоса и т.п. Конверсионный симптом – это реалистически болезненные ощущения: усиленное сердцебиение, боли в желудке, спине, суставах и т. д., хотя все они не имеют органической основы. Начало физических недомоганий обуславливают внутриличностные конфликты пациента. Физические проявления, являющиеся составной частью эмоциональных реакций, бесследно прекращаются с исчезновением первичного возбудителя этой реакции.

**Реактивное образование** – защитный механизм, при помощи которого неприемлемое содержание (импульс, чувство, эмоция и т. п.) преодолевается путем усиления, гипертрофированного развития противоположной тенденции, т. е. возникновении извращенной реакции. В результате формируются осознаваемые установки и поведение, которые являются полярными по отношению к неприемлемым бессознательным влечениям и чувствам. Например, формирование пуританских установок или чрезмерное стремление к чистоте, формирование другого сверхсильно выраженного установочного поведения. Формирование реакции обычно является не просто механизмом сбалансирования новой установки со старой, а механизмом чрезмерного перерегулирования, вплоть до нетерпимости и фанатизма. Подавляя свои подлинные враждебные чувства к людям, индивид может стать любезным, угодливым и чрезмерно заботливым. Обрушиваясь с критикой на нарушения моральных признаков и норм, субъект подавляет собственные подсознательные импульсы к их нарушению. В определенных пределах, если реактивное образование умеренно выражено, оно может играть положительную роль в борьбе против собственных нежелательных влечений и действий, а также подобных действий других. В этих пределах можно говорить об адаптивных свойствах механизма защиты. Однако, если реактивная установка чрезмерно сильна и активна, она может привести к искажению реальности и неадаптивным действиям девиантного характера.

В норме **реактивное образование** проявляется как стремление соответствовать общепринятым стандартам поведения,

озабоченность приличным внешним видом, вежливость, любезность, респектабельность, бескорыстие, общительность, приподнятое настроение, воздержанность, морализаторство, желание быть примером для других, осуждение флирта и эротики. При выраженном функционировании реактивного образования, связанного, например, с сексуальным влечением, возможны такие поведенческие девиации, как резко отрицательное отношение к «неприличным» разговорам, кинофильмам эротического характера; сильные переживания по поводу нарушения «личностного пространства» в транспорте, случайных соприкосновений с другими людьми, избегания общественных раздевалок, бань, туалетов, крайний пуританизм, ханжество, лицемерие.

Часто встречаются люди, как правило, женщины, для которых единственная цель жизни заключается в постоянной охоте за «грязью». Тщательность и энергия, с которой они эту «грязь» преследуют, является симптомом функционирования выраженного механизма реактивного образования, защищающего субъект от противоположного влечения. Реактивное образование является очевидным выражением внутреннего конфликта, основанного на амбивалентности «чувств». Бессознательные влечения могут проявиться, когда *Я* теряет контроль над ситуацией (например, в бреду), в психотическом состоянии или при опьянении. В таких случаях люди, обычно до крайности вежливые, вдруг становятся грубыми и крикливыми, а чрезмерно чистоплотные и пунктуальные – нерышлыми и небрежными.

**Компенсация** – онтогенетически самый поздний и когнитивно сложный защитный механизм, который развивается и используется, как правило, сознательно; функционирует для защиты от тревоги, печали, горя, страдания по поводу реальной или мнимой потери, утраты, нехватки, недостатка, неполноценности.

Проявление компенсации можно видеть повсюду, где физические или психические действительные или мнимые недостатки заставляют людей прилагать усилия, чтобы как-то их восполнить. Человек невысокого роста стремится преодолеть свою мнимую неполноценность в спортивных достижениях или социальной карьере. Неисправимые спорщики пытаются произвести впечатление очень значимых и умных людей, страдая от

своей ординарности. Отсутствие выраженных способностей компенсируется стремлением заканчивать несколько высших учебных заведений или постоянно учиться («вечный студент»). Низкий уровень достижений в одной профессии способствует достижению мастерства в другой, в результате чего преодолевается неуверенность в себе и чувство неполноценности. Подобное защитное поведение способствует исправлению недостатков, проявлению задатков и способностей, творческому подходу к своей жизни, достижению успехов в профессиональной деятельности. Однако возможны и поведенческие девиации, проявляющиеся в высокомерии, дерзости, агрессивности, сексуальных отклонениях, злоупотреблении алкоголем, наркомании. Очень часто возникают психосоматические расстройства и заболевания: нервная анорексия, бессонница, невротические головные боли.

**Рационализация** – психический процесс, посредством которого индивид стремится дать логически связанное и морально приемлемое объяснение иррациональной установке, поступку, чувству, идее и т. п., подлинные мотивы которых остаются в тени. В некоторых случаях бывает несложно доказать искусственность приводимых объяснений; в других – рациональные мотивировки оказываются прочно обоснованными ссылками на факты.

**Сублимация** – психический процесс, которым психоанализ объясняет формы человеческой деятельности, не имеющие видимой связи с сексуальностью, но порожденные сексуальным влечением. В качестве основных форм сублимации выделяются творчество и интеллектуальная деятельность. Другими словами, сублимация – это влечение, которое в той или иной степени переключено на несексуальную цель и направлено на социально значимые объекты (Sublimt - возвышенное).

Существует и более широкое понимание сублимации, согласно которому она рассматривается как защитно-адаптивный процесс, в основе имеющий любое инстинктивное или социальное влечение (потребность, мотив), удовлетворение которого задержано и заблокировано в данных условиях. Предполагается, что одаренные люди в состоянии фрустрации значительно легче используют механизм сублимации. Вероятность появления агрессивности или симптомов невротических расстройств у них значительно ниже, чем

у менее способных людей, которые в результате фрустрации переходят к более примитивным формам самовыражения (поиск чувственных наслаждений, агрессивное поведение, наркомания, алкоголизм и т. п.). Выбор сублимации в качестве основной адаптивной стратегии может свидетельствовать о психической силе личности и ее одаренности.

Кроме приведенных механизмов, существуют и другие психологические защиты, которые описаны различными авторами, но являются, в большей части, производными от базовых механизмов защиты. Далее приведено их краткое описание.

**Двигательная активность** – снижение уровня тревоги и беспокойства, вызванное запретным влечением, путем физических нагрузок.

**Изоляция** – механизм защиты, характерный при неврозе навязчивости, т. е. изоляция определенных мыслей или поступка, разрыва их связей с другими сторонами жизни субъекта. Среди приемов изоляции – остановки в процессе мышления, использование ритуалов и т. п. При воспроизведении в сознании травмирующих впечатлений, мыслей, образов происходит изоляция эмоциональных компонентов путем подавления. В этом случае идея, мысль, впечатление, представление осознаются относительно нейтральными от переживаний и не представляют опасности для личности. Изолируются не только когнитивные и эмоциональные компоненты, но и цепь предшествующих и последующих событий, т. е. происходит разрушение ассоциативных связей. Ярким примером данной защиты является уход от реальной действительной жизни в изолированные социальные группы (напр., общины, религиозные секты).

**Интроекция** является одним из механизмов формирования личной морали и самосознания человека (термин был введен по контрасту с термином «проекция»). Ш. Ференци писал: «Если параноик выносит свои неприятные переживания за пределы своего Я, то невротик, напротив, включает в Я как можно большую часть внешнего мира, превращая его в объект бессознательного фантазирования. Нередко интроецируется тот объект, который утрачен и эта утрата заменяется интроекцией объекта в свое (напр., отказ принять смерть близкого человека). Интроецироваться могут

личностные особенности других людей, их мнения, установки, взгляды, поступки и т. п., причем эти особенности других встраиваются в структуру личности субъекта без психической переработки, т. е. в неизменном виде.

Механизм интроекции действует подсознательно и часто используется для преодоления фрустрации. При этом создается видимость связанности психических процессов индивида с утерянным объектом, и личность защищается от серьезных психических нарушений.

**«Наркотизация» или отвлечение**, является активной фрагментацией сознания рассеиванием энергии и отвлечением от чего-то неприятного. Неприемлемое желание, чувство, идея становятся действительно беспокоящими лишь тогда, когда они захватывают достаточно большую часть сознания индивида. Если внимание переключается с одного объекта на другой, его трудно увлечь чем-либо. Отвлечение ослабляет внимание к угрожающим аспектам реальности через распределение между большим количеством различных объектов ситуаций и действий таким образом, что это как бы «наркозирует сознание», не позволяя ему остро переживать неприятные события. Когда наркотизация оказывается доминирующим стилем личности, то, несмотря на ее деятельный образ жизни и чрезмерную активность, действительно важные аспекты остаются вне сферы внимания, поскольку всему уделяется одинаковая доля энергии и внимания индивида. Такого рода наркотизация препятствует его психологическому росту и процессу самореализации, способствуя формированию фальшивой личности.

**Аннулирование действий** – психический механизм, используемый для ослабления какой-либо неприятной мысли или чувства с целью избежать угрожающих последствий предстоящих действий или поступков. Это попытки «вычеркнуть» (уничтожить) посредством символического акта болезненные переживания; обычно повторяющиеся и ритуалистические действия, связанные с остатками магического мышления и верой в сверхъестественное. Примером могут служить различные суеверия и приметы. При неврозах навязчивости механизм аннулирования принимает крайне преувеличенные формы, становится системой

тщательно разработанных ритуалов, отнимающих у личности много времени и энергии и препятствующих нормальной жизни.

### 3. Классификация психологических защит

Многие исследователи (Плутчик Р., Романова Е.С., Гребенников Л.Р.) рассматривают механизмы психологической защиты, как базис всех защитных стратегий личности, которые развиваются для совладания с основными аффективными процессами и влечениями. В настоящее время считается, что все защитные механизмы направлены против фрустраторов, которые представлены следующими типами:

1. Узвнение ценностного, значимого содержания личности (ошибки, неудачи, поражения, потери, утраты, лишения, актуализация в сознании недостигнутого и недостижимого, переживание чувства вины).

2. Социальные конфликты, вызывающие переживание.

3. Трудности адаптации к новым условиям среды.

4. Снижение профессиональных или жизненно важных способностей.

5. Напряжение, утомление, перегрузка.

6. Чрезмерная собственная экспрессивность.

7. Повседневные жизненные трудности.

Фрустраторы могут быть внешними или внутренними и по этому критерию различаются защитные механизмы, направленные против внешних или внутренних фрустраторов.

Различают также *примитивные, пограничные и полноценные* механизмы психологической защиты.

*Примитивными* являются непродуктивные, осуществляемые на низком уровне защиты (регрессия, отрицание, конверсия, аннулирование действия, проекция), которые препятствуют личностному развитию, переводят личность на более низкий уровень функционирования, способствуют отказу от самореализации.

К *пограничным* относятся малопродуктивные защитные механизмы, представляющие мнимые решения и самообман, но позволяющие сохранить ценой различных искажений реальности привычный способ функционирования. К ним относятся:

подавление, реактивное образование, интеллектуализация, наркотизация, перенос, изоляция.

*Полноценные защиты*, как правило, способствуют реорганизации личности, переходу ее к новому способу функционирования и развития. Примерами таких защит являются, в первую очередь, сублимация и компенсация, а также рационализация, замещение, интроекция.

Таким образом, проблема социально-психологической адаптации является многофакторной, требующей участия в ее решении представителей различных научных направлений: психологов, педагогов, психиатров, социологов.

#### *Вопросы для самопроверки.*

1. Что такое психологическая защита?
2. Каково функциональное назначение психологических защит?
3. Каковы основные виды психологических защит?
4. Против каких типов фрустраторов направлены психологические защиты?
5. Что такое примитивные защиты?
6. Какие защиты можно отнести к полноценным?

## ГЛАВА VII

### КОПИНГ-СТРАТЕГИЯ (СОВЛАДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ)

#### ПЛАН

1. Понятие копинга.
2. Формы совладающего поведения.
3. Копинг-процесс и его структура.
4. Классификация способов совладания.
5. Копинг-ресурсы.

#### 1. Понятие копинга

Понятие «coping» происходит от английского «соре» (преодолевать). В российской психологической литературе его переводят, как адаптивное «совладающее поведение» или «психологическое преодоление». Отметим, что согласно словарю

Владимира Даля (1995г.), слово «совладание» происходит от старорусского «лад» (ладить) и означает справляться, привести в порядок, подчинить себе. Образно говоря, «совладать с ситуацией» – значит подчинить себе обстоятельства, сладить с ними.

Теория «копинга» получила всеобщее признание и самой разработанной является концепция Р. Лазаруса. R. S. Lazarus (1966) понимал «копинг», как средства психологической защиты, вырабатываемые человеком, от психотравмирующих событий и воздействующие на ситуационное поведения.

Термин «coping» начал активно использоваться в американской психологии в начале 60-х годов для изучения поведения личности в стрессовых ситуациях. Эти исследования, в свою очередь, стали частью массивного когнитивного движения, которое начало формироваться в 60-е годы работами I. Jams (1958), M. Arnold (1960), D. Mechanic (1962), L. Murphy (1962), J. Rotter (1966), R. Lazarus, (1966).

На основе анализа работ различных авторов, можно выделить три подхода к понятию «копинг»: определение копинга – как свойство личности, относительно постоянную предрасположенность отвечать на стрессовое событие; рассмотрение копинга в качестве одного из способов психологической защиты, используемой для ослабления напряжения. К третьему подходу принадлежат R. Lazarus и S. Folkman (1984), согласно которым копинг понимается как динамический процесс, постоянно изменяющиеся когнитивные и поведенческие попытки управлять внутренними и (или) внешними требованиями, которые оцениваются как напрягающие или предвосхищающие ресурсы личности.

Под механизмами совладания (копинга) понимаются как поведенческие усилия, так и внутриспихические усилия по разрешению внешних и внутренних требований, а также возникающих между ними конфликтов (т.е. попытки их разрешения, редукции или усиления по созданию терпимого отношения к этим конфликтам), которые требуют напряжения сил или даже превышают эти силы.

Совладание (копинг) представляет собой более совершенный, чем психологическая защита, механизм гармонизации

взаимодействия субъекта с экстремальной ситуацией, основанный на осознанном, произвольном установлении им желаемого равновесия со средой на уровне энергии и информации. Экстремальные ситуации, в зависимости от доминирующей опасности, привлекают различные виды совладающего поведения. Возможность освоения техники совладающего поведения позволяет субъекту целенаправленно совершенствовать процесс самообеспечения безопасности, однако совладание не универсально применительно к взаимодействию с экстремальными ситуациями.

• В отличие от защитных механизмов, совладающее поведение направленно на активное взаимодействие с ситуацией. Это особый вид социального поведения, позволяющий субъекту с помощью осознанных действий, способами, адекватными личностным особенностям и ситуации справиться со стрессом или трудной жизненной ситуацией.

### 3. Формы совладающего поведения

Совладающее поведение не только развивается у субъекта, но его можно целенаправленно формировать, обучать ему с целью повышения психосоциальной компетентности. Именно выбор конструктивных стратегий совладания с трудными ситуациями в конечном итоге становится фактором, определяющим успешность развития личности, ее целостность, зрелость, устойчивость.

В последние годы широкое распространение получила теории опережающего совладания, проактивного копинга. Опережающее, проактивное совладание (proactive coping) рассматривается как комплекс процессов, посредством которых люди предвосхищают или обнаруживают потенциальные стрессоры и действуют упреждающе с целью предупреждения их влияния. Оно рассматривается как сочетание процессов саморегуляции и совладания. В опережающем совладании выделяется пять взаимосвязанных компонентов:

- 1) накопление разных ресурсов (социальных, финансовых, временных и т.д.), которые в последующем могут быть использованы для предупреждения или нейтрализации будущих потерь;
- 2) понимание, осознание потенциальных стрессоров;
- 3) оценка потенциальных стрессоров на начальном этапе;
- 4) заблаговременные, подготовительные попытки совладания;

5) вывод и осуществление обратной связи об успешности совершенных попыток.

Совладающее поведение разделяется на следующие формы:

а) восстановительное, реактивное совладание (reactive coping);

б) опережающее, проактивное совладание (proactive coping),

в) профилактическое, превентивное совладание (preventive coping);

г) предвосхищающее, антиципационное совладание (anticipatory coping) – попытки совладания с угрожающим неизбежным или почти неизбежным в ближайшем будущем.

В многочисленных работах отмечается, что при недостаточном развитии конструктивных форм совладающего поведения увеличивается патогенность жизненных событий, и эти события могут стать «пусковым механизмом» в процессе возникновения психосоматических и других заболеваний.

Несмотря на значительное индивидуальное разнообразие поведения в стрессе, по мнению Р. Лазаруса, существуют два глобальных стиля реагирования. Проблемно-ориентированный (problem-focused) стиль, направленный на рациональный анализ проблемы, связан с созданием и выполнением плана разрешения трудной ситуации и проявляется в таких формах поведения, как самостоятельный анализ случившегося, обращение за помощью к другим, поиск дополнительной информации. Субъективно-ориентированный стиль (emotion-focused) является следствием эмоционального реагирования на ситуацию, не сопровождающегося конкретными действиями, и проявляется в виде попыток не думать о проблеме вообще, вовлечения других в свои переживания, желания забыться во сне, растворить свои невзгоды в алкоголе, наркотиках или компенсировать отрицательные эмоции едой. Копинг, нацеленный на эмоции, определяется как когнитивные, эмоциональные и поведенческие усилия, с помощью которых личность пытается редуцировать эмоциональное напряжение.

По-разному оцениваются эмоционально-экспрессивные формы преодоления. Вообще, выражение чувств, принято считать достаточно эффективным способом преодоления стресса; исключение составляет лишь открытое проявление агрессивности в

силу своей асоциальной направленности. Но и сдерживание гнева, как показывают данные психосоматических исследований, представляет собой фактор риска нарушения психологического благополучия человека.

Эффективность копинг-поведения определяется спецификой ситуации в конкретном случае. Инструментальные стратегии преодоления эффективны в том случае, если ситуация контролируется субъектом, а эмоциональные уместны, когда ситуация не зависит от воли человека.

Подводя итог вышеизложенному, следует сказать, что копинг-поведение – это стратегии действий, предпринимаемые человеком в ситуациях психологической угрозы физическому, личностному и социальному благополучию, осуществляемые в когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферах функционирования личности и ведущие к успешной или менее успешной адаптации.

#### 4. Копинг-процесс и его структура

Р. Лазарус полагал, что взаимодействие между личностью и средой регулируют два основных конструкта – когнитивная оценка и копинг. Автор различают два вида когнитивной активности: первичную и вторичную. Первичная оценка позволяет субъекту сделать вывод о том, что ему сулит стрессор – угрозу или благодеяние. Первичная оценка стрессорного воздействия заключается в вопросе – «что это значит для меня лично?». Воспринимается и оценивается масштаб угрозы или повреждения, которые приписываются событию, или оценка масштабов его влияния. За восприятием и оценкой стрессора следуют нагрузочные эмоции (злость, страх, подавленность, надежда).

Вторичная когнитивная оценка считается основной и выражается в постановке вопроса «Что могу сделать в данной ситуации?», оцениваются собственные ресурсы и возможности решить задачу. Вторичная оценка является дополнением первичной и определяет то, какими методами мы можем влиять на негативные события, их исход и выбор ресурса преодоления стресса. В результате личность сознательно выбирает и инициирует действия по преодолению стрессового события. Стадии оценки могут происходить независимо и синхронно.

После когнитивной оценки ситуации индивид приступает к разработке механизмов преодоления стресса, то есть собственно к копингу. В случае неуспешного копинга, стрессор сохраняется и возникает необходимость дальнейших попыток совладания.

Из этого следует, что структура копинг-процесса начинается с восприятия стресса, далее – когнитивная оценка, выработка стратегии преодоления и оценка результата действий

#### Структура копинг-процесса



#### 5. Классификация способов совладания

В целом большинство исследователей придерживается единой классификации способов совладания:

- 1) копинг, нацеленный на оценку;
- 2) копинг, нацеленный на проблему;
- 3) копинг, нацеленный на эмоции.

**Копинг, нацеленный на оценку** предполагает переоценку ситуации, направленную на снижение стресса. Это либо снижение субъективной значимости ситуации, либо поиск положительных аспектов в сложившейся ситуации.

**Проблемно-ориентированный копинг** связан с попытками человека улучшить отношения «человек-среда» путем изменения когнитивной оценки сложившейся ситуации, например, поиском информации о том, что делать и как поступить, или путем удержания себя от импульсивных или поспешных действий.

**Эмоционально-ориентированный копинг** (или временно помогающий) включает в себя мысли и действия, которые имеют

своей целью снизить физическое или психологическое влияние стресса.

Эти мысли или действия дают чувство облегчения, однако не направлены на устранение угрожающей ситуации, а просто дают человеку почувствовать себя лучше. Примером эмоционально-ориентированного копинга является: избегание проблемной ситуации, отрицание ситуации, мысленное или поведенческое дистанцирование, юмор, использование транквилизаторов для того, чтобы расслабиться.

Методика Э. Хейма (Heim E.) позволяет исследовать 26 ситуационно-специфических вариантов копинга, распределенных в соответствии с тремя основными сферами психической деятельности на когнитивный, эмоциональный и поведенческий копинг-механизмы.

**К когнитивным копинг-стратегиям относятся следующие:**

- отвлечение или переключение мыслей на другие, «более важные» темы, чем болезнь;
- принятие болезни как чего-то неизбежного, проявление своего рода определенной философии стоицизма;
- диссимуляция болезни, игнорирование, снижение ее серьезности, даже подшучивание над болезнью;
- сохранение апломба, стремление не показывать своего болезненного состояния другим;
- проблемный анализ болезни и ее последствий, поиск соответствующей информации, расспрос врачей, обдумывание, взвешенный подход к решениям;
- относительность в оценке болезни, сравнение с другими, находящимися в худшем положении;
- религиозность, стойкость в вере («со мною Бог»);
- придание болезни значения и смысла, например отношение к болезни как к вызову судьбы или проверке стойкости духа и др.;
- самоуважение – более глубокое осознание собственной ценности как личности.

**Эмоциональные копинг-стратегии проявляются в виде:**

- переживания протеста, возмущения, противостояния болезни и ее последствиям;

- эмоциональной разрядки – отреагирования чувств, вызванных болезнью, например, плачем;
- изоляции – подавления, недопущения чувств, адекватных ситуации;
- пассивного сотрудничества – доверия с передачей ответственности психотерапевту;
- покорности, фатализма, капитуляции;
- самообвинения, возложения вины на себя;
- переживания злости, раздражения, связанных с ограничением жизни болезнью;
- сохранения самообладания – равновесия, самоконтроля.

**Поведенческими копинг-стратегиями являются следующие:**

- отвлечение – обращение к какой-либо деятельности, уход в работу;
- альтруизм – забота о других, когда собственные потребности отодвигаются на второй план;
- активное избегание – стремление избегать «погружения» в процесс лечения;
- компенсация – отвлекающее исполнение каких-то собственных желаний, например покупка чего-то для себя;
- конструктивная активность – удовлетворение какой-то давней потребности, например совершить путешествие;
- уединение – пребывание в покое, размышление о себе;
- активное сотрудничество – ответственное участие в диагностическом и лечебном процессе;
- поиск эмоциональной поддержки – стремление быть выслушанным, встретить содействие и понимание.

**Варианты копинг-поведения по методике Э. Хейма:**

**А. Когнитивные копинг-стратегии:**

1. Игнорирование – «Говорю себе: в данный момент есть что-то важнее, чем трудности»
2. Смирение – «Говорю себе: это судьба, нужно с этим смириться»
3. Диссимуляция – «Это несущественные трудности, не все так плохо, в основном все хорошо»

4. Сохранение самообладания – «Я не теряю самообладания и контроля над собой в тяжелые минуты и стараюсь никому не показывать своего состояния»

5. Проблемный анализ – «Я стараюсь проанализировать, все взвесить и объяснить себе, что же случилось»

6. Относительность – «Я говорю себе: по сравнению с проблемами Других людей мои – это пустяк»

7. Религиозность – «Если что-то случилось, то так угодно Богу»

8. Растерянность – «Я не знаю, что делать и мне временами кажется, что мне не выпутаться из этих трудностей»

9. Придача смысла – «Я придаю своим трудностям особый смысл, преодолевая их, я совершенствуюсь сам»

10. Установка собственной ценности – «В данное время я полностью не могу справиться с этими трудностями, но со временем смогу справиться и с ними, и с более сложными».

**Б. Эмоциональные копинг-стратегии:**

1. Протест – «Я всегда глубоко возмущен несправедливостью судьбы ко мне и протестую»

2. Эмоциональная разрядка – «Я впадаю в отчаяние, я рыдаю и плачу»

3. Подавление эмоций – «Я подавляю эмоции в себе»

4. Оптимизм – «Я всегда уверен, что есть выход из трудной ситуации»

5. Пассивная кооперация – «Я доверяю преодолению своих трудностей другим людям, которые готовы помочь мне»

6. Покорность – «Я впадаю в состояние безнадежности»

7. Самообвинение – «Я считаю себя виноватым и получаю по заслугам»

8. Агрессивность – «Я впадаю в бешенство, становлюсь агрессивным»

**В. Поведенческие копинг-стратегии:**

1. Отвлечение – «Я погружаюсь в любимое дело, стараясь забыть о трудностях»

2. Альтруизм – «Я стараюсь помочь людям и в заботах о них забываю о своих горестях»

3. Активное избегание – «Стараюсь не думать, всячески избегаю со-средотачиваться на своих неприятностях»

4. Компенсация – «Стараюсь отвлечься и расслабиться (с помощью алкоголя, успокоительных средств, вкусной еды и т. п.)»

5. Конструктивная активность – «Чтобы пережить трудности, я берусь за осуществление давней мечты (еду путешествовать, поступаю на курсы иностранного языка и т. п.).»

6. Отступление – «Я изолируюсь, стараюсь остаться наедине с собой»

7. Сотрудничество – «Я использую сотрудничество со значимыми мне людьми для преодоления трудностей»

8. Обращение – «Я обычно ишу людей, способных помочь мне сове-том»

Виды копинг-поведения были распределены Хеймом на три основные группы по степени их адаптивных возможностей: адаптивные, относительно адаптивные и неадаптивные.

#### ***Адаптивные варианты копинг-поведения***

Среди когнитивных копинг-стратегий к ним относятся:

«проблемный анализ»,

«установка собственной ценности»,

«сохранение самообладания» – формы поведения, направленные на анализ возникших трудностей и возможных путей выхода из них, повышение самооценки и самоконтроля, более глубокое осознание собственной ценности как личности, наличие веры в собственные ресурсы в преодолении трудных ситуаций.

Среди эмоциональных копинг-стратегий:

«протест»,

«оптимизм» – эмоциональное состояние с активным возмущением и протестом по отношению к трудностям и уверенностью в наличии выхода в любой, даже самой сложной, ситуации.

Среди поведенческих копинг-стратегий:

«сотрудничество»,

«обращение»,

«альтруизм» – под которыми понимается такое поведение личности, при котором она вступает в сотрудничество со значимыми (более опытными) людьми, ищет поддержки в ближайшем социальном окружении или сама предлагает ее близким в преодолении трудностей.

#### ***Неадаптивные варианты копинг-поведения***

Среди когнитивных копинг-стратегий к ним относятся:

«смирение»,

«растерянность»,

«диссимуляция»,

«игнорирование» – пассивные формы поведения с отказом от преодоления трудностей из-за неверия в свои силы и интеллектуальные ресурсы, с умышленной недооценкой неприятностей.

Среди эмоциональных копинг-стратегий:

«подавление эмоций»,

«покорность»,

«самообвинение»,

«агрессивность» – варианты поведения, характеризующиеся подавленным эмоциональным состоянием, состоянием безнадежности, покорности и недопущения других чувств, переживанием злости и возложением вины на себя и других.

Среди поведенческих копинг-стратегий:

«активное избегание»,

«отступление» – поведение, предполагающее избегание мыслей о неприятностях, пассивность, уединение, покой, изоляция, стремление уйти от активных интерперсональных контактов, отказ от решения проблем.

***Относительно адаптивные варианты копинг-поведения,*** конструктивность которых зависит от значимости и выраженности ситуации преодоления.

Среди когнитивных копинг-стратегий к ним относятся:

«относительность»,

«придача смысла»,

«религиозность» – формы поведения, направленные на оценку трудностей в сравнении с другими, придание особого

смысла их преодолению, вера в Бога и стойкость в вере при столкновении со сложными проблемами.

Среди эмоциональных копинг-стратегий:

«эмоциональная разрядка»,

«пассивная кооперация» – поведение, которое направлено либо на снятие напряжения, связанного с проблемами, эмоциональным отреагированием, либо на передачу ответственности по разрешению трудностей другим лицам.

Среди поведенческих копинг-стратегий:

«компенсация»,

«отвлечение»,

«конструктивная активность» – поведение, характеризующееся стремлением к временному отходу от решения проблем с помощью алкоголя, лекарственных средств, погружения в любимое дело, путешествия, исполнения своих заветных желаний.

### 5. Копинг-ресурсы

В теории копинг-поведения, основанной на работах когнитивных психологов Лазаруса и Фолькмана, выделяются базисные копинг-ресурсы:

**А) личностные** (я-концепция, локус контроля, эмпатия, аффилиация и когнитивные ресурсы).

**Б) средовые** (родные, друзья, общественные организации)

Одним из основных базисных копинг-ресурсов является **Я-концепция**, позитивный характер которой способствует тому, что личность чувствует себя уверенной в своей способности контролировать ситуацию.

*Интернальный локус контроля* личности как копинг-ресурс позволяет осуществлять адекватную оценку проблемной ситуации, брать на себя ответственность за собственную жизнь, выбирать в зависимости от требований среды адекватную копинг-стратегию, социальную сеть, определять вид и объем необходимой социальной поддержки. Ощущение контроля над средой способствует эмоциональной устойчивости, принятию ответственности за происходящие события.

Следующим важным копинг-ресурсом является *эмпатия*, которая включает как сопереживание, так и способность принимать чужую точку зрения, что позволяет более четко оценивать

проблему и создавать больше альтернативных вариантов ее решения.

Существенным копинг-ресурсом является также *аффилиация*, которая выражается как в виде чувства привязанности и верности, так и в общительности, в стремлении сотрудничать с другими людьми, постоянно находиться с ними. Аффилиативная потребность является инструментом ориентации в межличностных контактах и регулирует эмоциональную, информационную, дружескую и материальную социальную поддержку путем построения эффективных взаимоотношений.

Успешность копинг-поведения определяется *когнитивными ресурсами*. Развитие и осуществление базисной копинг-стратегии разрешения проблем невозможно без достаточного уровня мышления. Развитые когнитивные ресурсы позволяют адекватно оценить как стрессогенное событие, так и объем наличных ресурсов для его преодоления, в т.ч. и средовых ресурсов.

### Вопросы для самопроверки

1. Что такое копинг?
2. Какие виды совладающего поведения вы знаете?
3. Что представляет из себя копинг-механизм?
4. Какие основные виды копинг-стратегий вы знаете?
5. Что можно отнести к личностным копинг-ресурсам?
6. Какие средовые копинг-ресурсы вы знаете?

## ГЛАВА VIII ПРОБЛЕМЫ ЖИЗНИ И СМЕРТИ

### ПЛАН

#### 1. Психология смерти и умирания

В жизни каждого нормального человека рано или поздно наступает момент, когда он задается вопросом о конечности своего индивидуального существования. Человек – единственное существо, которое осознает свою смертность и может делать ее предметом размышления. Но неизбежность собственной смерти воспринимается человеком отнюдь не как отвлеченная истина, а

вызывает сильнейшие эмоциональные потрясения, затрагивает самые глубины его внутреннего мира.

Смерть - это последнее событие в жизни человека. Умереть - значит прекратить чувствовать, оставить все и уйти в неведомое.

В последние три десятилетия психологи активно занимались изучением самых разных аспектов смерти.

Оказалось, что человеческое общество ориентировано на молодость и имеет любопытную особенность: отрицать смерть, избегать мыслей о ней и в то же время быть необычайно озабоченным ею. О степени озабоченности говорит тот факт, что люди - единственные живые существа на Земле, которые строят кладбища. Более того, оказалось, что с определенного возраста вся жизнь человека - это ни что иное, как навязчивая борьба со смертью. Причем с каждым годом эта борьба идет все жестче и жестче.

Сегодня большинство людей категорически избегают любого столкновения со смертью, хотя в прежние времена она была обычным явлением. Люди умирали дома, в окружении родных и близких, которые в последние дни жизни умирающего окружали его заботой. Сегодня большинство людей умирают в больницах, и ухаживает за ними медицинский персонал. Создается впечатление, что в глубине души мы верим, будто смерть - это просто еще одна болезнь, от которой пока не найдено лекарство. И это притом, что средний человек, достигший 21 года, ни разу не был свидетелем реальной человеческой смерти, зато видел более 10 000 смертей по телевидению. Такой вот пример двойственного отношения - отрицания и неослабного интереса!

Причина такого отношения к смерти отчасти кроется в том паническом, парализующем ужасе, который охватывает человека, когда он узнает, что "однажды меня не будет". И все-таки, когда люди становятся старше или заболевают, они начинают понимать, что смерть не так уж далека, и мысль о ее неизбежности все чаще приходит им в голову. Молодые могут позволить себе роскошь отгонять такие мысли, но во время болезни или в старости о смерти думают все.

## 2. Смерть как финальная стадия человеческого развития

Согласно энциклопедии Кирилла и Мефодия, жизнь - это одна из форм существования материи, закономерно возникающая при определенных условиях в процессе ее развития. Организмы отличаются от неживых объектов обменом веществ, раздражимостью, способностью к размножению, росту, развитию, активной регуляции своего состава и функций, к различным формам движения, приспособляемостью к среде.

Таким образом, жизненный цикл определяется как прогрессивная серия изменений организма, начинающихся с момента оплодотворения яйцеклетки и кончающихся моментом смерти.

Мы можем не знать ответы на многие вопросы, касающиеся нас, нашей деятельности, но все мы можем, ответить, что ждёт человека в конце его жизни. Мы обязательно умрём, т.к. человек не может жить вечно. Мы умрём завтра, или через несколько десятков лет, но это обязательно произойдёт.

Многие проходят через ряд хорошо различимых стадий приспособления к умиранию, пока, наконец, не почувствуют себя в силах признать смерть финальной стадией человеческого развития.

Танатологи Роберт Кэвэнау и Элизабет Кюблер-Росс, провели ряд исследований. Эти исследования доказали, что умирание - нечто большее, чем физиологические симптомы.

Кюблер-Росс выделила в процессе приспособления к мысли о смерти 5 стадий.

1. Стадия отрицания. Человек отказывается принять возможность своей смерти и занимается поисками других, более обнадеживающих мнений, диагнозов.

2. Как только человек осознает, что действительно умирает, его охватывает гнев, обида и зависть к окружающим - наступает стадия гнева. Умиравший испытывает состояние фрустрации, вызванное крушением всех его планов и надежд.

3. На стадии торга человек ищет способы продлить жизнь, дает обещания и пытается договориться с Богом, врачами, медсестрами или другими людьми, чтобы отдалить развязку или облегчить себе боль и страдания.

4. Когда ничего выторговать не удастся или время истекает, человека охватывает чувство безнадежности. Наступает стадия депрессии. На этой стадии умирающий человек сожалеет о том, что уже потерял, о предстоящей смерти и расставании с родными и близкими.

5. На финальной стадии принятия человек смиряется со своей судьбой и спокойно ожидает развязки.

Но не все люди проходят через эти стадии, и только некоторые проходят их именно в такой последовательности. На реакцию умирающего оказывают влияние многие факторы, это и культура, и религия, и личность, и собственная философия жизни, а так же продолжительность и характер заболевания. Одни испытывают гнев и депрессию до самой смерти, другие приветствуют смерть как освобождение от боли и одиночества. Прохождение процесса умирания индивидуально, и нет универсальной последовательности стадий.

Если смерть внезапна, то на обозрение жизни просто нет времени, но и болезнь, сопровождающаяся сильнейшими болями и ограничением подвижности, тоже не оставляет достаточного количества времени, чтобы приспособиться к смерти.

### **3. Умирание как часть цикла смерти**

Большая часть людей доживает до старости. Три тысячи лет назад, когда средняя продолжительность жизни не превышала тридцати лет, некоторые доживали до семидесяти. Современная медицина, хотя и увеличила продолжительность жизни настолько, что в ряде стран она приблизилась к библейскому пределу, оказалась неспособной сдвинуть сам этот предел. Мы изменили кривую выживания так, что практически любой из нас имеет шанс, минуя детство и зрелость, дожить до семидесяти.

Биология рассматривает жизнь не как линейную, а как циклическую структуру, как серию изменений или как жизненный цикл. Для каждой определенной точки этого цикла имеется определенная вероятность смерти индивида, причем по мере продвижения по кругу степень такой вероятности возрастает. В семьдесят лет у человека почти в три раза больше шансов умереть в следующем году, чем в тридцать, и почти в пять раз больше, чем в десять. Это и есть так называемое старение. Наше социальное

планирование во многом зависит от осознания вероятности подобного исхода. Таким образом, процесс умирания не ограничивается старостью, а начинается вместе с началом жизненного цикла, действуя на всем его протяжении.

Человек пытается предотвратить опасность, сопротивляясь неизбежному. Частично это физический рефлекс вроде отдергивания руки от горячей плиты, однако, одновременно происходит психологическая борьба со странным стремлением покориться опасности. Умирающий осознает бесплодность борьбы и смиряется с неизбежностью смерти. При этом у него возникает состояние отрешенности, в котором человеком овладевают странные мысли.

Эти мысли строятся в классический образ прожитой жизни. Это объясняется тем, что уход в прошлое как "эмоциональная защита от мыслей о смерти" и умирающий человек, лишенный будущего, концентрирует остаток жизненной энергии на попытках вернуть то, что в прошлом представляло для него особую ценность.

В случаях, если угроза жизни надвигается медленно, например, в случаях постепенного развития болезни, то картины из прошлой жизни не появляются.

Процесс умирания является самостоятельной фазой развития человека с собственной последовательностью событий, определенными поддающимися описанию переживаниями и способами поведения.

Последовательность изменений, происходящих в ходе умирания, может быть нарушена практически на любой из стадий. Кроме того, она может стать короче под влиянием боли и страха. Бывает даже, что достаточно сильный страх на начальной стадии умирания непосредственно приводит к заключительной стадии клинической смерти. Мы недаром говорим "испугался до смерти" или "умер от страха". Такое действительно случается.

Иногда находящиеся на лечении больные убеждены, что скоро умрут. Когда это происходит, считается, что они разрешили себе умереть, сдавшись перед лицом смерти. Человек, а не врач, первым узнает об изменениях собственного состояния. Чем сильнее выражено такое изменение, тем лучше оно осознается человеком,

который в этом случае сначала, образно говоря, как бы беременеет смертью, затем же в срок разрешается ею от бремени.

Фридрих Энгельс писал: “Уже и теперь не считают научной ту физиологию, которая не рассматривает смерть как существенный момент жизни..., которая не понимает, что отрицание жизни по существу содержится в самой жизни, так что жизнь всегда мыслится в соотношении со своим необходимым результатом, заключающимся в ней постоянно в зародыше, - смертью. Диалектическое понимание жизни именно к этому и сводится... Жить значит умирать”.

Говоря иными словами, смерть переформирована в живом. И она ни в коем случае не является мгновенным актом перехода из одного состояния в другое, как это представляют защитники религиозных взглядов, как об этом говорит христианское вероучение.

“Невозможно точно так же определить и момент смерти, - указывал Фридрих Энгельс в своей работе “Развитие социализма от утопии к науке”, - так как физиология доказывает, что смерть есть не внезапный, мгновенный акт, а очень длительный процесс”. Современные научные исследования подтверждают это положение.

Все живое рождается, растет, размножается, затем уходит со сцены, но, умирая, уступает место другим растениям и животным организмам. В этом непоколебимый закон и непоколебимое условие жизни.

#### 4. Смерть, ее биологический смысл

Смерть сложного человеческого организма или организма высокоорганизованного животного как целого наступает после остановки сердца и прекращения дыхания, когда ко всем органам перестает поступать кислород и питательные вещества, которые постоянно переносились с кровью. Обменные процессы между частями и органами тела прекращаются, жизнь из организма в целом исчезает. Вслед за этим начинается разрушение отдельных органов и тканей. Причем не все ткани и органы умирают одновременно, в одних процесс разрушения протекает быстрее, в других медленнее. От момента гибели организма в целом до смерти его составных частей, когда они прекращают свою жизнедеятельность и начинают разрушаться клетки, обязательно проходит некоторое время.

Умирание организма является специфической формой движения живой материи, характерной для данного этапа ее существования. Умирание - переходный период между жизнью и смертью и, как все другие процессы, связанные с жизнью, изучается соответствующей наукой.

Таким образом, смерть является единством прерывности и непрерывности, содержит в себе одновременно и скачок и постепенность.

Согласно учению о терминальных состояниях *процесс умирания проходит ряд стадий*. Начальной стадией умирания считается *преагональное состояние*, характеризующееся выраженными расстройствами кровообращения и дыхания. Длительность этого состояния может быть различной — от нескольких часов до нескольких дней.

Следующая стадия умирания - *терминальная пауза*. Она характеризуется внезапной остановкой дыхания, резким угнетением деятельности сердца, угасанием биоэлектрической активности головного мозга, угасанием роговичных и других рефлексов. Продолжительность терминальной паузы от нескольких секунд до 4 минут.

За терминальной паузой следует *агония* — вспышка борьбы организма за жизнь. Ее может и не быть, или они могут следовать одна за другой. Агония начинается обычно с кратковременных задержек дыхания. Затем наступает ослабление сердечной деятельности и функциональные расстройства различных систем.

Продолжительность агонии может быть различной, что зависит от вида и механизма смерти. Она может быть кратковременной (несколько минут) и продолжительной (несколько часов и дней). В ряде случаев она отсутствует.

После остановки дыхания и кровообращения наступает *стадия "клинической смерти"*, продолжающаяся 4—6 минут. При искусственном или случайном охлаждении тела этот период может увеличиваться до 10 минут. Агония и период так называемой "клинической смерти", которому она предшествует, может быть обратимой, с полным восстановлением функций организма.

Последняя стадия умирания — *биологическая смерть* — это необратимое состояние и восстановить жизненные функции ор-

ганизма человека в этот период невозможно. Их можно лишь искусственно поддерживать. Раньше всего необратимые изменения наступают в коре головного мозга — "смерть мозга". Этот момент, когда нарушается интегрирующая деятельность ЦНС, и следует считать началом биологической смерти.

Биологическая смерть устанавливается *комиссией*, назначаемой главным врачом лечебного учреждения. В ее состав должны входить заведующий реанимационным отделением, невропатолог, врач, производивший реанимацию, и судебно-медицинский эксперт высшей или первой квалификационной категории. Констатация смерти оформляется актом, который подписывают все члены комиссии.

Проблема констатации момента смерти приобрела в последние годы особую важность в связи с развитием *трансплантологии* (науки о пересадке тканей и органов). Известно, что успешная пересадка тканей и органов, взятых из трупа, во многом определяется временем, прошедшим от момента смерти до их забора. Чем меньше это время, тем больше шансов на успех пересадки.

#### 5. Признаки клинической и биологической смерти

Живой организм не погибает одновременно с остановкой дыхания и прекращения сердечной деятельности, поэтому даже после их остановки организм продолжает некоторое время жить. Это время определяется способностью мозга выжить без поступления к нему кислорода, оно длится 4–6 минут, в среднем — 5 минут. Этот период, когда все угасшие жизненно важные процессы организма еще обратимы, называется *клинической смертью*. Клиническая смерть может быть вызвана обильным кровотечением, электротравмой, утоплением, рефлекторной остановкой сердца, острым отравлением и т.д.

##### *Признаки клинической смерти:*

- 1) отсутствие пульса на сонной или бедренной артерии;
- 2) отсутствие дыхания;
- 3) потеря сознания;
- 4) широкие зрачки и отсутствие их реакции на свет.

Поэтому, прежде всего, необходимо определить у больного или пострадавшего наличие кровообращения и дыхания.

Если из 4-х признаков клинической смерти определяется один из первых двух, то нужно немедленно приступить к реанимации. Так как только своевременно начатая реанимация (в течение 3–4 минут после остановки сердца) может вернуть пострадавшего к жизни. Не делают реанимацию только в случае биологической (необратимой) смерти, когда в тканях головного мозга и многих органах происходят необратимые изменения.

##### *Признаки биологической смерти*

- 1) высыхание роговицы;
- 2) феномен «кошачьего зрачка»;
- 3) снижение температуры тела;
- 4) трупные пятна;
- 5) трупное окоченение.

#### 6. Эвтаназия

*Эвтаназия* — это действие, направленное на неизлечимо больного пациента, которое приводит к смерти. Главной ее целью является облегчение невыносимой боли и физических страданий. Проблема эвтаназии до сих пор остро стоит в современном мире, и на сегодняшний день «легкую смерть» узаконили лишь в нескольких странах земного шара.

##### *История легитимизации*

Сегодня страны, где разрешена эвтаназия, можно пересчитать по пальцам одной руки. Но совсем недавно, в довоенный период, это явление активно поддерживалось всеми европейскими государствами. Сама идея эвтаназии не нова. Ее применяли еще во времена Спарты, когда бросали в пропасть «непригодных» младенцев. То же самое можно сказать о чукчах, которые намеренно лишали жизни слабых новорожденных детей, якобы неприспособленных для жизни в суровых условиях северного климата. Перед Второй мировой войной никто не высказывался за и против эвтаназии — она была распространена практически повсеместно. Даже знаменитый на весь мир Зигмунд Фрейд окончил свою жизнь подобным образом. Он страдал от неизлечимого рака нёба и более не желал терпеть невыносимую боль

Значение данного явления было искажено нацистским режимом в Германии, когда Адольфом Гитлером был подписан

секретный указ, гласивший, что «эвтаназии следует подвергнуть все формы жизни, которые ее недостойны». Уже в ближайшие 6 лет в государстве было создано целых шесть специализированных центров, в которых, по некоторым подсчетам, умертвили до 1 млн человек.

Сегодня ажиотаж вокруг «благой смерти» поутих. До сих пор она находится под запретом в большинстве стран мира, а вопрос ее легализации находится лишь на стадии активного обсуждения. Например, эвтаназия в России активно исследуется на базе государственного Института комплексных проблем танатологии и эвтаназии.

### *Типы эвтаназии*

Современная эвтаназия подразделяется на два типа – пассивная, подразумевающая прекращение оказания медицинской помощи; и активная, в ходе которой пациенту даются специализированные средства, вызывающие скорую и безболезненную смерть. Активная медицинская эвтаназия может иметь три формы: без согласия пациента (например, если больной находится в коме), когда вместо него одобряют процедуру близкие родственники или врач; с помощью врача; самостоятельная эвтаназия, при которой пациент сам вводит себе средство или включает аппарат, помогающий ему совершить самоубийство.

### *Эвтаназия и религия*

За и против эвтаназии активно высказываются активные религиозные деятели различных конфессий мира. Некоторые из них категорически не приемлют преднамеренное прекращение жизни, другие, наоборот, всячески этому способствуют. Рассмотрим несколько мнений. Протестантская церковь. Одним из самых обсуждаемых явлений среди протестантов является эвтаназия. Мнения по поводу нее кардинально различаются у представителей разных церквей. Например, Лютеранская немецкая категорически не приемлет этот процесс, называя его самым настоящим убийством. В то же время реформистская община в Нидерландах считает это прогрессивным решением и всячески его поддерживает.

Православная церковь. С точки зрения православных христиан, это самоубийство. Именно так воспринимается

эвтаназия в России, Украине, Беларуси и других странах СНГ. «Для умирающего человека страдания – высшее благо», – говорит протоиерей одной из церквей Московского патриархата. Греко-католическая церковь. Представители этой церкви также считают, что проблема эвтаназии – явление сложное, и рассматривать его с одной стороны глупо. Так, в 1980 году вышла так называемая «Декларация об эвтаназии», которая позволила облегчить страдания тяжело больным людям, даже если в результате это могло привести к летальному исходу.

С другой стороны, многие греко-католики связывают страдания умирающего с болью, которую чувствовал Иисус Христос во время распятия на кресте, а потому полностью отвергают применение эвтаназии. Другие религии. В иудаизме эвтаназия категорически запрещена. В то же время ислам неоднозначно относится к этому явлению. Мусульмане считают, что ускорение прихода смерти – большой грех, однако неизлечимо больной всегда вправе отказаться от неэффективного лечения. Индуисты и сикхи хоть и отрицают эвтаназию, однако среди них существует негласный закон, разрешающий терминальным пациентам самостоятельно покончить жизнь самоубийством. Возрастные ограничения «права на смерть» Из всех стран, где разрешена эвтаназия, только Бельгия, Голландия, Швейцария и Люксембург официально узаконили возможность ее применения относительно детей. В остальных же государствах главным ограничением является несовершеннолетний возраст до 18 лет.

Однако стоит понимать, что, чтобы получить право на эвтаназию, нужно пройти сложный путь. История знает случаи, когда некоторые психически нездоровые люди обращались несколько сотен раз с просьбой о разрешении, но получали отказ. В свою очередь, одна женщина, проживающая в Бельгии, к 51 году все же добилась разрешения на эвтаназию. Она бы могла прожить еще долгую жизнь, однако врачи посчитали, что затяжная депрессия на протяжении 20 лет – серьезный диагноз и повод прекратить моральные страдания пациентки.

### *Где разрешена эвтаназия?*

Сегодня встречаются разные мнения: люди выступают и за, и против эвтаназии. Однако, несмотря на это, ее уже узаконили в

самых развитых государствах нашей планеты. В остальных государствах вопрос находится еще на стадии обсуждения, но в парламенты многих стран уже внесены определенные законопроекты. На сегодняшний день проведение эвтаназии поддерживают: Албания. Бельгия. Люксембург. Нидерланды. Швейцария. Швеция. Люксембург. Германия. Некоторые штаты США. К слову, в США не стали узаконивать эвтаназию на государственном уровне, доверив это сложное решение отдельно правительству каждого из штатов. Так, на сегодняшний день она разрешена в Вермонте, Вашингтоне, Монтане и Орегоне. Япония и Колумбия имеют несколько противоречивые законы относительно эвтаназии. Например, в Колумбии закон был принят еще в конце прошлого столетия, однако так и не был ратифицирован. В Японии, хоть и стоит строгий запрет на процесс, но в то же время существуют 6 критериев, которыми должен руководствоваться врач, предоставляя пациенту возможность умереть на законном уровне. Также существуют страны, которые однажды приняли закон, но потом по каким-то причинам отказались. К таким относится Франция, поддержавшая эвтаназию в 2014 году и полностью отказавшаяся от нее весной 2016 года.

#### *Аргументы «за»*

Эвтаназия человека – проблема морального плана. Люди, поддерживающие это явление, приводят массу аргументов, среди которых можно выделить самые яркие и убедительные:

1. Она позволяет в полной степени реализовать желание человека распоряжаться собственной жизнью на законодательном и этическом уровне.
2. Основной принцип демократии состоит в том, что человек – высшая ценность. Поэтому государство должно делать все, для удовлетворения его потребностей, в том числе желание гражданина окончить свой жизненный путь.
3. Эвтаназия – высшая степень гуманности. Она позволяет прекратить раз и навсегда невыносимые страдания и физическую боль, что есть основой доктрины гуманизма.
4. Государства должны реализовать такое право на законодательном уровне не для всех граждан, а лишь для тех, кто действительно желает облегчить свои мучения.

Также не стоит упускать другую сторону вопроса, которая может легко продемонстрировать, нужна ли эвтаназия. Страны, отказавшиеся от этой процедуры полностью, можно понять. Однако в 40 % случаев клиническая смерть пациента наступает в результате принятых врачом решений об отключении систем жизнеобеспечения, прекращении медикаментозного и другого лечения. Т. е. фактически врачи в таких государствах рискуют не только собственной карьерой, но и свободой. Как видим, эвтаназия – явление сложное, которое обязательно стоит рассматривать с разных сторон, изучая все аспекты проблематики. Только тогда можно добиться единственно положительного результата.

#### *Аргументы «против»*

Среди аргументов «за» и «против» эвтаназии пока что во многих странах лидируют последние. Почему многие отказываются от процедуры? Давайте рассмотрим.

1. Религиозные воззрения – первый тормозящий фактор. Несмотря на различие конфессий в мире, практически все они запрещают нарочное убийство, аргументируя это тем, что «жизнь дал Бог, и ему ею распорядиться».
2. Постоянная борьба со смертельными заболеваниями позволяет медицине не стоять на месте, постоянно развиваться, искать новые лекарства и способы лечения. Введение же эвтаназии может сильно затормозить данный процесс.
3. Возможные проблемы с физически неполноценными людьми, которые являются «обузой» для окружающих. Их дефекты могут послужить поводом к общественному давлению и принуждению к «легкой смерти».
4. Эвтаназия может легко стать одним из методов совершения убийства, а также привести к злоупотреблению служебным положениям, подкупу медперсонала, умышленному нанесению вреда и т. д.
5. Крайне сложно понять, когда пациент действительно желает умереть. Стрессы, затяжная депрессия, общественное давление или угрозы – все это может стать причиной подачи прошения на разрешение процедуры.

6. Полностью исключены случаи чудесного исцеления. Медицина знает сотни случаев, когда обреченный, казалось бы, пациент вдруг вставал на ноги после тяжелой формы рака или возвращался после 20-летней комы: здоровье возвращалось, когда никто уже не питал надежд. С эвтаназией все это исключено.

7. Наконец, стоит сказать, что убиение пациента полностью противоречит клятве Гиппократата, которая гласит, что врач не должен давать смертельного средства и показывать пути достижения смерти. Именно этот момент является тормозящим фактором для принятия решения среди медиков.

Подводим итоги: эвтаназия – убийство? Эвтаназия – определенно, многогранная проблема, которую невозможно рассматривать с одной точки зрения. Именно поэтому ее легализация до сих пор вызывает резонанс, провоцирует массу обсуждений, осуждений и критики.

Осознавая конечность своего земного существования и задаваясь вопросом о смысле жизни, человек начинает вырабатывать собственное отношение к жизни и смерти. И вполне понятно, что тема эта, быть может наиважнейшая для каждого человека, занимает центральное место во всей культуре человечества.

#### *Вопросы для самопроверки*

1. Назовите стадии процесса умирания.
2. Каковы признаки клинической и биологической смерти?
3. Что такое реанимация?
4. Что такое эвтаназия?
5. Какие типы эвтаназии вы знаете?
6. В каких странах разрешена эвтаназия?

## ГЛАВА IX ПРОБЛЕМА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

### ПЛАН

1. Характеристика суицида и суицидального поведения.
2. Теории суицидального поведения.
3. Этапы развития суицидального поведения.
4. Классификация и причины суицида.

#### **1. Характеристика суицида и суицидального поведения**

В последние годы по материалам ВОЗ, суицид как причина смерти вышел на одно из первых мест в мире. Самоубийства у лиц в возрасте до 25 лет составляют примерно 19 % от общего числа

Суицид представляет собой действие, целью которого является смерть. Многие суицидологи придерживаются мнения, что почти все лица, совершающие суицидальные действия имеют двойственное отношение к смерти. В большинстве случаев человек не хочет умирать, то есть не видит ее как цель, но тем не менее желает прекратить воспринимать окружающую обстановку или определенным образом уйти из нее – воспринимает смерть как средство. Целью большинства является не намерение умереть, а сигнал индивида о необходимости таких изменений обстановки, чтобы сделать его жизнь субъективно терпимой.

«Суицидальное поведение является следствием социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемого микросоциального конфликта и подразделяется на внутренние – антивитаальные переживания, пассивные суицидальные мысли, суицидальные замыслы, суицидальные намерения и внешние формы – суицидальная попытка, завершённый суицид».

Суицидальное поведение представляет собой аутоагрессивные действия человека, сознательно и преднамеренно направленные на лишение себя жизни из-за столкновения с неблагоприятными жизненными обстоятельствами. Под термином «суицид» подразумевается умышленное лишение себя жизни, самоубийство. Большинство исследователей отмечают, что самоубийство – деяние сознательное. Таким образом, ситуации, когда смерть причиняется лицом, которое не может отдавать себе

отчета в своих действиях или руководить ими, а также в результате неосторожности субъекта относят не к самоубийствам, а к несчастным случаям.

Были выделены различные типы психологического смысла суицида каждый из которых в большей или меньшей степени не соответствует подразумеваемой конечной цели аутоагрессивных действий. Под самоубийством понимаются два разнопорядковых явления:

1. Индивидуальный поведенческий акт, лишение себя жизни конкретным человеком.

2. Относительно массовое, статистически устойчивое социальное явление, заключающееся в том, что некоторое количество людей добровольно уходит из жизни.

В настоящее время принято рассматривать самоубийство в рамках комплексной проблемы суицидального поведения.

Суицидальное поведение бывает

1. Внутреннее

А) суицидальные мысли, характеризующиеся представлениями, фантазиями на тему своей смерти, но не на тему лишения себя жизни как самопроизвольного действия («хорошо бы умереть», «заснуть и не проснуться» и т. п.).

Б) суицидальные замыслы – это активная форма проявления суицидальности, т. е. тенденция к самоубийству, глубина которой нарастает по мере разработки плана ее реализации. Продумываются способы, время и место самоубийства

В) суицидальные намерения (идеи), присоединение к замыслу решения и волевого компонента, побуждающего к непосредственному переходу во внешнее поведение.

2. Внешнее

а) суицидальные приготовления,

б) суицидальные попытки (покушения)

в) собственно акт суицида.

Установлено, что суицидальные пациенты (имеются в виду лица, совершавшие суицидальные попытки или самоубийства) характеризуются определённым набором психологических характеристик. На основе анализа данных суицидологических

служб выявлено 10 общих черт потенциальных самоубийц. Рассмотрим эти 10 общих черт суицидентов:

1. Общей целью суицида является нахождение решения. Самоубийство не является случайным действием – оно никогда не совершается бесцельно. Суицид представляется выходом из создавшегося положения, способом разрешения жизненной проблемы, затруднения, кризиса или невыносимой ситуации. Для суицидента идея самоубийства приобрела бесспорную логичность и стала несомненным побуждением к действию. Суицид является ответом, представляющим единственно доступным из всех возможных решений, на почти неразрешимые вопросы: «Как мне из всего этого выбраться? Что же мне делать?» Чтобы понять причины суицида, прежде всего, следует знать, какую именно психологическую проблему пытается разрешить самоубийца.

2. Общей задачей суицида является прекращение сознания. Самоубийство легче всего понять как стремление к полному выключению сознания и разрешению острого внутриличностного конфликта, особенно если это выключение рассматривается человеком как очень надёжный вариант выхода из сложной жизненной ситуации. В тот момент, когда мысль о возможности прекращения сознания становится для испытывающего мучения человека единственным ответом или выходом из невыносимой ситуации, тогда добавляется ещё какой-то иницирующий фактор, и начинает реализовываться активный суицидальный сценарий: «Я передал себя в руки смерти» – так человек сообщает нам о своём желании, чтобы всё прекратилось раз и навсегда.

3. Общим стимулом к совершению суицида являются тягостные переживания. Если человек, имеющий суицидальные намерения, стремится к прекращению сознания, то тягостные переживания – это то, чего он пытается избежать. Суицид может быть рассмотрен как специфическая человеческая реакция на невыносимую душевную боль – боль, порождённую внутриличностным конфликтом. Таким образом, если психологу удастся снизить интенсивность переживаний суицидента, то вполне вероятно, что он найдет иные варианты решения проблемы помимо самоубийства и выберет жизнь.

4. Общим стрессором при суициде является фрустрированные психологические потребности. Самоубийство порождается нереализованными или не удовлетворёнными психологическими потребностями. Именно они порождают тягостные переживания и толкают человека на совершение суицидальной попытки. Любая суицидальная попытка отражает ту или иную неудовлетворённую психологическую потребность.

5. Общей суицидальной эмоцией является чувство беспомощности и безнадежности. Для человека, собирающегося закончить жизнь самоубийством, характерно чувство внутренней опустошенности, унылое ощущение, что всё вокруг совершенно безнадежно, а человек беспомощен что-либо изменить.

6. Общим отношением к суициду является амбивалентность. Лица, совершающие самоубийство, испытывают двойственное отношение к жизни и смерти. Они желают умереть, но одновременно хотят, чтобы их спасли. Для самоубийства типично такое поведение: человек совершает суицидальную попытку, а потом обращается за помощью, и оба эти действия являются искренними. Именно амбивалентность даёт основания для психотерапевтического вмешательства.

7. Для суицидентов характерно снижение когнитивных функций. Суицид можно определить как транзитное состояние сужения аффективной и когнитивной сфер: «Единственно возможным выходом была смерть». Вариантом нарушения когнитивных функций является туннельное сознание, заключающееся в резком ограничении выбора вариантов поведения, ранее доступных сознанию данного человека, пока его мышление, в состоянии кризиса, не стало дихотомическим (либо – либо). Оказывая суициденту психологическую помощь, необходимо открыть перед ним будущее и обозначить новые возможности.

8. Общим действием при суициде является бегство (эгрессия). Под эгрессией понимается преднамеренное стремление человека удалиться из зоны бедствия или места, где он пережил несчастье. Самоубийство является предельной формой эгрессии, большей, чем все прочие виды бегства – развод, уход из дома, увольнение с работы, дезертирство из армии.

9. Коммуникация суицидентов направлена на сообщение о своём намерении. Общее коммуникативное действие при самоубийстве – это не проявление вражды, ярости или разрушения и даже не замкнутость или депрессия, а именно сообщение о своём суицидальном намерении. Естественно, эти словесные сообщения и поведенческие проявления часто бывают косвенными, но внимательный человек в состоянии их заметить.

10. Общей закономерностью является соответствие суицидального поведения общему жизненному стилю поведения. Существует связь стиля суицидального поведения и стиля преодоления трудностей. Чтобы оценить индивидуальную устойчивость человека к психотравмирующим факторам, следует обратиться к анамнезу его жизни. Важно выяснить, нет ли у него склонности к сужениям когнитивной сферы, дихотомическому мышлению или устоявшимся моделям бегства и эгрессии, применявшихся в возникающих ранее критических ситуациях. Повторные тенденции к уходу, избеганию или эгрессии являются, пожалуй, одним из самых красноречивых предвестников самоубийства.

Суицидальное поведение не направлено на адаптацию, оно выполняет функцию снятия психологической боли. Неспособность терпеть боль, активное желание ее прекратить – вот одна из важнейших причин суицидального поведения.

## 2. Теории суицидального поведения

В настоящее время значительное количество теорий, чаще всего, объясняет особенности какого-то одного аспекта суицидального поведения. Рассмотрим основные из них:

Генетические теории суицида. В рамках этих теорий обсуждается вопрос о роли наследственного фактора в формировании суицидального поведения. Что представляют собой суицидальные наклонности – генетически закреплённая предрасположенность к определенным формам поведения и отягощённость наследственности в отношении возникновения психических расстройств или использование социального, семейного опыта? Практика показывает, что наличие в семье случаев суицида является одним из факторов риска. Так, Эрнест

Миллер Хемингуэй застрелился из того же ружья, что и его отец, а в начале 1990-х добровольно ушла из жизни его внучка.

Биохимические аспекты суицида. В результате исследований установлено, что у лиц, характеризующихся суицидальными наклонностями, имеется тенденция к изменениям некоторых биохимических показателей. У самоубийц иногда обнаруживается сниженная концентрация 5-гидрокси-индолуксусной кислоты и серотонина в стволе мозга и уменьшение связывания имиπραмина тканью мозга. У лиц, страдающих монополярной депрессией, личностными расстройствами, шизофренией, и предпринимавших суицидальные попытки, бывает снижена концентрация 5-гидроксииндолуксусной кислоты в спинно-мозговой жидкости (СМЖ); есть также данные о том, что у них повышена активность гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы (в частности, повышено выделение кортизола с мочой). Если эти биохимические сдвиги сочетаются с эмоциональным расстройством, то возможен высокий риск самоубийства. Патологические теории суицида. Наиболее часто патологической основой суицида, как это впервые было показано И. П. Павловым, является торможение или угасание одного из ведущих для человека рефлексов – рефлекса цели, что сопровождается потерей интереса к жизни, утратой ее ценности и смысла. В большинстве случаев торможение рефлекса цели бывает кратковременным, редко – продолжительным. Анализ случаев неоконченных суицидов показывает, что совершившие суицидальную попытку нередко раскаиваются в содеянном, просят помощи, лишь иногда вновь предпринимают попытку совершить суицид.

Патопсихологические теории суицида. Часто самоубийцами являются психически больные с расстройствами сознания и мышления. Акт суицида в данном случае объясняется резким нарушением восприятия окружающего мира, неспособностью правильно оценить совершаемые поступки, реальность и степень возникающей при этом опасности. При отсутствии должного медицинского контроля суицид может совершаться в состоянии острого послеоперационного (наркозного) психоза или инфекционного делирия, развивающегося при ряде заболеваний,

сопровождающихся высокой температурой и выраженной интоксикацией организма (грипп, малярия, и др.).

Психоаналитические теории.

А) Теория Зигмунда Фрейда. Создатель теории психоанализа Зигмунд Фрейд анализировал суицид на основании представлений о существовании в человеке двух основных влечений: Эроса – инстинкта жизни и Танатоса – инстинкта смерти. Человек не только хочет жить, быть любимым и продолжить себя в своих детях – бывают периоды или состояния души, когда желанной оказывается смерть.

Б) Теория Карла Меннингера. Американский ученый Карл Меннингер (1893–1990) выделил три основные части суицидального поведения. По его мнению, для того чтобы совершить самоубийство необходимо:

1. Желание умереть. Такие люди склонны подвергать свою жизнь необоснованному риску. Также является распространенным среди больных, считающих смерть единственным лекарством от телесных и душевных мучений.

2. Желание убить: крайняя форма агрессии.

3. Желание быть убитым. Человек не может выдержать укоров совести и страданий из-за нарушения моральных норм, и потому видит искупление вины лишь в прекращении жизни. Таким образом, если у человека возникают сразу все описанные желания, вероятность совершения суицида очень высока

В) Аналитическая теория личности Карла Густава Юнга. Согласно, Карлу Густаву Юнгу (1879–1961), одним из ведущих мотивов являются интрапсихические силы и образы, происхождение которых уходит вглубь истории эволюции. Особый интерес представляет мистически окрашенная концепция К. Г. Юнга, который, касаясь проблемы самоубийства, указывал на бессознательное стремление человека к духовному перерождению, которое может стать причиной суицида.

Г) Индивидуально-психологические аспекты суицида. Альфред Адлер (1870–1937) полагал, что быть человеком означает, прежде всего, – ощущать собственную неполноценность. Чувство неполноценности возникает в раннем детстве и основано на физической и психической беспомощности, усугубляемой

различными дефектами. Для человека экзистенциально важно ощущать общность с другими людьми. Поэтому в течение всей жизни он находится в поиске преодоления комплекса неполноценности, его компенсации или сверхкомпенсации. Однако этот поиск может натолкнуться на значительные препятствия и привести к кризисной ситуации, с которой начинается «бегство» к суициду: утрачивается чувство общности; между человеком и окружающими устанавливается «дистанция», канонизирующая непереносимость трудностей; в сфере эмоций возникает нечто напоминающее «предстартовую лихорадку» с преобладанием аффектов ярости, ненависти и мщения

Д) Психодинамическое направление и эго-психология. Карен Хорни (1885–1952) полагала, что при нарушении взаимоотношений между людьми возникает невротический конфликт, порожденный так называемой базисной тревогой. Кроме тревожности в невротической ситуации человек чувствует одиночество, беспомощность, зависимость и враждебность. Эти признаки могут стать основой суицидального поведения. Враждебность при конфликте актуализируется, как и разрушительные наклонности, направляемые на самих себя.

Е) Экзистенциальные теории суицида. Основоположник логотерапии Виктор Франкл (1905–1998) рассматривал самоубийство в ряду таких понятий, как смысл жизни и свобода человека, а также в связи с психологией смерти и умирания. Человек, которому свойственна осмысленность существования, свободен в отношении способа собственного бытия. Однако при этом в жизни он сталкивается с экзистенциальной ограниченностью на трех уровнях: терпит поражения, страдает и должен умереть. Поэтому задача человека состоит в том, чтобы, осознав ее, перенести неудачи и страдания. Самоубийство лишает человека возможности, пережив страдания, приобрести новый опыт и, следовательно, развиваться дальше. В случае суицида жизнь становится поражением. Самоубийца не боится смерти – он боится жизни, считал Виктор Франкл.

Ж) Феноменологические подходы к изучению суицида. Э. Шнейдман различает две характеристики личности: суицидальность и летальность. Суицидальность означает индивидуальный риск

самоубийства. Летальность связана со степенью опасности человека для себя вообще, его самодеструктивностью. Э. Шнейдман впервые описал признаки, которые свидетельствуют о приближении возможного самоубийства, назвав их «ключами к суициду». Последнее отражено в созданной им оригинальной типологии индивидов, играющих непосредственную, часто сознательную роль в приближении собственной смерти. Она включает:

1. Искателей смерти, намеренно расстающихся с жизнью, сводя возможность спасения к минимуму.

2. Иннициаторов смерти, намеренно приближающих ее (например, тяжелобольные, сознательно лишаящие себя систем жизнеобеспечения).

3. Игроков со смертью, склонных испытывать ситуации, в которых жизнь является ставкой, а возможность выживания отличается очень низкой вероятностью.

4. Одобряющих смерть, то есть тех, кто, не стремясь активно к своему концу, вместе с тем не скрывают своих суицидальных намерений: это характерно, например, для одиноких стариков или эмоционально неустойчивых подростков и юношей в пору кризиса эго-идентичности.

### 3. Этапы развития суицидального поведения

В результате исследований установлено, что суицидальное поведение, как бы быстро оно не разворачивалось, всегда имеет постоянные компоненты своей динамики.

Самоубийству предшествует предсуицид. Он включает в себя две фазы: предрасположенную и собственно суицидальную.

*Предрасположенная* фаза характеризуется исключительно высокой активностью человека по выходу из кризисной ситуации (период поиска «точки опоры»). Но эта активность не сопровождается суицидальными исполнительными действиями. По мере того, как исчерпываются варианты разрешения ситуации, порождается мысль о ее неразрешимости. На этом этапе суицидент остро ощущает невыносимость существования в сложившихся условиях и предположительно констатирует отсутствие желания жить, но мысли о самоубийстве блокируются механизмами защиты. В этих условиях еще сохраняется возможность оказать помощь и поддержку человеку, вывести его из тупика.

Суицидальная фаза предсуицида начинается после дальнейшего углубления дезадаптации суицидента, если до этого он не нашел варианта выхода из кризиса и не получил надлежащей помощи и поддержки. Данная фаза характеризуется тем, что у человека возникают суицидальные мысли, а позднее – и обдумывание способа суицида. На этом этапе, как правило, необходимо вмешательство специалистов. Следует отметить, что суицидальная фаза предсуицида, начало которой связано с появлением суицидальных замыслов, длится вплоть до покушения на свою жизнь.

Суицид – динамический процесс, состоящий из трех этапов:

**I. Этап суицидальных тенденций.** Они являются прямыми или косвенными признаками, свидетельствующими о снижении ценности собственной жизни, утрате ее смысла или нежелании жить. Суицидальные тенденции проявляются в мыслях, намерениях, чувствах или угрозах. На этом этапе осуществляется превенция суицида, то есть его предотвращение на основании признаков суицидальных намерений. Задача массовой профилактики среди населения состоит в повышении психологической культуры.

**II. Этап суицидальных действий.** Он начинается, когда тенденции переходят в конкретные поступки. Под суицидальной попыткой понимается сознательное стремление лишиться себя жизни, которое по не зависящим от человека обстоятельствам (своевременное оказание медицинской помощи) не было доведено до конца. Самоповреждения, впрямую не направленные на самоуничтожение, имеющие характер демонстративных действий (шантаж, членовредительство или самоповреждение, направленное на оказание психологического или морального давления на окружение для получения определенных выгод), носят название парасуицида. Парасуициды обычно не предусматривают смертельного исхода, но могут «переигрываться», приводя к летальному исходу. В это время эффективна психологическая интервенция. Главная задача интервенции – помешать человеку совершить акт суицида, а не в том, чтобы изменять структуру личности или излечить нервно-психическое расстройство. Однако форма поведения человека в это время отражает индивидуальный

подход к самоубийству, что позволяет выделить ряд личностных стилей суицидентов.

1. Импульсивный: внезапное принятие драматических решений при возникновении проблем и стрессовых ситуаций, трудности в словесном выражении эмоциональных переживаний.

2. Компulsiveный: установка во всем достигать совершенства и успеха часто бывает излишне ригидна, и при соотношении целей и желаний с реальной жизненной ситуацией может привести к суициду.

3. Рискующий: балансирование на грани опасности («игра со смертью») является привлекательным и вызывает приятное возбуждение.

4. Регрессивный: снижение (по разным причинам) эффективности механизмов психологической адаптации, эмоциональная сфера характеризуется недостаточной зрелостью, инфантильностью или примитивностью.

5. Зависимый: беспомощность, безнадежность, пассивность, необходимость и постоянный поиск посторонней поддержки.

6. Амбивалентный: наличие одновременного влияния двух побуждений – к жизни и смерти.

7. Отрицающий: преобладание магического мышления, в силу чего отрицаются конечность самоубийства и его необратимые последствия. Отрицание снижает контроль над волевыми побуждениями, что усугубляет риск.

8. Гневный: затрудняются выразить гнев в отношении значимых лиц, что заставляет испытывать неудовлетворенность собой.

9. Обвиняющий: убежденность в том, что в возникающих проблемах непременно есть чья-то или собственная вина.

10. Убегающий: бегство от кризисной ситуации путем самоубийства, стремление избежать или уйти от психотравмирующей ситуации.

11. Бесчувственный: притупление эмоциональных переживаний.

12. Зброшенный: переживание пустоты вокруг, грусти или глубокой скорби.

13. Творческий: восприятие самоубийства как нового и привлекательного способа выхода из неразрешимой ситуации.

Подготовка к суициду. При истинном суициде намерение покончить с собой развивается в течение длительного времени – подготовка к акту суицида может занимать от нескольких дней до нескольких лет. Суицидент долго анализирует причины и возможные последствия самоубийства, рассматривает различные способы и оценивает их эффективность и надёжность, планирует наиболее надёжный сценарий суицидального действия. Непосредственно перед актом самоубийства у суицидента может проявиться так называемое терминальное поведение – человек «приводит дела в порядок»: составляет завещание, просит прощения у старых врагов, делает прощальные подарки друзьям, закрывает счёт в банке, отдаёт долги, проводит в квартире генеральную уборку. Психологически это может означать извинение за причинённые неудобства. Если самоубийство незавершенное, то к общей схеме развития суицидального поведения добавляется еще одна фаза – постсуицид.

**III. Этап постсуицидального кризиса.** Он продолжается от момента совершения суицидальной попытки до полного исчезновения суицидальных тенденций, иногда характеризующихся цикличностью проявления. Этот этап охватывает состояние психического кризиса суицидента, признаки которого (соматические, психические или психопатологические) и их выраженность могут быть различными. На этом этапе осуществляются поственция и вторичная превенция суицидального поведения. Поственция является системой мер, направленных на преодоление психического кризиса и адресованных не только выжившему суициденту, но и его окружению.

#### **4. Классификация и причины суицида**

Суицидальной можно назвать любую внешнюю или внутреннюю активность, направляемую стремлением лишиться себя жизни. По количественным показателям выделяют индивидуальное и массовые самоубийства. Самой распространенной является классификация самоубийств по характеру осуществления. Их разделяют на:

1. Истинный (реальный, рациональный, холодный) суицид. Его целью является лишение себя жизни вследствие потери перспектив, человек действительно не хочет жить и стремится к смерти. Истинный суицид не бывает спонтанным. Такому суициду всегда предшествуют сниженное настроение, депрессивное состояние или просто мысли об уходе из жизни. Причем окружающие, даже самые близкие люди, нередко такого состояния человека не замечают.

2. Демонстративный (демонстративно-шантажный, шантажный, диалогический). Суицид как определенная игра, когда человек до конца уверен в том, что его спасут. Его мотив – не лишение себя жизни, а демонстрация этого намерения. Самоубийство может выступать в виде мести, призыва, избегания (наказания или страдания), самонаказания, отказа от жизни как таковой (существование тяжело и бесперспективно – у одиноких, беспомощных людей). В данном случае человек подсознательно надеется на то, что он выживет, и его поймут. Смертельные исходы в данном случае являются следствием роковых случайностей

3. Суицид как способ уйти от жизненных проблем.

4. Скрытый суицид (косвенное самоубийство). Вид суицидального поведения, не отвечающий его признакам в строгом смысле, но имеющий ту же направленность и результат. Это действия, сопровождающиеся высокой вероятностью летального исхода. Это удел тех, кто понимает, что самоубийство – не самый достойный путь решения проблемы, но другого выхода найти не может. Такие люди выбирают не открытый уход из жизни «по собственному желанию», а так называемое суицидально обусловленное поведение. Это занятия экстремальными видами спорта, профессия, связанная с риском, добровольные поездки в горячие точки, алкогольная или наркотическая зависимость.

Выделяют различные типы самоубийств в зависимости от особенностей контактов индивидуума с его социальной средой обитания:

1. «Анемическое» самоубийство, связанное с кризисными ситуациями в жизни, трагедиями: смерть близкого человека, потеря работоспособности, утрата имущества, несчастная любовь.

2. «Альтруистическое» самоубийство, совершаемое ради блага других людей, общества (чтобы не обременять собой близких, не позорить их в связи с каким-то преступлением или нарушением морали).

3. «Эгоистическое» самоубийство, связанное с каким-либо конфликтом, неприемлемостью социальных требований, определенных норм поведения, не соответствующих интересам. Самоубийство здесь является формой «ухода» от неблагоприятной социальной ситуации.

4. «Фатальное» самоубийство совершается людьми, которые в силу своих личностных особенностей, на определенном этапе жизни не видят дальнейших путей своего развития и воспринимают суицид как естественное завершение своей жизни

5. «Аффективное» самоубийство. Сопровождается дезорганизацией и сужением сознания. Ему подвержены импульсивные люди, с недостатком самоконтроля, оставшиеся в кризисный момент в одиночестве.

6. «Иммунологическое» самоубийство. Свойственно детям, которые переживают проблемы родителей: развод, болезни, потеря работы. Ребёнок понимает, что может быть лишним, что может помешать счастью матери, и, считая, что его уход может помочь ситуации, совершает попытку самоубийства. Некоторые авторы относят иммунологическое самоубийство к детскому варианту альтруистического самоубийства.

7. «Аномическое» самоубийство. Аномия (от франц. anomie – отсутствие закона, организации) – нравственно-психологическое состояние индивидуального и общественного сознания, характеризующееся разложением системы ценностей, обусловленным кризисом общества, противоречием между провозглашенными целями и невозможностью их реализации для большинства.

Существует классификация по цели суицида и мотиву деятельности:

1. Протест, месть. Смысл суицида заключается в отрицательном воздействии на других. Мечь – это крайняя форма протеста, нанесение конкретного ущерба враждебному окружению. Данные формы поведения предполагают наличие высокой

самооценки и самоценности, активную или агрессивную позицию личности с функционированием механизма трансформации гетероагрессии в аутоагрессию.

2. Призыв. Смысл суицидального поведения типа «призыва» состоит в активации помощи извне с целью изменения ситуации. При этом позиция личности менее активна.

3. Избегание (наказания, страдания). При суицидах «избегания» суть конфликта состоит в угрозе личностному или биологическому существованию, которой противостоит высокая самоценность. Смысл суицида заключается в избегании непереносимой личной угрозы путем самоустранения.

4. Самонаказание. В основе внутриличностный протест; интрапсихический конфликт при своеобразном расщеплении «Я» и сосуществовании двух ролей: «Я судьбы» и «Я подсудимого».

5. Отказ. При суицидах «отказа» обнаружить заметное расхождение цели и мотива не удается. Иначе говоря, мотивом является отказ от существования, а целью – лишение себя жизни.

Причины суицида. Причина – это все то, что вызывает и обуславливает суицид. Прежде всего, самоубийства связывают с потерей смысла жизни.

Причин довольно много. Основные из них:

1. Неурядицы в личной жизни.
2. Несчастливая любовь.
3. Тотальные неудачи в общении с противоположным полом.
4. Непонимание окружающими, одиночество.
5. Проблемы на работе.
6. Несправедливость по отношению к себе.
7. Целенаправленная травля (в том числе доведение до самоубийства).
8. Физические издевательства (изнасилования, побои).
9. Финансовые проблемы.
10. Потеря смысла жизни.
11. Потеря интереса к жизни, усталость от жизни.
12. Проблемы со здоровьем (эвтаназия в штате Флорида в США также формально является самоубийством, так как, согласно закону, больной должен вводить препарат себе сам.
13. Самоубийство для сохранения чести (сэппуку).

14. Желание начать жизнь заново (для верующих в реинкарнацию).

15. Нереализованность в жизни (творческая, профессиональная).

16. Ощущение счастья, которое самоубийца считает недостижимым в будущем.

17. Психические расстройства.

18. Приём психоактивных веществ.

19. Религиозный фанатизм (обычно распространённый в тоталитарных сектах), ритуальное самоубийство.

20. Идеологические (политические, неприятие ценностей социума в целом).

21. Военные (самоубийство с целью нанесения урона противнику и/или избежание плена).

22. Вынужденное самоубийство (по приговору суда, под угрозой мучительной смерти или расправы с близкими родственниками).

23. Смерть кого-то из родных или друзей.

24. Подражательное самоубийство (после аналогичных смертей известных личностей или литературных персонажей).

А.А. Султанов (1983), изучая причины суицидального поведения у практически здоровых подростков и юношей, выделил три основные группы факторов:

1. Дезадаптация, связанная с нарушением социализации, когда место молодого человека в социальной структуре не соответствует уровню его притязаний.

2. Конфликты с семьей, чаще всего обусловленные неприятием системы ценностей старшего поколения.

3. Алкоголизация и наркотизация как почва для возникновения суицидальной ситуации и предпосылок для быстрой ее реализации

Seyer, анализируя чувства, стоящие за суицидальными действиями, выделил четыре основные причины самоубийства:

1. Изоляция (чувство, что тебя никто не понимает, тобой никто не интересуется).

2. Беспомощность (ощущение, что ты не можешь контролировать жизнь, все зависит не от тебя).

3. Бездна (когда будущее не предвещает ничего хорошего).

4. Чувство собственной «незначимости» (уязвленное чувство собственного достоинства, низкая самооценка, переживание некомпетентности, стыд за себя). Одной из важнейших причин суицида является депрессия. В состоянии депрессии самоубийство воспринимается как избавление от отчаяния, безнадежности, мучительной неудовлетворенности собой, боли (особенно постоянной), неизлечимого или изолирующего от общества заболевания (злокачественные опухоли, СПИД), безрадостной старости, мрачного и безнадежного будущего.

#### *Вопросы для самопроверки*

1. Что понимается под суицидом?
2. Что включает в себя понятие «суицидальное поведение»?
3. Назовите основные теории суицидального поведения.
4. Каковы основные этапы суицидального поведения?
5. Назовите основные причины суицида.

## **ГЛАВА X ПОНЯТИЕ О ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ КОНСУЛЬТИРОВАНИИ**

### **ПЛАН**

1. Психологическое консультирование как область практической психологии.
2. Основной контингент психолога-консультанта.
3. Отличие психологического консультирования от других видов психологической помощи.
4. Цели и задачи психологического консультирования.
5. Виды психологического консультирования.
6. Условия результативности психологического консультирования.

## **1. Психологическое консультирование как область практической психологии**

Психологическим консультированием называется особая область практической

психологии, связанная с оказанием со стороны специалиста-психолога непосредственной психологической помощи людям, которые нуждаются в ней, в виде советов и рекомендаций. Они даются клиенту на основе личной беседы и предварительного изучения той проблемы, с которой в жизни столкнулся клиент. Чаще всего психологическое консультирование проводится в заранее оговоренные часы, в специально оборудованном для этого помещении, в конфиденциальной обстановке.

Один сеанс психологического консультирования проходит в форме личной беседы психолога с клиентом, длящейся в среднем от нескольких десятков минут до полутора, двух и более часов. В ходе этой беседы клиент рассказывает психологу о себе, о своей проблеме. Психолог, в свою очередь, внимательно выслушивает клиента, стараясь проникнуть в суть его проблемы, разобраться в ней, прояснить ее как для себя, так и для самого клиента. Во время консультации оценивается личность клиента, и с учетом его индивидуальных особенностей клиенту даются научно обоснованные, аргументированные рекомендации по поводу того, как лучше всего практически решить его проблему.

Советы и рекомендации, предлагаемые клиенту психологом-консультантом, в большинстве случаев рассчитаны на то, чтобы, самостоятельно воспользовавшись ими, клиент смог полностью справиться со своей проблемой без помощи со стороны психолога-консультанта. Психологическое консультирование – это сложившаяся практика оказания действенной психологической помощи людям, основанная на убежденности в том, что каждый физически и психически здоровый человек в состоянии справиться почти со всеми возникающими в его жизни психологическими проблемами. Клиент, однако, далеко не всегда определенно и точно знает заранее, в чем состоит суть его проблемы и как ее лучше всего решать, опираясь на собственные силы и возможности. В этом ему и должен оказать помощь профессионально подготовленный

психолог-консультант. Это и есть основная задача психологического консультирования.

Во время консультации психолог обычно применяет специальные приемы и методы работы с клиентом и воздействия на него, рассчитанные на то, чтобы за сравнительно короткий срок (время проведения консультации) найти и точно сформулировать способ практического решения проблемы клиента, причем сделать это таким образом, чтобы данное решение было понятно и доступно для реализации клиенту.

Количество встреч психолога-консультанта с клиентом чаще всего не ограничивается одной-двумя. В большинстве случаев требуется более длительное консультирование, включающее в себя от трех и более встреч с клиентом. Необходимость в таком пролонгированном консультировании возникает в следующих типичных случаях:

1. Проблема клиента настолько сложна, что разобраться в ней за один-два сеанса практически невозможно.
2. У клиента имеется не одна, а несколько разных проблем, решение каждой из которых требует отдельной консультации.
3. Предлагаемое решение проблемы не может быть сразу и полностью самостоятельно реализовано клиентом и требует дополнительной поддержки со стороны консультанта.
4. У психолога-консультанта нет достаточной уверенности в том, что клиент, в силу, например, его индивидуальных особенностей, сразу и без дополнительной помощи справится со своей проблемой. Такое случается, если клиент недостаточно уверен в себе, не может управлять собственными эмоциями и поведением, если уровень его интеллектуального развития недостаточен для того, чтобы в затруднительных ситуациях принять самостоятельное разумное, взвешенное решение.

## **2. Основной контингент психолога-консультанта**

Чаще всего к психологу-консультанту обращаются люди, представляющие собой так называемый средний слой населения и находящиеся по состоянию их физического и психологического здоровья в зоне повышенного риска. Под зоной повышенного риска понимаются жизненные ситуации, оказавшись в которых люди,

склонные к нервным, психическим, а также физическим заболеваниям, действительно рискуют заболеть. Другие, физически и психологически сильные, достаточно здоровые люди выходят из подобных жизненных ситуаций, испытывая лишь чувство усталости или дискомфорта.

Те, кто обращаются в психологическую консультацию, – это обычно не очень хорошо приспособленные к жизни и не слишком занятые на своей работе люди, так как для того, чтобы получить обстоятельную консультацию психолога, необходимо время. Среди тех, кто реально и чаще всего обращается за помощью к психологу-консультанту, немало жизненных неудачников, и именно неудачи вынуждают этих людей, чувствующих себя физически здоровыми, искать помощи со стороны психолога. Среди клиентов психологических консультаций встречается немало людей, имеющих те или иные эмоциональные отклонения, которые в свою очередь являются следствием многократных жизненных разочарований и фрустрации.

Когда же эти и другие люди активно начинают искать помощь у психолога? Это, как правило, происходит не сразу при возникновении у них проблем, а в самые тяжелые периоды их жизни. Человек приходит к психологу-консультанту тогда, когда не знает, как поступить, или когда исчерпаны его возможности самостоятельно справиться со своей проблемой. За консультативной помощью к психологу человек может обратиться тогда, когда находится в состоянии душевного расстройства, когда ему кажется, что с ним или с близкими для него людьми происходит что-то ужасное, чреватое неприятными последствиями.

Что же ищут люди у психолога-консультанта? Зачем они обращаются к нему? На эти вопросы можно ответить следующим образом. Некоторые клиенты в общем знают, как решать свою проблему, и ищут у психолога-консультанта лишь эмоциональной поддержки. Другие не знают, как справиться с проблемой, и идут к психологу за советом. Третьи не вполне уверены в себе или не знают, что конкретно выбрать из имеющихся у них возможностей для решения своей проблемы. Их необходимо убедить и направить их активность в нужное русло. Четвертым – это в большинстве своем одинокие люди – просто надо с кем-то поговорить по душам.

У них обычно нет серьезных психологических проблем, но время от времени они остро нуждаются во внимательном и доброжелательном собеседнике. Среди клиентов психологической консультации встречаются и такие, кого к психологу-консультанту приводит праздное любопытство или желание просто бросить ему вызов. Некоторые искренне хотят узнать, кто такой психолог-консультант и чем он занимается, другие заранее убеждены, что он занимается несерьезным делом, и пытаются это ему доказать, поставив психолога-консультанта в неловкое положение.

Профессиональная позиция психолога-консультанта такова, что он должен принимать всех без исключения клиентов, внимательно, доброжелательно и по-человечески относиться к ним независимо от того, кто они, зачем пришли к нему, как настроены и какие цели преследуют. Это не только связано с необходимостью для профессионального психолога сохранить свой авторитет и лицо, но также с тем, что он так же, как и врач, по нормам своей профессиональной этики обязан оказывать помощь всем, кто к нему обращается и кто в этом нуждается, в том числе и тем, кто во время консультации ведет себя не вполне этично.

### **3. Отличие психологического консультирования от других видов психологической помощи.**

Психологическое консультирование отличается от других видов оказания практической психологической помощи людям следующими основными особенностями. В отличие, например, от индивидуальной и групповой психотерапии оно предполагает относительно кратковременный период и эпизодический характер личных контактов психолога-консультанта с клиентом. Разные виды индивидуальной и групповой психотерапии рассчитаны обычно на более длительный срок непрерывного взаимодействия психолога с клиентом – от нескольких недель до нескольких месяцев и даже лет, при значительно большем общем количестве часов, затрачиваемых на работу с клиентом.

В психотерапии (в отличие от практики психологического консультирования) активную роль в избавлении клиента от психологических проблем играет психолог. Именно он предпринимает активные действия, направленные на решение проблемы клиента, а сам клиент играет в основном пассивную роль,

то есть просто воспринимает воздействия психотерапевта и реагирует на них. В психологическом консультировании дело обстоит иначе: здесь психолог-консультант в основном только дает советы клиенту, а их практическая реализация становится делом самого клиента, активную роль он сохраняет за собой.

В других видах практической психологической работы с клиентами в отличие от консультирования проводимая психотерапевтическая практика предполагает непосредственное личное общение, взаимодействие клиента и психолога, причем даже в то время, когда клиент решает свою проблему. Основная психокоррекционная работа, связанная с практикой психологического консультирования, чаще всего проводится самим клиентом в отсутствие психолога, без прямого или постоянного взаимодействия с ним.

В психологическом консультировании психодиагностика в начале работы с клиентом должна быть сведена к минимуму и в основном должна опираться на результаты непосредственного наблюдения консультанта за поведением клиента, когда консультант общается с ним в психологической консультации. Психодиагностика включает в себя анализ и обобщение данных, непосредственно получаемых от клиента без применения специальных психологических тестов. В психокоррекционной работе психодиагностика играет более заметную роль, проводится обычно в самом начале консультации и на нее отводится гораздо больше времени.

За конечные результаты работы с клиентом психолог-консультант не несет прямой персональной ответственности (консультант не отвечает за то, воспользуется или не воспользуется клиент его советами). Консультант отвечает лишь за правильность своих выводов о сути проблемы клиента и за потенциальную эффективность предлагаемых клиенту практических рекомендаций. В других видах психотерапевтической практики психолог несет личную ответственность за конечные результаты своей работы с клиентом, поскольку сам занимается коррекцией психологии и поведения клиента, сам реализует свои выводы и рекомендации.

Консультант-психолог не обязательно должен владеть приемами и методами психотерапии, за исключением тех, которые

он может применить в самой консультационной практике. Психотерапевт же, занимающийся практической коррекцией, должен профессионально владеть ее методами, так как в их применении и заключается основная часть его работы.

#### **4. Цели и задачи психологического консультирования**

Консультирование как основной вид психологической практики преследует следующие цели:

*1. Оказание оперативной помощи клиенту в решении возникших у него проблем.*

У людей часто возникают такие проблемы, которые требуют срочного вмешательства, неотложного решения, — такие, на решение которых клиент не имеет возможности тратить много времени, сил и средств. Подобные проблемы обычно называют оперативными, и аналогичное название закрепляется за соответствующими решениями. Получение срочной психологической помощи в форме устной консультации при решении оперативных проблем становится незаменимым. Например, у родителя ребенка могут возникнуть такие серьезные осложнения во взаимоотношениях с ним, сохранение которых чревато весьма неблагоприятными последствиями для состояния физического и психического здоровья ребенка. У работника какого-либо учреждения также может появиться серьезная, требующая срочного решения проблема, которую ему, например, предстоит уладить в общении со своим непосредственным руководителем во время короткой встречи, назначенной на один из ближайших дней. Третий пример: в семье у мужа или у жены неожиданно резко могут осложниться отношения с супругой (супругом) или с кем-либо из его (ее) родственников. В силу этого в данной семье может сложиться сложная, чреватая серьезными неблагоприятными последствиями обстановка.

*2. Оказание клиенту помощи в решении тех вопросов, с которыми он вполне бы смог самостоятельно справиться без вмешательства со стороны, без непосредственного и постоянного участия психолога в его делах, т.е. там, где специальные профессиональные психологические знания, как правило, не нужны и необходим лишь общий, житейский, основанный на здравом смысле совет. Такой, к примеру, проблемой может стать*

определение клиентом оптимального для себя режима труда и отдыха, рациональное распределение времени между разными видами деятельности.

3. *Оказание временной помощи клиенту, который на самом деле нуждается в длительном, более или менее постоянном психотерапевтическом воздействии, но в силу тех или иных причин не в состоянии рассчитывать на него в данный момент времени.* В этом случае психологическое консультирование используется в качестве средства оказания текущей, оперативной помощи клиенту, сдерживающей прогрессивное развитие негативных процессов, препятствующей дальнейшему осложнению проблемы, с которой столкнулся клиент. Таким, например, может оказаться весьма неожиданное появление у клиента состояния депрессии.

4. *Когда у клиента уже имеется правильное понимание своей проблемы и он, в принципе, готов сам приступить к ее решению, но кое в чем еще сомневается, не вполне уверен в своей правоте.* Тогда в процессе проведения психологического консультирования клиент, общаясь с психологом-консультантом, получает с его стороны необходимую профессиональную и моральную поддержку, и это придает ему уверенность в себе.

5. *Оказание помощи клиенту в том случае, когда никакой другой возможности, кроме получения консультации, у него нет.* В этом случае, проводя психологическое консультирование, специалист-психолог должен дать понять клиенту, что он на самом деле нуждается в получении более основательной, достаточно длительной психокоррекционной или психотерапевтической помощи.

6. *Когда психологическое консультирование применяется не вместо других способов оказания психологической помощи клиенту, а вместе с ними, в дополнение к ним с расчетом на то, что не только психолог, но и сам клиент займется решением возникшей проблемы.*

7. *В тех случаях, когда готового решения у психолога-консультанта нет, поскольку ситуация выходит за рамки его компетенции, он должен оказать клиенту хотя бы какую-то, пусть даже минимальную и недостаточно эффективную, помощь.*

Во всех этих и других подобных случаях психологическое консультирование решает следующие основные задачи:

1. Уточнение (прояснение) проблемы, с которой столкнулся клиент.

2. Информирование клиента о сути возникшей у него проблемы, о реальной степени ее серьезности. (Проблемное информирование клиента.)

3. Изучение психологом-консультантом личности клиента с целью выяснения того, сможет ли клиент самостоятельно справиться с возникшей у него проблемой.

4. Четкое формулирование советов и рекомендаций клиенту по поводу того, как наилучшим образом решить его проблему.

5. Оказание текущей помощи клиенту в виде дополнительных практических советов, предлагаемых в то время, когда он уже приступил к решению своей проблемы.

6. Обучение клиента тому, как лучше всего предупредить возникновение в будущем аналогичных проблем (задача психопрофилактики).

7. Передача психологом-консультантом клиенту элементарных, жизненно необходимых психологических знаний и умений, освоение и правильное употребление которых возможно самим клиентом без специальной психологической подготовки. (Психолого-просветительское информирование клиента.)

Рассмотрим каждую из названных задач подробнее.

Прояснение проблемы состоит в том, что, внимательно выслушав клиента, некоторое время, понаблюдав за ним, психолог-консультант приходит к определенному выводу относительно того, в чем на самом деле состоит проблема клиента. Иногда его вывод в целом совпадает с мнением клиента, а иногда расходится с ним. В последнем случае психолог-консультант объясняет клиенту, почему он – консультант – пришел именно к данному выводу, отличающемуся от того, о чем первоначально думал сам клиент.

Проблемное информирование клиента как раз в этом и заключается. Проводя такое информирование, психолог-консультант не только аргументированно объясняет клиенту, в чем состоит его проблема, но также поясняет, почему данная проблема возникла и как ее в принципе можно практически решить.

Следующий, логически необходимый и обычно параллельно выполняемый наряду с предыдущим шаг – это психологическое изучение личности клиента. Без такого изучения трудно, во-первых, рассчитывать на полное, глубокое понимание клиентом своей проблемы, во-вторых – на активное личное участие клиента в ее решении. Сделав этот необходимый при консультировании шаг, психолог получает возможность объяснить клиенту его проблему, максимально учитывая при этом индивидуальность клиента.

Далее психолог-консультант с учетом его собственного понимания сути проблемы и индивидуальности клиента формулирует рекомендации клиенту по оптимальному решению проблемы. Такие рекомендации должны быть краткими, простыми и понятными клиенту, а также практически выполнимыми в реальных условиях жизни клиента с должным сознательным контролем с его стороны.

Далеко не всегда клиент сразу же и с расчетом на успех может приступить к реализации советов и рекомендаций, полученных от психолога-консультанта. Нередко из-за собственной неопытности или неумения он совершает ошибки и нуждается в получении оперативной текущей помощи со стороны психолога-консультанта. Тот же, в свою очередь, не должен думать, что он полностью исполнил свой профессиональный долг, если выслушал клиента, прояснил для себя и для него суть проблемы и предложил рекомендации по ее правильному решению. Задача психолога-консультанта состоит также в том, чтобы обеспечить по возможности безошибочное выполнение клиентом полученных им советов и рекомендаций. Не исключается, правда, и то, что клиент не пожелает выполнять полученные от психолога-консультанта рекомендации, и тогда психолог не несет ответственности за конечный практический результат психологического консультирования (если, конечно, клиенту были даны правильные рекомендации).

Многие проблемы психологического характера, с которыми люди сталкиваются в жизни, таковы, что могут возникать повторно, и одноактное их решение не всегда является полной гарантией того, что они еще раз не возникнут в будущем. Поэтому, проводя консультационную работу с клиентом, важно добиваться того,

чтобы повторное возникновение аналогичной проблемы в будущем было сведено к минимуму. В этом, в частности, и заключается одна из задач психопрофилактики. Решая ее, психолог-консультант добивается того, чтобы сам клиент своими собственными действиями мог предупредить и избежать повторного возникновения в его жизни подобной проблемы в будущем.

Для того чтобы клиент был в состоянии самостоятельно решить психопрофилактическую задачу, а также для того, чтобы он был в состоянии оказать самому себе нужную помощь, консультант-психолог иногда добровольно берет на себя профессионально не обязательную для него задачу: передать клиенту элементарные полезные для него психологические знания.

### **5. Виды психологического консультирования**

Поскольку в психологическом консультировании нуждаются разные люди и за помощью они обращаются по различным поводам, психологическое консультирование можно разделить на виды в зависимости от индивидуальных особенностей клиентов и тех проблем, по поводу которых они обращаются в психологическую консультацию.

Прежде всего, выделим так называемое интимно-личностное психологическое консультирование, необходимость в котором возникает довольно часто и у многих людей. К этому виду можно отнести консультирование по таким вопросам, которые глубоко затрагивают человека как личность, вызывают у него сильные переживания, обычно тщательно скрываемые от окружающих людей. Это, например, такие проблемы, как психологические или поведенческие недостатки, от которых человек во что бы то ни стало хотел бы избавиться, проблемы, связанные с его личными взаимоотношениями со значимыми людьми, различные страхи, неудачи, психогенные заболевания, не требующие вмешательства врача, и многое другое. Сюда же может относиться глубокое недовольство человека самим собой, проблемы интимных, например половых, отношений.

Следующий по значимости и частоте встречаемости в жизни вид психологического консультирования – семейное консультирование. К нему можно отнести консультирование по вопросам, возникающим у человека в собственной семье или в

семьях других, близких для него людей. Это, в частности, выбор будущего супруга (супруги), оптимальное построение и регулирование взаимоотношений в семье, предупреждение и разрешение конфликтов во внутрисемейных взаимоотношениях, отношения мужа или жены с родственниками, поведение супругов в момент развода и после него, решение текущих внутрисемейных проблем. К последним относится, например, решение вопросов распределения обязанностей между членами семьи, экономики семьи и ряда других.

Третий вид консультирования – психолого-педагогическое консультирование. К нему можно отнести обсуждение консультантом с клиентом вопросов обучения и воспитания детей, научения чему-либо и повышения педагогической квалификации взрослых людей, педагогического руководства, управления детскими и взрослыми группами и коллективами. К психолого-педагогическому консультированию относятся вопросы совершенствования программ, методов и средств обучения, психологическое обоснование педагогических инноваций и ряд других.

Четвертый из числа наиболее распространенных видов психологического консультирования – деловое консультирование. Оно, в свою очередь, имеет столько разновидностей, сколько существует разнообразных дел и видов деятельности у людей. В целом же деловым называется такое консультирование, которое связано с решением людьми деловых проблем. Сюда, к примеру, можно отнести вопросы выбора профессии, совершенствования и развития у человека способностей, организации его труда, повышения работоспособности, ведения деловых переговоров и т.п.

Каждый из перечисленных видов психологического консультирования в чем-то сходен с другими, например в том, что одинаковые по своей психологической трактовке проблемы могут возникать в разных видах деятельности и в различных ситуациях. Но вместе с тем в каждом из названных видов психологического консультирования есть свои особенности. Обсудим их.

Интимно-личностное консультирование обычно требует закрытых от посторонних лиц и одновременно открытых для общения консультанта и клиента, доверительных отношений между

ними. Такое психологическое консультирование требует создания особой обстановки, так как напоминает исповедь. Этот вид консультирования по самой природе тех проблем, которых он непосредственно касается, не может быть эпизодическим или кратковременным. Он предполагает, во-первых, большую психологическую преднастройку на него как психолога-консультанта, так и самого клиента; во-вторых, длительного и, как правило, нелегкого разговора психолога-консультанта с клиентом; в-третьих, обычно достаточно длительного периода решения возникшей у клиента проблемы. Последнее связано с тем, что большинство проблем интимно-личностного характера сразу не решается.

Семейное консультирование в свою очередь требует знания психологом-консультантом сути семейных проблем, способов их разрешения, желательно – на собственном опыте семейной жизни. Вряд ли семейным консультированием могут успешно заниматься люди, которые не имеют или не имели семьи. Как вполне вероятное можно допустить и обратное: хорошим психологом-консультантом по семейным вопросам вряд ли сможет стать человек, который сам неоднократно пытался создать или сохранить семью, но ему это сделать не удалось. Его личный опыт если и может оказаться в чем-то полезным другим людям, то скорее всего в отрицательном плане. Вместе с тем надо отметить, что в этом и в других подобных случаях собственный опыт необходим для того, чтобы стать хорошим психологом-консультантом. Человек, имеющий отрицательный жизненный опыт семейных взаимоотношений, хорошо мог бы рассказать другим о том, чего следует избегать в семейной жизни, но не о том, что нужно делать для того, чтобы сохранить семью и наладить внутрисемейные взаимоотношения. Однако из этого правила могут быть, наверное, исключения. В психологической практике известно немало случаев, когда психологами-консультантами по семейным вопросам – и неплохими – становились люди, сами неоднократно потерпевшие неудачи в семейной жизни.

Психолого-педагогическое консультирование в свою очередь предполагает наличие у консультанта педагогического образования и опыта обучения и воспитания людей. Неплохими психологами-

консультантами по психолого-педагогическим вопросам обычно становятся, например, бывшие учителя и воспитатели, имеющие опыт педагогической работы и соответствующее образование.

То же самое, что только что было сказано относительно психолого-педагогического консультирования, касается и делового консультирования. Наиболее успешно им могут заниматься люди, которые на собственном опыте хорошо знают ту сферу деятельности, в которой они собираются вести психологическое консультирование.

#### **6. Условия результативности психологического консультирования**

Для того чтобы психологическое консультирование было достаточно успешным, т. е. давало максимально возможные положительные результаты, в процессе проведения консультирования необходимо соблюсти ряд условий.

Условие 1. Человек, обращающийся за помощью к психологу-консультанту, должен иметь реальную, а не вымышленную проблему психологического характера, а также явно выраженное желание как можно скорее ее решить. Выше мы уже говорили о том, что некоторые люди идут на прием к психологу-консультанту не потому, что у них на самом деле есть сложная проблема, которую они во что бы то ни стало хотят решить, а, например, просто из праздного любопытства или с явным намерением что-то доказать психологу-консультанту, то есть намерением, весьма далеким от желания что-либо изменить в самих себе. Психолог-консультант таким людям вряд напрямую сможет чем-то существенно помочь, за исключением, быть может, снижения их амбиций и самоуверенности.

Если же у человека есть реальная проблема, но он ее не вполне осознает и, как следствие этого, не выражает желания от нее избавиться, то такому человеку психолог-консультант сможет помочь лишь в том случае, если в результате беседы с ним у клиента произойдет осознание собственной проблемы и возникнет желание как можно скорее от нее избавиться. Если же клиент достаточно хорошо знает свою проблему, но ничего не хочет менять ни в своей психологии, ни в поведении, то такому человеку

вряд ли чем-либо существенно поможет даже достаточно опытный психолог-консультант.

Условие 2. Консультант-психолог, к которому за практической помощью обратился клиент, должен иметь опыт проведения психологического консультирования и соответствующую профессиональную психологическую подготовку. В связи с этим психологическое консультирование аналогично в некотором роде врачебной практике. От психолога-консультанта, как и от врача, прежде всего требуется не навредить клиенту и сделать все от него зависящее, чтобы консультирование прошло успешно.

Условие 3. По количеству затрачиваемого на него времени психологическое консультирование должно быть достаточно длительным для того, чтобы психолог-консультант смог до конца понять и найти оптимальное решение проблемы, волнующей клиента, а также успешно ее решить вместе с самим клиентом. Здесь также имеется в виду время, необходимое для того, чтобы проконтролировать шаги, направленные на решение проблемы, дать оценку получаемых результатов и довести начатое дело до конца, т.е. получить то, что полностью удовлетворило бы как клиента, так и консультанта-психолога.

Прекращать процесс консультирования можно только по взаимной договоренности психолога и клиента. Если же психологическое консультирование практически прерывается до ранее намеченного срока его окончания, т.е. до получения требуемого результата, то психолог-консультант обязан предупредить об этом клиента, а также сообщить ему о возможных последствиях этого решения.

Условие 4. Клиент должен строго соблюдать полученные от психолога-консультанта рекомендации. В противном случае проблема клиента вряд ли будет решена, и советы консультанта клиенту останутся для последнего лишь благим пожеланием, но не руководством к действию.

Условие 5. Психологическое консультирование должно проводиться в подходящей, благоприятствующей ему обстановке. В большинстве случаев психологическое консультирование должно проводиться в обстановке конфиденциальности, оно должно не

разделять, а сближать между собой психолога-консультанта и клиента, снимать напряженность у клиента, позволять ему быть вполне открытым и откровенным в общении с психологом-консультантом.

#### **Вопросы для самопроверки**

1. Что такое психологическое консультирование?
2. Какие цели преследует психологическое консультирование? Какие задачи оно решает?
3. В чем состоят отличия психологического консультирования от других областей практической психологии?
4. Как организуется, кем и где проводится психологическое консультирование?
5. Кто, когда и по какому поводу чаще всего обращается за помощью к психологу-консультанту?
6. Какие существуют виды психологического консультирования и в чем заключаются их особенности?
7. Каковы основные условия успешного проведения психологического консультирования?

## **ГЛАВА XI ОСНОВНЫЕ ВИДЫ ПСИХОТЕРАПИИ**

### **ПЛАН**

1. Психотерапия и ее основные подходы
2. Классификация психотерапии.
3. Механизмы реализации психотерапии.
4. Структура психотерапии.
5. Методы психотерапии.

#### **1. Психотерапия и ее основные подходы**

Нет ни одного определения психотерапии, которое было бы принято всеми психотерапевтическими школами и терапевтами. В самом общем виде психотерапию можно понимать как психологическое вмешательство, направленное на помощь в

разрешении эмоциональных, поведенческих и межличностных проблем и повышение качества жизни.

Известно как минимум, около 450 видов психотерапии, больше половины из которых используется в работе с детьми и подростками. Единая систематизация столь широкого и продолжающегося расширяться списка практически нереальна. Но так или иначе большинство видов психотерапии соотносимо с основными подходами.

Психодинамический подход берет начало от принципов и методов психоанализа, исходящего из динамического понимания психических явлений "... как проявления борьбы душевных сил, как выражения целенаправленных тенденций, которые работают согласно друг с другом или друг против друга" (З. Фрейд, 1915). Цель психотерапии - понять и разрешить внутренние эмоциональные конфликты, возникшие в наиболее ранних отношениях, определяющие субъективное значение последующего опыта и воспроизводящиеся в последующей жизни.

Терапевтические отношения используются для того, чтобы выявить, объяснить и изменить эти субъективные значения. Отношения "терапевт-пациент" рассматриваются как отражение восходящих к раннему опыту субъективных значений, эмоциональных конфликтов. В ходе терапевтических отношений пациент бессознательно переносит на терапевта сложившиеся в раннем опыте значения и чувства, которые таким образом становятся доступны осознанию. В свою очередь, терапевт может также неосознанно переносить на пациента свои субъективные значения и чувства. Осознавание системы переносов и контрпереносов, возникающих сопротивлений и образует основную ткань психодинамического подхода.

Он представлен различными школами: З. Фрейда, А. Адлера, К.Г. Юнга, К. Хорни, Ж. Лакана и др., а в детской психотерапии - школами А. Фрейда, М. Кляйн, Г. Хак-Хельмут и др. В рамках этого подхода можно рассматривать гештальт-терапию Ф. Перлза, трансактный анализ Э. Берна, психодраму Дж. Морено и др. методы.

Поведенческий (бихевиоральный) подход восходящий к теориям И. П. Павлова и Б. Скиннера, состоит в модификации

поведенческих стереотипов через использование принципов теории научения. Поведенческие и эмоциональные проблемы понимаются как закрепленные в результате поощрения и подкрепления дезадаптивных ответов на средовые раздражители. Задача психотерапии состоит в их ликвидации или модификации. Поведенческий терапевт отвечает на 4 вопроса:

1. Какое поведение является мишенью для изменения и что в наблюдаемом поведении подлежит усилению, ослаблению, поддержке?

2. Какие события поддерживали и поддерживают это поведение?

3. Какие изменения в среде и систематические вмешательства могут изменить это поведение?

4. Как может однажды установившееся поведение быть поддержано и/или распространено на новые ситуации за ограниченное время?

Психотерапия начинается с детального анализа поведения. Цель анализа - получить как можно более подробный сценарий возникновения симптома, описываемый в наблюдаемых и измеряемых понятиях что, когда, где, при каких обстоятельствах, в ответ на что, как часто, как сильно и т. д. Затем вместе с пациентом анализируются запускающие и поддерживающие симптом факторы. Затем составляется и реализуется в совместной и самостоятельной работе детальный пошаговый план действий. Когнитивный подход восходит к работам А. Бэка и опирается на представления о решающей роли мышления, познавательных процессов в происхождении нарушений. Он обращается к скрытым причинам нарушений и к дезадаптивным поведенческим стереотипам. Но фокус внимания этого подхода сосредоточен на схемах мышления. Сбой этих паттернов запускает "негативные познавательные схемы", что принципиально сравнимо с ошибками программирования компьютерных программ.

Цели и задачи психотерапии ориентированы на "перепрограммирование" мышления и когнитивных процессов как механизма возникновения проблем и образования симптомов. Круг методов очень широк - от рациональной психотерапии по П. Дюбуа

до рационально-эмотивной психотерапии А. Эллиса. Когнитивный подход базируется на директивной позиции терапевта.

Гуманитарный (экзистенциально-гуманистический) подход берет начало в гуманистической психологии К. Роджерса, Р. Мэя, А. Маслоу и др. Сущностное ядро этого подхода - в понимании человека как неделимого и принципиально целостного единства тела, психики и духа, а соответственно - в обращении к интегральным переживаниям (счастья, горя, вины, утраты и т. д.), а не к изолированным аспектам, процессам и проявлениям. Категориальный аппарат гуманитарного подхода включает в себя представления о "Я", идентичности, аутентичности, самореализации и самоактуализации, личностном росте, экзистенции, смысле жизни и т. д.

Методический аппарат связан с гуманистически-экзистенциальным переосмыслением жизненного опыта и психотерапевтического процесса. С этим подходом связан широкий круг методов: недирективная клиент-центрированная психотерапия (К. Роджерс), психологическое консультирование (Р. Мэй), биоэнергетика (В. Райх), сенсорное осознание (Ш. Сильвер, Ч. Брукс), структурная интеграция (И. Рольф), психосинтез (Р. Ассаджиоли), логотерапия (В. Франкл), экзистенциальный анализ Р. Мэя и Дж. Бугенталя, и др. Сюда же можно отнести арттерапию, поэтическую терапию, терапию творческим самовыражением (М. Е. Бурно), музыкотерапию (П. Нордофф и К. Роббинс) и др.

Системный подход определяется сфокусированностью на партнерстве, семье, супружестве, группах как самостоятельных организмах, целостных системах со своей историей, внутренними закономерностями и динамикой, этапами развития, ценностными ориентациями и т. д. Терапия исходит из того, что дисфункциональная система отношений определяет дезадаптацию ее участников. Терапевт занимает позицию включенного наблюдателя или играющего тренера.

Интегративный подход становится все более определяющей тенденцией, внутри которой выделяют методический эклектизм, психотерапевтическую полипрагмазию, теоретическую интеграцию. В практической плоскости интеграция направляется принципом «для каждого пациента - своя психотерапия». Смешение

разных факторов и стилей интеграции создает "дикую психотерапию", чреватую, как подчеркивает А. Лазарус (1995), непредсказуемыми эффектами.

## 2. Классификация психотерапии.

По отношению субъекта психотерапии к воздействию:

- аутопсихотерапия;
- гетеропсихотерапия .

По типу психокоррекционного воздействия:

- директивная;
- недирективная.

По количеству пациентов:

- индивидуальная;
- групповая.

По технике применения:

- суггестивная;
- рациональная;
- реконструктивно-личностная;
- аналитическая;
- бихевиоральная;
- когнитивная;
- экзистенциальная.

## 3. Механизмы реализации психотерапии

Цель психотерапии - устранение патологической симптоматики. Она имеет следующие иерархические уровни: психический; неврологический; вегетативный; соматосистемный; соматоорганный.

Выбор форм и методов психотерапии определяется следующими факторами:

- нозологической принадлежностью патологии для выбора этиопатогенетического воздействия;
- определением личностных особенностей пациента;
- относительным преобладанием какого-либо из уровней симптоматики;
- личностной аутоидентификацией психотерапевта;
- концептуально-методологической основой психотерапевтического направления, определяющего характер корригирующего воздействия.

Воздействие на психическом уровне. Основным является информационное воздействие, т. е. передача пациенту новой информации или изменение значения уже существующей. Важным является эмоциональное воздействие, так как при несовпадении когнитивного и эмоционального восприятия информации она может быть заблокирована или извращена. Конечной целью на психическом уровне может являться как нивелировка моносимптомов, так и изменение интегративных характеристик личностного реагирования.

Воздействие на психофизиологическом уровне. Основным является сочетанное психофизиологическое воздействие, как правило, на анализаторном уровне, в том числе с использованием принципа обратной связи. Терапевтическое действие реализуется через рефлекторные, физиологические, поведенческие механизмы.

Воздействие на нейровегетативно-соматическом уровне. Основным является рефлекторно-соматогенное воздействие, как правило, с эмоциональным подкреплением, носящее тренинговый характер. При этом используется физическое воздействие на рефлекторные точки, зоны, части тела, системы (мышечная, дыхательная, сердечно-сосудистая и др.).

## 4. Структура психотерапии.

Под структурой понимается набор формальных характеристик, описывающих психотерапию:

1. Используемый подход (модальность): психодинамический, поведенческий, когнитивный, экзистенциально-гуманистический, системный. Внутри каждого из них есть множество разновидностей. Выделяют также подходы, ориентированные на целостный психотерапевтический процесс (интегральный, холистический, эклектический).

2. Ситуация: амбулаторный прием, дневной стационар, стационар и т. д.

3. Формат: индивидуальная, в паре, семейная, групповая.

4. Длительность сессии: обычно 45-60 мин. В зависимости от возраста ребенка и используемого вида психотерапии длительность сессий может колебаться и быть меньше. С учетом включенности родителей сессии не должны быть короче 30 мин.

5. Частота сессий: зависит от используемого подхода, ситуации, состояния, остроты симптоматики/проблем, возможностей терапевта и колеблется от 4-5 в неделю до одной в месяц.

6. Продолжительность: зависит от используемого подхода, целей, ситуации, индивидуальной динамики, от финансовых возможностей семьи. От краткосрочной (несколько сессий) терапии до открытого срока окончания.

В детско-подростковой психотерапии эти моменты должны быть ясны семье и - в меру психологической и интеллектуальной зрелости - ребенку.

Выделяются 4 этапа:

1. Контакт. Знакомство, выяснение проблем, установление первичного контакта.

2. Контракт. Выработка терапевтом и клиентом взаимоприемлемых целей и задач психотерапии, определение структуры, обеспечение конфиденциальности и определение границ ответственности, в частной практике - определение размеров и способа оплаты.

3. Собственно психотерапия.

4. Завершение и окончание. Определяется достижением поставленных целей и представляет собой осознанный и планомерный процесс фиксации результатов, подведения итогов и изменения границ ответственности клиента и терапевта. В ряде случаев целесообразен этап поддерживающей терапии с урежающимися сессиями и смещением акцентов с психотерапии на психологическое консультирование.

Подготовка психотерапевта включает в себя теоретические курсы базовых и сопутствующих дисциплин, курс индивидуальной терапии, психологический тренинг, практику под супервизорским наблюдением и супервизорское консультирование в течение первых лет самостоятельной работы. Такая подготовка требует 3-5 лет и дает основания для сертификации и лицензирования, повторяющихся каждые 5 лет и требующих для допуска к ним прохождения установленного объема часов усовершенствования.

## 5. Методы психотерапии

Арттерапия сложилась в США и представлена разнообразными подходами, объединяемыми пониманием изобразительной деятельности и изображения как способа коммуникации и послания, работа с которыми и образует уникальную ткань этого вида психотерапии. Она используется представителями почти всех подходов как метод психотерапии, психологического тренинга и лечебной/социальной педагогики. Она помогает установлению и углублению терапевтического контакта; служит одновременно терапевтическим и динамически-диагностическим методом; применима в любых ситуациях и форматах психотерапии; позволяет широко разнообразить средства - от рисования палочкой на песке и простым карандашом до живописи и скульптуры; не имеет противопоказаний и применима при широчайшем круге расстройств. Она создает и углубляет чувство безопасности, позволяя быть открытым без ощущения раскрытости и высказываться без страха и оглядки на социальную цензуру.

Терапевтический эффект обеспечивается сплавом катарсиса, инсайта, десенсибилизации, суггестии, символического отреагирования и совладания, обучения, терапевтического моделирования и, как результат, перестройки отношений и личностного роста. С известной долей условности эффекты арттерапии можно разделить на связанные с:

1. Собственно процессом творчества.

2. Изображением как вынесенными вовне и, таким образом, открытыми внутреннему диалогу переживаниями и т. д.

3. Влияниями арттерапевта - от руководства в выборе темы до фасилитации и интерпретации. При групповом (студийном) проведении арттерапия выступает как безопасный язык и канал коммуникации.

Цели терапии - симптоматическая, патогенетическая, поддерживающая. При работе, например, со страхом как фиксированным симптомом бывает достаточно изображения предмета страха. Но в случае страха как отражения неразрешенного внутреннего конфликта удачнее изображение ребенком себя. При симптоматической арттерапии может быть достаточно прямо

отражающего симптом рисунка. При патогенетической арттерапии, направленной на разрешение внутреннего конфликта, удачнее метафорический рисунок.

Библиотерапия. Использование литературных произведений как инструмента психотерапии. Она может применяться в структуре практически всех подходов к психотерапии, в любых ситуациях и форматах. А. Е. Алексейчик (1985) разделяет ее на неспецифическую (ориентированную на реакции успокоения, удовольствия, уверенности, активности и т. д.) и специфическую (направленную на специфические процессы разрешения конфликта, контроля, эмоциональной переработки и использующую индивидуализированные библиорецепты). Может использоваться, начиная с возраста активного чтения и при наличии у ребенка склонности читать. Ее проведение требует от самого терапевта хорошего знания, как минимум, используемой литературы и умения/склонности обсуждать прочитанное.

Поэтическая терапия. Использование поэзии в психотерапевтических целях. Один из путей ее применения - библиотерапевтический; эффекты при этом усиливаются за счет поэтической лаконичности, содержательной емкости, ритмики и музыки поэзии. Такая работа может начинаться с прапоэзии - собственных звуковых и вербальных ритмов и продолжаться в области поэтического творчества, где важно не качество стихотворения и его соответствие стандартам или идеалам поэзии, а степень экспрессивности, рефлексивности, инсайта, катарсиса в процессе творчества.

Спектр методических приемов очень широк - от "лепетной" поэзии до осознанного творчества, от поэтической суггестии до сложных психодинамических процессов. Поэтическая терапия может использоваться практически в любом возрасте (иногда уже в 3-4 года), без нозологических и синдромальных ограничений, в любых ситуациях и форматах психотерапии, какого бы теоретического подхода она ни придерживалась.

Музыкотерапия. Восходит к опыту древней медицины, Атарведам в Индии, работам Авиценны, Маймонида и др. Эмпирический опыт и множество исследований влияния музыки на организм и психику обосновывают выделение седативной и

тонизирующей музыки, разработки специальных музыкальных рецептов для различных заболеваний и эмоциональных состояний. У детей используется в сочетании с пластическими, ритмическими, танцевальными занятиями. У старших подростков может применяться как самостоятельный вид психотерапии.

Вовлечение в музыкальный диалог моделирует коммуникацию и становится основой для перенесения этого коммуникативного опыта в другие сферы жизни. Метод используется в работе с детьми, практически недоступными ни контакту, ни другим формам психотерапии - детский аутизм, ранняя детская шизофрения, глубокое психическое недоразвитие, грубые нарушения речевого развития, выраженные степени депривационной задержки развития и т. д. и в возрасте, когда другие формы психотерапии еще неприменимы - начиная с 2,5-3 лет. Занятия длительностью от получаса до часа проводятся индивидуально и в малых группах.

Психотерапия творческим самовыражением. По М. Е. Бурно - одна из систем креативно-экспрессивной психотерапии, использующая творческие занятия (дневники, литература, фотография, рисование, любительский театр и т. д.) для укрепления веры в себя, оптимизации коммуникативных установок и возможностей, личностного роста. Применима начиная с подросткового возраста - прежде всего для дефензивных, склонных к рефлексии пациентов.

Биоэнергетика А. Лоуэна, структурная интеграция (рольфинг) И. Рольф, техника Ф. Александера, метод М. Фельденкрайза, телесная динамика (bo-dynamic) и другие методы представляют собой достаточно самостоятельные терапевтические системы, относящиеся к неорайхианству и опирающиеся на базовые идеи и техники Райха. Как целостные и самостоятельные методы в России они практически не используются.

Взрыва техника. Вариант поведенческой психотерапии. Используются воображаемые или реальные события, более сильные, чем это бывает обычно, с целью снизить чувствительность к последним и уменьшить/ликвидировать выученные реакции. В детской практике используется редко, но у подростков может быть эффективна.

Гештальт-терапия. Основатель Ф. Перлз применил теорию гештальта, ранее использованную в изучении восприятия и мотивации, к личности как единству душевных и телесных переживаний и к ее функционированию. Терапевт работает одновременно с вербальным материалом и телесными проявлениями, помогая пациенту осознать их как целостность. Процесс осознания строится так, чтобы помочь организации чувств, поведения и телесных ощущений и восстановить нарушенную в динамике жизненного цикла целостную организмическую активность.

Основная роль терапевта - помочь каждому участнику группы включиться в процесс сознания и оставаться в этом процессе, предполагающим принятие участником ответственности за динамику процесса и его результаты на себя. Гештальт-терапия проводится в основном в групповом формате с фокусом не на групповых отношениях и динамике, а на каждом участнике. Показания включают в себя широкий круг невротических и личностных нарушений. Широко используется в работе с педагогами и представителями помогающих профессий, в работе с детьми и подростками.

Внушение (суггестия). Внушение присутствует в любой психотерапии, побуждая терапевта к осознанию и оценке своих суггестивных способностей и внушаемости пациентов, контролю суггестивных влияний в процессе психотерапии. Внушение наяву. Разделяется на прямое и косвенное. Прямое внушение наяву делается повелительным, не допускающим сомнений, эмоционально насыщенным тоном в виде коротких, понятных пациенту фраз с повторением ключевых слов и выражений, подкрепляемых и усиливаемых невербальными сигналами. У маленьких детей может использоваться механизм импринтинга (запечатления): когда ребенок занят игрой, другим поглощающим его делом, терапевт время от времени, не обращая к нему специально, произносит короткие - из нескольких слов - внушающие фразы, которые могут вызывать короткие ориентировочные реакции, но не прерывают занятия. Этой методикой могут пользоваться обученные терапевтом члены семьи.

Шоковое внушение наяву может использоваться при фиксированных невротических реакциях у подростков. В таких случаях после разъяснительно-убеждающих бесед, комбинирующих в себе приемы рациональной психотерапии с элементами косвенного и мотивированного внушения, следует назначение времени сеанса внушения и ожидание его в течение 1 - 4 нед.; сеанс проводится в группе, включающей уже вылеченных пациентов, родителей, медицинский персонал в особой суггестивной обстановке и заканчивается кратким форсированным и точным внушением. Именно этот метод лежит в основе так называемого кодирования.

Прямое внушение во сне. Для внушения оптимальна фаза поверхностного сна, засыпания - в глубоком сне внушение не воспринимается, в фазе сновидений может вступать в непредсказуемые сочетания с содержанием сновидений. Обученные терапевтом родители могут использовать родительскую суггестию или записанные на пленку тексты, в том числе - на фоне музыки, имеющей значение одновременно музыкотерапии и суггестивного пароля. Прямое внушение более эффективно на начальных этапах невротозов, при невротических реакциях, недлительных функциональных нарушениях, фиксированных психосоматических и поведенческих симптомах. Его эффективность ниже на стадии развернутых невротозов, при наличии личностных изменений, у расторможенных детей.

Косвенное внушение использует обходные пути, снижающие сопротивление пациента. В качестве суггестивного посредника могут выступать родители, игры и игровые ситуации, куклы, лечебные процедуры, медикаменты. Родительское косвенное внушение использует эффекты периферического слуха - дети обычно воспринимают не адресованную им специально информацию значительно лучше, чем прямое обращение.

После собеседования с терапевтом родители в разговоре между собой, но находясь в поле слуха ребенка, используют суггестивные формулы предпочтительно позитивного значения ("Я знаю, что он/она сможет...Я верю, что...") или говорят вещи, которые несут в себе информирующее и убеждающее содержание

(рассказ о ком-то, кто преодолел нечто подобное происходящему с ребенком и т. д.).

Один из путей косвенного внушения - плацебо. Собственно плацебо-эффект достигается назначением индифферентного вещества с информацией об ожидаемом эффекте; усиливающий плацебо-эффект целесообразно использовать для достижения максимального эффекта от минимальной дозы лекарства; направляющий плацебо-эффект заключается в расширении спектра действия реального препарата (например, установка на транквилизатор одновременно и как на снотворное или, наоборот, активирующее средство). Плацебо-эффект обеспечивается также цветом, формой, размером дозы препарата, режимом его приема и т. д.

Рядом специальных экспериментов с двойным слепым контролем установлено наличие и врачебного плацебо-эффекта (позитивной ятрогении).

Самовнушение. Восходит к молитве и медитации, используя многие их технические моменты, а в истории психотерапии - к опыту Е. Куэ и П. Леви во Франции, В. М. Бехтерева и Я. А. Боткина в России. Процедуры самовнушения весьма вариативны, но их использование в психотерапии подчинено общей схеме. Собственно самовнушению предшествует разъяснение/убеждение с элементами прямого и косвенного внушения, затем дается четкая и точная инструкция по процедуре самовнушения (в этих двух шагах совершается также делегирование ответственности пациенту и формулируются критерии реального принятия этой ответственности), затем следует этап исполнения с подкреплениями со стороны терапевта и терапевтически целесообразным развитием формул самовнушения.

По достижении терапевтического эффекта встречи становятся реже, инструкций по прекращению процедуры терапевт не дает, но и не обращается к их исполнению - происходит спонтанное, в индивидуализируемом самим клиентом темпе, угасание процедуры с возможностью при временных рецидивах самостоятельно вернуться к ним. Необходимо помнить, что внимание к нежелательному поведению подкрепляет его, а многие симптомы имеют компенсаторный характер и, таким образом, интегрированы

в личность, в силу чего прямая борьба с ними может подсознательно восприниматься как борьба против себя и вызывать сопротивление. Самовнушение возможно, начиная с 7-8 лет, у достаточно психомоторно стабильных и мотивированных на излечение детей.

Аутогенная тренировка. Предложена Дж. Шульцем в 1932 г. и восходит к буддистским традициям саморегуляции. Наиболее эффективна при функциональных и психосоматических нарушениях. В силу своей структурной сложности, опоры на волевой потенциал и самососредоточение, апелляции к способности проектировать будущее - аутогенная тренировка применима не ранее подросткового возраста и требует специальной подготовки терапевта и наличия у него собственного опыта саморегуляции.

Гипноз. Систематически используется и изучается, начиная с работ Ф. Месмера (70-е гг. XVIII в.); термин предложен в 1843 г. английским хирургом Дж. Брейдом. Природа гипноза остается недостаточно ясной. Целесообразно различать собственно гипноз (как технику, используемую для исследований, внушения, катарсиса и т. д.) и гипнотерапию. Стадии гипноза описаны А. Форелем:

1. сонливость (сомноленция) с чувством расслабленности и легкой дремоты;
2. гипотаксия - глубокое мышечное расслабление с нежеланием выходить из этого состояния;
3. сомнамбулизм - посторонние раздражители (кроме голоса терапевта) игнорируются или не воспринимаются, легкое вызывание каталепсии, возможность внушать сновидения и галлюцинаторные переживания, анестезию, актуализацию латентных способностей, изменение параметров идентичности (возраста, пола) и т. д.; возможны постгипнотические внушения.

Гипнотерапия. Использование гипнотического состояния как собственно лечебного средства. Эффекты гипнотерапии простираются от симптоматического до патогенетического - в зависимости от ставящихся целей и характера проводимой в гипнотическом состоянии работы.

Внушение в гипнозе - один из наиболее часто используемых приемов. Он позволяет обойти актуальные в бодрствующем

состоянии сопротивления и барьеры. Один из приемов внушения в гипнозе - внушенные сновидения, использующие ранее полученный материал и символические образы.

Длительность сеанса зависит от состояния пациента и целей терапии. Частота сеансов колеблется от одного до двух в неделю, но иногда (лечение в стационаре или санатории, другие ограничения времени на проведение лечения) возможны ежедневные сеансы. Продолжительность гипнотерапии колеблется от одного сеанса до десятков и даже сотен. В детско-подростковой практике это обычно 10 сеансов. Осложнения гипнотерапии встречаются тем реже, чем младше ребенок.

Противопоказания:

1. Осложнения гипноза, которые не удается предупредить или купировать.
2. Активная психотическая симптоматика.
3. Декомпенсации психопатий, психопатии с антисоциальными установками.
4. Препсихотические состояния.
5. Выраженное соматическое неблагополучие.
6. Нежелание или страх пациента.
7. Острый, особый, эмоционально насыщенный интерес самого пациента к гипнозу или активная заинтересованность в нем родителей ребенка.

Индивидуальная и групповая гипнотерапия. При выборе надо учитывать потенцирующий эффект группы и установки пациента. Возможны индивидуальные внушения в условиях группы.

Материнская гипнотерапия. Обученная терапевтом мать проводит процедуру гипнотизации. Используется обычно в работе с детьми 4-6 лет и особенно - при наличии напряжения в условиях лечебного учреждения, невозможности достаточно частых визитов к терапевту.

Наркопсихотерапия Изменённое состояние сознания, на фоне которого реализуется суггестия, достигается введением фармакологических препаратов психотропного действия: барбитала, гексенала, тиопентала натрия, закиси азота в среднетерапевтических дозах.

Эмоционально-стрессовая терапия (императивная суггестия). Преодоление барьеров психологической защиты и терапевтическая реализация суггестии осуществляется за счёт одномоментного изменения психофизиологического состояния ЦНС. Суггестия проводится на фоне воздействия предельно-запредельных по силе раздражителей на анализаторы различных модальностей.

Материально-опосредованная суггестия реализуется, когда терапевтическое действие приписывается реальному, но не обладающему таковым действием предмету или явлению (от диагностических процедур, плацебо, до фантастических вымышленных материальных объектов "заряженная вода" )

Гипнокатарсис. Метод предложен Дж. Брейером в конце XIX в. Излечивающий эффект связан с повторным переживанием психотравмы в гипнозе и обеспечиваемым при этом снижением психического напряжения. После погружения в глубокий гипноз пациенту предлагается подробно припомнить и проговорить все связанное с травмой.

Эриксоновский гипноз. Метод разработан Эриксоном (1901-1980) и заключается в особой технике недиригентной гипнотизации, использующей язык образов в системе широкого круга лингвистических, невербальных и режиссерских приемов. Опыт Эриксона послужил одной из основных баз для разработки нейролингвистического программирования.

Дебрифинг (от англ. debrief - отчет о встрече). Метод реагирования на кризисные события, предложенный Дж. Митчелом в 1960-х гг. Процедура дебрифинга осуществляется в первые двое суток после кризисного события (катастрофы, стихийного бедствия, сексуальной агрессии, пребывания заложником и т. д.) и направлена на возвращение пострадавших к дотравматическому уровню и дезактуализации суицидных намерений.

Проводится командой под руководством психолога или специально подготовленного волонтера. В случаях индивидуальной травмы проводится с пережившим травму; в случаях групповых травм - с группой людей, переживших это событие. Работа группы продолжается как минимум 2-3 ч без перерывов.

Фазы дебрифинга:

1. Введение: мотивация участников и установление правил работы, направленных на обеспечение конфиденциальности и безопасности (выражение только своих переживаний, невозможность критиковать других, невозможность записи, недопущение представителей СМИ, запрет обсуждения происходящего в группе за ее пределами и др.).

2. Работа с фактами: все участники в своих высказываниях отвечают на вопросы: "Кто я? Каковы были мои место и роль в событии? Что я видел?" Это дает возможность восстановить более объективную и широкую картину события, выработать общую почву дальнейшего обсуждения.

3. Осмысление: эта фаза посвящена обсуждению первой возникшей в ситуации травмы/кризиса мысли.

4. Работа с реакциями: обсуждение концентрируется на вопросах: "Что я думаю об этом?" и "Что я переживаю в связи с этим?".

5. Работа с симптомами: обсуждаются имеющиеся у участников поведенческие, эмоциональные, физические и интеллектуальные дистрессовые нарушения.

6. Обучение: в центре работы - техники совладания со стрессом, общие вопросы переживания стресса, стрессогенные проблемы семейного и социального/профессионального общения.

7. Повторение: это этап комментариев и вопросов, которые могут поднять новые, еще не обсужденные проблемы кризисного реагирования. В таких случаях проводится новое обсуждение, начиная с 4 фазы.

Игровая психотерапия. Опирается на основные функции детской игры и применяется при психотерапии широкого спектра психических расстройств, нарушений поведения и социальной адаптации у детей. С точки зрения влияния на развитие функции детской игры подразделяют на:

1. Биологические. Начиная с младенчества игра способствует координации движений рук, тела и глаз, предоставляет ребенку кинестетическую стимуляцию и возможность затрачивать энергию и расслабляться.

2. Внутриличностные. Игра способствует развитию способности овладения ситуациями, исследованию окружающей

среды, постижению устройства и возможностей тела, ума и мира. Игра позволяет ребенку посредством символизации и механизма фантазийного "исполнения желаний" отреагировать и разрешать внутриличностные конфликты.

3. Межличностные. Игра - одно из основных средств достижения сепарации/индивидуации от матери или человека, ее заменяющего. У детей с эмоциональными нарушениями тема сепарации является одной из самых болезненных и постоянно воспроизводится в терапевтических сессиях. Кроме того, на более позднем этапе развития ребенка игра служит полигоном для освоения огромного количества социальных навыков - от того, как делиться игрушками, до того, как делиться идеями.

4. Социокультурные. В каждом обществе, на каждом историческом этапе существуют как игры, дающие детям возможность примерять желанные взрослые роли, постепенно расширяя их репертуар, так и игры, которые уменьшают страх смерти. Втакого рода играх дети усваивают идеи, поведение и ценности, ассоциированные в обществе с этими ролями.

Можно выделить 4 подхода к игровой психотерапии: психоаналитический, гуманистический, поведенческий и подход с точки зрения теории развития.

В психоаналитической модели психотерапевт служит как бы переводчиком. Его задача состоит в том, чтобы интерпретировать то, что ребенок привносит в терапевтическую сессию, придавая смысл поведению ребенка и сообщая ему результаты своих интерпретаций в форме, понятной ребенку. Целью при этом является достижения, осознания ребенком бессознательных мотивов собственных действий и внутренних конфликтов. Игра при этом рассматривается и как способ установления контакта с ребенком, и как инструмент диагностики, и как материал для проработки проблем ребенка.

Гуманистический подход подчеркивает роль "токсичности" среды в блокировании врожденной способности человека к самоактуализации. Игровые сессии направлены на создание среды, способствующей самоактуализации ребенка. Это достигается при помощи эмпатического слушания, установления границ приемлемого поведения, предоставления ребенку личностной

информации о терапевте, поддержания постоянного взаимодействия с ребенком. Игра используется и как средство построения теплых отношений с терапевтом, и как источник информации, и как инструмент развития.

Поведенческая теория рассматривает психопатологию прежде всего как результат положительного и отрицательного обусловливания определенных типов поведения и эмоционального реагирования. Целью игровой психотерапии поэтому является обнаружение патологических паттернов и характера их обусловливания. Тогда, изменив систему подкреплений, можно изменить и сами патологические реакции. Игра используется как материал для введения новой системы подкреплений и не рассматривается как обладающая собственными лечебными свойствами.

Контейнирование тревоги. Терапевтический прием, разработанный Л. Ди Каньо, М. Гандионе и П. Массaglia в 1970-1980-х гг. для работы с родителями детей с тяжелыми органическими и угрожающими жизни заболеваниями (выраженные врожденные расстройства, формы глубокого психического недоразвития, опухоли, лейкозы и др.). Вмешательство базируется на психоаналитических предпосылках и направлено на выделение родителями взрослых ролей личности и переход к ним от регрессивных детских ролей, на которые их отбросила болезнь ребенка. Прием ориентирован на работу с родителями детей раннего возраста.

Наводнения техника. Пациент погружается в реальную вызывающую страх ситуацию на достаточно длительное - не менее часа - время. Предполагается, что это стимулирует креативность и вытесняет избегающее страховых ситуаций поведение. В начале лечения находящийся рядом с пациентом терапевт играет поддерживающую и помогающую роль, а затем постепенно "отходит в сторону", подготавливая пациента (или при групповой работе - группу) к самостоятельному выполнению таких упражнений. Метод достаточно трудоемок и выполняем, начиная с 12-13 лет.

Нейролингвистическое программирование (НЛП). В основе модели лежат практически разработанные представления о

сенсорных модальностях, репрезентативных системах и мета-моделях языка, обращенные не к содержанию опыта, а к механизмам его образования и закрепления. Формально НЛП может быть отнесено к когнитивному подходу, но в отличие от него опирается на эпистемологию.

Многие психотерапевты рассматривают НЛП как предельно манипулятивную и потому "опасную" методику. В действительности же НЛП не является методикой, а представляет собой новую методологию, эффективную при построении любых видов психотерапии. НЛП применима в детской психотерапии так же, как и в работе со взрослыми.

Оперантное обусловливание. Когнитивно-бихевиоральный метод, использующий возможности среды для изменения нежелательного поведения. Для стимуляции и закрепления желательного поведения применяется система поощрений (деньги, сладости, игрушки, разрешения).

Методика часто используется в работе с детьми.

Практически это означает, что терапевт вместе с родителями анализирует поведенческие проблемы ребенка и возможные способы подкрепления желательного поведения. После этого родители перестают порицать нежелательное поведение (те его формы, которые вместе с терапевтом избраны как объект работы), замещая их обратными связями в стиле "Я-послания" - "Мне это очень обидно... Я очень испугалась за тебя..." и т. д. Это дает ребенку представление о реальном воздействии его поведения на чувства других людей. Одновременно вводится система поощрений желательного поведения, которая с ребенком не обсуждается - ему в конце "хороших" дней или отрезков времени просто позволяют посмотреть телевизор или читают на ночь или просто могут побыть с ним подольше (важно, чтобы это входило в систему ценностей ребенка) без объявлений - за что это и без лишения поощрения "за что-то". Требуется время на то, чтобы ребенок сам уловил связь "хорошего" поведения с получаемыми поощрениями и начал не "вымогать поведением" эти поощрения, но становится заинтересованным в собственном поведении.

При обращении к оперантному обусловливанию также приходится учитывать культуральные различия между западной культурой, в которой методика разрабатывалась, и культурой российской. Представляется важным строить систему поощрений на основе, прежде всего, личностных и эмоциональных ценностей.

Паравербальная психотерапия. (Е. Хеймлих, 1972). Терапевт строит общение с пациентом через сенсомоторные каналы. Сенсомоторная коммуникация не замещает вербальную, но идет с ней рука об руку. Первичный контакт с ребенком устанавливается через звук, движение и прикосновение - последнее играет решающую роль. Зрительные стимулы и минимальный вербальный контакт выступают как аккомпанемент. Могут использоваться любые средства - невербальные вокализации, рифмирование, знакомые мелодии, мимика, драматизация и разные материалы - краски для рисования пальцами, приспособление для пуска мыльных пузырей, эластичный трос, вода, простые ударные и струнные инструменты. Хотя материалы те же, что и во многих других методах психотерапии, цели здесь иные. Акцент делается на коммуникации и ослаблении дезорганизующих общение элементов. Материал не используется для направленного развития и оценивания умений - невозможно ошибиться, если ребенка просят бить в барабан: он быстро может почувствовать себя компетентным и получать удовольствие.

Необходима атмосфера удовольствия и принятия. Поэтому терапевт тщательно отслеживает реакции ребенка, пытается предупредить ослабление интереса и скуку, гибко меняет манеру своего поведения. Метод используется у дошкольников с неспособностью к общению разного генеза и обычно требует, как минимум, 10-20 сессий.

Позитивная психотерапия. Предложена Н. Пезешкианом в 1970-х гг. Исходит из того, что болезнь содержит в себе не только негативные, но и позитивные аспекты. Нарушения рассматриваются как проявление односторонних форм переработки конфликтов, сложившихся в динамике семейного опыта и культуральных влияний. Эффективна при широком круге расстройств, прежде всего при психосоматических. Удачно сочетает в себе достоинства медицинской и психологической моделей психотерапии. Может

использоваться, начиная с подросткового возраста и в работе с семьей.

Психоаналитическая терапия.

Осуществляется во множестве разных, зависящих от ориентации терапевта/аналитика модификаций. Даже в рамках ортодоксального психоанализа методики могут быть предельно различными - как, например, в работе А. Фрейд и М. Кляйн.

Психодрама. Предложенный Я. Морено в начале XX в. метод групповой психотерапии, базируется на терапевтической драматизации личности и эмоциональных проблем и конфликтов. Группа включает в себя протагониста (пациента, выбирающего отражаемую в драматизации ситуацию), дополнительные Эго (другие члены группы, представляющие кого-то в переживаниях пациента), наблюдателей и директора (ведущий группу профессионал). Основное место занимают монолог, перемена ролей, двойник, множественный двойник, зеркало и др. Психодрама может фокусироваться на различных ситуациях и проблемах, включая галлюцинации. Используется, начиная с подростково-юношеского возраста; до этого используются элементы психодрамы.

Метод когнитивной психотерапии. Используется в структуре терапевтических отношений и направлен на выработку паттернов продуктивного поведения в различных ситуациях. Вначале пациента обучают определять свои проблемы в терминах конкретного поведения, затем - идентифицировать альтернативные способы разрешения проблем и поведения и, наконец, выбирать оптимальный для него способ поведения. Эти этапы прорабатываются под руководством терапевта, обучающего прилагать стратегии поведения к более сложным проблемам. Эффективен при работе с детьми и подростками с поведенческими проблемами.

Рациональная психотерапия (разъясняющая психотерапия, психотерапия убеждением). Предложена П. Дюбуа как альтернатива обращенной к вере терапии внушением. Является предтечей когнитивного подхода. Дюбуа полагал, что причиной неврозов являются неправильные представления, и задачи психотерапии "развивать и укреплять ум больного, научить его правильно смотреть на вещи, умиротворить его чувства, меняя

вызвавшие их умственные представления". Полагая внушение обманом, усиливающим внушаемость - эту "вредную душевную слабость", Дюбуа сосредоточил внимание на логической стороне поведения и переживании, интерпретируя свою психотерапию в терминах доказательства, совета, убеждения и переубеждения, разъяснения, сократовского диалога.

Эффективность рациональной психотерапии значительно зависит от личности терапевта, и владения кругом психотерапевтических техник.

Для пациентов с сильным рассудочно-аналитическим радикалом и алекситимией рациональная психотерапия часто является предпочтительным методом. В детской практике рациональная психотерапия - неотъемлемая часть работы с семьей. Рациональная психотерапия помогает построить когнитивные карты происходящего с ребенком, а родителям найти свое место в терапевтическом процессе и системе помощи ребенку.

Разговорная терапия. Задача терапевта - помочь пациенту вербализовать эмоциональные переживания для устранения патологической симптоматики.

Самоинструктирование. Метод когнитивной психотерапии, предложенный Д. Мейхенбаумом. Задача терапевта - на основе анализа проблем обучить пациента задавать самому себе поведенческие задачи, могущие быть стимулом к направлению своего поведения и руководству им. Такое обучение требует от терапевта достаточно ясного и точного понимания когнитивного аспекта поведения в каждом конкретном случае. Используется в работе со страдающими шизофренией, делинквентными подростками, расторможенными детьми.

Семейная психотерапия. Возникла в 1950-х гг. Возникновение семейной психотерапии связывают с именами А. Майдлфорта (1957) и Н. Аккермана (1958). В настоящее время семейная психотерапия осуществляется в рамках различных теоретических подходов (динамического, поведенческого, когнитивного, экзистенциально-гуманитарного, системного), методически все более сдвигаясь к интегральному подходу. В основе ее лежит представление об определяющей роли семейных отношений и динамики в состоянии ее членов.

Методический аппарат семейной психотерапии включает разные техники:

1. Директивы - указания делать нечто, делать нечто иным путем, не делать нечто. Директивы могут быть прямыми - их выполнение и контроль совершаются преимущественно в русле поведенческого подхода и парадоксальными - рассчитанными на то, что запрет той или иной формы актуального поведения снимает страх перед ним и способствует его реализации.

2. Семейная дискуссия - обсуждение членами семьи проблем семейной жизни, способов разрешения семейных проблем и конфликтов. Терапевт выступает в роли медиатора и включенного наблюдателя, используя активное слушание, повторение, перефразирование, молчание и т. д.

3. Обусловленное/обусловливающее общение - в семейную дискуссию и/или отношения вводится новый элемент (цветовая сигнализация, обмен записками, правила коммуникации), которые замедляют процессы семейной динамики и делают их более легкими для обнаружения.

4. Ролевые игры.

5. Проигрывание ролей друг друга.

6. Скульптура семьи, по В. Сатир, когда члены семьи друг из друга создают "застывшие фигуры", выражающие тот или иной аспект актуальных для семьи отношений.

Выбор стиля - директивного или недирективного, вопросы работы с частью семьи или всей семьей, частоты сессий и длительности курса, ориентации на схемы терапии или семейную динамику и т. д. решаются самим терапевтом.

Систематическая десенсибилизация (десенсибилизация). Предложена Дж. Вольпе и заключается в вытеснении выученных реакций. Предварительно осваивается простая техника релаксации - например, глубокое мышечное расслабление. Терапевт вместе с пациентом составляет список ситуаций, провоцирующих нежелательные эмоции - от самых частых и сильных до самых редких и слабых, а также перечень успокаивающих ситуаций. Проводящийся затем сеанс длится около получаса. Пациент в состоянии релаксации с закрытыми глазами представляет вызывающую самый слабый страх ситуацию и после 30-40-

секундной ее экспозиции - одну из успокаивающих ситуаций. Цикл состоит из 7-8 повторений за сеанс. Если удастся добиться исчезновения страха, пациент сигнализирует об этом терапевту, и тогда терапевт разрешает ему перейти к следующей вызывающей страх ситуации. Если страх сохраняется, терапевт по сигналу пациента об этом останавливает сеанс и вместе с пациентом ищет причину неудачи и более "работающие" детали и оттенки ситуаций, после чего сеанс возобновляется. Метод эффективен с 10-12-летнего возраста.

Скрытая сенситизация. Как своего рода противоположность десенситизации, направленная на ослабление/ликвидацию отдельных видов поведения через воображение их в вызывающем отвращение виде. Так, при психотерапии ожирения воображается обильный стол, за которым пациент начинает поглощать пищу, а затем воображается судорожная безудержная рвота. Используется в терапии фобий, переедания, алкоголизации, курения, коммуникативной тревоги.

Скрытое обусловливание. Как метод когнитивной психотерапии предложена Дж. Каутелой в конце 1960-х гг. В нем последовательности поощрения и порицания выступают как самостоятельные поведенческие события. Их можно использовать применительно к воображаемым событиям так же, как при оперантном обусловливании, а затем и перенести на реальное поведение.

Телесно-ориентированная психотерапия. В. Райх полагал, что индивидуальный характер выражается в характерных картинах мышечной ригидности, блокирующей основные биологические возбуждения (тревога, гнев, сексуальность). Согласно В. Райху мышечный панцирь как телесное выражение психологических блоков организуется в семь основных защитных сегментов (глаз, рта, шеи, груди, диафрагмы, живота и таза). Терапия по Райху состоит в ослаблении и ликвидации мышечного панциря в каждом сегменте с использованием специальных техник (дыхания, контактных методов, выражения эмоций и т. д.).

Терапия реальности. Метод когнитивной психотерапии, разработанный В. Глассером в 1950-х гг. Цель метода - улучшить практическое понимание реальности, стимулировать ее конкретное

осознание и планирование, что должно вести к улучшению адаптации, то есть "опустить на землю" существующие проблемы. В основе метода лежит предположение, что источником личностной идентичности и самопринятия является "делание": развитие ответственности и инициативы приводит к переживанию успеха и эффективности. Терапевт фокусируется не на чувствах, а на поведении - анализе конкретных шагов в конкретных ситуациях, представлениях пациента об успешном поведении, планировании такого поведения.

Терапевтическая игра. Форма психотерапии (Э. Джернберг, 1979), воспроизводящая отношения родителя и младенца. Терапевт в общении с малышом, подобно матери, структурирует поведение, провоцирует, вторгается, воспитывает и так же, как мать, делает все это в очень персональной, телесной, приятной манере. Метод исходит из того, что многие проблемы детей и подростков довербальны. У терапевта - работает он с 6-месячным младенцем или подростком - две главные задачи:

1. Определить, на какой стадии развития, в какой сфере отношений "мать-дитя" и с чьей стороны (матери или ребенка) расстройство проявило себя впервые.

2. Заполнить образовавшуюся пустоту способом, адресованным ребенку на выявленной стадии, но без сверхстимуляции или сверхпрощения.

Лучший способ выявить эту пустоту - совместное наблюдение матери и ребенка. Терапия строится таким образом, чтобы восстановить "правильный" ход ранее нарушенных или прерванных связей и привязанностей. Материнская активность является структурирующей, устанавливая правила, следуя рутине, твердо удерживая, определяя телесные границы ребенка. В ее попытках расширить горизонты ребенка она зовет его желать, тянуться и достигать. Она вторгается, дует на его веки, прижимая его к себе, прыгая с ним, играя в прятки и т. д.

Пути, которыми терапевт приближает свое поведение к поведению идеальной матери, это:

1. Фокусирование исключительно на ребенке.
2. Наступление и демонстрация без извинений и получения его разрешения.

3. Отношение физическое и конкретное больше, чем вербальное и абстрактное.

4. Действие скорее здесь-и-теперь, чем направляемое прошлым.

5. Обращение преимущественно к реальности, а не фантазии.

6. Бодрость и оптимизм, а не подавленность и пессимизм.

7. Использование своего тела и тела ребенка, а не конструкторов, кукол и пр.

8. Реагирование не на хорошо/верно выполненные ребенком задачи, а на его уникальность, жизненность, красоту, любовь.

9. Немедленный отклик на физические повреждения и проблемы.

10. Стремление поддерживать зрительный контакт вне зависимости от согласия/несогласия ребенка.

Может проводиться в индивидуальном, семейном и групповом форматах. Учитывая особенности терапевтической игры, целесообразно создавать специальные группы для ее проведения и иметь в виду, что она создает более высокий риск контрпереноса, чем обычная психотерапия. Реакции различны в зависимости от характера проблем. Дети с обсессивным радикалом - всегда слишком поддерживаемые и ведомые - лучше реагируют на сочетание вторжения и воспитания. Вначале они могут вызывать сопротивление из-за своей необычности и телесности. Но сопротивление это скоро угасает. Так же можно работать с аутичными детьми.

Расторможенные, гиперактивные дети, дети с шизофренической ажитацией нуждаются в структурировании, тогда как вторжение и воспитание могут лишь заострить проблемы. Воспринимают этот вид терапии не все дети и он не используется в работе с недавно перенесшими физическую или психическую травму, социопатическими личностями.

Холдинг-терапия. Разработана М. Вэлш в 1970-х гг. и исходит из понимания ранних детских эмоциональных расстройств как результата нарушенных эмоциональных связей "мать-ребенок". Первоначально метод предназначался для работы с аутичными детьми, но позже сфера его использования расширилась до

поведенческих и фобических расстройств, а также до внедрения в воспитание здоровых детей

Холдинг-терапия проводится ежедневно в моменты, выбираемые матерью в зависимости от состояния ребенка. Ребенку не оставляют времени для избегающих манипуляций, но предупреждают его о том, что произойдет. Например - "Сейчас я буду держать тебя долго-долго - пока ты не почувствуешь, что тебе хорошо". Ребенок удерживается матерью в таком положении, чтобы все время сеанса с ним можно было поддерживать прямой зрительный и тесный телесный контакт, контролировать попытки протеста, уворачиваний и борьбы. Младшим детям лучше при этом не быть во избежание ревности с их стороны.

Сеанс проходит этапы конфронтации, сопротивления и разрешения. Сеанс не должен прерываться и продолжается до достижения ребенком состояния полной релаксации. Если приходится его прервать, то терапия на несколько дней приостанавливается. Сеансы обычно проводятся в домашней обстановке. Начальные этапы требуют присутствия терапевта, корригирующего поведение родителей и поддерживающего их. Позже он участвует в терапии 1-2 раза в месяц. По завершении холдинг-терапии возможен переход к другим формам психотерапии.

При тревожных неврозах холдинг-терапия проводится в более мягкой форме, обычно перед сном и приносит облегчение уже в первые дни. В отличие от аутизма практически отсутствуют этапы конфронтации и сопротивления. Курс длится примерно 68 нед. и заканчивается чаще всего по решению самого ребенка. Считается, что во время мягкого холдинга ребенок вновь обретает закодированное на ранних этапах развития чувство безопасности.

#### *Вопросы для самопроверки*

1. Что такое психотерапия?
2. Назовите основные подходы психотерапии.
3. Какие виды классификаций психотерапии вы знаете?
4. Что понимается под структурой психотерапии?
5. Какие механизмы реализации психотерапии вам известны?
6. От чего зависит частота сессий?

7. От чего зависит продолжительность сессий?
8. Назовите основные методы психотерапии.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Граевская, Н. Д., Долматова Т. И. Спортивная медицина : курс лекций и практические занятия: учебное пособие. Ч. 1,2 - М. : Советский спорт-2004.
2. Карвасарский Б.Д. Психотерапевтическая энциклопедия.- СПб.: Питер Ком, - 2007.
3. Макарова Г. А. Справочник детского спортивного врача. Клинические аспекты. - М. : Советский спорт, - 2008.
4. Малышева, О.О. Психологические характеристики танцевальной деятельности слабовидящих подростков / О.О. Малышева, В.В. Буторин / В сборнике: Совершенствование системы подготовки в танцевальном спорте материалы XVII Всероссийской научно-практической конференции. 2017. С. 39-44.
5. Малышева, О.О. Ценностные установки, обуславливающие формирование эго-идентичности слабовидящих подростков, занимающихся танцами / О.О. Малышева, В.В. Буторин / В сборнике: Рудиковские чтения Материалы XII Международной научно-практической конференции психологов физической культуры и спорта. Министерство спорта РФ, ФГБОУ ВПО "Российский государственный университет физической культуры, спорта, молодёжи и туризма (ГЦОЛИФК)"; Под общей редакцией: Байковского Ю.В., Вошинина А.В.. 2016. С. 237-242.
6. Перре М., Бауман У. Клиническая психология: учебное пособие. - СПб, 2007.
7. Сопов В. Ф. Психические состояния в напряженной профессиональной деятельности: учебное пособие. РГУФК. - М. : Академический Проект, 2005.
8. Хекалов Е. М. Неблагоприятные психические состояния спортсменов, их диагностика и регуляция : учебное пособие. М. : Советский спорт, - 2003.
9. Левашко Е.И. Проблема жизни и смерти в истории философии. -Казань: КГТУ 1999.
10. Лебедев М.А., Кузнецова Ж.В. Смерть в традиционной и современной культуре. // Университетский спорт: здоровье и процветание нации. Материалы VI Международной научной

конференции студентов и молодых ученых. – Малаховка: Московская государственная академия физической культуры, 2016.

11. Моисеев Н. Третьего варианта нам не дано // Социально-политический журнал. 1995. N2.

12. Немов Р.С. Основы психологического консультирования: Учеб. для студ. педвузов. — М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1999

13. “Советский энциклопедический словарь”. Под ред. А. М. Прохорова. - М.: “Советская энциклопедия” 1990.

14. Шигунова Л. Г. Наука об оживлении организма. - М.: “Медицина” - 1972.

ДЛЯ ЗАМЕТОК

Ж.В.КУЗНЕЦОВА

## ПСИХОЛОГИЯ БОЛЕЗНИ И ИНВАЛИДНОСТИ

*Учебное пособие*

*для студентов вузов физической культуры, обучающихся по направлению подготовки бакалавров: 49.03.02 «Физическая культура для лиц с отклонениями в состоянии здоровья (адаптивная физическая культура)»*

Подписано в печать 19.12.2017. Формат 60×84 1/16.

Печать цифровая. Бумага «Performer».

Печ. л. 10,25 п.л. Тираж 100 экз. Заказ 1735.

ФГБОУ ВО «Московская государственная академия физической культуры»,

140032, Моск. обл., пос. Малаховка, Шоссейная, 33.

Тел. (495) 501-5545, факс (495) 501-2236

<http://www.mgafk.ru>; E-mail: [info@mgafk.ru](mailto:info@mgafk.ru)

Отпечатано в Типографии «Библиотон»

143987, г. Железнодорожный Московской обл., ул. Колхозная 2.

Тел. (495)921-3356

МГАФК БИБЛИОТЕКА



0167368