

88
П 44

Отдел хранения
фондов

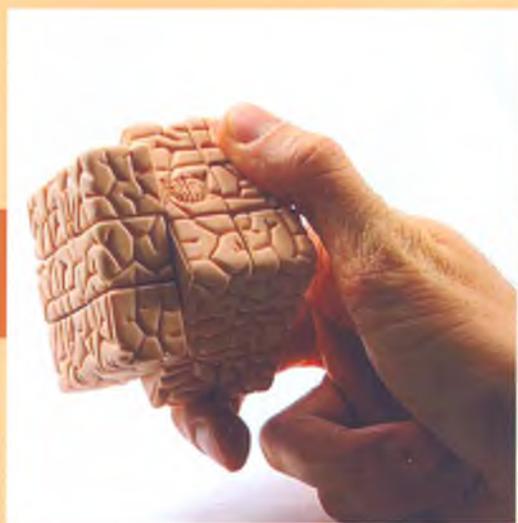


МИНИСТЕРСТВО СПОРТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

СИБИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ И СПОРТА

С. К. ПОДДУБНЫЙ С. Г. КУРТЕВ

ПСИХОЛОГИЯ БОЛЕЗНИ И ИНВАЛИДНОСТИ



Омск
Издательство СибГУФК
2016

МИНИСТЕРСТВО СПОРТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

СИБИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ И СПОРТА

С. К. ПОДДУБНЫЙ

С. Г. КУРТЕВ

ПСИХОЛОГИЯ БОЛЕЗНИ
И ИНВАЛИДНОСТИ

ОМСК 2015

Рецензенты:

доктор психологических наук, профессор Г. Д. Бабушкин;

доктор медицинских наук, профессор А. К. Чернышев

Поддубный С. К. Психология болезни и инвалидности: учебное пособие // С. К. Поддубный, С. Г. Куртев. – Омск: Изд-во СибГУФК, 2015. – 248 с.

Учебное пособие написано в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом направления 49.03.02 «Физическая культура для лиц с отклонениями в состоянии здоровья (Адаптивная физическая культура)». Рассматриваются особенности психики, личности больных людей и инвалидов, закономерностями общения, взаимодействия больных с их родственниками и медицинскими работниками, а также психологические средства воздействия на больных в целях профилактики и лечения заболеваний. На основе изучения и обобщения теоретических и методических данных литературы сформированы основные разделы дисциплины, каждый из которых снабжен вопросами для самоконтроля.

Учебное пособие адресовано студентам при изучении дисциплины «Психология болезни и инвалидности», оно будет полезно для преподавателей высших учебных заведений физической культуры и спорта, тренеров, а также руководителей и специалистов по физической культуре и спорту.

Рекомендовано к изданию
редакционно-издательским советом университета

© ФГБОУ СибГУФК, 2015

СОДЕРЖАНИЕ

Список сокращений.....	6
Предисловие.....	7
ГЛАВА 1. ВВЕДЕНИЕ В ПСИХОЛОГИЮ БОЛЕЗНИ И ИНВАЛИДНОСТИ.....	8
1.1. Теоретические и прикладные задачи психологии болезни и инвалидности.....	8
1.2. Исторические взгляды на психологию больного человека...	10
1.3. Взаимосвязь психологии болезни и инвалидности с другими науками.....	16
1.4. Методы исследований в психологии болезни и инвалидности.....	19
ГЛАВА 2. ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ, БОЛЕЗНЕННО-СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ПЕРЕЖИВАНИЯ.....	23
2.1. Определение понятия здоровье.....	23
2.2. Определение понятия болезнь.....	31
2.3. Внутренняя картина болезни.....	36
2.4. Типы личностной реакции на заболевание.....	41
2.5. Значение изучения внутренней картины болезни.....	53
ГЛАВА 3. ПЕРЕЖИВАНИЯ И ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЕЕ ОСТРОТЫ, ЗАТРАГИВАЕМЫХ ОРГАНОВ И СИСТЕМ, СТЕПЕНИ ИНВАЛИДИЗАЦИИ, УТРАТЫ ЖИЗНИ.....	56
3.1. Психологические особенности больных с различной патологией.....	56
3.2. Психологические особенности больных с онкологической патологией.....	69
3.3. Роль преморбидно-личностных особенностей в формировании внутренней картины болезни.....	71

3.4. Факторы формирования внутренней картины болезни у детей.....	78
3.5. Роль медицинского персонала в формировании внутренней картины болезни.....	109
ГЛАВА 4. МЕХАНИЗМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ И СОВЛАДАНИЯ С БОЛЕЗНЬЮ.....	112
4.1. Психологические защиты: история вопроса, определение, классификация.....	112
4.2. Механизмы психологической защиты и внутренняя картина болезни.....	112
4.3. Особенности психологической защиты у больных. Тревога и страх.....	116
4.4. Отличия механизмов психологической защиты от совладающего поведения (копинг).....	123
4.5. Протективные психологические защиты.....	125
4.6. Дефензивные психологические защиты.....	127
4.7. Копинг-поведение.....	132
ГЛАВА 5. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ТРАВМА И ФОБИИ.....	155
5.1. Понятие о психологической травме.....	155
5.2. Вторичная травма специалиста. Синдром эмоционального выгорания.....	157
5.3. Фобии: причины возникновения и влияние на поведение человека.....	164
ГЛАВА 6. ПРОБЛЕМЫ ЖИЗНИ, СМЕРТИ, СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ.....	176
6.1. Понятие о смерти и танатофобии.....	177
6.2. Суицид.....	192

ГЛАВА 7. ПЕРВИЧНЫЕ НАВЫКИ РАБОТЫ С ПРОБЛЕМОЙ ЛИЧНОСТИ.....	215
7.1. Виды психологической помощи.....	215
7.2. Психологическое консультирование.....	218
7.3. Психологическая коррекция.....	224
7.4. Психотерапия как вид психологической помощи.....	227
БИБЛИОГРАФИЯ.....	234
ТЕЗАУРУС.....	238

Список сокращений

АД – артериальное давление

АТФ – аденозинтрифосфат

ВКБ – внутренняя картина болезни

ВНС – вегетативная нервная система

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ДЦП – детский церебральный паралич

ЖЕЛ – жизненная емкость легких

ЗПР – задержка психического развития

ЛФК – лечебная физкультура

РДА – ранний детский аутизм

СМИ – средства массовой информации

СПИД – синдром приобретенного иммунодефицита

СЭВ – синдром эмоционального выгорания

ФАВ – физиологически активные вещества

ЦНС – центральная нервная система

ЭКГ – электрокардиография

Предисловие

Появление дисциплины психологии болезни и инвалидности в системе подготовки специалистов по физической культуре для лиц с отклонениями в состоянии здоровья свидетельствует об обогащении теории и практики адаптивной физической культуры новыми знаниями и интеграции ее с медицинской психологией.

Важность изучения психологии болезни и инвалидности для специалиста по адаптивной физической культуре трудно переоценить. Понимание того, что каждый пациент по-разному реагирует на собственное заболевание, позволит будущему специалисту дифференцированно осуществлять педагогическое воздействие.

Качество медицинского, социального и семейного окружения существенно сказывается на течении заболевания и на эффективности реабилитации, создавая благоприятную психотерапевтическую среду. Это тем более важно, что специалисты по адаптивной физической культуре все более активно включены в работу лечебно-профилактических учреждений, коррекционных школ, они становятся центральной фигурой в работе с лицами, имеющими отклонения в состоянии здоровья. Знание психологии болезни и инвалидности помимо специальных знаний, дает возможность самопознания, что для будущего специалиста по адаптивной физической культуре важно при реализации себя в профессии.

В основе психологии болезни и инвалидности лежит медицинская психология, которая является одним из ответвлений общей психологии, науки, изучающей нормальные психические процессы и личностные свойства человека.

В конце каждой главы помещены вопросы для самостоятельной работы студентов, которые позволяют освежить в памяти основные положения изучаемого материала, требующие особого внимания.

ГЛАВА 1.

ВВЕДЕНИЕ В ПСИХОЛОГИЮ БОЛЕЗНИ И ИНВАЛИДНОСТИ

Важность изучения психологии болезни и инвалидности для специалиста по адаптивной физической культуре трудно переоценить. Понимание того, что каждый пациент по-разному реагирует на собственное заболевание, позволит будущему специалисту по адаптивной физической культуре дифференцированно осуществлять педагогическое воздействие. Качество медицинского, социального и семейного окружения существенно сказывается на течении заболевания и на эффективности реабилитации, создавая благоприятную психотерапевтическую среду. Это тем более важно, что специалист по адаптивной физической культуре все более активно включены в работу лечебно-профилактических учреждений, коррекционных школ, становится центральной фигурой в работе с лицами, имеющими отклонения в состоянии здоровья и наряду с другими специалистами. Знание психологии болезни и инвалидности помимо специальных знаний, дает возможность самопознания, что для будущего специалиста по адаптивной физической культуре важно при реализации себя в профессии.

1.1. Теоретические и прикладные задачи психологии болезни и инвалидности

Основной целью учебной дисциплины «Психология болезни и инвалидности» является обучение студента комплексу теоретических и методических знаний по вопросам психологии больного, закономерностей и этапов развития внутренней картины болезни, а также формирование навыков самостоятельной работы с проблемной личностью.

Главными задачами обучения является анализ и оценка психологических феноменов, возникающих в результате болезни и инвалидизации личности, овладение знаниями, умениями и навыками в установлении и поддержании продуктивного контакта, как к самим пациентом, так и с его окружением, поддержка и помощь в преодолении острого и хронического стресса, возникшего в результате

заболевания или увечья, изучение влияния биологических, индивидуально-психологических и социально-психологических факторов на формирование внутренней картины болезни, механизмов психологической защиты и совладения. Кроме этого к основным задачам психологии болезни и инвалидности относятся изучение закономерностей общения и взаимодействия больных с их родственниками, медицинскими работниками, а также изучение психологических средств воздействия на больных в целях профилактики и лечения заболеваний. Все это позволяет специалисту эффективно выстраивать тактику реабилитационных мероприятий, более целенаправленно применять средства адаптивной физической культуры в работе с разным контингентом больных.

Необходимые знания, представления и навыки, которыми должны обладать студенты по окончании курса. В результате изучения учебной дисциплины студенты должны:

знать:

- понятие «внутренняя картина болезни» и закономерности ее формирования;
- биологические, индивидуально-психологические и социально-психологические факторы, влияющие на формирование внутренней картины болезни;
- болезненно-специфические переживания больных;
- переживания и внутреннюю картину болезни в зависимости от ее остроты, затрагиваемых органов и систем, степени инвалидизации, утраты жизни;
- механизмы психологической защиты и совладения с болезнью, лежащие в основе реакции личности на болезнь и инвалидность;
- психологическую травму и диссоциацию в истории и переживания болезни;
- особенности реакции личности на умирание;
- особенности психологии больного ребенка;

иметь представление:

- о проблемах суицидального поведения;
- об особенностях внутренней картины болезни при различной патологии;
- о методах изучения внутренней картины болезни;
- о проблемах жизни, смерти и суицидального поведения;

владеть:

- первичными навыками работы с проблемной личностью.

Схема проведения занятий по дисциплине «Психология болезни и инвалидности». «Психология болезни и инвалидности» занимает важное место в свете концепции «психического здоровья». Знания психологии болезни и инвалидности, особенностей работы с проблемной личностью позволяют добиваться значительного эффекта при проведении мероприятий в области адаптивной физической культуры с данной категорией лиц.

Успешное освоение учебной программы основывается на фундаментальных знаниях, полученных студентами в курсе общей и частной патологии, психологии развития, детской патопсихологии, специальной психологии, специальной педагогики, возрастной психопатологии и психологического консультирования. На лекциях излагаются основы психологии болезни и инвалидности, общие закономерности формирования внутренней картины болезни (ВКБ), механизмы психологической защиты и совладения, лежащие в основе реакции личности на болезнь и инвалидность. На практических и семинарских занятиях особое внимание уделяется изучению особенностей работы с проблемной личностью. Перед началом каждого практического занятия проводится оценка исходного уровня знаний студентов с помощью специально подготовленного для этих целей программированного опроса. К семинарским занятиям студенты подготавливают реферативные сообщения по теме занятия. Методами подготовки являются решение ситуационных задач, анализ выписок из историй болезни, ситуационно-ролевые игры, моделирование и отработка навыков работы с проблемной личностью в ходе практических занятий.

1.2. Исторические взгляды на психологию больного человека

Здоровье есть отражение здорового бытия, личного благополучия человека. Проблема соотношения души (психо) и тела (сома) в истории медицины всегда привлекала врачей. Уже Гиппократ показал, что особенности темперамента, эмоционального реагирования человека могут оказывать как положительное, так и отрицательное воздействие на его здоровье.

Античность.

Пифагор (582–500 гг. до н.э.) – древнегреческий мыслитель, религиозный и политический деятель, основатель пифагореизма. Пифагором был сформулирован философский закон о единстве и борьбе противоположностей. В соответствии с этой идеей, здоровье человека сохраняется при равновесии противоположных сил, среди которых назывались пары «влажное и сухое», «теплое и холодное», «горькое и сладкое» и т.п. Превалирование любой из этих категорий над другой приводило, по мнению Пифагора, к болезни. Пифагор, по-видимому, первым в истории медицины обратил внимание не только на больного, но и на здорового человека, считая здоровье гармонией всех элементов человеческого организма.

Гераклит (540–480 гг. до н.э.) – древнегреческий философ-материалист. Гераклит не только утверждал идею единства, нераздельности внешней природы и души, но и впервые в истории психологической мысли произвел ряд важных разграничений: разделил психические и допсихические состояния в организме, переходящие одно в другое.

Демокрит (460–370 гг. до н.э.) – древнегреческий философ-материалист, один из первых представителей атомизма. Демокрит считал, что душа состоит из атомов – огненных, тонких, круглых и гладких. Мышление, хотя и основанное на ощущениях, тем не менее, становилось у него выше всего. Демокрит полагал, что основной фактор сохранения здоровья – рациональный образ жизни: режим, предусматривающий раннее пробуждение, физические упражнения, рациональное сочетание труда и отдыха, физического и умственного труда, невозмутимость, умеренность.

Гиппократ (460–377 гг. до н.э.) – древнегреческий врач и мыслитель. Разработал систему естественнонаучных взглядов на организм и его функции, его устройство и зависимость от факторов внешней среды, образа жизни индивида, условий его существования. С именем Гиппократа и его школы связано учение о четырех видах темперамента. Благодаря Гиппократу проблемы индивидуальных различий впервые стали объектом естественнонаучного анализа.

Аристотель (384–322 гг. до н.э.) – древнегреческий философ, впервые давший «функциональное» определение души: душа есть не

тело, но неотделимая от тела сущность. Это форма, функции, суть и цель живого тела. Автор первого специального произведения о душе, в котором систематизировал имевшиеся в то время взгляды на душу и психические процессы и обосновал свои идеи о трех ступенях души: 1) растительной, 2) животной и 3) разумной (человеческой). В отличие от первых двух разумная душа божественна по происхождению и отделима от тела.

Гален (201 – 129 гг. до н.э.) – выдающийся немецкий врач, один из классиков античной медицины, труды которого оказали большое влияние на ее развитие в Средние века. Один из великих исследователей душевной жизни в ее связях с телесной. В труде «О частях человеческого тела» он описал зависимость жизнедеятельности целостного организма от нервной системы. Он расширил представления о человеке, в том числе о головном мозге, где, как он полагал, производится и хранится высший сорт пневмы как носительницы разума.

Средневековье.

Авиценна (980–1037 гг.) – знаменитый врач и психолог, философ из Средней Азии. Изучал психическую жизнь человека, правильно оценивая взаимоотношения между восприятием, памятью, воображением и мышлением. Он учитывал учение психики на возникновение и протекание болезней. В лечении болезней широко применял психотерапию, в том числе музыкотерапию. Авиценна изучал психические особенности в различные возрастные периоды. Большое место при этом он отводил воспитанию.

Эпоха Возрождения.

Р. Декарт (1596–1650 гг.) – французский философ и естествоиспытатель. Заложил основы детерминистской концепции поведения и интроспективной концепции сознания. Впервые установил понятие о рефлексе. Под влиянием Декарта развивалась вся психология Нового времени, воспринявшая его учение, с одной стороны, о сознании как непосредственном знании души о самой себе, с другой – о рефлексе как закономерном отражении внешних импульсов от мозга к мышцам.

Т. Гоббс (1588–1679 гг.) – английский философ-материалист, он полностью отверг душу как особую сущность. Первым придал ассоциации силу универсального закона психологии. В учении о человеческих способностям придерживался представления об изначальном

природном равенстве людей, проявления которых могут быть разными в зависимости от условий воспитания и активности субъекта.

Б. Спиноза (1638–1677 гг.) – нидерландский философ, материалист, который считал, что человек – целостное, природное существо, у которого душа и тело как атрибуты единой субстанции нераздельны и определяются одними и теми же материальными причинами. Чем активнее человек, тем в большей степени он свободен.

Медико-психологические науки XVIII–XX вв.

Ф. Галль (1758–1828 гг.) – австрийский врач-невроморфолог. Во время жизни Галля была развита френология (душа, ум), и приобрела эта наука большую популярность. Ф. Галль предложил карту головного мозга, согласно которой различные способности размещены в его определенных участках черепа, что позволяет определять несколько развиты у индивида ум, память и т.д.

В. Вундт (1832–1920 гг.) – немецкий психолог, физиолог, философ, выдвинувший в своих трудах 60-х и начала 70-х гг. одну из программ построения психологии как самостоятельной науки. Главным методом изучения психологических процессов была интроспекция: наблюдение субъекта за процессами в своем сознании. Интроспекция понималась как особая процедура, требующая специальной длительной тренировки.

Э. Крепелин (1856–1926 гг.) – немецкий психиатр. Профессор психиатрии в университетах Дерпта. Практикуя причины душевных болезней, чрезмерное значение Э. Крепелин придавал наследственности и конституции, причину и следствие понимал как нечто постоянное и неизменное, не учитывал реактивных особенностей организма, воздействие среды и т.д.

З. Фрейд (1856–1926 гг.) – австрийский врач-психиатр и психоаналитик основатель психоанализа. Развил теорию психосексуального развития индивида, считал, что в формировании характера и его патологии играют переживания раннего детства. Причинами многих неврозов у пациентов Фрейда были различные сексуальные проблемы, поэтому Фрейд обращается к исследованиям сексуальности и ее развития в детстве.

И. М. Сеченов (1829–1905 гг.) – русский физиолог, основоположник рефлекторной теории в физиологии. Открытое им явление

«центрального торможения» использовалось для объяснения произвольного поведения человека. И. М. Сеченов сделал решающий шаг в сближении психологии и физиологии в трактате «Рефлексы головного мозга». Им было доказано, что акты сознательного и бессознательного в жизненных процессах по происхождению являются рефлекторными. Он же предложил внедрить в психологию физиологические методы исследований.

И. П. Павлов (1849–1936 гг.) – физиолог, создатель материалистического учения о высшей нервной деятельности. Основатель крупнейшей физиологической школы, новых подходов и методов физиологии. Ввел в практику хронический эксперимент, позволяющий изучать деятельность практически здорового организма. С помощью разработанного им метода условных рефлексов установил, что в основе психической деятельности лежат материальные физиологические процессы, происходящие в коре головного мозга. Исследования Павлова по физиологии высшей нервной деятельности сыграли большую роль в развитии физиологии, медицины, психологии и педагогики.

В. М. Бехтерев (1857–1927 гг.) – невролог, психиатр и психолог, написал фундаментальные трактаты по анатомии, физиологии и патологии нервной системы. В лечении применял гипноз. Им проведены работы по половому воспитанию, поведению ребенка раннего возраста, социальной психологии. Исследовал личность на основе комплексного изучения мозга физиологическими, анатомическими и психологическими методами.

В. М. Бехтерев – основоположник отечественной экспериментальной психологии, физиологии, морфологии и рефлексологии. Организатор и руководитель Психоневрологического института и Института по изучению мозга и психической деятельности. Ему принадлежит свыше 600 научных работ. Разработал объективные методы изучения нервно-психической деятельности детей. Он описал целый ряд физиологических и патологических рефлексов, расстройств и синдромов.

С. С. Корсаков (1854–1900 гг.) – русский психиатр, основоположник психологической школы. Сторонник идей И. М. Сеченова, Корсаков один из основателей первой в Москве экспериментально-психологической лаборатории (1886 г.), автор классического «Курса

психиатрии». Корсаков описал особый вид патологии психики – нарушения памяти на текущие события, сочетающиеся с конфабуляциями (Корсаковский синдром).

Н. Ф. Лазурский (1874–1917 гг.) – русский врач и психолог. Разработанная им методика естественного эксперимента впервые сближал психологические исследования с непосредственной жизненной ситуацией. Работал над проблемами характерологии и классификации личностей. Он явился одним из пионеров внедрения идей научной психологии в клиническую медицину через клинику психиатрии и заложил теоретические основы клинической персонологии. психологии.

Г. И. Россолимо (1860–1928) принадлежит идея количественной оценки составляющих душевной жизни с целью воссоздания ее индивидуально своеобразного профиля у здоровой или больной личности. Россолимо выделил 5 психических процессов, которые разбивались на пять групп: 1) внимание, 2) воля, 3) восприимчивость, 4) запоминание и 5) ассоциативные процессы. В 1911 году организовал на собственные деньги Институт детской психологии и неврологии. Был основателем и редактором журнала «Невропатология и психиатрия». Он разрабатывал вопросы морфологии нервной системы, уточнил ход проводников в центральной нервной системе, описал патологический стопный сгибательный рефлекс, впоследствии названный его именем. Изобретатель многих медицинских приборов: динамометр, клонограф, мозговой топограф и др.

А. Р. Лурия (1902–1977 гг.) – доктор психологических и медицинских наук, профессор, один из выдающихся российских психологов. Наиболее известен как основоположник нейропсихологии в России. Им разработаны теоретические основы этой науки, предложены и апробированы различные методы исследования психических функций, собран огромный фактический материал по нейропсихологии речи, памяти, восприятия, мышления, внимания, произвольных движений и действий.

Б. В. Зейгарник (1900–1988 гг.) – советский психолог. Провела исследования по проблеме забывания завершенных действий, в котором был экспериментально доказан эффект лучшего запоминания незавершенных действий. Зейгарник впоследствии разрабатывала проблемы патопсихологии и патологии мышления на основе

деятельностного подхода в психологии, явившись одним из основателей патопсихологии как науки.

К. К. Платонов (1906–1984 гг.) – создал концепцию динамической функциональной структуры личности. По К. К. Платонову, структура личности складывается из четырех подструктур: 1) биологически обусловленных особенностей; 2) особенностей отдельных психических процессов; 3) опыта личности; 4) социально-обусловленных качеств. Однако точка зрения К. К. Платонова оспаривается отдельными учеными-психологами.

В. М. Мясищев (1893–1973 гг.) – советский психолог. Ядро личности, по Мясищеву, составляет система ее отношений к внешнему миру и к самому себе, которая формируется под воздействием отражения сознанием человека окружающей действительности, являясь одной из форм этого отражения. К задачам медицинской психологии В. М. Мясищев относил изучение психических факторов заболеваний и разработку вопросов психотерапии, понимаемую как воздействие на психику с лечебной и корригирующей целью.

1.3. Взаимосвязь психологии болезни и инвалидности с другими науками

В основе психологии болезни и инвалидности лежит медицинская психология, которая является одним из ответвлений общей психологии науки, изучающей нормальные психические процессы и личностные свойства человека.

В проблемы и задачи медицинской психологии входит исследование личности пациента в болезни, как соматической, так и психической; изучение психических факторов, влияющих на развитие болезней, их профилактику и лечение; изучение влияния тех или иных болезней на психику; изучение отношений больного человека с окружающей его микросредой.

В психологии различают теоретические направления и ответвления; медицинскую психологию подразделяют на общую и частную. Теоретические направления включают историю, философские основы и методологию предмета. Медицинскую психологию рассматривают как одно из «ответвлений» психологии.

Общая часть медицинской психологии включает изучение основных закономерностей психологии больного человека, учение о личности больных, о психологии медицинских работников, их оптимальных взаимоотношениях, как с пациентом, так и между собой; вопросы этики, деонтологии, а также вопросы психокоррекции и психотерапии.

Частная медицинская психология включает изучение тех же вопросов, но относительно отдельных заболеваний и состояний. Особенно при этом выделяется важность исследования состояния больных на этапе подготовки к хирургическим операциям, психологии больных с дефектами отдельных органов и физиологических систем на различных этапах реабилитации, а также регистрация пограничных психоневрологических нарушений при отдельных заболеваниях.

Задачи медицинской психологии:

- Изучение изменения отдельных психических функций при соматических и психических заболеваниях.
- Исследование типов личности пациентов (включая акцентуации и аномалии), определяющих реакцию пациента на болезнь. Определение и обобщение типов реакции на болезнь.
- Изучение психологии лечебного взаимодействия, в том числе психологии общения с пациентом; медицинской этики и деонтологии.
- Изучение соматопсихических взаимоотношений и психосоматических состояний как существенных при происхождении, течении и терапии болезни.
- Исследование психологического профиля больных при различных заболеваниях.
- Изучение девиантного (отклоняющегося) поведения, во многом определяющего реакции пациента на окружение.
- Исследование возрастной клинической психологии; возраст также во многом определяет психологию больного, возможность возникновения при разных ситуациях психосоматических и невротических состояний.
- Изучение психологии семейных отношений, также имеющих немалое значение при возникновении болезни, влияющих на течение болезни и эффективность терапии.
- Психокоррекция, психотерапия и психологическое консультирование.

Связь медицинской психологии с общей психологией.

Помимо медицинской психологии, от общей психологии ответвляется еще целый ряд отраслей. Провести строгие границы между сферами исследования отдельных отраслей психологии совершенно невозможно.

Медицинская психология связана с науками:

1. Психология труда.
2. Инженерная психология (изучает вопросы, связанные с деятельностью человека, стоящего у пульта управления автоматизированными системами).
3. Психология торговли (в современных условиях, скорее, бизнеса).
4. Социальная психология (психология взаимодействия социальных групп).
5. Педагогическая психология.
6. Юридическая психология (в свою очередь, имеющая ответвления – криминальная психология и др.).
7. Психология искусств (творчества).
8. Военная психология (авиационная, космическая и др.).
9. Спортивная психология.
10. Сравнительная психология (использующая филогенетический подход – в том числе зоопсихологию).
11. Возрастная психология (использующая онтогенетический подход).
12. Психология аномального развития.

Социальная психология включает конфликтологию, а неразрешимый межличностный конфликт (в так называемой «деструктивной» фазе) – прямой путь к возникновению невротических и психосоматических состояний. Такие же последствия, помимо медицинской психологии, изучает психология труда, военная, спортивная психология (вспомните, какой трагедией для человека являются поражение, конец карьеры, невостребованность). Все это, по сути дела, касается и психологии искусств. И, несмотря на кажущуюся большую «низменность» занятий, касается и психологии бизнеса (может быть, в наше неустойчивое время – в большей степени). Частые невротические заболевания детей, вызванные той же неустойчивостью, ситуацией насилия

в семьях и рядом других причин, обуславливают переплетение интересов медицинской и педагогической психологии. Наконец, криминальная психология, как и медицинская (как и педагогическая), изучает лиц с так называемым девиантным (отклоняющимся) поведением, например со злоупотреблением психоактивными веществами (так называемым «аддитивным» поведением), с асоциальным расстройством личности и др.

1.4. Методы исследований в психологии болезни и инвалидности

Любая наука является полноценной в том случае, если ее методический арсенал соответствует задачам, которые ей приходится решать. Для психологии болезни и инвалидности важнейшая задача – изучение влияния биологических, индивидуально-психологических и социально-психологических факторов на формирование внутренней картины болезни, механизмов психологической защиты и совладения. Ответы на самые разнообразные частные вопросы, возникающие по ходу такого изучения, дают методы исследования. Необходимо указать, что каждый из них имеет свои достоинства и недостатки, но комплексное их использование широко используется в психологии болезни и инвалидности.

Психология болезни и инвалидности относится к гуманитарным дисциплинам, поэтому применяемые ею методы исследования в большинстве случаев используют качественные характеристики изучаемых объектов. С. Л. Рубинштейн в «Основах общей психологии» в качестве главных психологических методов выделил наблюдение и эксперимент. Наблюдение подразделялось на «внешнее» и «внутреннее» (самонаблюдение), эксперимент – на лабораторный, естественный, психолого-педагогический, физиологический эксперимент в его основной модификации (метод условных рефлексов). Кроме того, он выделил приемы изучения продуктов деятельности, беседу и анкету.

Наблюдением называется целенаправленное, организованное восприятие и регистрация поведения объекта. Наблюдение наряду с самонаблюдением является старейшим психологическим методом. Предметом наблюдения могут являться различные особенности вербального и невербального поведения. Различают несистематическое

и систематическое наблюдение. Систематическое наблюдение проводится по определенному плану. Исследователь выделяет регистрируемые особенности поведения и классифицирует условия внешней среды. Несистематическое наблюдение проводится в ходе полевого исследования. Для исследователя, проводящего несистематическое наблюдение, важны не фиксация причинных зависимостей и строгое описание явления, а создание некоторой обобщенной картины поведения индивида либо группы в определенных условиях. Различают также сплошное и выборочное наблюдение. В первом случае исследователь фиксирует все особенности поведения, доступные для максимально подробного наблюдения. Во втором случае он обращает внимание лишь на определенные параметры поведения или типы поведенческих актов, например, фиксирует только частоту проявления агрессии либо время взаимодействия матери и ребенка в течение дня и т. д.

Беседа – специфичный для психологии метод исследования человеческого поведения, так как в других естественных науках коммуникация между субъектом и объектом исследования невозможна. Беседа включается как дополнительный метод в структуру эксперимента на первом этапе, когда исследователь собирает первичную информацию об испытуемом, дает ему инструкцию, мотивирует и на последнем этапе – в форме постэкспериментального интервью.

При использовании анкетирования необходимо учитывать, что информация, получаемая с помощью анкеты, является декларативной и не может считаться надежной и достоверной даже при полной искренности испытуемого. На содержание высказываний испытуемого влияют неосознаваемая мотивация и установки. Поэтому метод анкетирования чаще используется в психологическом исследовании как дополнительный, в частности при проведении социально-психологических исследований.

Анализ продуктов деятельности или архивный метод характеризуется тем, что при этом не наблюдается актуальное поведение испытуемого, а анализируются дневниковые записи и заметки, архивные материалы, продукты трудовой, учебной или творческой деятельности. Анализ продуктов деятельности предоставляет важный материал для клинических психологов: при определенных заболеваниях

(шизофрении, маниакально-депрессивном психозе). При этом у пациентов резко изменяется характер продуктивности, что проявляется в особенностях текстов, рисунков, поделок.

Проективный метод является методом промежуточным по своему статусу между психологическим измерением и анализом продуктов деятельности. Испытуемому дается инструкция выполнить определенное задание: нарисовать картину, составить рассказ по рисунку, дополнить предложение. Экспериментатор управляет его действиями, т.е. ведет беседу, предъявляет задания в определенной последовательности и т.д. Но, в отличие от традиционного тестирования, акцент переносится на процедуру анализа и интерпретации продуктов деятельности испытуемых.

Психологический эксперимент – это совместная деятельность испытуемого и экспериментатора, которая организуется экспериментатором и направлена на исследование особенностей психики испытуемых. Для контроля влияния личности испытуемого и эффектов общения на результаты эксперимента предлагается ряд специальных методических приемов: метод плацебо вслепую (подбираются идентичные контрольная и экспериментальная группы, экспериментальная процедура проводится в обоих случаях, сам экспериментатор не знает, какая группа не получает воздействия, а какая подвергается реальному манипулированию), метод обмана (целенаправленное введение испытуемых в заблуждение), метод скрытого эксперимента (испытуемый полностью подконтролен другому лицу и является объектом манипуляций, испытуемому не надо давать ложную информацию о целях исследования, так как он уже обманом вовлечен в исследование), метод независимого измерения зависимых параметров (эксперимент проводится с испытуемым по обычному плану, но эффект воздействия измеряется не в ходе эксперимента, а вне его, например, при контроле результатов учебной или трудовой деятельности бывшего испытуемого), контроль восприятия испытуемым ситуации (применяется схема постэкспериментального интервью).

Используются также психогенетическое исследование (установление относительного вклада условий среды и наследственности в индивидуальные психологические различия), метод психологических измерений (применяются различные системы шкал), психологическое

тестирование, моделирование, психологическая характеристика и вспомогательные методы (математические, графические, биохимические, генетические, сравнительный и др.). Каждый из этих методов в свою очередь подразделяется на ряд других.

Вопросы и задания для самоконтроля

1. Какие явления изучает психология болезни и инвалидности?
2. Укажите основные задачи объектов психологии болезни и инвалидности.
3. Что является предметом и объектом психологии болезни и инвалидности?
4. Расскажите, как протекало становление медицинской психологии.
5. Расскажите о взаимосвязи психологии болезни и инвалидности с другими науками.
6. Дайте классификацию методов психологического исследования.
7. В чем особенности методов исследования в психологии болезни и инвалидности?
8. Охарактеризуйте экспериментальный метод в психологии болезни и инвалидности.

ГЛАВА 2.

ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ, БОЛЕЗНЕННО-СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ПЕРЕЖИВАНИЯ

2.1 Определение понятия здоровье

Здоровье – состояние любого живого организма, при котором он в целом и все его органы способны полностью выполнять свои функции; отсутствие недуга, болезни. Здоровье человека является качественной характеристикой, складывающейся из набора количественных параметров: антропометрических (рост, вес, объем грудной клетки, геометрическая форма органов и тканей); физических (частота пульса, артериальное давление, температура тела); биохимических (содержание химических элементов в организме, эритроцитов, лейкоцитов, гормонов и пр.); биологических (состав кишечной флоры, наличие вирусных и инфекционных болезней) и др.

Для состояния организма человека существует понятие «нормы», когда значения параметров укладываются в определенный, выработанный медицинской наукой и практикой диапазон. Отклонение значения от заданного диапазона может явиться признаком и доказательством ухудшения здоровья. Внешне утрата здоровья будет выражаться в измеримых нарушениях в структурах и функциях организма, изменениях его адаптивных возможностей.

В настоящее время широкое признание получило определение здоровья, данное всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ): «Здоровье – это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов». По мнению ВОЗ, в медико-санитарной статистике под здоровьем на индивидуальном уровне понимается отсутствие выявленных расстройств и заболеваний, а на популяционном – процесс снижения уровня смертности, заболеваемости и инвалидности. Таким образом, здоровье складывается из трех компонентов: физического, психического и социального. Здоровье трактуется как способность к адаптации, способность сопротивляться и приспосабливаться, способность к самосохранению и саморазвитию, ко все более содержательной жизни во все более разнообразной среде обитания. Благодаря позитивному

определению здоровья в медицине, наряду с патоцентрическим подходом (борьба с болезнями), утверждается и саноцентрический подход (направленность на здоровье и его обеспечение).

В медико-социальных исследованиях различают следующие уровни здоровья: индивидуальное здоровье – здоровье отдельного человека; групповое здоровье – здоровье социальных и этнических групп; региональное здоровье – здоровье населения административных территорий; общественное здоровье – здоровье популяции, общества в целом.

Известно, что социальные факторы непосредственно влияют на здоровье. С точки зрения ВОЗ, здоровье людей – качество социальное. Поэтому для оценки общественного здоровья рекомендуется учитывать следующие показатели: отчисление валового национального продукта на здравоохранение, доступность первичной медико-санитарной помощи, уровень иммунизации населения, степень обследования беременных квалифицированным персоналом, состояние питания детей, уровень детской смертности, средняя продолжительность предстоящей жизни, гигиеническая грамотность населения.

Считается, что определить степень физического здоровья человека достаточно просто – здоровый человек удовлетворен функционированием своего организма. Эту степень здоровья достоверно устанавливает медицина, используя соответствующие методики осмотра, лабораторные исследования. Сложнее оценить психическое состояние человека, найти критерии психического и социального благополучия человека. В частности, одним из центральных в психологии здоровья является понятие о норме психического развития, которое позволяет говорить о соответствии биологического и психологического возрастов человека. Думается, что психолог и врач, которые работают с показателями здоровья человека, должны исходить из того, что у любого человека на уровне житейской психологии присутствуют свои представления о нормальности человека в любой конкретный период его жизни. В этом смысле бытовое представление человека о возрасте, о возможностях возраста – чувствования, действия, самоотношения – является тем конкретным материалом, который определяет содержание внутренней картины здоровья.

Как человек относится к своему здоровью, т.е. без понимания его внутренней картины здоровья, невозможно понять внутреннюю картину болезни, которая, как полагают, является лишь частным случаем первой. Переживание чувства здоровья связано не только с отсутствием болезни и инвалидности, но и с наличием полноценного физического, психического и нравственного состояния, которое позволяет оптимально, без всяких ограничений осуществлять общественную и прежде всего трудовую деятельность. Внутренняя картина здоровья – составная часть самосознания, представление о своем физическом состоянии, сопровождающееся своеобразным эмоциональным, чувственным фоном.

Понятия состояние здоровья и самочувствие.

При оценке психологии здоровья важно различать понятия «состояние здоровья» и «самочувствие». Состояние здоровья – истинное положение дел в организме по данным врачебного осмотра. Самочувствие же субъективно и не всегда точно отражает объективное состояние здоровья. Рядом отечественных авторов (Громбах А. М., Карвасарский Б. Д. и др.) представлены показатели психического здоровья, причем по этому параметру (с учетом жалоб на здоровье самого человека) выделяются четыре группы людей:

1-я группа – совершенно здоровые, жалоб нет;

2-я группа – легкие функциональные нарушения, эпизодические жалобы астеноневротического характера, связанные с конкретными психотравмирующими событиями, напряжение адаптационных механизмов под влиянием отрицательных микросоциальных факторов;

3-я группа – лица с доклиническими состояниями и клиническими формами в стадии компенсации, стойкие астеноневротические жалобы вне рамок трудных ситуаций, перенапряжение механизмов адаптации (в анамнезе у таких лиц неблагополучие беременности родов, диатезы, травмы головы и хронические инфекции);

4-я группа – клинические формы заболевания в стадии субкомпенсации, недостаточность или поломка адаптационных механизмов.

Выделяют также четыре вида состояния здоровья:

- состояние организма с достаточными функциональными (адаптационными) возможностями (резервами);

- донозологические состояния, при которых функции организма реализуются более высоким, чем в норме, напряжением регуляторных систем;

- преморбидное состояние, которое характеризуется снижением функциональных резервов; состояние, когда физиологические функции реализуются, но гомеостаз (постоянство внутренней среды организма) пребывает в состоянии напряжения, называется предболезнью; именно в таком состоянии и находится до 80% всего населения. Предболезнь – это состояние, когда резервы нормального функционирования систем организма сдвинуты в сторону истощения. Оно характерно для критических возрастных периодов; для лиц, имеющих нарушения питания, низкую двигательную активность, лишний вес. Это состояние является поставщиком болезней.

- состояние срыва адаптации, характеризующееся резким снижением функциональных возможностей организма, наличием заболевания.

Психическое здоровье. Критерии психического здоровья основываются на понятиях «адаптация», «социализация» и «индивидуализация».

Необходимо учитывать, что при воздействии на организм внешних и внутренних факторов происходит перестройка во взаимодействии его систем, в самих системах и в организме в целом, т.е. в адаптации. Понятие адаптация включает способность человека осознанно относиться к функциям своего организма (пищеварения, выделения и др.), а также его способность регулировать свои психические процессы (управлять своими мыслями, чувствами, желаниями). Адаптированный человек может жить в привычных для него геосоциальных условиях.

Социализация определяется по трем критериям, связанным со здоровьем человека. Первый критерий связан со способностью человека реагировать на другого человека как на равного себе («другой такой же живой, как и Я»). Второй критерий определен как реакция на факт существования определенных норм в отношениях с другими и как стремление следовать им. Третий критерий – как человек переживает свою относительную зависимость от других людей. Существует для каждого человека необходимая мера одиночества, и если

человек эту меру переступает, то он чувствует себя плохо. Мера одиночества – это своеобразная соотнесенность необходимости в независимости, уединенности от других и своего места среди своего окружения.

Индивидуализация, по К. Г. Юнгу, позволяет описывать становление отношения человека к самому себе. Человек сам создает в психической жизни свои качества, он осознает свою собственную неповторимость как ценность и не позволяет разрушать ее другим людям. Способность признавать и сохранять индивидуальность в себе и других – один из важнейших параметров психического здоровья.

Возможности адаптации, социализации и индивидуализации имеются у каждого человека, степень их реализации зависит от социальной ситуации его развития, идеалов нормативного человека данного общества в данный конкретный момент. Однако можно заметить и недостаточность этих критериев для полного описания внутренней картины здоровья. Она в частности связана еще и с тем, что любой человек потенциально имеет возможность посмотреть на свою жизнь со стороны и оценить ее (рефлексия).

Существенной особенностью рефлексивных переживаний является то, что они возникают помимо воли и индивидуальных усилий. Они являются предпосылками духовной жизни человека, в которой, в отличие от психической жизни, результатом является переживание жизни как ценности. Духовное здоровье человека, как подчеркивают многие психологи, проявляется, прежде всего, в связи человека со всем миром. Это может проявляться разнообразно – в религиозности, в чувствах красоты и гармонии, восхищения перед самой жизнью, радости от жизни. Переживания, в которых осуществляется связь с другими людьми, соответствие конкретному идеалу человека и составляют содержание внутренней картины здоровья как трансцендентального целостного представления о жизни.

По одному из определений, болезнь рассматривается как жизнь, нарушенная в своем течении повреждением структуры и функции организма под влиянием внешних и внутренних факторов, при реактивной мобилизации в качественно-своеобразных формах его компенсаторно-приспособительных механизмов. Болезнь характеризуется общим или частичным снижением приспособляемости к среде

и ограничением свободы жизнедеятельности больного. По мнению В. Х. Василенко, болезнь всегда – повреждение систем организма, влекущее нарушение целостности жизнедеятельности и психическое страдание (переживание).

Позже С. П. Боткин неоднократно указывал единство в человеке психического и физического. В то же время интеллектуальная сторона может известным образом влиять на организм. Следует помнить, что соматическое заболевание всегда «обрастает» психологическими наслоениями. Складывающийся характер соотношения и взаимосвязи соматического, и психологического обязывает понимать болезнь как единый психосоматический процесс в условиях целостного организма. При изучении этого соотношения, как справедливо подчеркивают многие авторы, настоящим является тщательное исследование как соматической, так и психической сферы больного в их единстве. Большое внимание психологической стороне соматического заболевания уделялось исследователями, как в прошлом, так и в последние годы.

Г. К. Ушаков выделяет следующие критерии психического здоровья:

- 1 причинная обусловленность психических явлений, их необходимость, упорядоченность;
- 2 соответственная возрасту человека зрелость чувств;
- 3 максимальное приближение субъективных образов к отражаемым объектам действительности, гармония между отражением обстоятельств действительности и отношением человека к ней;
- 4 соответствие реакций (как физических, так и психических) силе и частоте внешних раздражителей;
- 5 критический подход к обстоятельствам жизни;
- 6 способность самоуправления поведением в соответствии с нормами, установившимися в разных коллективах;
- 7 адекватность реакций общественным обстоятельствам (социальной среде);
- 8 чувство ответственности за потомство и близких членов семьи;
- 9 чувство постоянства и идентичности переживаний в однотипных обстоятельствах;

10 способность изменять способ поведения в зависимости от смены жизненных ситуаций;

11 самоутверждение в коллективе (обществе) без ущерба для остальных его членов;

12 способность планировать и осуществлять свой жизненный путь.

Психологическое здоровье детей.

Учитывая, что в детском возрасте личность ребенка еще только формируется, для детей используется понятие «психологического здоровья». Что же такое норма «психологического здоровья», на которую следует ориентироваться, работая с детьми? Если для психического здоровья норма – это отсутствие патологии, симптомов, мешающих адаптации человека в обществе, то для определения нормы психологического здоровья важно наличие определенных личностных характеристик. И если заботой психиатра по большей части становится избавление пациента от патологических факторов, то направление действий психолога идет в сторону приобретения человеком полезных свойств, способствующих успешной адаптации. Кроме того, норма психологического здоровья предполагает не только успешную адаптацию, но и продуктивное развитие человека на благо самому себе и обществу, в котором он живет. Итак, норма психологического здоровья – это некий идеал, путь к которому бесконечен, и на пути к этому идеальному образу можно находить все новые и новые ориентиры для саморазвития и организации психологических воздействий. Эти ориентиры меняются не только в зависимости от всего разнообразия жизненных ситуаций, но и в каждой из ситуаций – в зависимости от возраста человека.

Известно, что реакции на одни и те же явления у детей и взрослых различны. То, что естественно для взрослого, ненормально для ребенка, и наоборот. Нельзя анализировать детское поведение с применением взрослых критериев, и в то же время мир детей со всей его самобытностью постоянно пересекается с миром и интересами взрослых. Необходимо учитывать особенности детского возраста и в то же время постепенно и безболезненно помогать ребенку взрослеть, социализироваться, то есть адаптироваться к большому миру.

Определяя критерии нормы психологического здоровья ребенка, которые могли бы стать основой дифференцирования психологической

помощи детям, исходят из следующего положения: фундамент психологического здоровья составляет полноценное психическое развитие человека на всех этапах онтогенеза, то есть во все возрастные периоды его общего развития. Психологическое здоровье ребенка и взрослого различается совокупностью личностных новообразований, которые еще не появились у ребенка, но должны присутствовать у взрослого, причем отсутствие их у ребенка не должно восприниматься как нарушение. Поскольку психологическое здоровье предполагает наличие динамического равновесия между индивидом и средой, то ключевым критерием становится адаптация ребенка к социуму.

Можно выделить несколько уровней психологического здоровья ребенка. Креативный уровень. Существуют дети, которые не нуждаются в психологической помощи. Они устойчиво адаптированы к любой среде, обладают резервом для преодоления стрессовых ситуаций и активным творческим отношением к действительности. Этот идеальный образ ребенка-творца, достаточно редкий в реальной жизни, выражает совершенную степень психологического здоровья, его высший уровень. Назовем его креативным (что означает творческий, созидательный).

Адаптивный уровень. Большинство относительно «благополучных» детей в целом адаптированы к социуму, но по результатам диагностических методик проявляют отдельные признаки дизадаптации, обладают повышенной тревожностью. Такие дети не имеют достаточного запаса прочности «психологического здоровья» и нуждаются в групповых занятиях профилактически-развивающей направленности. Это группа относительного риска, она довольно многочисленна и представляет средний уровень психологического здоровья – адаптивный.

Ассимилятивно-аккомодативный уровень. Это низший уровень психологического здоровья. К нему относятся дети с нарушением баланса процессов ассимиляции и аккомодации, то есть либо неспособные к гармоничному взаимодействию с окружающими, либо проявляющие глубинную зависимость от факторов внешнего воздействия, не владея механизмами защиты, отделения себя от травмирующих влияний среды. Дети с преобладанием процессов ассимиляции стремятся, во что бы то ни стало изменить окружающий мир; при этом

они не готовы к самоизменению в соответствии с внешними требованиями и интересами окружающих. У этих детей дизадаптация активно проявляется в эпатажном поведении, конфликтах со сверстниками, домашних аффектированных капризах и т.д. Для детей с преобладанием процессов аккомодации, напротив, характерно приспособленчество к требованиям внешнего мира в ущерб собственным потребностям и интересам. Их дизадаптация почти никак не проявляется внешне, ее трудно зафиксировать. Это «удобные», тихие дети, прилежные и старательные ученики, которыми гордятся родители. Их ставят в пример педагоги, не замечая, что они пребывают в состоянии стойкого эмоционального дискомфорта, который со временем углубляется и часто приводит к соматическим нарушениям. Эта группа требует особого внимания именно вследствие своего внешнего благополучия, не вызывающего тревоги у взрослых. Выделенные уровни психологического здоровья позволяют дифференцировать психологическую помощь учащимся. С детьми первой группы достаточно проводить лишь развивающую работу. Детям с психологическим здоровьем второй группы необходима систематическая особым образом организованная помощь психопрофилактического характера. Учащимся, попадающим в третью группу, необходима серьезная индивидуальная коррекционная работа.

2.2. Определение понятия болезнь

Болезнь – это возникающие в ответ на действие патогенных факторов нарушения нормальной жизнедеятельности, работоспособности, социально полезной деятельности, продолжительности жизни организма и его способности адаптироваться к постоянно изменяющимся условиям внешней и внутренней сред при одновременной активизации защитно-компенсаторно-приспособительных реакций и механизмов.

Болезнь – сложный процесс, в динамике которого количественные сдвиги, постоянно накапливаясь, скачкообразно переходят в новое качество. Не только переход от здоровья к болезни считается новым качеством; в динамике самого заболевания имеет место постоянное накопление количественных сдвигов и скачкообразный

переход в новое качество, этим и обусловлены этапы развития болезни. Таким образом, болезнь – это нарушение жизнедеятельности организма в результате поломки его защитно-приспособительных реакций под влиянием чрезвычайных раздражителей внешней и внутренней среды.

Развитие общих представлений о болезни менялось на протяжении истории медицины. Гиппократ причиной болезни считал неправильное смешение четырех основных жидкостей организма: крови, слизи, желчи желтой и черной (венозная кровь). Примерно в то же время на основе атомистического учения Демокрита возникло представление, что болезнь развивается вследствие изменения формы атомов и их неправильного расположения. В конце старой и начале новой эры и, особенно, в Средние века появились идеалистические взгляды на учение о болезни, согласно которым душа, или особый вид жизненной силы, определяет борьбу организма с изменениями, вызванными болезнью.

Материалистические взгляды на болезнь в Средние века развивал Ибн Сина (возникновение болезни под влиянием невидимых существ, роль конституции организма). В 17-19 веках большой вклад в учение о болезни внесли Дж. Б. Морганьи (мысль о связи болезни с анатомическими изменениями в органах), М. Ф. К. Биша (описание патолого-анатомической картины ряда болезней), Рудольф Вирхов (теория клеточной патологии), К. Бернар (болезнь – нарушение физиологического равновесия организма со средой), С. П. Боткин, В. В. Пашутин, И. П. Павлов, А. А. Остроумов связывали болезнь с нарушением условий существования человека и развивали представление о болезни на основе идеи нервизма.

Несмотря на обилие работ по проблеме болезни, это понятие до сих пор не является точно детерминированным. Некоторые авторы отрицают качественные особенности болезни по сравнению со здоровьем. Так, А. А. Богомолец высказывал мысль, что болезнь не создаёт в организме ничего существенно нового. Другие включают в понятие болезнь лишь биологические закономерности. По П. Д. Горизонтову, болезнь представляет собой общую сложную реакцию, возникающую в результате нарушения взаимоотношений организма и среды. Болезнь сопровождается развитием патологических

процессов, представляющих местные проявления общей реакции организма. В трудах И. В. Давыдовского отстаивается положение, согласно которому не существует принципиальных отличий между физиологией и патологией. Патологические процессы и болезнь, по его мнению, это всего лишь особенности приспособительных процессов, сопряжённых с субъективным страданием. Согласно концепции Г. Селье об общем адаптационном синдроме, болезнь представляет собой напряжение (стресс), возникающее в организме при воздействии на него чрезвычайного раздражителя.

Этапы развития болезни.

Болезнь – сложный процесс, в динамике которого количественные сдвиги, постоянно накапливаясь, скачкообразно переходят в новое качество. Не только переход от здоровья к болезни считается новым качеством; в динамике самого заболевания имеет место постоянное накопление количественных сдвигов и скачкообразный переход в новое качество, этим и обусловлены этапы развития болезни. Учитывая взаимодействие защитно-приспособительных и разрушительных реакций организма, в динамике болезни различают ее периоды. Их четыре:

1) латентный (скрытый) – период от момента воздействия причинного фактора до появления первичных признаков болезни (при инфекционных болезнях это инкубационный период);

2) продромальный период (период предшественников) – появляются отдельные признаки заболевания;

3) период разгара болезни;

4) выздоровление.

Характер течения болезни может быть острым, под острым, хроническим. Острым заболеванием является грипп (острое начало, быстрое развитие симптомов, сравнительно короткое течение), а также отравления различными ядами. К числу острых заболеваний относятся крупозная пневмония, дизентерия, инфекционный гепатит (воспаление печени и др.). При недостаточном лечении (несоблюдение врачебных рекомендаций, нарушение режима) острые заболевания могут приобретать хронический характер (например, острое воспаление печени переходит в хронический гепатит – хроническое воспаление печени).

Подострое течение – это переходный период между острой и хронической формой (например, при переходе острого нефрита в хронический). Улучшение состояния при хроническом течении под влиянием лечения именуется ремиссией (например, ремиссия при хроническом гастрите). Рецидивом называется возникновение симптомов болезни после более или менее длительного отсутствия их (рецидив язвенной болезни). В результате того или иного заболевания могут возникнуть осложнения (при желчнокаменной болезни – разрыв желчного пузыря и воспаление брюшины).

Исход болезни – это чаще всего выздоровление или длительная ремиссия (улучшение состояния) под влиянием лечения. Однако в некоторых случаях болезнь может перейти в хроническую форму. При неизлечимых заболеваниях может наступить смертельный исход.

Болезнь проявляется также признаками (симптомами). Условно признаки делятся на субъективные (жалобы больного, анамнез заболевания, анамнез жизни) и объективные – данные осмотра больного, данные методов исследования (инструментальных, клинических, лабораторных). Каждая болезнь имеет характерную группу симптомов, закономерно сочетающихся и патогенетических связанных между собой, которые называются синдромом.

Причины болезней.

Причины болезней разнообразны, но все они могут быть сведены в группы: механические, физические, химические, биологические, психогенные (для человека). Любой из этих факторов вызывает состояние болезни, если он неадекватен (чрезвычайно, непривычен) для организма. Неадекватность может быть количественной (количество раздражителя является чрезмерным для организма), качественной (на организм воздействует фактор, по отношению к которому в организме не выработано защитно-приспособительных механизмов), временной (количественно и качественно адекватный раздражитель воздействует длительно или в такие промежутки времени и в таком ритме, которые непривычны для организма) и зависящей от индивидуальных свойств данного организма (то есть определяемой индивидуальной реактивностью данного организма в виде повышенной чувствительности).

В развитии болезни ведущую роль играет также внешняя, а для человека, прежде всего, социальная среда. Изменения внутренних свойств организма, вызванные факторами среды и стойко закреплённые (в том числе и наследственными механизмами), в дальнейшем сами могут играть ведущую роль в возникновении болезни.

Большое значение в развитии болезни, кроме этиологического фактора (то есть причины болезни) и внешних условий, имеют защитно-приспособительные механизмы организма. Развитие болезни в значительной степени зависит от совершенства этих механизмов, объёма и скорости их включения в патологический процесс. У человека на развитие и течение болезни большое влияние оказывает психогенный фактор.

Таким образом, болезнь – это страдание целостного организма и не существует совершенно изолированных болезнью органов и тканей, то есть местных болезней. При всякой болезни в большей или меньшей степени вовлекается весь организм, что не исключает наличия основного поражения в том или ином органе или части организма.

Периоды болезни.

Учитывая взаимодействие защитно-приспособительных и разрушительных реакций организма, в динамике болезни различают ее периоды. Различают следующие периоды болезни. Скрытый, или латентный (для инфекционных болезней – инкубационный), – период между началом воздействия болезнетворного агента и появлением первых симптомов болезни. Он может длиться от нескольких секунд (например, при отравлении сильными ядами) до десятков лет (например, при проказе).

Продромальный период – период появления первых признаков болезни, которые могут носить неопределённый неспецифический характер (повышение температуры, разбитость, общее недомогание) или в ряде случаев быть типичными для данного заболевания (например, пятна Филатова-Коплика при кори).

Период полного развития болезни, длительность которого колеблется от нескольких суток до десятков лет (туберкулёз, сифилис, проказа).

Период завершения болезни (выздоровление, реконвалесценция) может протекать быстро, критически или постепенно, литически. В зависимости от длительности течения и быстроты нарастания и исчезновения симптомов различают острые и хронические болезни. Присоединение к основным проявлениям болезни дополнительных изменений, не связанных с непосредственной причиной болезни, но развивающихся в результате её течения, называется осложнением. Оно может возникать в разгаре болезни, а также после основных её проявлений. Осложнения отягчают болезнь, а иногда становятся причиной неблагоприятного исхода. Исходом болезни могут быть: полное выздоровление, выздоровление с остаточными явлениями, стойкое изменение органов, иногда возникновение новых форм заболевания в виде отдалённых последствий и смерть. Смерть как завершение болезни может наступить внезапно, после краткой агонии или постепенно, через более или менее длительное атональное состояние.

Сдвиги и состояния на различных этапах развития болезни бывают обратимыми, именно благодаря этому мы можем изменить развитие болезни, способствовать выходу организма из данного состояния.

2.3. Внутренняя картина болезни

Внутренняя картина болезни – это отражение в психике человека, вольное или невольное, осознанное или неосознанное, его физического состояния. Внутренняя картина болезни, по мнению Р. А. Лурия, находится в очень большой зависимости от личности больного, его общего культурного уровня, социальной среды и воспитания. Внутренняя картина болезни отражает внутреннюю картину здоровья. Люди, которые чувствуют источник силы внутри себя, болеют реже, чем те, кто видит источник силы в других людях.

Внутренняя картина болезни (соматонозогнозия – «soma» тело, «noso» познание, «genesis» познание) преломляется в каждом случае по-своему, приобретая индивидуальную окраску. Это зависит от следующих факторов: преморбидных особенностей личности; ситуации, в которой оказывается больной (в семье, на работе, в клинике); специфики заболевания. Внутренняя картина болезни характеризуется

формированием у больного определенного рода чувствований, представлений и знаний о своем заболевании. Этапы соматозогнозирования рассматривают во взаимосвязи с различными уровнями личности: биологический, индивидуально-психологический, социально-психологический.

Влияние болезни на психику человека. Установлено, что имеются два основных вида патогенного влияния соматической болезни на психику человека: соматогенный и психогенный. Реально оба вида влияний представлены в единстве нарушений психики, однако соматогенный и психогенный компоненты могут выступать в различных соотношениях в зависимости от заболевания.

Соматогенное влияние болезни на психику связано с непосредственным воздействием на центральную нервную систему соматических вредностей (нарушение гемодинамики или интоксикация) и самих интенсивных болевых ощущений. Особенно большую роль соматогенные влияния на психику играют при врожденных пороках сердца и заболеваниях почек. Мучительная боль бывает при метастазах злокачественных опухолей в позвоночнике. Интенсивная боль, накапливающиеся в крови вредные вещества или кислородная недостаточность, непосредственно воздействуя на головной мозг, вызывают нарушения в нервно-психической сфере. По своей структуре соматогенные характеризуются разнообразием проявлений – от невротических нарушений до психотических (с бредом, галлюцинациями) расстройств.

Психогенное влияние болезни на психику наблюдается лишь при некоторых соматических заболеваниях, тяжелом их течении. Основной формой влияния соматического заболевания на психику человека является психологическая реакция личности на сам факт заболевания и его последствия, имеющиеся при болезни астению, болезненные ощущения и нарушения общего самочувствия.

Болезнь создает трудную для больного жизненно-психологическую ситуацию. Эта ситуация включает в себя множество разнородных моментов: процедуры и прием лекарств, общение с врачами, перестройка отношений с близкими и коллегами по работе.

В отечественной литературе проблема целостного рассмотрения личности и болезни поднималась в трудах таких врачей, как

М. Я. Мудров, С. П. Боткин, Г. А. Захарьин, Н. И. Пирогов и другие. В последующем этот клинико-личностный подход развивался на основе положений нервизма (Сеченов И. М., Павлов И. П.) и кортико-висцеральной теории (Быков К. М., Курцин И. Т). Данное направление в отечественной медицине развивалось в трудах психиатров С. С. Корсакова, П. Б. Ганнушкина, В. А. Гиляровского, Е. К. Краснушкина, В. М. Бехтерева.

Модели внутренней картины болезни.

В научной литературе для описания субъективной стороны заболевания используется большое количество терминов, которые были введены различными авторами, но часто употребляются весьма сходным образом.

Впервые понятие внутренней картины болезни было предложено в начале прошлого века видными деятелями в области психологии, каждый из которых по своему понимал механизм формирования реакции личности на болезненный процесс и предлагал различные модели внутренней картины болезни. Так, согласно модели, предложенной А. Гольдшейдером (1929г.), было впервые введено представление об аутопластической картине болезни, которая формируется больным в связи с имеющимися болезненно-специфическими переживаниями или ощущениями и восприятием соматического расстройства («сенситивный» уровень болезни базируется на ощущениях, а «интеллектуальный» уровень болезни является результатом размышлений больного о своем физическом состоянии).

Модель внутренней картины болезни, построенная с позиций биопсихосоциального подхода и представляющий собой возникающий у больного целостный образ своего заболевания, впервые была предложена отечественным психиатром Р. А. Лурия. Она включает «все то, что переживает и испытывает больной, всю массу общих и местных ощущений, собственные представления и описание со слов других больных своей болезни, ее причинах, весь огромный внутренний мир больного, который состоит из суммы всех сложенных сочетаний восприятия, эмоций, аффектов, конфликтов, психологических переживаний и травм, сопровождающих болезнь».

Современное и более точное определение формы реагирования на болезнь и инвалидность предлагается рассматривать через призму

понятия соматозогнозия, как психического представления больного о болезни тела. На основании этого понятия в настоящее время различают следующие формы реагирования на болезнь:

Адекватная или соматозогнозическая – когда восприятие болезни сочетается со стремлением к реальной оценке заболевания и его прогноза, хорошим контактом с врачом и желанием выполнять все лечебные предписания;

Неадекватная или психопатологическая, имеющая следующие разновидности:

1. Гипозогнозическая – восприятие болезни с эмоциональной недооценкой симптомов, игнорированием болезни, отсутствием беспокойства по поводу своего заболевания, завышением ожидаемых результатов лечения.

2. Анозогнозическая – отсутствие желания знать о болезни, полное неприятие мысли о болезни.

3. Гиперозогнозическая – восприятие болезни с повышенной эмоциональной напряженностью, с преувеличением тяжести проявлений заболевания и неверием в успех лечения.

В рамках внутренней картины болезни настоящее время выделяют четыре уровня формирования реакции на болезнь: чувственный – комплекс болезненных ощущений; эмоциональный – переживание заболевания и его последствий; интеллектуальный – представление пациента о болезни, изучение ее и реальная оценка перспектив; мотивационный – формирование отношения к болезни, изменение прежнего и создание нового образа жизни, необходимого для выздоровления в представлении больного.

На современном этапе плодотворное изучение явлений и процессов, в поле зрения которых будут больной, болезнь и обусловленная ей ситуация возможно только с позиций системного подхода. Поскольку изучение частных в отрыве друг от друга в принципе уже завершено. Системный подход – это методология научного познания. Ее отличительной особенностью является изначальная и вполне осознаваемая ориентация на изучение объекта как целого. Основным требованием системного подхода является целостное отображение объекта в совокупности его связей.

Этапы формирования личностных реакций на болезнь.

Определяющую роль в становлении соматозогнозий играет сама личность с присущей ей особенностями биологического, психологического и социально-психологического уровня. Личностные особенности, соответственно, способствуют или препятствуют реабилитации и адаптации инвалида. Биологический уровень рассмотрения личности предполагает анализ, прежде всего, физиологических показателей реагирования на болезнь: стойкость организма и его отдельных систем к перенесению экстремальных условий жизнедеятельности, специфику функционирования сенсорных систем, особенностей развития опорно-двигательной и мышечной системы, а также силы, подвижности и уравновешенности нервных процессов. Психологический уровень личностного анализа касается преимущественно психических познавательных процессов, психических свойств и состояний, эмоций и воли инвалида. Психические состояния, в свою очередь, являются общим фоном протекания психических процессов и психических свойств, что проявляется в бодрости или угнетенности, радости или унылости инвалида. Социально-психологический уровень дает возможность проанализировать связи личности с окружающими и обществом в целом. На этом уровне идет активный процесс формирования социальных потребностей, интересов, мотивов и установок, т.е. индивидуальная социализация человека.

Анализируя психологический аспект заболевания Н. Д. Творогова выделяет три этапа формирования личностных реакций на болезнь: сенсологический, оценочный, отношение к болезни.

Сенсологический этап – на этом этапе возникают неясные неприятные ощущения различной степени выраженности с неопределенной локализацией. Являясь ранними симптомами угрозы соматической болезни, они вызывают состояние, обозначаемое как дискомфорт. Кроме неопределенных диффузных субъективных ощущений дискомфорта, возможен локальный дискомфорт, например в области сердца, желудка, печени. Дискомфорт – ранний психологический признак морфофункциональных изменений. Он может перерасти в болевые ощущения. Боль, являясь информацией о нарушении деятельности органов и систем, подвергаясь переработке в сознании,

может лечь в основу оценки больным своего соматического страдания. Боль может оцениваться не только как симптом заболевания, но и как угроза для жизнедеятельности (изменение положения в семье, в профессиональной деятельности и т.д.). Кроме дискомфорта, болевых ощущений, на первом этапе возможно возникновение нарушений в биосоциальной адаптации (снижение творческой активности, ослабление побудительных мотивов к деятельности и т.д.). Возникает ощущение стесненной свободы, ограничения своих прежних возможностей, чувство собственной неполноценности.

Оценочный этап – это результат психологической переработки сенсологических данных. На этом этапе складывается внутренняя картина болезни – внутренний мир больного, все, что испытывает и переживает больной, его представления и ощущения о болезни и ее причинах.

Этап отношения больного человека к болезни характеризуется формированием внутренней картины болезни.

2.4. Типы личностной реакции на заболевание

Личностные реакции человека на болезнь подразделяются на типовые формы: нормосоматозогнозии, гиперсоматозогнозии, гипосоматозогнозии, диссоматозогнозии.

Нормосоматозогнозия – адекватная оценка больным своего состояния и перспектив выздоровления. Оценка больным своего заболевания совпадает с оценкой врача. Отношение к лечению и лечебным процедурам позитивное; активность в борьбе с болезнью. Нормосоматозогнозия характеризуется с адекватной оценкой болезни и высокой активностью в борьбе с заболеванием. Эта оценка сочетается с пассивностью, снижением активности, неспособностью к преодолению отрицательных переживаний.

Гиперсоматозогнозия – переоценка значимости, как отдельных симптомов, так и болезни, а именно: тревога, паника, тревожность, повышенное внимание к болезни; большая активность в плане обследования и лечения; перебор врачей и медикаментов; гипертрофированный интерес к медицинской литературе; снижение настроения –

апатичность, монотонность; пессимистический прогноз на будущее, скрупулезное выполнение всех требований персонала.

Гипосоматозогнозия – недооценка больным тяжести и серьезности болезни в целом и ее отдельных признаков, а именно: снижение активности, внешнее отсутствие интереса к обследованию и лечению; необоснованно благоприятный прогноз на будущее, преуменьшение опасности; более глубокий анализ обнаруживает правильную оценку своего здоровья; соблюдение режима, выполнение рекомендаций врача. При хроническом течении заболевания привыкают, лечатся нерегулярно.

Диссоматозогнозия – отрицание наличия болезни и симптомов. Диссоматозогнозия характеризуется непризнанием болезни при слабой выраженности симптомов (онкологические заболевания, туберкулез и т.д.); умышленным сокрытием заболевания (например, сифилиса). Из сознания вытесняются мысли о болезни, особенно при прогнозируемом неблагоприятном исходе.

При всех формах соматозогнозий следует учитывать возрастной фактор. В молодом возрасте – это недооценка тяжести заболевания, а в случае ярко выраженных эстетических и интимных компонентов личностных реакций – переоценка тяжести. В зрелом возрасте чаще встречается диссоматозогнозия, в пожилом – гиперсоматозогнозия, связанная с недооценкой сил и возможностей организма. Гиперсоматозогнозия связана со снижением общей реактивности организма.

Патологические формы реагирования на болезнь (переживание болезни) описываются исследователями в следующих психиатрических терминах и понятиях: депрессивный, фобический, истерический, ипохондрический, эйфорически-анозогнозический и др. Патологическая реакция на болезнь – реакция, не соответствующая силе, продолжительности и значимости раздражителя. Невозможна коррекция представлений, суждений, а также поведения больного. Продолжительность патологических реакций – от нескольких часов до нескольких недель.

Довольно широкую популярность приобрела следующая классификация типов отношения к болезни, предложенная А. Е. Личко и Н. Я. Ивановым: гармонический – правильная, трезвая оценка состояния,

нежелание обременять других тяготами ухода за собой; эргопатический – «уход от болезни в работу», желание сохранить работоспособность; анозогнозический – активное отбрасывание мысли о болезни, «обойдется»; тревожный – непрерывное беспокойство и мнительность, вера в приметы и ритуалы; ипохондрический – крайняя сосредоточенность на субъективных ощущениях и преувеличение их значения, боязнь побочного действия лекарств, процедур; неврастенический – поведение по типу «раздражительной слабости»; нетерпеливость и вспышки раздражения на первого встречного (особенно при болях); меланхолический – неверие в выздоровление, удрученность болезнью, депрессивное настроение (угроза суицида); апатический – полное безразличие к своей судьбе, пассивное подчинение процедурам и лечению; сенситивный – чувствительный к межличностным отношениям, полон опасений, что окружающие его избегают из-за болезни, боязнь стать обузой для своих близких; эгоцентрический – «уход в болезнь» с выставлением напоказ своих страданий, требование к себе особого отношения; паранойяльный – уверенность, что болезнь является результатом чьего-то злого умысла, а осложнения в лечении являются результатом халатности медицинского персонала; дисфорический – доминирует мрачно-озлобленное настроение, зависть и ненависть к здоровым; вспышки гнева с требованием от близких угождения во всем.

Депрессивная реакция включает в себя тревожно-депрессивный и астенодепрессивный синдромы. Тревожно-депрессивный синдром возникает на начальной стадии заболевания. Сниженное настроение, тоска, грусть, фиксированность на переживаниях, связанных с недугом, суицидные тенденции. Астенодепрессивный синдром – на стадии разгара или исхода заболевания (снижение настроения, угнетенность, растерянность, замедленная моторика). Фоническая реакция – наличие навязчивых страхов. В течение приступа страха переживаемая опасность воспринимается как вполне реальная. Вне острых приступов фобий критичность восстанавливается. Фобическая реакция имеет определенную динамику: появление навязчивых страхов под воздействием реального травмирующего раздражителя; возникает не только в травмирующей ситуации, но и при ожидании воздействия травмирующего раздражителя; появление фобий

в объективно безопасной ситуации. Истерическая реакция – это резкая смена настроения, демонстративность, театральность, склонность к актам самоповреждения в состоянии аффекта, утрированность жалоб. Ипохондрическая реакция характеризуется тем, что вопреки объективной ситуации у больного упорно держатся мысли, что он болен другим, более серьезным заболеванием. При малейшем недомогании больные начинают думать об опасности для здоровья и жизни.

Анозогнозия (новолат. anosognosia; греч. а – не – + нозо – болезнь + гнозис – знание, познание). Впервые это явление было описано в психиатрии. Под агнозией понимается такое состояние больного, когда тот не осознает наличия у него психического расстройства (либо дефекта), при этом он может выступать против проведения соответствующего лечения. Анозогнозия в одних случаях может указывать на тяжелое психическое расстройство с нарушением критики (слабоумие, маниакальный синдром, бредовый или корсаковский психоз), в других – на склад личности больного (например, при алкоголизме).

Как правило, патологическая реакция – результат нарушения реактивности организма в целом или реактивных свойств тканей, органов и их систем. Одним из типичных примеров этого могут служить аллергические реакции. Так, в ответ на воздействие обычно индифферентных агентов (например, пыльцы трав или растений, яичного белка, шоколада) могут развиваться приступ бронхиальной астмы, крапивница, аллергический насморк и другие патологические реакции. Примерами подобных реакций могут служить также неадекватные психосоматические ответы при развитии фазовых состояний в нервной системе (особенно ультрапарадоксальной, парадоксальной, наркотической фаз), фобий (немотивированного страха какого-либо предмета или явления), патологических рефлексов (например, спазма коронарных артерий с развитием приступа стенокардии при раздражении стенки желчного пузыря конкрементом). Как видно, для упомянутых (равно как и для других) реакций подобного типа характерны количественная и качественная неадекватность их воздействию фактору, а также отсутствие адаптивного эффекта.

Различные воздействия на организм могут привести к развитию и патологического состояния. Патологическое состояние – это длительное

отклонение от нормы структуры, биохимических и/или функциональных свойств тканей, органов, их систем, возникающее под действием патогенного агента, характеризующееся, нарушением жизнедеятельности организма. Одной из отличительных черт патологического состояния является его длительное, затяжное (иногда в течение всей жизни) течение. Примерами таких состояний могут быть деформации клапанных отверстий сердца после перенесённого эндокардита; состояния после удаления одного из глазных яблок, зубов, почки, части кишечника, лёгкого (или части его); различные уродства и последствия аномалий развития (например, расщелина губы или твёрдого нёба; косолапость; наличие дополнительных или отсутствие нескольких пальцев, недоразвитие предплечья и др.). Другой характерной чертой патологических состояний является, отсутствие склонности их к интенсивному прогрессированию.

Патологические состояния сами могут служить фактором риска развития патологических процессов и болезней. Например, сужение клапанного отверстия сердца может привести к развитию недостаточности его сократительной функции (сердечной недостаточности); отсутствие зубов – к гастриту, одного лёгкого или почки – к дыхательной недостаточности или уремии; незаращение твёрдого нёба – к асфиксии с последующей пневмонией; отсутствие части желудка или кишечника – к недостаточности полостного и мембранного пищеварения с развитием синдромов мальабсорбции (нарушение переваривания и всасывания элементов пищи).

Амбивалентное отношение к заболеванию.

Следует также учитывать двойственное (амбивалентное) отношение больного к своему заболеванию. Традиционное понимание болезни связывают с негативной ее стороной. Однако наблюдения психологов показывают, что есть и позитивная сторона заболевания. Задача специалиста – искать положительную сторону болезни и показать ее больному. Это часто помогает наладить нужный психотерапевтический контакт и ободряет больного.

Р. Конечный и М. Бухал, выделяют нозофильно-утилитарную личностную реакцию, которая связана с определенным успокоением и приятными ощущениями при болезни. Эта реакция может быть более

или менее сознательной, и может встречаться не только у больных, но и у вполне здорового человека.

Различают также виды восприятия болезни, отражающие уровень ее осознания: нозогностическое (высокий и полный уровень осознания); обостренное (несоразмерное реальным проявлениям с преобладанием аффективно-личностных компонентов); неполное (восприятие не всех изменений, выделение только актуальных переживаний); искаженное (низкое осознание с преобладанием логической переработки болезненных ощущений).

Параметры оценки болезни.

Каждая болезнь характеризуется набором специфических особенностей, затрагивающих значимые для пациента (реального или потенциального) сферы жизнедеятельности. Можно выделить следующие параметры, на основании которых оценивается любая болезнь и формируется психологическое отношение к ней:

1. Вероятность летального исхода.
2. Вероятность инвалидизации и хронификации.
3. Болевая характеристика болезни.
4. Необходимость радикального или паллиативного лечения.
5. Влияние болезни на возможность поддерживать прежний уровень общения.
6. Социальная значимость болезни и традиционное отношение к больному в микросоциуме.
7. Влияние болезни на семейную и сексуальную сферы.
8. Влияние болезни на сферу развлечений и интересов.

Поведение больного во время болезни зависит от его индивидуального опыта и опыта общения с другими людьми, который он приобретал в процессе социализации, прежде всего в семье. У каждого существует эталон поведения во время болезни. Он зависит от системы ценностей личности, места, которое в его сознании занимает болезнь. Болезнь не исчерпывается страданием больного органа (физическими нарушениями).

Основные характеристики болезни касаются всех социальных основ жизни пациента. В результате заболевания больной оказывается вне круга привычных социальных связей. С ним происходит то, что психологи называют потерей сетевой линии общения. Эта потеря

сопровождается развитием состояния фрустрации. Личность, не устойчивая к фрустрации, испытывает сильное эмоциональное потрясение. Больные часто жалуются на чувство одиночества и ненужности.

Психическое состояние больного, находящегося в преморбидном состоянии.

Психическое состояние больного, находящегося на «входе в болезнь», обусловлено следующими психологическими факторами: страх диагностики и лечения; изменение физического самочувствия и болевые ощущения (хроническая боль может стать причиной эмоционального напряжения и неуравновешенности больного); страх смерти (или осложнений, рецидивов болезни); экономические трудности. Однако психологические трудности после признания себя больным не исчерпываются этим. Госпитализация также сопровождается отрицательными воздействиями на пациента. Негативные моменты госпитального этапа связаны с отсутствием надлежащего психологического комфорта в лечебном учреждении, незнанием психологических основ болезни медицинским коллективом.

Больной часто сталкивается с потерей собственной значимости: вокруг кипит профессиональная жизнь различных служб и подразделений, медицинский персонал держится высокомерно и неприступно, к поступившему адресуются безличным обращением «больной», и он начинает переосмысливать собственную значимость. Следующая потеря, согласно Н. И. Мельченко, переживаемая больным – это потеря контроля над ситуацией. Он чувствует себя жертвой обстоятельств, больше не хозяин собственной жизни, бытия и физического комфорта. Изменение эмоционального состояния у некоторых пациентов может дойти до тоски и отчаяния. Вектор агрессии может быть направлен на себя. Этот феномен обозначается понятием «собственная вина в болезни».

Тип реагирования на соматическое заболевание связан, в первую очередь, с оценкой пациентом его тяжести. При этом можно говорить о существовании феномена «объективной тяжести болезни» и «субъективной тяжести болезни».

Термины объективная и субъективная заключены в кавычки, поскольку практически невозможно количественно оценить тяжесть заболевания, нельзя составить квалифицированный реестр тяжести

болезней. Однако, позволительно в рамках этно- и социокультуральных особенностей, уровня развития медицины говорить о том, что некоторые заболевания тяжелее других (к примеру, на основании критерия летальности, вероятности инвалидности и потери трудоспособности). Для терапевта априорно очевидно, что рак желудка тяжелее гастрита, для психиатра несомненно, что шизофрения тяжелее невроза.

Переживание болезни во времени.

В переживаниях и отношении человека к своей болезни в динамике можно наблюдать следующие этапы:

1. Предмедицинская фаза – длится до начала общения с врачом, появляются первые признаки болезни и больной стоит перед решением вопроса об обращении за медицинской помощью.

2. Фаза ломки жизненного стереотипа – переход в такую стадию болезни, когда больной становится изолированным от работы, а часто и от семьи при госпитализации. У него нет уверенности в характере и прогнозе своего заболевания, и он полон сомнений и тревог.

3. Фаза адаптации к болезни – период, когда снижается чувство напряженности и безысходности, острые симптомы болезни постепенно уменьшаются, больной уже приспособился к факту заболевания.

4. Фаза «капитуляции» – больной примиряется с судьбой, не предпринимает активных усилий к поиску адекватных методов лечения и понимает ограниченность возможностей медицины в его полном излечении. Он становится равнодушным или негативно угрюмым.

5. Фаза формирования компенсаторных механизмов приспособления к жизни, установки на получение каких-либо материальных или иных выгод от болезни.

Критерии, по которым личность больного при хроническом и длительном течении заболевания, считается измененной (В. В. Николаева):

1. Изменение содержания ведущего мотива деятельности (формирование нового мотива ведущей деятельности, например, патологическая деятельность голодания при анорексии).

2. Замена содержания ведущего мотива содержанием более низкого порядка (например, мотив «самообслуживания» при ипохондрии).

3. Снижение уровня опосредованности деятельности (деятельность упрощается, целевая ее структура обедняется).

4. Сужение основного круга отношений человека с миром, т.е. сужение интересов, обеднение мотивационной сферы.

5. Нарушение степени критичности и самоконтроля.

При прогрессировании хронической болезни меняется вся система отношений больных. Значимыми становятся только те события, которые не противоречат вновь выделившемуся мотиву сохранения жизни. Вследствие этого, появляется у больных замкнутость, отчужденность, обеднение контактов с людьми, пассивность. Выделение мотива сохранения жизни ведет к формированию ограничительного поведения: инертности, снижению активности.

Психогенные реакции терминальных больных.

В современных исследованиях говорится о том, что смертельно больные люди испытывают различное эмоциональное напряжение. Можно отметить, что в основном это чувства, свойственные печали. Существует ряд основных психопатологических симптомов, которые наиболее характерны для онкологических больных. К ним относятся: тревога, депрессия, астения, ипохондрия, апатия и дисфория.

Тревога – это отрицательные эмоциональные переживания, обусловленные ожиданием чего-то опасного, имеющие диффузный характер, не связанные с конкретными событиями. Депрессия – аффективное состояние, характерное отрицательным эмоциональным фоном, изменениями сферы мотивационной, когнитивных (мыслительных) представлений и общей пассивностью поведения. Субъективно человек испытывает, прежде всего, тяжелые, мучительные эмоции и переживания (подавленность, тоску, отчаяние). Астения – нервно-психическая слабость. Проявляется в повышенной утомляемости и истощаемости, сниженном пороге восприятия, крайней неустойчивости настроения, нарушениях сна. Ипохондрия – болезненное состояние или заболевание, характерное чрезмерным вниманием к своему здоровью, страхом перед неизлечимыми болезнями, склонностью преувеличивать болезненные явления и приписывать себе

несуществующие тяжелые недуги. Апатия – состояние, характерное эмоциональной пассивностью, безразличием, упрощением чувств, равнодушием к окружающим событиям и ослаблением побуждений и интересов. Дисфория – пониженное настроение с раздражительностью, озлобленностью, мрачностью, повышенной чувствительностью к действиям окружающих, со склонностью к вспышкам агрессии.

Исследователи выделяют 10 типов реакций людей на свое скорбное положение, которое неразрывно связано с характером человека, который уже сформирован до болезни. Но, несмотря на то, что в них идет речь об онкологических больных, эти типы реакций свойственны и при других болезнях.

1. Тревожно-депрессивный синдром, проявляющийся общим беспокойством, страхом перед безнадежным заболеванием, угнетенностью, мыслями о бесперспективности, близкой смерти, мучительном конце. Синдром характеризуется общим беспокойством, выраженной тревогой, иногда достигающей степени страха, ощущением полнейшей безнадежности и бесперспективности существования, мыслями о неизбежной скорой и мучительной смерти. Следует отметить, что у тех больных, характер которых отличался активностью, в клинической картине обычно преобладают тревога и страх, в то время как у астенических, пассивных субъектов на первый план выступает депрессивная симптоматика. Этот синдром чаще всего встречается у больных в позднем возрасте.

2. Дисфорический синдром с тоскливо-злобно-мрачной окраской переживаний. У больных отмечались раздражительность, недовольство окружающим, поиски причин, приведших к заболеванию, обвинения в адрес медицинских работников в недостаточной оперативности. Нередко эти негативные переживания обращались на родственников, которые не уделяли достаточно внимания больному. Больные становятся мрачными, раздражительными по малейшему поводу. Зачастую и без всякого повода у них возникают вспышки гнева, ярости, злобы, ведущие иногда к проявлению агрессии, направленной на ближайшее окружение больного (семья, сотрудники по работе), в том числе и медицинский персонал. За фасадом злобы и агрессии нередко скрываются тревога и страх. После такой вспышки ярости больные, как правило, на некоторое время успокаиваются. Дисфорические

расстройства обычно развиваются как вид психогенной реакции у лиц, которым характерны возбудимость, взрывчатость, безудержность.

3. Обсессивно-фобический синдром проявлялся в форме навязчивостей и страхов, и наблюдался в группе больных с преобладанием в характере тревожно-мнительных, психастенических черт. Больные испытывали брезгливость к своим соседям по палате, навязчивый страх загрязнения, заражения раком, мучительные представления о смерти во время операции или после нее. Данная симптоматика наблюдается преимущественно у тревожно-мнительных субъектов. У больных возникают навязчивые мучительные представления о смерти, о собственных похоронах и т. п.

4. Апатический синдром обычно развивается у лиц, которые характеризуются чертами астении. К клиническим проявлениям этого симптомокомплекса у онкологических больных относятся: общая вялость, заторможенность, безучастность, утрата какого-либо интереса к своей судьбе, в том числе и к таким актуальным вопросам, как срок госпитализации, характер лечения. У больных преобладают вялость, некоторая заторможенность, безучастность, отсутствие каких-либо интересов, даже в отношении дальнейших перспектив лечения и жизни. В послеоперационном периоде происходит нарастание частоты проявления описываемого синдрома.

5. Астено-депрессивный синдром. В клинической картине больных выступают подавленность, тоскливость с переживаниями безнадежности своего заболевания, ранней или поздней, но обреченности. Этой симптоматике сопутствует заметный депрессивный фон. Отмечаются жалобы больных на постоянные головные боли, ощущение разбитости, упорную бессонницу или, наоборот, сонливость. Подобный клинический тип психогенной реакции преимущественно обнаруживается у больных, которым были свойственны циклоидные черты.

6. Астеноипохондрический синдром выражается в повышенном внимании к своим телесным ощущениям, сочетающимся с астеническим фоном в виде эмоциональной лабильности, слабости и истощаемости. Отмечался в незначительном проценте случаев.

7. Деперсонализационно-дереализационный синдром. Больные жалуются на то, что утратили чувство реальности, не ощущают ни окружающего, ни даже своего тела; часто требуют снотворные, хотя засыпают и без них, отмечают исчезновение вкусовых ощущений, аппетита. При развитии данного синдрома отмечаются также жалобы больных на утрату чувства реальности и яркости чувств. Данная симптоматика в основном наблюдается у истерических субъектов.

8. Параноидный синдром наблюдался нечасто и проявлялся в определенной бредовой трактовке окружающего, сопровождавшейся идеями отношения, преследования и даже единичными обманами восприятия. Для больных характерны подозрительность, настороженность и бредовая трактовка окружающей ситуации и всего происходящего с больным. Вместе с тем бредовые состояния при психозах, возникающих у людей пожилого старшего возраста, встречаются часто. Бред, являясь патологическим симптомом, представляет собой неправильно мысленное отражение действительности. При этом у старых людей может добавиться состояние слабоумия (деменция). Клиническое понятие деменции обычно включает не только нарушение интеллектуальных функций, но также и нарушение внимания, памяти и личности».

9. Эйфорический синдром – отмечаются реакции надежды, облегчения, успеха. Синдром проявляется в повышенном настроении, известного рода переоценке своего состояния и возможностей, кажущейся немотивированной радости. Отмечается его связь с группой больных циклоидного типа.

10. Синдром самоизоляции. При этом отмечается страх рецидива заболевания и метастазов, социальная дизадаптация, мысли о заразности заболевания. Больные становятся угнетенными, испытывают чувство одиночества, бесперспективности, утрачивают прежние интересы. Отношение к привычным и любимым прежде развлечениям резко негативно. Утрачивается интерес и к чисто внутрисемейным делам. Нарушения особенно резко выступают у больных, отличавшихся до заболевания активностью, застенчивостью и занимавших лидирующее положение в семье, на службе. При этом исследователи отмечают, что такие тяжелые эмоциональные состояния могут быть различны у разных людей и проходить на разных этапах.

2.5 Значение изучения внутренней картины болезни

Таким образом, внутренняя картина болезни человека может показывать психопатологическую структуру его состояния, тяжесть расстройства (по степени искаженности восприятия болезни и нарушения ее осознания), гармоничность и уровень зрелости личности (по степени адекватности восприятия), защитно-приспособительные и компенсаторные механизмы личности, уровень социально-трудовой адаптации.

Изучение внутренней картины болезни необходимо при любом заболевании, но особенное значение приобретает при психосоматических нарушениях. Внутреннюю картину болезни можно рассматривать как сложный комплекс представлений, переживаний, идей отражающих в представлении больного патологические изменения процессов жизнедеятельности организма и связанные с ними условия существования, определяемые патологией. Р. А. Лурия и А. Гольдшейдер рассматривали внутреннюю картину болезни как сумму переживаний и представлений самого больного о своей болезни, её причинах и возможном исходе.

Необходимо учитывать, что наличие неадекватно сформированной внутренней картины болезни может отрицательно влиять на течение и исход заболевания, создавать большие трудности в лечении, компенсации, адаптации, возникновению внутренних конфликтов различного типа с развитием невротизации и даже к изменению самой личности. Степень соответствия внутренней картины болезни реальной картине заболевания может быть различной. При этом понимание внутренней картины болезни помогает найти нужную тактику в работе с больным, в выборе определённых форм лечения. Она также дает возможность понять основные установки больного.

Получить сведения о внутренней картине болезни от больного часто представляет довольно сложную задачу при недостаточном владении приемами эффективной коммуникации. Специалист, не сомневаясь в правильности своих представлений и суждений должен уметь разговаривать с больным, наладить с ним контакт. Внутренняя картина болезни проясняется в процессе уточнения жалоб, анамнеза заболевания и жизни. Причем анамнез жизни в некоторых случаях может быть особенно

важен, т.к. позволяет психологически понять интеллектуальный уровень и логику внутренней картины болезни пациента.

Таким образом, внутренняя картина болезни, созданная сознанием пациента на основании его ощущений, представляет собой как бы модель реального заболевания в личностной интерпретации, которая благодаря эффекту самовнушения приобретает черты виртуальной реальности существующей параллельно с действительными процессами. Тем не менее, по своей значимости для человека эта реальность, конкурируя с настоящей, является информационной программой преодоления имеющихся отклонений или отказа от борьбы. Поэтому игнорировать особенности внутренней картины болезни у пациента специалист не должен.

Вопросы и задания для самоконтроля

1. Дайте определение здоровья.
2. В чем выражается позитивное определение здоровья?
3. На какие группы можно разделить людей по показателю психического здоровья?
4. В чем характерное отличие понятий здоровье и самочувствие?
5. Какое влияние оказывает соматическое состояние на психику человека?
6. Какие этапы развития болезни можно выделить?
7. Перечислите периоды болезни.
8. Дайте определение понятию внутренняя картина болезни.
9. Дайте определение понятию аллопластическая картина болезни.
10. Дайте определение понятию аутопластическая картина болезни.
11. Дайте характеристику типов соматонозогнозии.
12. Назовите и дайте характеристику типов реакции на болезнь.
13. Классификация типов отношения к болезни (А. Е. Личко и Н. Я. Иванов).
14. Какие основные типы реакции больного на свое заболевание можно выделить?

15. Каковы особенности амбивалентного отношения к болезни.
16. Влияние возраста больного на его отношение к заболеванию.
17. Какие фазы в переживаниях и отношении человека к своей болезни можно выделить в динамике при хронических заболеваниях?
18. Каковы особенности внутренней картины болезни у детей и в старческом возрасте?

ГЛАВА 3.

ПЕРЕЖИВАНИЯ И ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЕЕ ОСТРОТЫ, ЗАТРАГИВАЕМЫХ ОРГАНОВ И СИСТЕМ, СТЕПЕНИ ИНВАЛИДИЗАЦИИ, УТРАТЫ ЖИЗНИ

3.1. Психологические особенности больных с различной патологией

Те или иные типы психического реагирования человека на заболевание, закономерности формирования внутренней картины болезни сочетаются в клинике со специфическими особенностями психического состояния пациентов, характером реагирования на ее появление, течение, успешность лечения и исход.

Особенности внутренней картины болезни при различной патологии сгруппированы по традиционно принятым в медицине дисциплинам: хирургические, терапевтические, инфекционные, гинекологические и другие. Учитывая особую значимость онкологической патологии и психологических реакций человека, данная группа патологии освещена отдельно. Основное различие терапевтической и хирургической патологии с точки зрения психологического отношения к ним заключено в характере протекания болезненных процессов – при терапевтической существенным становится параметр длительности болезни, при хирургической – операционный стресс.

Психологические особенности больных с различными соматическими заболеваниями.

Сердечно-сосудистые заболевания. Для больных ишемической болезни сердца, инфарктом миокарда, артериальной гипертензией характерен эргопатический тип реакции на болезнь. Эти болезни, развиваются у людей активных, холерического темперамента, с высокими самооценкой и уровнем притязаний, привыкших много работать. Различные проявления тревоги и истероформные проявления для таких пациентов не столь характерны. Известны случаи, когда после однократного болевого сердечного приступа у пациентов развивается стойкая боязнь его повторения (кардиофобия). Они могут испытывать

страх, только попадая в рабочее или иное помещение, где случился приступ; могут упорно стремиться к установлению им инвалидности, бросают любимые увлечения, спорт. В таких случаях речь идет об одном из вариантов патологического развития личности.

В остром периоде инфаркта миокарда возможно развитие страха, паники, приступов тоски; при тяжелом поражении сердечной мышцы с общей интоксикацией – состояний помраченного сознания. При улучшении состояния появляются или возобновляются признаки эргопатического или анозогнозического типа реакции на болезнь.

Совершенно иными являются психические изменения у пациентов, переносящих ревматические атаки, заканчивающиеся формированием пороков сердца. В этих случаях постоянная и углубляющаяся тканевая гипоксия сопровождается астеническим синдромом, обусловленным чисто соматогенными влияниями (наблюдается эмоциональная неустойчивость, плаксивость, утомляемость, нарушение сна, ухудшение внимания). Ревматические атаки могут приводить и к поражению мозга. При этом возникают разнообразные формы помрачения сознания, судорожные проявления, расстройства восприятия собственного тела, соотношения его частей, формы и величины окружающих предметов и пространства.

Заболевания органов дыхания. При воспалительных заболеваниях дыхательных путей, особенно пневмониях различного происхождения, абсцессе легких и прочих, психические изменения не отличаются от таковых при общих инфекциях. Они целиком обусловлены соматогенными влияниями. Больные ассенизированы; наблюдается утомляемость, раздражительность, нарушения сна. Пациенты чрезвычайно чувствительны к внешним раздражениям. Часто их сознание нарушается, больные могут быть возбуждены, галлюцинируют.

При бронхиальной астме психологический профиль больных обусловлен как преморбидными личностными особенностями, так и влияниями, привнесенными болезнью. Обращает внимание относительная частота неврастенического, эргопатического и особенно эгоцентрического типа реагирования. Последний тип реагирования при бронхиальной астме описывается особенно часто – у пациентов отмечается склонность к истерическим реакциям, детское поведение, стремление вызвать к себе жалость, приковать внимание медперсонала.

Известно, что больные нередко способны провоцировать приступ самовнушением; астматические приступы вызываются и устраняются в гипнотическом сне. З. Фрейд рассматривал приступ бронхиальной астмы как подавленный влияниями «эго» и «суперэго» крик ребенка, обращенный к матери, впоследствии реализующийся в болезни.

При утяжелении бронхиальной астмы, присоединении эмфиземы легких, дыхательной недостаточности, инфекций основные психические изменения обусловлены чисто соматогенными влияниями (астения, неясность сознания).

Заболевания желудочно-кишечного тракта. Наиболее подробно описан психологический профиль пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. Известно, что эти заболевания относятся к психосоматическим расстройствам, и поэтому психические изменения у пациентов неизбежны. По данным А. Е. Личко и Н. Я. Иванова, гармонический тип отношения при этих заболеваниях встречается реже, чем при другой патологии.

В большинстве случаев больные язвенной болезнью – это лица с пониженным настроением, однако до выраженной депрессии, формирования меланхолического типа отношений, суицидных мыслей дело не доходит. Характерен ворчливо-брюзгливо-недовольный фон настроения. Преобладание отрицательных эмоций при язвенной болезни неудивительно, поскольку пациенты немалую часть времени испытывают боли и другие неприятные ощущения. Именно поэтому из всех вариантов внутренней картины болезни, у них наиболее часто встречается ипохондрический со стойкой канцерофобией. О. Г. Жужалов выявил как наиболее частые неврастенический, сенситивный и паранойяльный тип отношений (последний, очевидно, формируется на основе искаженно трактуемых ипохондрических ощущений и включает дисфорическую настроенность пациентов – озлобленность, гневливость).

Итак, к типам внутренней картины болезни при язвенной болезни относятся ипохондрический, неврастенический, сенситивный, паранойяльный и дисфорический. Не следует давать повод пациентам для малейших придинок и по возможности терпеливо сносить их вспышки раздражения и гнева. Пациенты склонны подолгу и излишне детально описывать свои неприятные ощущения. Однако прерывать их

не следует, лучше сослаться на занятость, обещать непременно продолжить беседу при первой возможности и указать, что все до малейших деталей будет сообщено врачу.

Заболевания печени, почек, крови. Для всех этих видов патологии характерно возникновение астении с личностными включениями при относительно легких степенях расстройств, а при тяжелых степенях – превалирование расстройств, обусловленных чисто соматогенными влияниями. При этом может наблюдаться грубые органические поражения мозга.

При хронических воспалительных заболеваниях печени и желчных путей астенция характеризуется утомляемостью, раздражительностью, нарушением сна, при этом рано обнаруживаются расстройства памяти и внимания. В то же время для больных характерен дисфорический фон настроения (соответственно – дисфорический тип внутренней картины болезни). В случаях цирроза печени быстро выступает на первый план эмоциональная неуравновешенность в сочетании со снижением памяти и интеллекта (в психиатрии такое сочетание характеризуется как психоорганический синдром).

При хронических воспалительных заболеваниях почек в относительно легких случаях на первый план также выступает астенция, а при нарастании почечной недостаточности развиваются синдромы помрачения сознания (делирии). При развитии уремии наступает оглушенность сознания, переходящая в кому. Личностные реакции при этом малозаметны.

При заболеваниях крови – анемиях, обусловленных кровопотерями или гипохромных, состояния астении с выраженной утомляемостью, чрезвычайной чувствительностью к внешним раздражениям наиболее характерны. Иными являются психологические профили пациентов при пернициозной анемии и болезни Верльгофа. Для пернициозной анемии, в отличие от других видов анемий, характерны меланхолический или дисфорический типы внутренней картины болезни, что во многом обусловлено личностными реакциями на весьма тяжелую болезнь. В дальнейшем развиваются проявления психоорганического синдрома, поскольку при пернициозной анемии наблюдается диффузное дегенеративное поражение нервной ткани (как в головном, так и спинном мозге).

При болезни Верльгофа, вследствие тромбоцитопении, происходят многочисленные точечные кровоизлияния в ткани различных органов, в том числе в мозг. В легких случаях развивается астения, тревога (тревожный тип внутренней картины болезни). В дальнейшем, при усугублении поражения мозговой ткани возникают галлюцинации, расстройства восприятия собственного тела и его частей.

Следует быть настороже в отношении возможности развития серьезных психических расстройств у всех перечисленных в этом разделе категорий больных.

Неврологические заболевания. Среди неврологических заболеваний особое место занимает остеохондроз позвоночника, связь проявлений которого с психологическим состоянием человека является весьма существенной. Считается, что в механизме развития поражений позвоночника важную роль играет эмоциональное состояние человека. Страх и тревога способны приводить к напряжению скелетных мышц и способствовать образованию мышечного каркаса, который, в свою очередь, может провоцировать формирование неадекватного двигательного стереотипа. У пациентов с высоким уровнем тревожности и обусловленным ей высоким мышечным тонусом формируется поза с напряжением мышц торса и прямой спиной. Из психологических особенностей больных выделяются нетерпеливость, суетливость, несобранность и, как следствие, нарушение координации движений. В структуре личности человека, заболевшего остеохондрозом шейного и поясничного отделов позвоночника, могут преобладать черты застенчивости, скромности, робости и зависимости от авторитетов, которые внешне проявляются в формировании осанки.

Как правило, у больных с неадекватным двигательным стереотипом при остеохондрозе поясничного отдела позвоночника обнаруживается эргопатический, неврастенический и тревожный типы реагирования на заболевание, при адекватном двигательном стереотипе – гармоничный (Е. Г. Менделевич). При этом наблюдается два различных пути влияния психологических факторов на течение остеохондроза. Патогенным, с одной стороны, оказывается анозогностически-эргопатическая реакция человека с поведением, демонстрирующим малую значимость проявлений болезни, желание собственными силами справиться с болями и скованностью, повысить двигательную

активность. С другой стороны, патогенным оказывается преувеличение значимости проявлений болезни с формированием неадекватного беспокойства и тревоги. Среди факторов, определяющих тип психического реагирования на остеохондроз, важным оказывается представление об этом заболевании, как о тяжелом страдании. Отмечается высокий рейтинг остеохондроза как серьезной патологии по сравнению с другими заболеваниями у пациентов с неадекватным двигательным стереотипом.

Заболевания эндокринной системы. Психические изменения при эндокринопатиях неизбежны, так как гормоны, вырабатываемые железами внутренней секреции, оказывают заметное влияние на центральную нервную систему. В то же время многие психические изменения обусловлены личностной реакцией на болезнь, тем более что при эндокринопатиях в большинстве случаев изменяется внешность человека. Некоторые эндокринопатии относятся по происхождению к психосоматическим расстройствам и с самого начала приносят с собой симптомы эмоционального стресса.

Базедова болезнь (гипертиреоз) начинается с возникновения невротоподобных симптомов (эмоциональной неустойчивости, нарушения сна, чрезвычайно выраженной невыносимости к любым внешним стимулам, с тремора). С самого начала формируется неврастенический тип внутренней картины болезни. Он обусловлен не только действием избыточного количества гормонов, но и личностной реакцией на болезнь – неожиданным ее наступлением, переживанием диагноза как катастрофы, наконец, изменением внешности. Однако внутренняя картина болезни при гипертиреозе многообразна и к выделенным А. Е. Личко и Н. Я. Ивановым типам внутренней картины болезни не сводится. Эмоциональная сфера пациентов претерпевает непрерывные изменения, одни состояния спустя день или даже несколько часов сменяют другие. Пациенты депрессивны, непрерывно плачут, лежат, отвернувшись к стене. Часто с потоком слез предъявляют медперсоналу массу ипохондрических жалоб. Пониженное настроение при малозначащих приятных известиях может смениться эйфорией, восторженностью, экзальтированностью. Склонны они и к развитию эгоцентрического типа отношений, также кратковременного, когда развиваются истерические реакции (смех, плач, одышка и

др.), пациенты стараются вызвать жалость и приковать к себе внимание. Иногда, особенно при неблагоприятном течении болезни, у них появляются периоды паранойальной настроенности.

В особо тяжелых случаях развиваются делириозные состояния, обусловленные чисто аллопластическими влияниями. Особенно часто помрачение сознания появляется непосредственно после тиреоэктомии. Следует помнить о чрезвычайной эмоциональной неустойчивости и легкой внушаемости пациентов с базедовой болезнью и поэтому необходимо быть бодрым, спокойным и уверенным.

При гипотиреозе (микседема, недостаточность функции щитовидной железы) психические изменения обусловлены, в основном, гормональной недостаточностью органа (аллопластические воздействия). Больные апатичны, мышление замедлено и затруднено. В то же время, на этом фоне могут возникать опосредованные личностными реакциями депрессии, как правило, неглубокие.

Сходная картина психических изменений наблюдается при аддиссоновой болезни (недостаточность функции коры надпочечников) – апатия с легкой депрессией и астеническими проявлениями. На этом фоне могут появляться более или менее длительные периоды эйфории, обусловленные, очевидно, гормональным дисбалансом, а не личностными реакциями.

Среди эндокринных заболеваний, связанных с поражением передней доли гипофиза, психические изменения отмечают при акромегалии и болезни Иценко-Кушинга. Акромегалия характеризуется разрастанием концевых участков костной ткани (кисти, стопы, нос, подбородок). Внешность меняется резко, человек выглядит будто при рассмотрении сквозь увеличительное стекло. Психические изменения обязаны реакции личности на болезнь, характерны дисфорический или меланхолический типы отношений. При акромегалии может развиваться депрессия, суициды наблюдаются редко. Следует помнить о повышенном риске развития депрессии, увеличении у них угрюмости, стремления к уединению.

При болезни Ицешо-Кушинга у пациентов наблюдается астения, для которой особенно характерно тяжелое расстройство сна. В то же время на этом фоне может развиваться выраженное снижение настроения (меланхолический тип внутренней картины болезни),

в происхождении которого играет роль изменение внешности пациентов и нарастающая беспомощность. Второй частый вариант – это эгоцентрический с выраженным истерическим поведением (таким же, например, как и при базедовой болезни).

Одной из наиболее тяжелых эндокринных патологий является сахарный диабет. Роль психического параметра (стресса) в возникновении сахарного диабета является в настоящее время доказанной. Т. Willi одним из первых указал на связь диабета с душевными переживаниями, подчеркнув тот факт, что появлению сахарного диабета нередко предшествует стресс. У больных диабетом отмечаются такие черты характера как эгоцентризм, раздражительность, капризность и несдержанность. Отмечалось также, что среди больных диабетом чаще, чем в среднем населении, встречаются люди интеллигентные и энергичные.

На синдромальном уровне, как правило, выделяют астенический, астено-ипохондрический, астенодепрессивный, обсессивный и истероформный синдромы. При этом отмечается, что на формирование психических расстройств оказывают влияние тип сахарного диабета, его длительность и степень тяжести, а начало заболевания в детском и подростковом возрасте и длительное течение болезни создают предпосылки для патологического развития личности больных диабетом. При сахарном диабете 1 типа (инсулинозависимом) преимущественно присутствует астенодепрессивный и истероформный синдромы и истерический вариант патологического развития личности, а при сахарном диабете 2-го типа (инсулиннезависимом) чаще встречаются астенический и астеноипохондрический синдромы, а также обсессивный, эксплозивный и психосоматический варианты патологического развития личности. Важное место среди психических расстройств при сахарном диабете занимают нарушения пищевого поведения в виде анорексии и булимии.

Психологические особенности больных с хирургической патологией. Психологические особенности пациентов хирургического стационара во многом обусловлены фактом предстоящей операции и послеоперационным состоянием. Они нередко испытывают страх перед наркозом и предстоящей операцией. Известие об операции, особенно, если это продекларировано коротко, вскользь, без учета

психотерапевтических возможностей, порождает тревогу у пациента. Описаны и другие реакции на предстоящую операцию: отчаяние и чувство безысходности (меланхолический тип внутренней картины болезни при преморбидных дистимических и астено-невротических акцентуациях), а также реакция недоверия (у паранойяльных личностей, реже при анозогнозическом или дисфорическом типе). Тревога на предстоящую операцию может достигать весьма высокой степени, и психотерапевтические вмешательства приходится сочетать с фармакотерапией (транквилизаторы, антидепрессанты). Некоторые пациенты с постоянным страхом неудачи могут настойчиво просить продолжить консервативное лечение, зато другие (с эргопатическим типом внутренней картины болезни) могут настаивать на проведении операции немедленно, что не всегда возможно. Тревога может сохраняться и в послеоперационном периоде.

Особые реакции можно ожидать от пациентов, подвергающихся трансплантологическим оперативным вмешательствам, связанные с внутриличностным конфликтом по поводу приобретения органов другого человека. Данный факт влияет на самооценку человека, восприятие и принятие им себя как целостной личности после операции. Нередки в подобных случаях деперсонализационные расстройства и нарушения восприятия собственной схемы тела.

Считается, что существует связь между выраженностью тревоги в предоперационном и постоперационном периодах. Предоперационная тревога является типичной психологической реакцией на сообщение о необходимости проведения хирургической операции. Она выражается в постоянном беспокойстве, неусидчивости, невозможности сосредоточиться на чем-либо, нарушении сна. Тревога проецируется в будущее, отражая ожидания от качества операции, будущего состояния, удовлетворенности тем, что согласился на операцию. Постоперационная тревога, которая клинически может быть идентичной предоперационной, связана с перенесенным операционным стрессом.

Чисто хирургической патологией является ожоговая болезнь, однако психические нарушения в различных ее фазах являются результатом патофизиологических изменений, а не личностных реакций (заторможенность при шоке; астения и помрачение сознания при интоксикации и др.). Зато в периоде реконвалесценции наблюдаются

личностные реакции – стойкий страх огня, навязчивые воспоминания об обстоятельствах получения ожогов. Если при этом происходит обезображивание внешности, результатом может быть депрессия с суицидными мыслями и намерениями.

Психологические особенности больных в клинике акушерства и гинекологии. Психические изменения обусловлены чаще всего личностными реакциями, а не аллопластическим влиянием какой-то болезни. Конечно же, психические расстройства при гинекологическом сепсисе или астении при хронических воспалительных заболеваниях половых органов обусловлены чисто соматогенными влияниями. Психозы возраста климакса (предстарческого периода) – это истинно душевные расстройства (депрессии, шизофрения с поздним началом) рассматриваются в курсе психиатрии. В то же время в период климакса ряд психических переживаний обусловлен личностными реакциями, чаще всего у индивидов, которым с юности были свойственны тревожность, мнительность и эмоциональная неуравновешенность. У таких женщин возникает тревога быть брошенной, потерять привлекательность, надоест вследствие неизбежного учащения болезней. В таких случаях психотерапевтическая работа должна проводиться не только со страдающей женщиной, но и с ее близкими, в частности с повзрослевшими детьми.

Совершенно иными являются изменения психики при предменструальном синдроме. Легкие изменения настроения в этот период обычны, особенно если менструации болезненны. В то же время выраженные истерические реакции, ипохондричность, дисфорический и особенно тревожно-депрессивный фон настроения являются грозными признаками грядущих душевных (аффективных) расстройств личности.

Депрессивные состояния, развивающиеся у женщин с аменореей или у женщин с бесплодием. При аменорее девушек следует всячески ободрять, указывая на увеличивающиеся возможности лечения и настаивая на продолжении тщательного медицинского обследования. Эмоциональное состояние женщины при бесплодии зависит во многом от поведения мужа. Следует указать, что большинство из них оказывают женщинам психологическую поддержку, не отказываются обследоваться сами, вместе ищут выход из создавшегося положения.

Необходимо учитывать психологическое состояние женщин при нормальной и осложненной беременности. В I триместре первой нормальной беременности женщина может ощущать неуверенность, страх перед родами. II триместр беременности протекает, как правило, психологически благополучно, а в III триместре могут нарастать тревога и нетерпение. В эти периоды женщины нуждаются в психологической поддержке. Психологические механизмы ранних токсикозов беременности (гестозов) изучены достаточно подробно. В основе их лежит явное или бессознательное нежелание иметь ребенка. Психотерапевтическая работа с такими женщинами должна проводиться квалифицированным психологом.

Психологические особенности больных с инфекционными заболеваниями. Тяжело протекающие инфекционные и воспалительные заболевания неизменно приводят к изменениям или расстройству психики, однако они обусловлены чаще самой болезнью (аллопатическими влияниями), а не личностными реакциями. Отмечаются астения, делирий, в особо тяжелых случаях при длительных изнуряющих заболеваниях – аменция. После исчезновения состояний помраченного сознания длительное время также имеет место астения. При тяжело протекающих инфекциях с поражением мозговой ткани может формироваться психоорганический синдром. Личностные реакции иногда могут проявляться на фоне астении – формируется тревожный, ипохондрический, неврастенический типы внутренней картины болезни. Меланхолический тип внутренней картины болезни характерен для гриппозной инфекции; редкий эйфорический тип внутренней картины болезни – для малярии или для инфекционных заболеваний у больных алкоголизмом.

При мозговом сифилисе в 3-й и 4-й стадиях характерна картина, сходная с таковой при сосудистых заболеваниях или опухолях мозга, прогрессирующего слабоумия.

При туберкулезе легких отмечена удивительная частота эргопатического и гармонического типов внутренней картины болезни. При выраженной туберкулезной интоксикации изменения психики нередки, и этому есть ряд причин: частое совпадение туберкулеза с шизофренией и алкоголизмом. Туберкулезная интоксикация сопровождается астенией, при которой особенно заметны психическая истощаемость,

тяжелые нарушения сна. При этом глубоко переживается сам факт тяжелой болезни, вынужденная оторванность от семьи и работы, опасение заразить близких. Отмечается частое возникновение психических расстройств при применении специфических противотуберкулезных препаратов – тубазида, циклосерина и др. Особенностью также является частое возникновение аффективных расстройств – депрессивного и маниакального синдромов. Депрессивные состояния более характерны для начала туберкулезного процесса, а маниакальные для поздних этапов его развития.

У ВИЧ-инфицированных больных по мере прогрессирования заболевания превалирование аутопластических влияний сменяется аллопластическими. У лиц, соприкоснувшихся с контингентом больных или представителями групп риска (проститутки, наркоманы, гомосексуалисты), но у которых ВИЧ-инфекция не диагностирована нередко возникает паника. Такие лица постоянно ищут у себя симптомы болезни, они тревожны и испытывают бессонницу. Чаще всего она возникает у лиц с тревожно-боязливой акцентуацией характера. У лиц, у которых ВИЧ-инфицирование установлено, но признаков СПИДа еще нет, также наблюдается тревога и бессонница, но может развиваться и депрессия с суицидными намерениями. На начальных этапах развития СПИДа аутопластические и аллопластические влияния переплетаются. Отмечаются депрессия, чувство вины, страх смерти, калейдоскоп воспоминаний о прожитой жизни, что в дальнейшем сменяется дисфориями, эпилептиформными припадками, пароксизмами помрачения сознания. В развернутой стадии СПИДа, наряду с грозными изменениями в системе дыхания и лихорадкой, развивается прогрессирующее слабоумие.

Психологические особенности больных с дефектами различных органов и систем. В данном случае речь идет о болезненной реакции личности на врожденный или приобретенный вследствие болезни дефект, т.е. о превалировании аутопластической картины болезни. Описаны депрессии, возникающие при обезображивании внешности (раны, рубцы от ожогов, кожные заболевания локализацией на лице). Наряду с меланхолическим, может преобладать чувствительный тип внутренней картины болезни – чувство стыда, брезгливость к самому себе, опасение быть непринятым в обществе и семье. Больные вынужденно ограничивают свое общение.

При заикании описано два варианта личностной реакции на болезнь: страх заговорить (тревожный тип внутренней картины болезни) и развитие механизма гиперкомпенсации – стремление говорить как можно больше, ораторствовать, добиваться возможно более высокого общественного положения, несмотря на дефект.

У женщин после калечащих гинеологических операций (мастэктомии, овариоэктомии) нередко развивается страх потерять мужа, привлекательность, вследствие чего появляется крайняя эмоциональная неуравновешенность. Психотерапевтическая работа в таких случаях должна касаться не только пациентов, но и членов их семей.

Определенные личностные реакции возникают у пациентов, проходящих лечение у психиатров или перенесших однократный приступ душевного расстройства. В этих случаях возникающие депрессивные переживания объясняются не рецидивом душевных расстройств, а реакцией личности на воображаемый психический дефект. Немаловажную роль в возникновении депрессий как личностных реакций играет неправильное понимание окружающими сути душевных болезней как совершенно неизлечимых, и отсюда относящихся к пациентам либо неуместно жалостливо, либо уничижительно. Пациенты, стыдясь бывшей болезни, ограничивают круг общения, испытывают постоянные стеснительность и робость, скрывают продолжающиеся контакты со специалистами.

У слабослышащих (или глухих) и слабовидящих (или незрячих) лиц может развиваться тревожность, чувство зависимости, нерешительность. При тугоухости нередко развиваются подозрительность, обидчивость. У слабовидящих более часты истерические реакции (эгоцентрический тип отношений). Кроме того, у них же чаще развиваются механизмы гиперкомпенсации – повышенная тяга к знаниям, приобретению трудовых навыков, часто венчающаяся успехом (известны слепые научные работники, певцы). В медицине слабовидящие и незрячие нередко становятся прекрасными специалистами по массажу.

3.2. Психологические особенности больных с онкологической патологией

Изменения психического состояния пациентов и психические расстройства при злокачественных новообразованиях обращали к себе особенное внимание психиатров, психологов, специалистов по уходу и психотерапевтов. С другой стороны, при этих грозных заболеваниях отчетливо переплетаются психогенные и соматопсихические влияния (последние чаще представлены астенией, вызванной непосредственно быстрорастущей опухолью).

Необходимо отметить, что в последнее время произошли кардинальные стратегические изменения в общении с пациентами. Так, тактика сокрытия от них болезни сменилась признанием их права на диагноз и прогноз. Соответственно изменился и тип реакции на болезнь. Важно также отметить, что внутренняя картина болезни отчетливо зависит от преморбидных особенностей личности пациентов.

На додиагностическом этапе (до того как специалисты подходят к установлению диагноза) больные чувствуют нарастающую астенизацию и массу неприятных ощущений, зависящих от локализации пораженного органа. У них возникает масса страхов, самый частый из которых канцерофобия. Наряду с этим наблюдаются угнетенное настроение, тоскливость, бессонница, ощущение паники. В то же время больные отгоняют от себя мысли о раке, ставят себе иные диагнозы или требуют направления к невропатологу. Иногда больные боятся идти к врачу, чтобы не услышать страшный диагноз. Отмечаются и случаи отчетливого анозогнозического отношения к болезни (ее отрицания).

Реакции больных при установлении диагноза могут быть самыми разнообразными. Наиболее часто имеет место возникновение острого страха, растерянность. Нередки и депрессии с суицидными попытками, напрямую связанные со страшным диагнозом. Согласно В. Д. Менделевичу, количество суицидов у онкологических больных резко превышает такие действия при любой другой соматической патологии.

Состояние тревожности – это обычная и нормальная реакция на новую или стрессовую ситуацию. Ее испытывал каждый человек в обычной жизни. Однако психологическое состояние человека, узнавшего

о том, что у него онкологическое заболевание, характеризуется особенно высоким уровнем тревоги. В тех случаях, когда диагноз от больного скрывают, это состояние может доходить до уровня выраженного невроза. Описываются и иные варианты внутренней картины болезни на стадиях установления и сообщения диагноза. При дисфорической фазе реагирования на заболевание возможны как агрессивные, так и аутоагрессивные поступки. В небольшом проценте случаев отмечается эргопатический тип внутренней картины болезни – пренебрежение болезнью ради работы и продолжение привычного стиля жизни.

При выписке из стационара на амбулаторное лечение больные часто ощущают себя неполноценными, отверженными. Они стремятся к самоизоляции, утрачивают привычные интересы. В социальной реабилитации таких пациентов, наряду с психотерапевтическими усилиями медработников или психологов, огромную роль играет поведение членов семьи.

Описаны различия психологического и психопатологического состояния пациентов в зависимости от локализации болезненного процесса. Так, тревога особенно характерна при раке легких, галлюцинаторные переживания – при раке печени. У женщин, перенесших операции по удалению матки, яичников или молочных желез, к тревоге за исход заболевания присоединяются опасения резкого старения, утраты привлекательности и боязнь распада семьи. Как указывалось ранее, психотерапия пациентов в таких случаях должна обязательно проводиться с активным участием их близких.

Стресс как психологическая травма онкологических больных.

Известно, что психологическое состояние человека, впервые услышавшего от медицинских работников, что у него возможно, онкологическое заболевание рассматривается как тяжелейший психоэмоциональный стресс.

Изучение особенности эмоционального реагирования на болезнь у онкологических больных методом клинического интервью показывает наличие тревожности у 93 %), расстройство сна у 55 %, пассивность у 55 %, раздражительность – 33 %, агрессивность – 12 %), депрессия – 13 %). Исследование особенностей внутренней картины болезни у онкологических больных показывает снижение самооценки онкологических больных, ярко выраженные эмоциональные

расстройства, эмоциональную напряженность, а также высокие показатели фобического компонента. Также прослеживается проекция страхов в перспективу, в будущее, общая озабоченность будущим и повышение астенического компонента.

3.3. Роль преморбидно-личностных особенностей в формировании внутренней картины болезни

Важными и определяющими факторами внутренней картины болезни также являются: пол, возраст, профессия, темперамент, воспитание и мировоззрение пациента.

Параметр пола человека, несомненно, оказывает влияние на субъективное отношение к болезни и формирование типа реагирования на заболевание. К особенностям, имеющим корреляции с полом человека можно отнести известные факты лучшей переносимости женщинами болевого ощущения, состояний длительной ограниченности движений или обездвиженности. Этот факт может быть объяснен как психофизиологическими особенностями пола, так и психологическими традициями роли женщины и мужчины в определенных обществах и культурах.

Влияние психологического отношения к иммобилизации известно в медицине давно. Известно, что мужчины значительно хуже, чем женщины эмоционально переносят длительный период ограничения движений или полной обездвиженности. Особенно ярко это представлено в травматологической клинике, когда пациенту приходится находиться в вынужденной позе в течение нескольких месяцев.

К личностным особенностям, как правило, относят ценностные ориентации человека, его морально-нравственные критерии и иные социально обусловленные феномены. В первую очередь, из личностных особенностей, влияющих на формирование субъективного отношения к болезни следует отметить мировоззрение и философская позиция по поводу смысла жизни и жизни после смерти. Психологические реакции на заболевание разнятся у глубоко верующих людей и воинствующих атеистов. Чаще первые более адекватно, психологически комфортно относятся к болезням, ведущим к смерти. Вторые же нередко реагируют на появившуюся болезнь, которая может привести к утрате трудоспособности или даже к смерти, оби-

дой. Они начинают искать виновников заболевания, создают вокруг себя враждебную обстановку.

Выделяется несколько мировоззренческих установок в отношении происхождения заболеваний: болезнь как кара; болезнь как испытание; болезнь как назидание другим; болезнь как расплата за грехи предков. Все перечисленные трактовки происхождения болезней основаны на вере в связь между поведением человека, его нравственностью и возникновением у него недуга. При этом подчеркивается пассивная роль индивида. Он не способен противостоять болезни за исключением возможности кардинально изменить свое поведение и искупить вину и замолить грехи.

Другой группой мировоззренческих установок является представление о болезнях как вызванных наследственными причинами: болезнь как неизбежность; болезнь как стечение обстоятельств; болезнь как собственная ошибка. В рамках этого мировоззрения все процессы (в том числе, и происхождение болезней) рассматривается сквозь призму внешней или внутренней заданности. Многие люди убеждены в том, что плохая наследственность является фатальным фактором в генезе заболеваний. Все, что происходит с человеком трактуется представителями этой позиции, базируясь на наследственно-конституциональном принципе причинности. Противоположная тенденция полностью отрицать значение наследственности и рассматривать возникновение болезни, основываясь на внешних факторах и поведении человека.

Третья мировоззренческая платформа оценки механизмов происхождения заболеваний базируется на мистическом подходе к процессам этиопатогенеза: болезнь вследствие зависти, болезнь вследствие ревности. В рамках подобного подхода источники болезней видятся в предвзятом отношении близких окружающих (соседей, знакомых, родственников, сослуживцев) к человеку. Процесс возникновения болезней рассматривается как экстраполяция негативной энергии ревнующего или завидующего на реципиента.

Возрастной фактор в формировании внутренней картины болезни.

Возрастные особенности человека также существенны при формировании субъективного отношения к болезни и становления

определенного типа реагирования на нее. Известно, что для каждой возрастной группы существует свой реестр тяжести заболеваний – своеобразное распределение болезней по социально-психологической значимости и тяжести.

Лица зрелого возраста более психологически тяжело реагируют на хронические и инвалидизирующие заболевания. Это связано с системой ценностей, и отражает устремленность человека зрелого возраста удовлетворять такие социальные потребности, как потребность в благополучии, благосостоянии, независимости, самостоятельности. Именно удовлетворение подобных потребностей может быть заблокировано появлением любой хронической или приводящей к инвалидности болезни. Психологически тяжелыми для лиц зрелого возраста являются такие болезни как онкологические, хронические соматические болезни.

Второй значимой группой заболеваний для зрелого человека считаются такие болезни как венерические и психические заболевания. Психологическая реакция на них обусловлена не всегда оценкой их, как угрожающих здоровью, а связана с переживаниями по поводу того, как изменится социальный статус и авторитет заболевшего такими болезнями в случае, если об этом станет известно окружающим. Существует группы населения (в первую очередь, люди, занимающие руководящие посты) для некоторых неприемлемыми являются болезни сердца, что связано с возможностью продвижения по службе.

Для пожилых и престарелых людей наиболее значимыми являются болезни, которые могут привести к смерти. Инфаркт, инсульт, злокачественные опухоли страшны для них не тем, что могут приводить к потере трудоспособности, а тем, что ассоциируются со смертью. Заболевания в пожилом возрасте переносятся физически тяжелее и на длительное время ухудшают общее самочувствие больных.

С возрастом к человеку приходит целая гамма возрастных психологических феноменов: и возмущение против старости, и существенная трансформация личностных реакций и жизненного стереотипа. Появляются неуверенность, пессимизм, обидчивость, страх перед одиночеством, беспомощностью и материальными затруднениями. Заметно снижается интерес к новому и вообще к внешнему миру с фиксацией на переживаниях прошлого и их переоценке. По мере

старения снижается психическая реактивность человека. Однако и здесь нельзя однозначно говорить только о регрессе личности в пожилом возрасте, так как многие люди до глубокой старости сохраняют свои позитивные качества и творческие возможности.

Следует помнить, что в старческом возрасте гораздо более интенсивно выражены соматогенные влияния физического заболевания на психику. Иногда первым признаком соматического заболевания или утяжеления его течения являются признаки ухудшения психического состояния пожилого человека. Особенно частым признаком ухудшившегося соматического состояния у лиц старческого возраста являются ночные делирии – беспокойство и галлюцинирование по ночам.

Роль семейной ситуации в формировании внутренней картины болезни.

В формировании того или иного типа отношения к болезни связано очень большое значение имеет семейная ситуация, в которой оказался больной. Если в семье удовлетворительные условия жизни то болезнь приобретает неосознаваемый психологический смысл служит средством сохранения семейной целостности. Так, если в семье заболевает ребенок (например, диагноз экзема), а ситуация такова, что родители ребенка находятся в конфликтных отношениях, болезнь может способствовать сохранению семьи. Родители объединяются для лечения и заботы о ребенке, исчезают супружеские конфликты. К болезни ребенка проявляется повышенное внимание.

Выделяют две противоположные семейные традиции воспитания субъективного отношения к болезням – «стоическую» и «ипохондрическую». В рамках первой ребенок постоянно поощряется за поведение, направленное на самостоятельное преодоление недугов, плохого самочувствия. Его хвалят, когда он, не обращая внимание на имеющуюся боль, продолжает заниматься тем, чем занимался до ее возникновения. Стоическая традиция основывается на призыве не поддаваться болезни. Противоположная ей семейная традиция формирования сверхценного отношения к здоровью. Когда родителями поощряется внимательное отношение к состоянию своего здоровья, тщательность в оценке болезненных проявлений, выявления у себя первых признаков заболевания. В семье ребенок обучается при малейшем изменении самочувствия обращать собственное внимание и

внимание окружающих (вначале родителей, а затем воспитателей, учителей) на болезненные проявления.

Семейные традиции определяют своеобразное ранжирование болезней по степени их тяжести. К примеру, к наиболее тяжелым могут относиться не объективно тяжелые, а те, от которых чаще всего болели члены семьи. Вследствие этого, субъективно наиболее значимой болезнью может оказаться гипертоническая болезнь, а не рак или психическое заболевание. Кроме того, в семье, где есть прецеденты длительной и устойчивой ремиссий после лечения онкологического заболевания или даже выздоровление, подобная болезнь может оказаться менее психологически тяжелой, чем в семье с противоположной традицией, основанной на собственных наблюдениях.

Влияние профессии на формирование внутренней картины болезни.

Человек, особенно зрелого возраста, очень часто оценивает тяжесть болезни исходя из влияния симптомов заболевания на его настоящую и будущую трудоспособность. Значимым становится профессионально обусловленная ценность того или иного органа. К примеру, оперный певец может более тяжело психологически относиться к ангине или бронхиту, чем к гастриту и язве желудка. Это связано с тем, насколько существенно влияют симптомы болезни на качество исполнения профессиональных обязанностей. Для спортсмена или человека, занятого активным физическим трудом значимым может оказаться скорее остеохондроз позвоночника, нежели депрессия, а для человека творческой профессии – наоборот. Высоко вероятно, что машинист башенного крана более остро будет переживать гипертоническую болезнь с частыми кризами и симптомом головокружения, чем контролер на производстве.

Влияние особенностей темперамента человека на формирование внутренней картины болезни.

По определению, темперамент – это характеристика индивида со стороны динамических особенностей его психической деятельности, темпа, ритма и интенсивности психических процессов и состояний. К значимым для выработки определенного типа психического реагирования на заболевание параметрам темперамента можно отнести эмоциональность, переносимость боли. При этом болевые ощущения и

ограничения подвижности тяжелее переносятся индивидуумами с холерическим и меланхолическим темпераментом.

Боль как нейрофизиологический феномен формируется на основе интеграции ноцицептивных и антиноцицептивных систем и механизмов головного мозга. Субъективное чувство интенсивности ощущаемой боли оказывает существенное влияние на степень сосредоточения внимания человека на этом ощущении и как следствие, на ее переносимости. Известно, что экстраверты и интроверты различно реагируют на боль. По мнению Айзенка, экстраверты воспринимают все уровни стимуляции (в том числе болевой) менее интенсивно, чем интроверты. Восприятие боли у разных людей зависит от их уровня болевого порога. У одного человека в силу психофизиологических особенностей может быть низкий болевой порог, и он испытывает боль при незначительном повреждении или воздействии извне, тогда как у другого – высокий и он чувствует боль только при серьезном повреждении (Р. Мелзак). Нередко порог болевой чувствительности коррелирует с уровнем эмоциональности. В рамках известных типов темперамента более низкие болевые пороги у холерика и меланхолика по сравнению с сангвиником и флегматиком.

Составной частью темперамента является параметр общей двигательной активности, режим двигательной активности, подвижность, скорость движений и прочие моторные характеристики человека. Вследствие этого ограничение подвижности или обездвиженность, вызванные болезнью (прикованность к постели, необходимость соблюдать постельный режим), могут служить психологической фрустрацией для лиц, двигательный режим которых нацелен на быстроту действий, склонность к интенсивной физическим нагрузкам. Некоторыми исследователями плохая переносимость состояний вынужденного ограничения движений относится к свойствам экстраверсии или интроверсии.

Влияние образования и культуры человека на формирование внутренней картины болезни.

Уровень образования человека и уровень его культуры как личностные свойства также оказывают влияние на оценку субъективной тяжести болезни. Особо это относится к уровню медицинской образованности и культуры. Негативным в психологическом отношении в данном случае оказываются крайности. Как низкая медицинская

культура, так и высокая с одинаковой вероятностью способны вызвать психологически тяжелые реакции. Однако механизмы их будут отличаться. В одной случае это будет связано с недостатком, в другом – с избытком информации о болезнях, их тяжести, течении и исходах.

Влияние социальных факторов на формирование внутренней картины болезни.

Не только выраженность органических и функциональных нарушений, но и особенности личности, степень осознания и переживания болезни влияют на формирование структуры внутренней картины болезни. Большое значение имеют социальный статус личности больного, его роль в семейных и служебных отношениях, степень его трудоспособности, общественное положение, ценностные ориентации, вынужденное болезнью ограничение поведения, сужение интерперсональных связей, снижение жизненной перспективы. Все эти факторы могут создавать дополнительные, помимо самой болезни, стрессовые ситуации, накладывая свой отпечаток на структуру психологических перестроек личности больного.

Снижение социального положения больного человека может явиться мощным психологическим фактором, создающим нежелательные перестройки в структуре внутренней картины болезни, в частности невротического генеза, которые в дальнейшем могут фиксироваться.

Наличие неадекватно сформированной внутренней картины болезни может косвенно отрицательно влиять на течение и исход заболевания, создавать серьезные трудности в семейной и общественной жизни, становиться тормозом для реализации личности, а иногда способствовать изменению личности, развитию внутренних конфликтов различного плана и даже тяжелой невротизации.

Понимание внутренней картины болезни помогает специалисту найти нужную тактику в работе с больным, в выборе определенных форм коррекции. Однако при этом нужно знать, на какие звенья внутренней картины болезни можно опираться в беседе, а какие поведенческие реакции больного следует представить врачу для коррекции лекарственными средствами.

Существуют классификации типов реакции на болезнь, которые учитывают социальные последствия заболевания. Психосоциальные

реакции на болезнь могут складываться из реакций на информацию о заболевании, эмоциональных реакций (типа тревоги, горя, депрессии, стыда, чувства вины) и реакций преодоления болезни. Реакции на информацию о заболевании зависят от значения болезни для больного (болезнь – это угроза, утрата, выигрыш или наказание). При этом возникают различные типы личностных реакций.

3.4. Факторы формирования внутренней картины болезни у детей

Для детей, подростков и молодежи наиболее тяжелыми в психологическом отношении оказываются болезни, которые изменяют внешний вид человека, делают его непривлекательным. Связано это с системой ценностей, расстановкой приоритетов, имеющихся у молодого человека, для которого наивысшую ценность приобретает удовлетворение основополагающей потребности – иметь хорошую собственную внешность. Таким образом, наиболее тяжелые психологические реакции могут вызывать болезни, не носящие с медицинской точки зрения угрозы для жизни. К ним относятся любые болезни, негативно, с точки зрения подростка, изменяющие внешность (кожные, аллергические), калечащие травмы и операции (ожоги). Ни в каком другом возрасте не наблюдается столь тяжелые психологические реакции человека как на появление у него на коже лица фурункулов. Ярким примером отражения психологической значимости внешности для самоутверждения подростка и молодого человека и реагирования его на внешнюю непривлекательность, связанную с болезнями, может служить существование только в данной возрастной группе такого психопатологического синдрома как дисморфомания. Под дисморфоманическим синдромом понимают ложную убежденность человека (чаще девушки) в наличии у него уродства. Ложная убежденность, как правило, распространяется на оценку полноты или диспропорций тела. Многие девушки-подростки считают, что окружающие обращают на них внимание и даже подсмеиваются в связи с их излишней полнотой. Данное убеждение толкает девушек на поиск способов похудение. Они начинают истязать себя строжайшими диетами, голоданием, тяжелыми физическими упражнениями. Речь идет о тех случаях, когда фактическим по медицинским критериям

не обнаруживаются признаков избытка веса. Некоторые пациентки, убежденные в том, что у них уродливое, бросающееся в глаза окружающим строение носа, глаз или ушей, ног или рук и активно добиваются хирургической коррекции мнимого дефекта.

ВКБ в детском возрасте редуцирована, где преобладают чувственный и эмоциональных компоненты. У ребенка с хроническим заболеванием ВКБ становится одним из механизмов формирования личности. ВКБ формируется в 6 месяцев. Знания детей о болезнях и их причинах очень неполны и неточны. Причины обычно объясняются через ситуации, а болезнь часто рассматривается ребенком как наказание. К причинам болезни он может относить, например, нарушение правил поведения, неправильное питание.

Каждый ребенок хорошо представляет себе те болезни, которыми он когда-то переболел. Если не затрагивать тяжелые и неизлечимые соматические заболевания, то по частоте упоминаний детьми детские болезни распределяются следующим образом: простуды (грипп, ангина, кашель и насморк, больные горло или ухо); инфекционные болезни (краснуха, ветряная оспа, корь); травмы (переломы рук или ног, ушибы, сотрясения мозга, ожоги); операции (гланды, аденоиды, аппендицит); госпитализация (болезни, требующие обследования или оперативного лечения).

При описании болезней детьми можно выделить эмоциональную, интеллектуальную, поведенческую и мотивационную составляющую. Дети плохо представляют, что надо делать для выздоровления и для предупреждения повторного заболевания, часто проявляя необоснованный оптимизм.

В раннем возрасте болезнь воспринимается как ограничение активности. Детский возраст – ВКБ воспринимается как мешающий, ненужный факт – ограничение активности. На формирование ВКБ оказывает влияние еще и врач. Младший школьный возраст – ограничение собственной активности и общения. Подростковый возраст – больными себя подростки признавать не хотят. Болезнь, как остановка жизни. В этом возрасте тело приобретает собственный язык.

Наибольшие расхождения между субъективной оценкой болезни и ее объективными проявлениями выражены в молодом и старческом возрасте. При оценке субъективной стороны заболеваний у детей

всегда следует учитывать возраст ребенка, соответствие степени его психической развитости паспортному возрасту.

Длительное соматическое заболевание у детей нередко становится источником задержки общего физического и психического развития. Кроме того, при заболеваниях в детском возрасте часто происходят не только задержка в развитии, но и явления регрессии (возврат к типам психического реагирования, характерного для младших возрастных периодов), которая рассматривается как защитный психологический механизм.

У детей до 6-летнего возраста часто можно встретиться с фантастическими представлениями о болезни, навязанными переживаниями страха уколов, других медицинских манипуляций.

У подростков наиболее часто формируются защитные явления типа «ухода в прошлое», которое оценивается ими как эталон счастья, или «ухода от болезни» в фантазии и своеобразной устремленности в будущее (тогда болезнь воспринимается как временная преграда).

Негативные изменения психики у заболевшего ребенка.

Болезнь не проходит для ребенка бесследно, так как не только затрагивает ситуацию «здесь и сейчас», но и влияет на формирование личности будущего взрослого человека.

Негативные изменения психики у заболевшего ребенка, проявляющиеся на разных стадиях течения болезни и ее лечения, могут привести к серьезным нарушениям психического здоровья в будущем. К часто встречающимся нарушениям относят:

- эмоциональные реакции, связанные с изменением физического состояния больного ребенка: страх, тревога, страдание, гнев, чувство вины;
- невротические и астенические состояния, развившиеся на фоне болезни: плохое настроение или крайняя его изменчивость, раздражительность, слабость, повышенная отвлекаемость, трудность сосредоточения, вялость, апатия и общее снижение жизненной активности;
- неприятные переживания и внутренние конфликты, которые могут стать причиной изменения социального статуса больного ребенка;
- стойкие перестройки всей личности больного, выражающиеся в формировании аномальных и эгоцентрических установок, защитных и компенсаторных механизмов, изменений самосознания.

Для врачей и родителей важно снизить воздействие негативных факторов болезни на неокрепшую психику ребенка.

Например, родители, находясь рядом с больным ребенком, должны не только освободить его от тревоги и страха, но и разделить с ним боль и страдание. Добрые и умелые врачи с помощью многочисленных лечебных процедур помогут избавиться ребенку от болезни и боли, и он снова станет здоровым и веселым. Любимые животные, игрушки, книжки, мультфильмы позволят отвлечь ребенка от неприятных ощущений и тяжелых переживаний и поэтому тоже положительно влияют на его самочувствие, настроение и течение заболевания.

Влияние родителей на болезнь ребенка.

Представления ребенка об окружающем мире и, в частности, о болезни отражают мировоззрение родителей. В еще большей мере это относится к чувствам. Среди возникающих у родителей чувств могут быть переживания вины за развитие заболевания, негодование из-за поведения ребенка, приведшего к болезни, отчаяние в связи с кажущимся или реальным плохим прогнозом, безразличное отношение в связи с отрицанием болезни или ее серьезности. Подобные переживания родителей чаще всего вызывают у больных детей аналогичные чувства, которые ложатся в основу ВКБ. Родительский гнев еще более усиливает и без того имеющееся у большинства детей чувство вины за свое поведение, вызвавшее болезнь. При тревожно-мнительном отношении родителей к любому соматическому неблагополучию ребенка и чрезмерно заботливом воспитании, как правило, у последнего возникает нереалистическая ВКБ с ипохондрической гипернозогнозией и пессимистическими представлениями о будущем. Отрицание родителями серьезности заболевания способствует формированию ВКБ гипонозогнозического типа.

Принято выделять четыре реакции родителей на болезнь ребенка, которые ведут к изменениям в психике больного и способствуют или мешают совладению с болезнью. Первым, наиболее приемлемым типом реакции является принятие реальной ситуации и активность в ее преодолении. При этом родители хорошо понимают физические, психологические, поведенческие особенности своего ребенка, знают его возможности, учитывают связанные с болезнью ограничения. Они наблюдают за ребенком, учатся помогать ему в преодолении болезни.

Для этого они ищут способы развития того, что ослаблено болезнью, выдумывают специальные игры, занятия, используют совместный труд, семейные праздники. Тогда ребенок вместе с семьей учится прилагать дополнительные усилия, чтобы победить болезнь, а его радость от маленьких и больших побед повышает самоуважение. Задача родителей – поддерживать мужество и стойкость ребенка в борьбе с болезнью. Это сплачивает семью, превращает ее в важный лечебный фактор.

Второй тип – «паническое бессилие». Родители испуганы прогнозами врачей, болезнь воспринимают как что-то неминуемое и страшное, с чем бессмысленно бороться. У ребенка в результате возникает чувство обреченности и бессилия, он не делает усилий, направленных на преодоление болезни, которая превращает его в жертву. Родители как бы помогают ребенку лишиться будущего, перспективы.

Третий тип отношения родителей к болезни ребенка – «вытеснение». Родители «закрывают глаза» на реальное состояние ребенка, не замечают симптомов. У них появляется желание скрыть факт болезни от окружающих, страх, что ее признание может подорвать репутацию самих родителей. Ребенок страдает от того, что его жалобы, просьбы, ссылки на усталость и трудности в учебе игнорируются. Нередко при этом и на врачей, и на ребенка выплескиваются агрессия, обвинения, раздражение. За всем этим часто стоит нежелание изменить жизнь семьи, обеспечить больному ребенку дополнительный уход. При таком типе отношения он чувствует себя одиноким, виноватым и формирует нереальные сверхоптимистические ожидания.

Четвертый тип – это «уход в болезнь». Болезнь для ребенка может быть защитой от сложностей жизни, особенно когда родители занимаются сверхопекой своего ребенка, защищают от школы, «выбивают» группу инвалидности. Тогда велика вероятность формирования инфантильности. Вся жизнь семьи оказывается посвященной больному ребенку, хотя такой необходимости, возможно, и нет.

Особенности внутренней картины болезни у детей.

Уровень интеллектуального функционирования. Этот компонент ВКБ определяет, насколько адекватно ребенком воспринимается его физическое «Я», насколько ребенок способен правильно интерпретировать и систематизировать возникающие у него симптомы: общий дискомфорт, болевые ощущения, нарушения функций органов и т.д.

Недостаточный уровень интеллектуального функционирования (например, у маленьких детей или умственно отсталых) может приводить как к анозогнозии, так и к гипернозогнозии.

Без концепции здоровья трудно построить представление о болезни. Дети 4–9 лет здоровьем считают просто отсутствие болезни, а старшие дети описывают здоровье, как приятное состояние – «чувствовать себя превосходно». Устойчивые представления о вероятности заболевания у детей возникает к 7 годам. Интересно, что девочки и старшие дети больше опасаются расстроить здоровье, чем мальчики и младшие дети. Оценивая здоровье, дети 9–11 лет больше ориентируются на соматическое благополучие, подростки 12–14 лет – на социальную активность.

Знание о внутренних органах.

Для формирования ВКБ важны знания детей о внутренних органах. Дети думают, что количество органов у разных детей разное: дети 4–6 лет считают, что их не меньше трех, 15–16-летние называют до 13. Половина детей упоминают кости, сердце, кровеносные сосуды и кровь. По-разному оценивается и степень важности различных органов: на первое место дети ставят сердце, затем (с 9–10 лет) мозг и, наконец, желудок. 1/7 детей жизненно важными считают легкие, нос, глотку и рот. Если старшие дети судили о значимости органов по их участию в жизнедеятельности организма, то младшие – по тому времени, которое требовалось для ухода за ними, например, ноги назывались в связи с постоянной обязанностью мыть их. До 60% детей 4–6 лет относительно верно определяют расположение сердца, ~ Я ~расположение других органов редко показывают правильно.

Знание о болезни.

Для формирования ВКБ важны представления детей о болезнях. Немногие больные 8–12 лет понимают разнообразие причин заболеваний, они еще не могут учитывать ни состояние организма, ни качество возбудителя. Многие дети считают болезнь наказанием за проступки и погрешности.

Знание о смерти.

Формирование адекватной ВКБ требует понимания того, что смерть – окончательное завершение жизни. Половина дошкольников в своей речи используют такие слова, как «смерть» или «покойник».

Одни дошкольники никак не реагируют на произнесенное слово «смерть», другие не знают его значения, третьи имеют очень ограниченное представление о смерти. Дети при столкновении со смертью животных или насекомых игнорируют ее или обнаруживают необычные реакции, избегая контакта или радуясь смерти маленького существа. Понятия смерти как окончательного прекращения жизни у детей такого возраста нет, они понимают ее как долгий отъезд или сон; 20 % дошкольников 5–6 лет считают, что смерть животных обратима, а около 30 % детей этого возраста предполагают наличие сознания у животных после их смерти. Смерть родителя из-за магического мышления дошкольник интерпретирует как результат своих желаний, что нередко приводит к чувству вины. Смерть родителей для дошкольника – не только разлука с защищающими эмоционально значимыми фигурами, но и покинутость ими.

Разнообразие реакций дошкольника, соприкоснувшегося со смертью, зависит от прежних переживаний, религиозности и культуры семьи, от привязанности ребенка к умершему члену семьи и уровня развития ребенка.

Дети 5–9 лет склонны персонифицировать смерть либо идентифицировать ее с умершим человеком или животным. Они думают, что смерть невидима, стремится быть незамеченной, прячется на кладбище, т.е. смерти приписываются черты одушевленного существа. Особенности реагирования ребенка на смерть определяются культурой, религиозным воспитанием и стилем психологической защиты.

Школьники имеют более реальное представление о смерти и признают, что смерть может случиться в любой момент. Причиной смерти они называют конкретные воздействия: ножи, пистолеты, рак, сердечные приступы, возраст. Однако школьники не в полной мере осознают смерть, особенно сталкиваясь с собственным тяжелым заболеванием. Состояние выраженной тревоги не позволяет им осмыслить происходящее. Лучше всего их истинные переживания, связанные со смертью, передают их фантазии, игры, рисунки. Подростки, уже имеющие отвлеченное мышление, принимают мысль о собственной смерти. Чтобы преодолеть тревогу, вызванную этим знанием реальности, они фактически игнорируют смерть, провоцируя опасные для жизни ситуации: гонки на мотоциклах, эксперименты с наркотиками, отказ

от назначений врачей при тяжелых заболеваниях и т.д. Верят в сохранение сознания после смерти 20% подростков, в существование души – 60 % и в смерть как прекращение физической и духовной жизни – 20 %. Подростки реагируют на смерть различно: осознают, отвергают, любопытствуют, презирают, отчаиваются.

Роль дизонтогенеза в формировании внутренней картины болезни у детей.

Термин «дизонтогенез» обозначает различные формы нарушения онтогенеза, включая постнатальный, преимущественно ранний, ограниченный теми сроками развития, когда морфологические системы организма еще не достигли зрелости.

Одной из важнейших задач современной практической психологии является психологическая диагностика и коррекция отклонений детского поведения и вневрачебная помощь трудным детям. При исследовании ребенка с отклонениями в развитии в центре внимания психолога обычно стоит вопрос о психологической квалификации основных психических расстройств, их структуры и степени выраженности. Оценка нарушений развития у детей учитывает также и отклонения от стадии возрастного развития, на которой находится ребенок, то есть особенности дизонтогенеза, вызванного болезненным процессом, его последствиями.

В детском возрасте чувствительность отдельных сторон психики к вредоносным воздействиям определяется не столько их характером, сколько особенностями той возрастной стадии развития, на которой находится ребенок. Чем меньше ребенок, тем больше на первый план выступают признаки нарушения развития – дизонтогенеза. Чем раньше произошло поражение мозга, тем чаще в картине дизонтогенеза появляется компонент психического недоразвития. Помимо общего недоразвития в условиях болезни процесс онтогенеза характеризуется явлениями неустойчивости, асинхронии, при которых своевременно не возникают необходимые взаимодействия между отдельными системами. В этой связи вероятно появление признаков изоляции, патологической акселерации, регресса ряда психических функций. Эти изменения задерживают формирование новых психических процессов, затрудняют прогрессивные перестройки, необходимые для нормального развития.

К основным направлениям деятельности психолога при работе с аномальными детьми относятся в первую очередь следующие.

1. Выявление и систематизация патологической симптоматики и ее психологическая квалификация.

2. Осуществление структурного анализа расстройств, выявление первичных симптомов, связанных с болезнью, а также вторичных симптомов, обусловленных аномальным развитием в условиях болезни.

3. Разработка программы психокоррекционных мероприятий в зависимости от характера, происхождения и конкретного механизма нарушений, направленной на их предупреждение, уменьшение или устранение.

4. Проведение восстановительного обучения детей с нарушениями высших психических функций, таких как речь, мышление, чтение, счет, письмо, конструктивная деятельность, имеющих место при локальных поражениях мозга.

Термин «дизонтогенез» (от греч. «dys» – приставка, означающая отклонение от нормы, «ontos» – сущее, существо, «genesis» – развитие) впервые был употреблен Швальбе в 1927-м году для обозначения отклонения внутриутробного формирования структур организма от нормального хода развития. В отечественной дефектологии данные состояния объединяются в группу нарушений (отклонений) развития.

В настоящее время понятие «дизонтогенез» включает в себя также постнатальный дизонтогенез, преимущественно ранний, ограниченный теми сроками развития, когда морфологические системы организма еще не достигли зрелости. В широком смысле слова термин дизонтогенез – отклоняющееся от условно принятой нормы индивидуальное развитие. Психический дизонтогенез – нарушение психики в целом или ее отдельных составляющих, а также нарушение соотношения темпов и сроков развития отдельных сфер и различных компонентов внутри отдельных сфер.

Причины возникновения дизонтогений можно условно разделить на врожденные и приобретенные. К числу врожденных (биологических) можно отнести:

- пороки развития мозга, связанные с поражением генетического материала;
- внутриутробные нарушения;

- патологию родов;
- онкологические и инфекционные заболевания.

Возможны и другие факторы (вредности), которые не оказывают на взрослого патогенного воздействия (из-за невысокой восприимчивости гематоэнцефалического барьера и др.). При этом большое значение имеет время повреждения (наиболее ранний – период максимальной клеточной дифференциации), мозговая локализация процесса, степень его распространенности (наблюдается с одной стороны незрелость, а с другой – тенденция к росту и, следовательно, компенсации дефекта), а также интенсивность повреждения.

Среди приобретенных (социальных) причин выделяют микросоциально-педагогическую запущенность, патохарактерологическое формирование личности. Некоторые проявления дизонтогенеза при этой этиологии менее выражены и грубы.

При классификации психических отклонений в свете патопсихологии исходят из закономерностей нормального онтогенеза. Л. С. Выготский выделил две взаимосвязанные линии развития: биологическую и социально-психическую. Болезнь, вызывая нарушения биологической линии развития, тем самым создает препятствия для социально-психического развития – усвоения знаний, умений и формирования личности ребенка.

Выделяют следующие патопсихологические параметры, которые определяют характер психического дизонтогенеза: связанный с функциональной локализацией нарушения, в зависимости от которого различают два вида дефектов; частный, обусловленный дефицитностью отдельных функций гнозиса, праксиса, речи; общий, связанный с нарушением регуляторных систем, при дисфункции которых наблюдаются подкорковые (снижение уровня бодрствования, психической активности, патология влечений и др.) и корковые дефекты (нарушение сложных эмоциональных образований и интеллектуальной деятельности); связанный с временем поражения: чем раньше произошло поражение, тем более вероятно явление недоразвития и чем позднее возникло нарушение нервной системы, тем более характерны явления повреждения с распадом структуры психической функции. Повреждению чаще всего подвергаются функциональные системы с относительно коротким временным циклом развития (функции,

имеющие подкорковую локализацию). В сенситивные периоды также увеличивается вероятность возникновения психических нарушений (в возрасте от рождения до трех лет и 11–15 лет); характеризующий взаимоотношения между первичными (непосредственно вытекающие из биологического характера болезни; могут иметь характер недоразвития или/и повреждения) и вторичными дефектами (возникающие в процессе аномального социального развития; выражается в виде специфических недоразвития слуха, речи, а также функции, которые находились в момент воздействия в сенситивном периоде; его направленность «снизу-вверх», т.е. от элементарных функций к более сложным); связанный с нарушением межфункциональных взаимодействий в процессе аномального системогенеза.

В последнем случае при нормальном онтогенезе ранних этапов можно выделить следующие типы межфункциональных отношений: явление независимости характерны для формирования и отдельных компонентов психических функций и ассоциативные связи. При этом типе взаимодействия разномодальные чувственные впечатления объединяются в одно целое на основе временно-пространственной близости. Психические функции, построенные по иерархическому принципу, формируются в процессе усложняющейся предметной деятельности и общения. Этот тип обладает высокой пластичностью и устойчивостью.

В нормальном системогенезе все вышеперечисленные типы связей отражают уровни функциональной организации психических процессов. Их перестройки и усложнение протекают в определенной последовательности, обусловленной законом гетерохронии – разновременности формирования различных функций с опережающим развитием одних по отношению к другим.

Каждая психическая функция имеет свою хронологическую формулу, свой цикл развития (возникновение на каждом возрастном этапе наряду с постоянными координациями, отражающих переходный характер ряда психических образований). В патологии наблюдается нарушение межфункциональных связей. Временная зависимость превращается в изоляцию. Изолированная функция, лишенная воздействия со стороны других психических функций, стереотипизируется (например, при олигофрении с явлениями гидроцефалии нередко

наблюдаются хорошие память и речь, но с очень ограниченными возможностями).

Ассоциативные связи в условиях органической недостаточности нервной системы характеризуются повышенной инертностью, в результате чего возникает их патологическая фиксация, трудности усложнения. Так, дети с задержкой психического развития, уже освоившие счетные операции в речи, при любом затруднении возвращаются к счету на пальцах.

Основными типами психического дизонтогенеза являются регрессия, распад, ретардация и асинхрония психического развития.

Регрессия (регресс) – возврат функций на более ранний возрастной уровень, как временного, функционального характера (временная регрессия), так и стойкого, связанного с повреждением функции (стойкая регрессия). Так, например, к временной потере навыков ходьбы, опрятности может привести даже соматическое заболевание в первые годы жизни. Примером стойкого регресса может быть возврат к автономной речи вследствие потери потребностей в коммуникации, наблюдаемой при раннем детском аутизме. Склонность к регрессу более характерна для менее зрелой функции. В то же время регрессу могут быть подвержены не только функции, находящиеся в сенситивном периоде, но также и функции, уже в достаточной степени закрепленные, что наблюдается при более грубом патологическом воздействии: при шоковой психической травме, при остром начале шизофренического процесса.

Явления регресса дифференцируют от явлений распада, при котором происходит не возврат функции на более ранний возрастной уровень, а ее грубая дезорганизация либо выпадение. Чем тяжелее поражение нервной системы, тем более стойк регресс и более вероятен распад.

Ретардация – запаздывание или приостановка психического развития. Различают общую (тотальную) и частичную (парциальную) психическую ретардацию. В последнем случае речь идет о запаздывании или приостановке развития отдельных психических функций, отдельных свойств личности.

Асинхрония, как искаженное, диспропорциональное, дисгармоничное психическое развитие, характеризуется выраженным

опережением развития одних психических функций и свойств формирующейся личности и значительным отставанием темпа и сроков созревания других функций и свойств, что становится основой дисгармонической структуры личности и психики в целом. Асинхрония развития, как в количественном, так и в качественном отношении, отличается от физиологической гетерохронии развития, то есть разновременности созревания церебральных структур и функций. Основные проявления асинхронного развития в соответствии с представлениями физиологии и психологии в виде новых качеств возникают в результате перестройки внутрисистемных отношений. Перестройка и усложнение протекают в определенной хронологической последовательности, обусловленной законом гетерохронии – разновременностью формирования различных функций с опережающим развитием одних по отношению к другим. Каждая из психических функций имеет свою «хронологическую формулу», свой цикл развития. Наблюдаются сенситивные периоды более быстрого, иногда скачкообразного развития функции и периоды относительной замедленности ее формирования.

На ранних этапах психического онтогенеза наблюдается опережающее развитие восприятия и речи при относительно замедленных темпах развития праксиса. Взаимодействие восприятия и речи является в этот период ведущей координацией психического развития в целом. Речь, по выражению Выготского, характеризуется прежде всего гностической функцией, которая проявляется в стремлении ребенка «замеченное ощущение обозначить, сформулировать словесно». Чем сложнее психическая функция, тем больше таких факультативных координаций возникает на пути ее формирования. В патологии происходит нарушение межфункциональных связей. Временная независимость превращается в изоляцию. Изолированная функция, лишенная воздействия со стороны других психических функций, стереотипизируется, фиксируется, зацикливается в своем развитии. Изолированной может оказаться не только поврежденная, но и сохраняемая функция, что происходит в том случае, когда для ее дальнейшего развития необходимо координирующее воздействие со стороны нарушенной функции. Так, при тяжелых формах умственной отсталости весь моторный репертуар больного

ребенка может представлять собой ритмическое раскачивание из стороны в сторону, стереотипное повторение одних и тех же актов. Подобные нарушения вызваны не столько дефектностью двигательного аппарата, сколько недоразвитием интеллектуальной и мотивационной сфер.

Ассоциативные связи в условиях органической недостаточности нервной системы характеризуются повышенной инертностью, в результате чего возникает их патологическая фиксация, трудности усложнения, перехода к иерархическим связям. Явления фиксации представлены в познавательной сфере в виде различных инертных стереотипов. Инертные аффективные комплексы тормозят психическое развитие.

К основным проявлениям асинхронии относят следующие:

1. Явления ретардации – незавершенность отдельных периодов развития, отсутствие инволюции более ранних форм, характерные для олигофрении и задержки психического развития. Описаны дети с общим речевым недоразвитием, у которых наблюдалось патологически длительное сохранение автономной речи. Дальнейшее речевое развитие у этих детей происходит не в результате смены автономной речи на обычную, а внутри самой автономной речи, за счет накопления словаря автономных слов.

2. Явления патологической акселерации отдельных функций, например, чрезвычайно раннее (до 1 года) и изолированное развитие речи при раннем детском аутизме.

3. Сочетание явлений патологической акселерации и ретардации психических функций, например, сочетание раннего возникновения речи с выраженным недоразвитием сенсорной и моторной сферы при раннем детском аутизме.

Механизмы изоляции, патологической фиксации, нарушение инволюции психических функций, временные и стойкие регрессии играют большую роль в формировании различных видов асинхронного развития.

Параметры по-разному выступают при различных вариантах дизонтогенеза интеллектуальной, моторной, сенсорной и эмоциональной сферы. Психический дизонтогенез может быть представлен следующими вариантами.

Общее психическое недоразвитие – общая стойкая задержка психического развития при наиболее ранних поражениях мозга (генетических, внутриутробных, родовых, ранних постнатальных), что обуславливает первичность и тотальность недоразвития мозговых систем. Более нарушены высшие психические функции (особенно интеллект, речь), чем элементарные (непроизвольное восприятие, память, моторика, элементарные эмоции).

Наиболее типичной моделью психического недоразвития являются состояния олигофрении. Олигофрения (от греч. «*oligos*» – малый, «*phren*» – ум) – особая форма психического недоразвития. Она выражается в стойком снижении познавательной деятельности у детей вследствие органического поражения головного мозга в перинатальный и ранний постнатальный периоды. По образному выражению французского психиатра Жанна Э.-Д. Эскироля, олигофрен – бедняк от рождения, в то время как дементный – это разорившийся богач.

В зависимости от степени интеллектуальной недостаточности у детей -олигофренов различают три группы состояний: наиболее тяжелая – идиотия, менее тяжелая – имбецильность и относительно легкая – дебильность. Если две первые (глубокая и выраженная) степени психического недоразвития нуждаются преимущественно в социальной опеке, то легкая степень недоразвития – дебильность – позволяет обучать такого ребенка по программе вспомогательной школы, проводить с ним воспитательную работу и профессиональную подготовку по несложным видам труда. По окончании вспомогательной школы подавляющее большинство умственно отсталых детей в дальнейшем относительно благополучно адаптируются в социальной среде. В то время как субъекты с такой же или меньшей степенью интеллектуального снижения, не прошедшие специального обучения и воспитания имеют плохую социальную адаптацию.

Задержанное психическое развитие – замедление темпа формирования познавательной и эмоциональной сфер с фиксацией на более ранних возрастных этапах. Оно может быть вызвано генетическими факторами, хроническими заболеваниями, инфекцией, интоксикацией, травмами мозга, психогенными факторами (неблагоприятными условиями воспитания) в период до 3-х летнего возраста (пример – инфантилизм). Характерны парциальность,

мозаичность поражения с недостаточностью отдельных корково-подкорковых функций и большей сохранностью высших регуляторных систем. Это отличает задержанное развитие от недоразвития по типу олигофрении и определяет лучший прогноз динамики развития и коррекции.

Задержка психического развития (ЗПР) выражается в недостаточности общего запаса знаний, ограниченности представлений, незрелости мышления, преобладании игровых интересов, над определяемыми социальной ситуацией развития, быстрой пресыщаемости в интеллектуальной деятельности, эмоциональной незрелости.

Различают ЗПР конституционного происхождения (гармоничный инфантилизм); ЗПР на основе психического и психофизического инфантилизма, связанного с вредными воздействиями на ЦНС в период беременности и на ранних этапах жизни ребенка; ЗПР соматогенного происхождения; ЗПР психогенного происхождения. ЗПР следует отличать от олигофрении и педагогической запущенности. Необходимо отметить, что автор приведенной выше этиологической типологии ЗПР К.С.Лебединская, считает, что ЗПР психогенного происхождения лишь условно можно относить к группе ЗПР. Эту форму ЗПР трудно дифференцировать с педагогической запущенностью.

Согласно исследованиям Л. И. Переслени и Л. Ф. Чупрова в психологической картине ЗПР выявляется два базисных синдрома: нарушение регуляции психической деятельности, реализуемой посредством произвольного внимания; нерезкое недоразвитие познавательной деятельности.

Если при психофизическом инфантилизме на первый план выступают недостатки регуляции поведения и деятельности, то при ЗПР церебрально-органического генеза – признаки неполноценности познавательной деятельности. ЗПР имеет относительно благоприятную динамику в плане обучения и воспитания такой категории детей. Многие из них при адекватном индивидуальном подходе способны удовлетворительно осваивать программу обучения массовой школы. Однако большая часть детей с ЗПР обучаются по рекомендации психолого-медико-педагогических консультаций (комиссий) по коррекционным программам в стенах массовой общеобразовательной школы. Обычно данное состояние диагностируется только в пределах

до подросткового возраста. В более старшем возрасте эти состояния не диагностируются или переходят в другой вид пограничных состояний. «Благоприятный исход бывает не всегда: у части больных (20 %) признаки грубой незрелости эмоционально-волевой сферы сохраняются, а позже проявляются в виде психопатий».

Поврежденное психическое развитие связано с перенесенными инфекциями, интоксикациями, травмами нервной системы, наследственными дегенеративными, обменными заболеваниями мозга и отличается парциальностью расстройств. Для дифференциальной диагностики с олигофренией имеют принципиальное значение указание на первоначально правильное и своевременное развитие ребенка до периода перенесенной инфекции, интоксикации или травмы мозга и хронологическая связь психического снижения с перенесенной вредностью. В неврологическом статусе чаще отмечаются локальные знаки (парезы, параличи, судорожные припадки).

Характерной моделью поврежденного психического развития является органическая деменция. Структура дефекта при органической деменции определяется в первую очередь фактором повреждения мозговых систем в отличие от клинико-психологической структуры олигофрении, отражающей явления недоразвития. Здесь нет тотальности, нет иерархичности нарушения психических функций, характерных для олигофрении. Наоборот, на первый план выступает парциальность расстройств. В одних случаях это грубые локальные корковые и подкорковые нарушения (гностические расстройства, нарушения пространственного синтеза, движений, речи и т. п.), недостаточность которых иногда выражена более чем неспособность к отвлечению и обобщению. Так, нарушения памяти, в особенности механической, более характерны для деменции, обусловленной черепно-мозговой травмой, перенесенной ребенком в возрасте после 3–4 лет.

Б. В. Зейгарник выделяет три преимущественных нарушения мышления при органической деменции у взрослых больных: снижение функции обобщения; нарушение логического строя мышления; нарушения критичности и целенаправленности.

Г. Е. Сухарева, исходя из специфики клинико-психологической структуры, выделяет четыре типа органической деменции у детей.

Первый тип характеризуется преобладанием низкого уровня обобщения. При втором типе на передний план выступают грубые нейродинамические расстройства, резкая замедленность и плохая переключаемость мыслительных процессов, тяжелая психическая истощаемость, неспособность к напряжению. Отмечаются нарушение логического строя мышления, выраженная склонность к персеверациям. При третьем типе органической деменции более всего выступает недостаточность побуждений к деятельности с вялостью, апатией, резким снижением активности мышления. При четвертом – в центре клинико-психологической картины находятся нарушения критики и целенаправленности мышления, с грубыми расстройствами внимания, резкой отвлекаемостью, «полевым поведением» (термин К. Левина). Наиболее часто встречаются два последних типа органической деменции в детском возрасте.

Дефицитарное психическое развитие.

Оно связано с первичной недостаточностью отдельных систем: зрения, слуха, речи, опорно-двигательной (слепые и слабовидящие, глухие и слабослышащие, дети с детскими церебральными параличами), а также рядом инвалидизирующих соматических заболеваний (сердечно-сосудистой системы, например при тяжелых пороках сердца, дыхательной – при бронхиальной астме, ряде эндокринных заболеваний и т.д.). Первичный дефект анализатора либо определенной соматической системы ведет к недоразвитию функций, связанных с ними наиболее тесно, а также к замедлению ряда других, связанных с пострадавшей опосредованно.

Наиболее показательной моделью аномалий развития по дефицитарному типу является психический дизонтогенез, возникающий на почве поражений сенсорной либо моторной сферы.

Слепые дети – те дети, у которых полностью отсутствуют зрительные ощущения или имеется светоощущение или остаточное зрение (острота зрения – 0,04 на лучшем видящем глазу с применением очков).

Слабовидящие дети – обладающие остротой зрения на лучшем видящем глазу с использованием обычных средств коррекции (очки) от 0,05 до 0,2, а также дети с более высокой остротой зрения, но имеющие некоторые другие нарушения зрительных функций (например,

резкое сужение границ зрения). Дефицитарность развития у лиц с нарушениями зрения главным образом проявляется в вербализме мышления, нарушениях пространственных представлений, недоразвитию психомоторной сферы. Прогноз и коррекционные возможности у таких детей индивидуальны и зависят от ряда факторов, таких как степень нарушения зрения и время возникновения дефекта, уровень интеллектуального развития ребенка, своевременности коррекционного обучения и успешности тифлотехнической коррекции.

Глухие дети – с глубокими, стойкими двусторонними нарушениями слуха, врожденными или приобретенными в раннем детстве. Среди глухих выделяют две категории детей: глухие без речи (ранооглохшие) и глухие, сохранившие речь (позднооглохшие).

Слабослышащие дети – с частичным снижением слуха, приводящим к нарушению речевого развития. К слабослышащим относятся дети с понижением слуха от 15–20 дБ до 75 дБ.

Дефицитарность развития таких субъектов определяется, прежде всего, нарушением речевого развития и, вследствие этого, вторичной задержкой психического развития. Как и в случаях детей с нарушением зрения, здесь также играют первостепенную роль время возникновения дефекта, степень его выраженности, наличие и своевременность коррекционного воздействия.

Общим для любого вида дефицитарного развития является своеобразие в развитии и формировании личности. Последнее может проявляться и как следствие основного дефекта, затрудняющего полноценный контакт со сверстниками и другими людьми, так и как результат неправильного воспитания. Согласно Л. С. Выготскому, любой телесный недостаток, будь то слепота, глухота или умственная отсталость реализуются как социально ненормальное поведение. Образуется своеобразный социальный вывих. Изменяется отношение окружающих людей по отношению к дефективному ребенку, изменяется и его отношение к окружающему миру. Основная задача коррекционной педагогики – вправить социальный вывих.

Искаженное психическое развитие.

Сложное сочетание общего недоразвития, задержанного, поврежденного и ускоренного развития отдельных психических функций, приводящие в ряду качественно новых патологических образований,

не присущих каждому из входящих в клиническую картину виду нарушенного развития. Искажённое развитие наблюдается при процессуальных расстройствах, раннем детском аутизме и т. п.

Ранний детский аутизм (РДА) – это болезненное состояние психики ребенка, характеризующееся сосредоточенностью на своих переживаниях, уходом от реального внешнего мира. При аутизме часто нарушается ориентировка во времени, появляется отрыв от реальности, отгороженность от мира, отсутствие или парадоксальность реакций на внешние воздействия, пассивность и сверххранимость в контактах со средой в целом. Поведение аутичного ребенка характеризуется выраженной стереотипностью, однообразием. Прежде всего, это стремление к сохранению привычного постоянства в окружающем: есть одну и ту же пищу; носить одну и ту же одежду; гулять по одному и тому же маршруту и т. п. Попытки разрушить эти стереотипные условия жизни ребенка вызывают у него диффузную тревогу, агрессию либо самоагрессию.

В моторике характерны вычурность позы, движений, мимики, ходьба на цыпочках. Движения часто неуклюжи, угловаты, замедлены, плохо координированы, лишены детской пластичности, производят впечатление «деревянных», марионеточных. Медлительность сочетается с импульсивностью.

Также своеобразны у детей речевые расстройства. Аутичность проявляется в уменьшении речевого контакта, иногда ребенок совсем перестает пользоваться речью (мутизм) и не реагирует на речь окружающих (сурдомутизм). Часто страдает выраженность речи. Речь может быть бедной, содержащей набор коротких штампов, отдельных слов. Она может быть литературной, богатой неологизмами. Главная особенность речи аутичного ребенка – автономность, неиспользование ее для диалога, общения и познания окружающего мира. Наиболее выпукло РДА проявляется в возрасте 3–5 лет.

Г. В. Козловская выделяет 4 основных типа дизонтогенеза:

1. дисгармония психофизического развития – парциальная задержка и, реже, акселерация созревания;
2. дисрегулярность (неравномерность) развития – отсутствие плавности и последовательности перехода от одной ступени развития к другой (кратковременные остановки, «псевдозадержки», «скачки» развития);

3. диссоциация развития – «переслаивание» или сосуществование в психофизическом состоянии ребенка разных по степени развития функций;

– парадоксальность развития в виде сочетания сверхчувствительности к одним раздражителям с «бесчувствием» к другим;

– амбивалентность всех психических проявлений;

4. дефицитарность всей психической организации в целом – нивелированность всех психических реакций (эмоционально-волевых, коммуникативных, познавательных и др.).

Задержанное психическое развитие может быть вызвано генетическими факторами, соматогенными (хронические соматические заболевания), психогенными (неблагоприятные условия воспитания), а также церебрально-органической недостаточностью, чаще резидуального характера (инфекции, интоксикации, травмы мозга внутриутробного, натального и раннего постнатального периода). При этом задержка развития эмоциональной сферы проявляется в различных клинических вариантах инфантилизма (конституционального, соматогенного, психогенного, церебрально-органического). Замедление же темпа познавательной деятельности при соматических заболеваниях будет связано с хронической астенией (общей повышенной истощаемостью), при психогенных формах – в большей мере с явлениями микросоциальной и педагогической запущенности, при церебрально-органических, наиболее часто приводящих к трудностям в обучении, с одной стороны, с нейродинамическими (в первую очередь церебрастеническими) и энцефалопатическими (психопатоподобными, эпилептиформными и др.) расстройствами, а в ряде случаев – и с первичной недостаточностью отдельных корково-подкорковых функций (праксиса, гнозиса, речи, памяти и т. д.).

Как показывают клинические данные, при одном и том же заболевании могут сосуществовать различные варианты дизонтогенеза. Например, при ранней детской шизофрении можно наблюдать как задержанное и искаженное развитие, так и более грубую форму – недоразвитие (так называемой «олигофренический плюс») и даже поврежденное развитие (при злокачественном течении процесса). Эта особенность позволяет рассматривать отдельные варианты дизонтогенеза не как самостоятельные независимые образования, а скорее как

синдромы аномального развития, которые нередко могут сочетаться друг с другом при преобладании какого-либо ведущего.

Особенности внутренней картины болезни у детей-инвалидов.

Особое место в соматопсихическом направлении занимает проблема отношения к своему расстройству или дефекту у детей-инвалидов. В настоящее время концепция инвалидности опирается на культурно-историческую теорию развития психики, что качественно изменило стереотипные представления о закономерностях и механизмах функционирования телесного «Я». Тело всегда наделено не только личностным, но и культурным смыслом и значением, оно выступает центральным компонентом личностной идентичности и одним из основных способов проявления личностных качеств и характеристик в социальном взаимодействии и общении.

В культурном пространстве существуют идеальные образцы мужского или женского тела, по отношению к которым общество определяет «патологические» и «неестественные» тела. Поэтому дети с телесными дефектами, выступающими внешними знаками определенных соматических расстройств (например, ДЦП, полиомиелит и т. п.) чувствуют себя «неправильными», «инакими» и подвергаются со стороны окружающих людей стигматизации (stigma – бросающийся в глаза признак патологии, клеймо позора). Стигматизация – это процесс приписывания отрицательных черт или выделение из общества посредством дискриминации из-за наличия у человека признака какого-либо расстройства или из-за отклонения от социальных норм. Стигматизации подвергаются как раз такие телесные черты, которые не соответствуют культурным стандартам тела.

Стигматизированные дети-инвалиды исключаются из социального пространства здоровых детей, т.е. маргинализируются. Психологическим механизмом маргинализации является страх здоровых детей и их родителей перед «нетипичным» дефектным телом, не соответствующим социальным ожиданиям и доминирующим идеалам. Встреча с телесным дефектом напоминает здоровым людям об угрозе собственному телесному благополучию, актуализирует перенос возможных вследствие болезни проблем с больного ребенка на здорового. Во многом страх, сопровождающий такую встречу, связан

с распространенными социальными представлениями о дефекте как признаке слабости, пассивности, зависимости.

Вследствие маргинализации и стигматизации у детей-инвалидов часто развивается чувство неполноценности, оказывающее влияние на весь жизненный путь личности. Иногда наличие дефекта как внешнего проявления соматического расстройства может стать причиной невротических и личностных расстройств, которые вполне вписываются в психодинамическую концепцию конверсионных и психосоматических расстройств.

Изменения в когнитивной и эмоциональной сфере являются наиболее характерными для детей-инвалидов. В структуре их личности четко прослеживается фобический компонент. Страхи могут быть вполне обоснованными, однако в значительной мере они преувеличенные и внушенные, имеют парадоксальное содержание: одновременно отражают актуальное и возможное состояния ребенка. Так, ребенок может страдать от дефицита общения, испытывать страх одиночества и одновременно бояться предстоящих встреч с другими людьми. Среди детей-инвалидов нередок страх выздоровления в связи с возможной, по их мнению, утратой любви и повышенного со стороны значимого окружения, а также из-за необходимости возвращения к обычной жизни в школе, к которой они чувствуют себя не готовыми. Ощущение острого дефицита знаний, умений, навыков, необходимых для жизни в обществе, осознание ограниченности своих физических возможностей и юридических прав в связи со статусом инвалида нередко приводит к фиксации на мыслях о бессмысленности дальнейшего существования.

Проблема несоответствия телесного «Я» идеальным стандартам особенно остро переживается в 5–7-летнем и подростковом возрасте. Начиная с 6–7 лет, на первое место выходят переживания по поводу социальной заброшенности, незащищенности, общественного пренебрежения.

Инвалидность ребенка часто заставляет родителей следовать гиперопеке в ущерб другим воспитательным стратегиям, что только способствует психосоциальной дизадаптации детей-инвалидов и еще больше инвалидизирует их, поскольку тактика гиперопеке формирует

у детей состояние «выученной беспомощности» и чувство низкой «самоэффективности».

«Выученная беспомощность» – понятие, введенное М. Селигманом. В общих чертах сводится к тому, что ребенок-инвалид, который в условиях гиперопеке часто сталкивается с ограничениями собственного контроля в различных жизненных ситуациях, перестает стараться влиять на результат своих усилий не только в этих конкретных ситуациях, но также и в тех новых ситуациях, в которых он может обходиться без посторонней помощи. У детей-инвалидов, воспитываемых по типу гиперопеке, формируется три вида личностного дефицита: мотивационный, когнитивный и эмоциональный. Сначала у ребенка-инвалида редуцируется мотив пытаться справиться с возникающими трудностями, поскольку ситуация всегда контролируется родителями или педагогами. Редуцированный мотив преодоления трудностей приводит к снижению когнитивных способностей оценки жизненных ситуаций, что делает ребенка-инвалида беспомощным в непривычной среде обитания, в которой нет родительского или педагогического контроля. Осознание своей навязанной (родителями и педагогами) ограниченности в способностях самостоятельно совершать даже посильные поступки приводит к развитию сниженного эмоционального фона настроения и даже депрессии.

Понятие «самоэффективности», введенное А. Бандурой, означает убежденность человека в своей способности мобилизовывать мотивацию, когнитивные и поведенческие возможности, чтобы соответствовать требованиям жизненных ситуаций. Чувство самоэффективности связано не с имеющимися у ребенка умениями и навыками, а с его представлениями о том, чего он сможет добиться при наличии доступных для него умений. Даже если у ребенка сформированы доступные, адекватные его состоянию и необходимые для самостоятельной жизни навыки и умения, главной детерминантой их практического использования будет именно представление об ожидаемой эффективности их применения: сколько сил будет затрачено на решение проблемы, как долго удастся выдерживать напряжение в стрессовой ситуации. В условиях гиперопеке эти представления не формируются, поскольку обучение навыкам и умениям носит «тепличный» характер, не соответствующий характеристикам реальных

ситуаций, в которых оказывается ребенок-инвалид (в реальных ситуациях проблемы за него стремятся разрешать именно родители или педагоги).

Выделяют четыре фактора, влияющие на формирование чувства самоэффективности:

- достигнутые результаты (успех в прошлом дает высокие ожидания результативности текущих действий, тогда как прошлые неудачи снижают эти ожидания);
- косвенные переживания (впечатления от успеха или неудачи других детей);
- словесное убеждение (самоэффективность повышается, когда авторитетное лицо – родитель или педагог – убедительно говорят о том, что ребенок в состоянии справиться с ситуацией);
- эмоциональная активация (чувство тревоги и напряжения снижает ощущение самоэффективности).

Инвалиды с низкой самоэффективностью в большей мере склонны к преувеличению трудностей и чаще демонстрируют неумение их преодолевать. Ощущение низкой самоэффективности также способно провоцировать развитие депрессии или ее усиление.

С состоянием выученной беспомощности и чувством самоэффективности связаны и такие личностные черты, как локус контроля и воспринимаемая управляемость.

Локус контроля – это представление ребенка-инвалида о том, где осуществляется контроль над значимыми событиями в его жизни: внутри него самого или во внешней среде. В зависимости от воспитания и отношения к ребенку-инвалиду у него может формироваться внутренний или внешний локус контроля. В условиях гиперопеке как основного стиля взаимодействия с инвалидом последний связывает успешность своих действий только с действиями других людей, поэтому он реже будет стремиться самостоятельно, преодолевать трудности, а значит, у него не будет достаточного опыта для развития чувства самоэффективности. Для развития внутреннего локуса контроля со стороны родителей и педагогов необходимо использовать значимые для ребенка-инвалида подкрепления его самостоятельной активности: например, таким подкреплением может быть достижение значимой для ребенка цели. При этом важно иметь в виду, что развитие

внутреннего локуса контроля совсем не обязательно должно быть связано с неременной реализацией всех намеченных ребенком действий, чтобы он мог трезво оценивать свои физические возможности и способности и тем самым сформировать адекватные представления о собственной самооэффективности.

Выученная беспомощность, самооэффективность и локус контроля вместе составляют такую интегральную личностную характеристику ребенка-инвалида как воспринимаемая управляемость. Воспринимаемая управляемость – это общее представление человека о своей способности управлять процессом собственной жизни. Психологически комфортное состояние ребенка-инвалида (т. е. отсутствие у него утомления, тревоги, депрессии, а также субъективное чувство физического благополучия) зависит от того, насколько предъявляемые к нему требования сочетаются с простором для принятия решений или возможностью быть самостоятельным.

У детей перечисленные особенности состояния инвалидности значительно более выражены, чем у взрослых, поскольку у них еще не до конца сформированы волевой и мотивационный компоненты личности. Следовательно, целенаправленная работа психолога с родителями и педагогами, взаимодействующими с детьми-инвалидами, особенно консультирование по воспитательным стратегиям, приобретает особенное значение.

Важным фактором, определяющим специфику отношения к собственной инвалидности у ребенка, является социальная поддержка. Социальная поддержка включает в себя создание для ребенка-инвалида широкой, стабильной сети социальных контактов, которая характеризуется совместным проживанием и проведением досуга с другими детьми и взрослыми, наличием друзей, членством в клубах и общественных объединениях. В зависимости от целей, социальная поддержка может быть разноуровневой и включать как сообщество только детей-инвалидов, так и смешанные сообщества детей-инвалидов и здоровых детей. Эмоциональная поддержка, как правило, более эффективна в гомогенных группах детей-инвалидов, имеющих сходный дефект, тогда как повышение уровня социальной адаптации более эффективно в гетерогенных группах. Однако мало просто поместить ребенка-инвалида в группу здоровых детей. Без

соответствующей психосоциальной работы со здоровыми детьми и взрослыми, направленной на развитие у них толерантности к «иным» другим людям, контакты с ними ребенка-инвалида могут дать обратный эффект: вместо социальной поддержки вызвать глубокое разочарование.

Т. Гершик и А. Миллер выделяют у инвалидов две возможные стратегии личностного реагирования на телесный дефект: переосмысление, уверенность и отказ:

Переосмысление предполагает осознание ребенком невозможности соответствовать идеальному образу тела и создание индивидуальной интерпретации своих телесных характеристик. Ребенок-инвалид выбирает из культурного идеала тела только те характеристики, которые соответствуют его актуальным возможностям, и тем самым создает личный идеальный конструкт, рассматривая его как один из возможных вариантов доминирующего идеального типа.

Уверенность заключается в слепом следовании культурному образцу телесности без учета реальных возможностей ребенка-инвалида. Такие дети находятся в постоянном конфликте с самими собой. Ориентируясь на недостижимые телесные стандарты, они надеются добиться признания себя другими людьми не в качестве инвалида, а в качестве «такого же, как и все». При этом они всегда наталкиваются на еще большее подчеркивание своей неспособности соответствовать общепринятому идеалу. Как результат, у них развивается двойная идентичность: «фасадная» (для других) и «внутренняя», которые находятся в антагонистическом конфликте друг с другом. У таких детей вырабатывается очень жесткая установка на обязательное соответствие идеалу по принципу «всегда и везде», без учета реальных возможностей и ситуации. Психосоциальная адаптация детей с такими реакциями осложняется тем, что в нашем обществе из-за социальных запретов, стереотипов и практики сегрегации (разделения институтов социализации, проведения досуга и т.п. для детей-инвалидов и не инвалидов) ребенку-инвалиду практически невозможно на практике реализовать телесные стандарты, на которые ориентируются здоровые люди.

Отказ от следования доминирующему культурному образцу телесности выражается в стремлении сконструировать свой собственный

идеал тела, ограничив круг общения только теми людьми, которые этот идеал разделяют вместе с ребенком-инвалидом. Они начинают считать доминирующий в культуре идеал как «неправильный», непригодный для практических жизненных целей; они обесценивают телесные характеристики, которые считают ценными и важными здоровые дети, или даже вообще отрицают ценность тела в межличностных отношениях и в конструировании собственной идентичности: «важен человек, а не какое у него тело». По сути реакции отказа отражают сопротивление негативному образу инвалидности, который имеется у здорового окружения ребенка. Это реакции протеста против навязчивого милосердия, жалости и благотворительности, которые не столько помогают ребенку-инвалиду (как это представляют себе здоровые люди – педагоги, родители, психологи), сколько подчеркивают невозможность его принятия в широкий социальный контекст общения по причине наличия дефекта и формируют состояние «выученной беспомощности», особенно в плане развития инициативности и в принятии решений о своей судьбе.

Негативные изменения психики у заболевшего ребенка.

Болезнь не проходит для ребенка бесследно, так как не только затрагивает ситуацию «здесь и сейчас», но и влияет на формирование личности будущего взрослого человека.

Негативные изменения психики у заболевшего ребенка, проявляющиеся на разных стадиях течения болезни и ее лечения, могут привести к серьезным нарушениям психического здоровья в будущем. К часто встречающимся нарушениям относят:

- эмоциональные реакции, связанные с изменением физического состояния больного ребенка: страх, тревога, страдание, гнев, чувство вины;
- невротические и астенические состояния, развившиеся на фоне болезни: плохое настроение или крайняя его изменчивость, раздражительность, слабость, повышенная отвлекаемость, трудность сосредоточения, вялость, апатия и общее снижение жизненной активности;
- неприятные переживания и внутренние конфликты, которые могут стать причиной изменения социального статуса больного ребенка;

- стойкие перестройки всей личности больного, выражающиеся в формировании аномальных и эгоцентрических установок, защитных и компенсаторных механизмов, изменений самосознания.

Для врачей и родителей важно снизить воздействие негативных факторов болезни на неокрепшую психику ребенка.

Например, родители, находясь рядом с больным ребенком, должны не только освободить его от тревоги и страха, но и разделить с ним боль и страдание. Добрые и умелые врачи с помощью многочисленных лечебных процедур помогут избавиться ребенку от болезни и боли, и он снова станет здоровым и веселым. Любимые животные, игрушки, книжки, мультфильмы позволят отвлечь ребенка от неприятных ощущений и тяжелых переживаний и поэтому тоже положительно влияют на его самочувствие, настроение и течение заболевания.

Влияние родителей на формирование внутренней картины болезни у ребенка.

Представления ребенка об окружающем мире и, в частности, о болезни отражают мировоззрение родителей. В еще большей мере это относится к чувствам. Среди возникающих у родителей чувств могут быть переживания вины за развитие заболевания, негодование из-за поведения ребенка, приведшего к болезни, отчаяние в связи с кажущимся или реальным плохим прогнозом, безразличное отношение в связи с отрицанием болезни или ее серьезности. Подобные переживания родителей чаще всего вызывают у больных детей аналогичные чувства, которые ложатся в основу ВКБ. Родительский гнев еще более усиливает и без того имеющееся у большинства детей чувство вины за свое поведение, вызвавшее болезнь. При тревожно-мнительном отношении родителей к любому соматическому неблагополучию ребенка и чрезмерно заботливом воспитании, как правило, у последнего возникает нереалистическая ВКБ с ипохондрической гипернозогнозией и пессимистическими представлениями о будущем. Отрицание родителями серьезности заболевания способствует формированию ВКБ гипонозогнозического типа.

Принято выделять четыре реакции родителей на болезнь ребенка, которые ведут к изменениям в психике больного и способствуют или мешают совладению с болезнью.

Первым, наиболее приемлемым типом реакции является принятие реальной ситуации и активность в ее преодолении. При этом родители хорошо понимают физические, психологические, поведенческие особенности своего ребенка, знают его возможности, учитывают связанные с болезнью ограничения. Они наблюдают за ребенком, учатся помогать ему в преодолении болезни. Для этого они ищут способы развития того, что ослаблено болезнью, выдумывают специальные игры, занятия, используют совместный труд, семейные праздники. Тогда ребенок вместе с семьей учится прилагать дополнительные усилия, чтобы победить болезнь, а его радость от маленьких и больших побед повышает самоуважение. Задача родителей – поддерживать мужество и стойкость ребенка в борьбе с болезнью. Это сплачивает семью, превращает ее в важный лечебный фактор.

Второй тип – «паническое бессилие». Родители испуганы прогнозами врачей, болезнь воспринимают как что-то неминуемое и страшное, с чем бессмысленно бороться. У ребенка в результате возникает чувство обреченности и бессилия, он не делает усилий, направленных на преодоление болезни, которая превращает его в жертву. Родители как бы помогают ребенку лишиться будущего, перспективы.

Третий тип отношения родителей к болезни ребенка – «вытеснение». Родители «закрывают глаза» на реальное состояние ребенка, не замечают симптомов. У них появляется желание скрыть факт болезни от окружающих, страх, что ее признание может подорвать репутацию самих родителей. Ребенок страдает от того, что его жалобы, просьбы, ссылки на усталость и трудности в учебе игнорируются. Нередко при этом и на врачей, и на ребенка выплескиваются агрессия, обвинения, раздражение. За всем этим часто стоит нежелание изменить жизнь семьи, обеспечить больному ребенку дополнительный уход. При таком типе отношения он чувствует себя одиноким, виноватым и формирует нереальные сверхоптимистические ожидания.

Четвертый тип – это «уход в болезнь». Болезнь для ребенка может быть защитой от сложностей жизни, особенно когда родители занимаются сверхопекой своего ребенка, защищают от школы, «выбивают» группу инвалидности. Тогда велика вероятность формирования инфантильности. Вся жизнь семьи оказывается посвященной больному ребенку, хотя такой необходимости, возможно, и нет.

На отношение родителей к больному ребенку сегодня влияет много различных обстоятельств. Предшествующие впечатления и переживания (например, смерть одного из детей). Страх, беспокойство родителей усиливаются, они боятся повторения катастрофы и всю свою энергию сосредотачивают на оставшемся ребенке.

В единственном ребенке часто видят продолжателя рода, с ним связываются надежды на поддержку в старости. В такой ситуации эгоистическое воспитание сочетается с избыточной озабоченностью и опасениями относительно будущего этого ребенка. Лишая ребенка активности и инициативы, родители усугубляют его незащищенность, неприспособленность к реальной жизни, хотя при этом крайне тревожатся о его благополучии. Особенно это касается отношения к возможным или уже возникшим заболеваниям.

Низкий уровень собственного здоровья многих родителей, их частые болезни, переживания, связанные с тяжелыми недугами близких. В этой ситуации родители часто переносят тревогу за свое благополучие и жизнь на ребенка. Кроме того, они нередко опасаются, что из-за своих болезней они будут неспособны воспитать своего сына или дочь.

Получение родителями некачественной информации об опасностях тех или иных заболеваний и средовых вредностей через СМИ. Это приводит к тому, что некоторые люди не столько укрепляют здоровье или хотя бы предупреждают болезни, сколько пребывают в страхе перед возможностью заражения или заболевания. Постоянно опасаясь неправильно накормить, заразить, не уберечь, перегрузить ребенка, родители в действительности не создают условий для закаливания и физических нагрузок.

Убежденность родителей в своих знаниях о конкретной болезни или детских болезнях вообще. В зависимости от наличия или отсутствия этих знаний одни родители с уверенностью лечат детей сами, другие «исправляют» назначения врачей, а третьи, считая, что подход к их ребенку неправильный, водят его от одного специалиста к другому. Все указанные обстоятельства проявляют себя различно в зависимости от индивидуальных психологических особенностей родителей. Крайне тревожные, сосредоточенные на здоровье родители создают в семье атмосферу страха, неуверенности, ожидания тяжелых

болезней, а при их появлении – и плохого исхода. Эгоистичные, стремящиеся жить напоказ, из всего извлекать для себя преимущества родители даже болезнь ребенка будут использовать для привлечения внимания к себе. Очень уверенные в своих силах и возможностях, самонадеянные часто недостаточно внимания уделяют ребенку вообще и во время болезни в частности. Некоторые из них попросту не обращают внимания на заболевание ребенка. Причиной такого поведения может быть полное отрицание болезни ребенка, отказ принять к сведению наличие его заболевания.

На ситуацию, возникающую вокруг больного ребенка, иногда влияют отношения, которые складываются у родителей с медицинским персоналом. Уважение к знаниям лечащего врача и доверие ко всем его назначениям не только делают мать незаменимым сотрудником в лечебном процессе, но и создают атмосферу надежды, веру в скорый благополучный исход болезни. Ребенок чувствует настроение родителей, получающих необходимое руководство по его лечению. У него у самого улучшается настроение и общее состояние, когда о нем заботятся родители, верящие не только в отдаленный успех, но и осознающие правильность всего того, что ему назначается.

3.5. Роль медицинского персонала в формировании внутренней картины болезни

Под ятрогениями (или ятропатогениями, или иатрогениями; от греч. *iatros* – врач и *gennus* – делаю) подразумеваются заболевания или их осложнения, вызванные глубокими переживаниями, вследствие слов или действий медицинского работника. Если такие переживания возникают вследствие слов и действий именно среднего медперсонала, говорят о соррогениях.

Ятрогениям посвящена интереснейшая книга отечественного исследователя А. Р. Лурия «Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания». Приведенные в ней примеры вредных воздействий большей частью вызваны словами и действиями врачей, однако вполне могут допускаться медсестрами или фельдшерами. Книга сохраняет актуальность и сегодня, поэтому будущим медикам весьма полезно ее прочесть.

Ятрогении могут возникать как вследствие малого опыта и низкой квалификации медсестры, так и вследствие ее небрежности или недобросовестности. В возникновении ятрогении может быть виноват только медик (истинная ятрогения), а может быть причиной повышенная тревожность или мнительность пациента. В последнем случае определенная доля вины медперсонала также имеется, так как личность больного не изучается.

В происхождении ятрогении (соррогении) весьма часто играют роль неправомерные образные выражения или сравнения вместо конкретности, а также неуместный юмор.

Различают следующие виды ятрогении: этиологическую, фармакологическую, диагностическую, экспериментальную или лабораторную и прогностическую.

Этиологическую ятрогению – в таких случаях врач (реже работник среднего звена, ведущий «сестринский процесс») чрезмерно долго останавливается или чрезмерно пристально расспрашивает о заболеваниях близких и предков («а не было ли в роду душевных болезней... каких, насколько тяжелых»); или «а не было ли в роду онкологических заболеваний, саркомы... во многих ли случаях... у кого конкретно...»* и т.п.). Естественно, у пациента появляется мысль, что у него шизофрения или рак.

Фармакологическая ятрогения при неправильно проводимом медицинском просвещении. Иногда врач или медсестра пропагандируют некое лекарство как панацею (от всех болезней); иногда они рекомендуют излишнее количество лекарств, и у пациентов развивается «фармакофилия» (любовь к лекарствам) или «фармакофагия» (привычка к ежедневному приему лекарств, удовольствие от их глотания, растерянность без их приема). Подвидом этого типа ятрогении является рекомендация подмешивать лекарство в пищу больного (чаще всего алкоголизмом), что чревато серьезными последствиями, вплоть до смертельных исходов. Отмечена также «фармакофобия», вследствие дискредитации лекарств («все они вредны, лечитесь только травами или у экстрасенсов»). Иногда в ходу выражения типа: «Это лекарство для вас слишком слабо» (без объяснений) и пациент убеждается в своей тяжелой, даже смертельной болезни, хоть это и не так.

Диагностическая ятрогения – небрежное вскользь произнесенное объявление диагноза, образные выражения при этом. («Вы спрашиваете,

что такое атеросклероз? Это значит у вас сморщились все сосуды в голове»... «Сосуды у вас могут лопнуть в любой момент». Или «У вас огромный инфаркт»). Такие объяснения тем более опасны, что реакция больного на диагноз может сопровождаться «мнимым спокойствием», за которым кроются страх, паника и суицидные мысли.

Экспериментальная, или лабораторная, ятрогения возникает при небрежном объяснении результатов диагностических исследований и использовании при этом образных выражений («томография – это значит, будут резать легкие рентгеном»; «желудок у вас в форме чулка, опустился до самой матки»).

Прогностическая ятрогения – касается рекомендаций при выписке и объяснений прогноза. Здесь не уместны чрезмерно пессимистические или деланно-бодряческие выражения с неуместным юмором («после выписки вы можете передвигаться только от скамеечки к скамеечке» – и больной это воспринимает буквально; «вы не скоро умрете... не раньше меня» – врач умирает через неделю после выписки больной, и та готовится к смерти).

Ятрогения детей возникает при неоправданном ограничении их естественной подвижности, и они начинают демонстрировать себя как тяжелобольных (еле ходят и т. п.).

Другая классификация ятрогении (Р. Конечный и М. Боухал) – их разделение на «соматогенные» и «психогенные». В первом случае, вследствие ошибочных слов и действий медперсонала, может ухудшиться течение внутренних и иных болезней либо наступить какое-либо невротическое расстройство с фиксацией внимания на деятельности какого-то органа (сердца, желудка и т. д.); психогенная ятрогения ведет к депрессии.

Вопросы и задания для самоконтроля

1. К чему приводит высокий уровень тревожности?
2. Какие психические особенности выделяют при неврологических заболеваниях?
3. Роль эмоциональных воздействий в этиологии и патогенезе сахарного диабета.
4. Причины изменения психики при туберкулезной интоксикации.

5. Какие психические изменения происходят при злокачественных новообразованиях?
6. Дайте определение понятию «выученная беспомощность».
7. Какие стратегии личностного реагирования на телесный дефект можно выделить?
8. В чем может заключаться сложность формирования ВКБ у лиц зрелого возраста?
9. Охарактеризуйте факторы формирования ВКБ у детей.
10. Охарактеризуйте ВКБ у детей-инвалидов.

ГЛАВА 4.

МЕХАНИЗМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ И СОВЛАДАНИЯ С БОЛЕЗНЬЮ

4.1. Психологические защиты: история вопроса, определение, классификация

В ситуациях, когда интенсивность потребности возрастает, а условия её удовлетворения отсутствуют, поведение регулируется с помощью механизмов психологической защиты.

Психологическая защита определяется как нормальный механизм, направленный на предупреждение расстройств поведения не только в рамках конфликтов между сознанием и бессознательным, но и между разными эмоционально окрашенными установками.

Эта особая психическая активность реализуется в форме специфических приемов переработки информации, которые могут предохранять личность от стыда и потери самоуважения в условиях мотивационного конфликта.

Психологическая защита проявляется в тенденции человека сохранять привычное мнение о себе, отторгая или искажая информацию, расцениваемую как неблагоприятную и разрушающую первоначальные представления о себе и других.

Несмотря на то, что слово «стресс» звучит в нашей жизни буквально на каждом шагу, содержание, которое вкладывается в это понятие на «бытовом» уровне, зачастую весьма расходится с научным

представлением о стрессе как универсальной реакции организма, неспецифическом адаптационном синдроме, открытом лауреатом Нобелевской премии, физиологом Г. Селье. В обиходном употреблении обычно имеется в виду стресс психоэмоциональный, но на самом деле разновидностей стресса немало.

Общепринятая классификация психологического стресса (Бодров В. А., 1995) включает следующие его виды:

- внутриличностный (нереализованные притязания, потребности, бесцельность существования);
- межличностный (трудность общения с окружающими, наличие конфликтов или угрозы их возникновения);
- личностный (несоответствие социальной роли);
- семейный;
- профессиональный.

К последнему, в частности, относится часто встречающийся стресс бизнесменов – менеджеров, «белых воротничков».

Причинами стресса у человека являются: физические факторы внешней среды, информационная нагрузка (необходимость ускоренной обработки информации), нарушенные (в результате болезни, нарушений сна и других причин) физиологические функции, психологические и психосоциальные факторы (отсутствие контроля над событиями, осознаваемая угроза, изоляция, остракизм, групповое давление). Исследования хронического стресса показали, что не физиологический, а именно «психический уровень адаптации явился наиболее чутким индикатором» стресса, поэтому для человека стресс сводится в первую очередь к эмоциональному. Как правило, стресс для человека является индивидуально воспринимаемым феноменом, причина которого кроется не во внешних, а во внутренних, психических процессах. При этом, в качестве эмоционально-стрессового расценивается состояние организма, возникающее в результате психологической оценки ситуации как неприемлемой, негативной, отвергаемой при одновременной невозможности ее избегания, и являющееся по сути состоянием психической напряженности. Иными словами, у человека стресс – это феномен преимущественно внутреннего, психического напряжения. При этом основным условием возникновения психоэмоционального стресса считается восприятие угрозы, особенно

если угрозе подвергаются наиболее значимые для человека ценности. Объективно в условиях современной жизни все люди находятся в одинаковом положении: каждый получает примерно одинаковую «дозу» стрессов. Различается лишь их индивидуальное восприятие, субъективная оценка тяжести стресса, а значит, и ответная реакция на него. И здесь проявляются значительные индивидуальные различия: у части людей обнаруживается так называемый «антистрессовый иммунитет».

Парадокс в том, что, хотя все жалуются на стресс, но не все относятся к нему серьезно. Не все отдают себе отчет в том, что последствиями хронического стресса, помимо общеизвестных – усталости, сниженного настроения, раздражительности или апатии, нарушений сна и сексуальной потенции (зарубежные авторы используют специальный термин – «выгорание») – являются еще и многочисленные заболевания, называемые болезнями адаптации (по Селье), или болезнями цивилизации, или психосоматическими заболеваниями. А относят сюда и гипертоническую болезнь, и стенокардию, и язву желудка, и бронхиальную астму, и сахарный диабет, и некоторые кожные заболевания (экзема, нейродермит, псориаз), и колиты, и еще многое другое. Выходит, что пресловутая народная мудрость – «Все болезни от нервов» – имеет под собой реальную основу. Вот только не дает эта народная мудрость ответа на вопрос, можно ли их избежать.

Если попытка преодоления терпит неудачу, то последовательно развиваются 4 фазы кризиса:

1. Рост напряжения, стимулирующий привычные для данной личности способы преодолевающего поведения.

2. Дальнейший рост напряжения, возбуждения, агрессивности, уровня тревоги, диссомнии в условиях, когда эти способы оказываются безрезультатными.

3. Еще большее увеличение напряжения, требующее мобилизации внешних и внутренних психологических и физических ресурсов. Предпринимаются попытки использовать не характерные для личности способы преодоления.

4. Нарастание тревоги и депрессии, чувства беспомощности и безнадежности, нарастание дезорганизации поведения, истощение и декомпенсация.

Из кризиса можно выйти на любом его этапе, если исчезнет ситуация, его вызвавшая. Психотерапевтическая помощь показана на любой стадии кризиса, однако, на 3 и 4-м этапах она необходима в обязательном порядке.

В зависимости от степени значимости конфликта для жизненного пути личности психологи выделяют два рода кризисных ситуаций:

1. Кризис, в результате которого сохраняется возможность реализации и продолжения намеченного жизненного пути.

2. Кризис, в результате которого реализация намеченного жизненного сценария становится невозможной.

Большинство отечественных исследователей считают, что критические жизненные события могут вызвать не только психологические проблемы и трудности, но и потенцировать развитие клинически оформленных психических расстройств.

Но достижение эмоционального равновесия между внешним стрессом и внутренними побуждениями чревато усугублением тревоги, ибо перед лицом стрессовой ситуации социализированный человек, обремененный социальными нормами и запретами, должен вести себя сдержанно, согласно «Правилам приличия».

Дж. Блюм выделяет 5 основных типов приспособительных реакций:

1. Приспособление через защиту.

2. Избегание.

3. Болезнь.

4. Локальный страх.

Для того, чтобы избежать такой ситуации, человек, как в случае нормальной, так и в случае патологической тревоги, прибегает к приспособительным реакциям.

4.2. Механизмы психологической защиты и внутренняя картина болезни

Собственно, еще в XIX веке З. Фрейд писал о том, что при неврозах сильное эмоциональное возбуждение приводит к соматическим нарушениям. В середине же XX века в работах одного из пионеров телесно-ориентированной психотерапии Ф. М. Александера было убедительно доказано: затяжные, стереотипно повторяющиеся негативные эмоции не ограничиваются только психологическими проявлениями, а приводят к развитию специфических телесных расстройств. Последние проявляются в тех системах организма, с которыми данные эмоции имеют «сродство».

Так, чувство гнева приводит к формированию сердечно-сосудистых заболеваний, а чувство зависимости – заболеваний пищеварительной системы. Тогда же был описан и физиологический механизм подобных нарушений, связанный с нарушением тонуса вегетативной нервной системы (ее симпатического либо парасимпатического отдела), контролирующей деятельность внутренних органов. По мнению того же Александера, повышение симпатического тонуса характерно для гипертонической болезни, заболеваний суставов (к тому же выводу пришел В. Райх, который связывал с симпатикотонией также и заболевания кишечника) и заболеваний эндокринных органов (сахарный диабет, повышенная функция щитовидной железы). Эмоционально-опосредованное повышение парасимпатического тонуса лежит в основе таких болезней, как бронхиальная астма, язвенная болезнь желудка.

К развитию психосоматических заболеваний причастны и такие физиологические механизмы, как мгновенное и стойкое – на всю жизнь – запоминание значимых событий в раннем детстве (импринтинг) и психологический возврат (регрессия) в соответствующий детский возрастной период. Отсюда и предлагаемый способ избавления от психосоматических расстройств – кратковременный возврат пациента «в детство» и исправление недостатков его собственного прошлого.

Как считает В. Шутс, болезни являются продуктом неосознанного внутреннего конфликта и, таким образом, представляют собой

неосознаваемый выбор самого человека: «Все болезни являются психологическими в том смысле, что я выбираю болезнь как ответ на свою жизненную ситуацию». При этом психосоматические заболевания всегда имеют неосознаваемую самим больным «вторичную выгоду» – иными словами, болезнь удобна для подсознания, которое таким детским образом либо «помогает» человеку оправдывать свои ошибки, проступки или бездействие, либо «наказывает» его (повторяя внушенные в детстве упреки старших), либо мстит (повторяя внушенные же, но в более зрелом возрасте негативные установки окружающих). Поэтому более правильно (хотя и несколько упрощенно) психосоматические заболевания называть психосоматизированными.

В чем разница? Она принципиальна, более того – имеет прямое отношение к поставленному вопросу. В отличие от болезней, в развитии которых главная роль принадлежит внешним болезнетворным факторам (например, возбудителям инфекционных заболеваний), в происхождении заболеваний психосоматических ведущую роль играют факторы внутреннего порядка, в первую очередь психологические. Именованное подобных расстройств психосоматизированными имеет целью подчеркнуть, что человек сам, активно (по большей мере бессознательно) соматизирует, буквально «отелеснивает» свои неотрагированные эмоции и психологические проблемы, вначале «застревающие» в его теле в виде дискомфортных ощущений, а затем внутренние органы выходят из строя, вследствие вызванных этим застреванием сбоя нормальной регуляции их работы. Проще говоря, когда человек не выражает свои эмоции внешне, он «замораживает» их в виде телесных ощущений. «Физиологически закономерным результатом последовательного культивирования так называемых задержанных эмоций (подавления или вытеснения одних компонентов эмоций и чрезмерной активации других) становится... различная висцеральная патология – плата современного цивилизованного человека за умение (точнее, псевдоумение) властвовать собой».

Соматизация – это не только склонность к переживанию психологического стресса на физиологическом уровне. Соматизация – это развитие реальных («органических») соматических нарушений в результате воздействия стрессов, с которыми человек не может справиться. В российской культуре, соматизация часто приобретает

мистическую трактовку, как «сглаз», «порча» и т.д. Значительное число лиц, обращающихся за медицинской помощью, в действительности страдает различными формами соматизации. Физиологически же в основе соматизации лежит так называемое соматосенсорное усиление – определенный личностный стиль восприятия естественных телесных ощущений как тревожащих, потенциально опасных и неприятных. Соматизация во многом связана также с инфантильными личностными особенностями, такими как зависимость, завышенный уровень притязаний и пассивность, особенно пассивная (сдерживаемая) агрессивность.

Подытоживая сказанное, можно сказать: болезни, особенно психосоматические, «суть предостережения, что наша жизнь не протекает правильным образом, соответствующим законам развития человека». Аналогичное высказывание находим у А. Маслоу: «Когда базовая сущность личности отрицается или подавляется, человек заболевает». С этой точки зрения психосоматические симптомы, точнее их преодоление, оказываются не чем иным, как потенциальной возможностью для личностного роста. С более общих позиций они рассматриваются как частные проявления своеобразных «психодуховных кризисов», переживание которых может привести не только к излечению психосоматических заболеваний, но и духовному раскрытию, позитивной личностной трансформации и эволюции сознания.

Таким образом, человек сам, хотя и неосознанно, невольно, создает себе болезнь. А раз так, сам же может и избавиться от нее. Нужно только научиться, как это сделать.

4.3. Особенности психологической защиты у больных.

Тревога и страх

Как распознать страх? Когда мы были маленькими детьми, страх составлял неотъемлемую часть нашей жизни: он появлялся всякий раз при встрече с неизвестным или когда мы испытывали дискомфорт и не знали способа вновь вернуть состояние комфорта и защищенности. Подрастая и постепенно узнавая все больше и больше об окружающем, мы ближе знакомимся с пугавшими нас когда-то предметами и явлениями и переставали испытывать страх при столкновении с ними.

Мы учились справляться с различными неприятными моментами нашей жизни, выбирая такой способ поведения, который устранял бы дискомфорт или хотя бы уменьшал его. Жизнь учила многих из нас, что свой страх нельзя не только показывать окружающим, но даже признаваться в нем самому себе.

Когда мужчине страшно, он вынужден каким-то образом видоизменить этот страх, чтобы спрятать его – причем, не только от других, но от себя самого, поскольку показать свой страх означало уронить себя в мнении окружающих. Таким образом, у огромного большинства выработался поведенческий механизм отрицания собственных глубинных страхов. Впрочем, конкретные причины, вызывающие страх, для разных людей совершенно различны. Попросту говоря, когда мы всерьез чего-либо боимся, мы не желаем признаваться в этом даже самим себе. Мы отказываемся называть это чувство страхом и вынуждены подыскивать для него какое-нибудь другое благовидное название. Но все это чистейший самообман, поскольку испытывать страх присуще каждому человеку без исключения.

Страх – душевный процесс, который либо помогает, либо мешает нам жить – в зависимости от нашего отношения к нему. Главное здесь – вопрос настроев: если мы хотим избежать любых поражений, неудач, страданий, страх настигнет нас, куда бы мы ни пошли и что бы ни делали. Однако если принять страх и постараться им воспользоваться, он не только придаст мужества, но и станет полезным спутником.

В силу того, что страх – ощущение неприятное – часто он воспринимается как нечто негативное. Люди осуждают страх, даже не попытавшись в нем разобраться. «Опасаясь страха, мы уходим от вопросов, благодаря которым наша жизнь в конечном итоге могла бы стать богаче и честнее». (М. Эрн). Важно не воевать с ним, не искоренять его, а изменить свое враждебное отношение, «приспособиться», «подружиться». Тогда он превращается в полезного спутника и повышает качество жизни.

Ф. Риман (1998) выделяет 4 основные формы страха, которые ставят перед нами общечеловеческие проблемы:

- 1) страх перед самоотдачей (перед открытостью, доверием, симпатией, любовью и т.д.);
- 2) страх перед индивидуализацией (страх одиночества);

3) страх перед неизбежностью смерти, перед преходящим (перед переменами);

4) страх перед необходимостью (перед законами, сложившимися установками).

Можно понять и принять страх как призыв к новой свободе и к новой ответственности. В этом смысле страх рассматривается в позитивном, творческом аспекте, как инициатор перемен. Когда мы осознаем свой страх перед самоотдачей, то начинаем стремиться к доверию и открытости в межчеловеческих отношениях. Когда мы испытываем страх перед преходящим, то стремимся сделать жизнь более плодотворной и наполненной смысла. Если мы сознаем и принимаем необходимость и неизменность заложенных в мире закономерностей, без страха перед тем, что эти законы ограничат нашу свободу, тогда мы становимся в высшей степени зрелыми и человечными.

Эти страхи важны для нашего духовного развития. Если мы боимся и избегаем их, то они замещаются невротическими страхами (фобиями), которые мучительны и бессмысленны. Невротические страхи тормозят и парализуют нашу деятельность, отвлекают от решения важнейших задач нашей жизни.

Формы проявления страха.

Страх может скрываться под разными «масками»: навязчивые привычки, мысли, преувеличенная забота, недоверие, стремление к бурной деятельности, злоупотребление алкоголем, наркотиками, медикаментами, беспорядочные сексуальные связи, жажда власти, авторитета, материального благополучия, надуманное презрение к страху или к тем, кто его испытывает и др.

Когда страх и тревога считаются болезнью? Если мы не признаем страх, избегаем его, то страх приобретает патологический характер. Он может переноситься на другие безобидные объекты, от которых легче уклониться, чем от истинного источника страха. Так возникают фобии.

Термин «фобия» происходит от греческого «phobos»– страх, ужас. Это интенсивный непреодолимый навязчивый страх, охватывающий больного, несмотря на понимание его бессмысленности и попытки с ним справиться. Каплан Г. И. и Сэдок Б. Дж. (1998)

подчеркивают иррациональный характер страха (его необоснованность, нелогичность), обращая внимание на то, что причина, вызвавшая формирование фобии, часто оказывается вытесненной из сознания больного.

Наиболее известны агорафобия (боязнь открытых пространств) и клаустрофобия (боязнь закрытых пространств). Часто встречается энтомофобия (боязнь насекомых), офидиофобия (змей), музофобия (мышей), никтофобия (темноты).

Различают более 350 видов фобий. Вот еще некоторые из них: гипсофобия (высоты), антропофобия (толпы), монофобия (одиночества), петтофобия (общества), нозофобия (страх различных заболеваний), канцерофобия (заболеть раком), мизофобия (загрязнения, грязных рук), тонатофобия (внезапной смерти), тафефобия (погребения заживо), ситофобия (принятия пищи), оксифобия (страх острых предметов), трискайдекафобия (13-го числа), пантофобия (всеохватывающий страх). Если человек, испытывающий страхи не лечится, то заболевание прогрессирует и возникает фобифобия («страх страха»).

Говоря о травмирующих событиях, мы обычно имеем в виду события, которые не просто выходят за рамки обыденного опыта, но также рождают сильный страх и душевную боль. Угроза была настолько сильной, что у пережившего ее человека могло быть вовсе утрачено ощущение безопасности, способность чувствовать себя комфортно в этом мире.

Если человек все еще находится под властью травмирующего события, случившегося в жизни, то на пути к исцелению ему придется прежде всего без самообмана разобраться во всем, что так сильно напугало его, что непосредственно угрожало безопасности. Только после этого он сможет внести конструктивные изменения в свою жизнь, чтобы она стала более плодотворной и осмысленной.

В. Ауден охарактеризовал 20 столетие как «век тревоги». Р. Мау говорил о том, что тревога есть своего рода постижение, вытекающее из угрозы какой-либо ценности, значимой для человека. Нормальная тревога, согласно представлениям Р. Мау, пропорциональна объективной безопасности, а невротическая – не пропорциональна ей.

Дж. Блум также рассматривал тревогу, как общечеловеческий феномен, его универсальную черту. Он говорил, что нормальная

тревога имеет положительное значение для достижения цели и полезна для развития человека, ибо она ведет его к действиям и запускает моторный феномен, в результате которого тревога спадает. По мнению Дж. Блюма, тревога имеет профилактическое значение, так как постоянно сигнализирует человеку об опасности и побуждает его к действиям, которые он совершает в силу того, что постоянно стремится к эмоциональному гомеостазу.

Р. Тилич впервые отметил и описал различие между страхом и тревогой.

Тревога – это эмоциональное состояние, заключающееся в переживании смутной, неопределенной опасности, имеющее направленность в будущее и содержащее в себе мобилизующий компонент.

Страх в отличие от тревоги – это переживание непосредственной, конкретной угрозы.

Составные тревоги – вегетативные, психологические и поведенческие симптомы.

К вегетативным проявлениям относятся следующие: одышка или ощущение удушья, сердцебиение, чувство сжатия или болей в сердце, учащение пульса, потливость, холодные липкие руки, сухость во рту, абдоминальный дистресс (тошнота, понос, боли в желудке), слабость, головокружение, приливы жара или холода, частое мочеиспускание, внутренняя дрожь, трудности при глотании или ощущение «комка в горле».

Психологические проявления многогранны, но преобладают следующие: чувство подавленности, беспомощности, неуверенности, ощущение опасности, пониженная самооценка и уровень притязаний, низкий порог возникновения реакции тревоги, трудности концентрации внимания, ощущение «Пустоты в голове», внушаемость, подчиняемость, комплекс вины и неполноценности, слабость «Я», раздражительность, ощущение взвинченности и нетерпения, инсомния.

Поведенческие особенности отражают психологические проблемы пациента и его вегетативные дисфункции и выражаются в дезорганизации деятельности, скованности, зажатости, напряжении, неусидчивости, в стремлении к избеганию стрессовых ситуаций. Возможна повышенная утомляемость, неусидчивость, тремор, пошатывание при ходьбе.

Психопатологические расстройства представлены невротическим регистром и достаточно часто сочетаются с депрессией.

Описаны следующие виды тревоги:

1. Нормальная и мобилизационная тревога. Возникает эпизодически и способствует мобилизации физических и психических ресурсов человека. Характерна для психически здоровых, стеничных, активно действующих личностей.

2. Личностная тревога или тревожность. Является относительно стабильной личностной характеристикой и чертой характера, определяющей низкий порог возникновения реакции тревоги. Характерна для тревожных, ананкастных и зависимых личностей.

3. Ситуационная тревога – состояние тревоги, возникающее только при стрессовой ситуации и прекращающееся при ее завершении.

4. Социальная тревога – тревога, часто сопровождающаяся страхом, возникающим при взаимодействии с социумом. У этих людей выражен страх публичных выступлений и действий, страх общения с чиновниками, они избегают социальных контактов (особенно с незнакомыми людьми), чрезмерно озабочены мнением окружающих о себе, боятся негативных оценок и отвержения.

5. Невротическая тревога – хроническое, клинически оформленное состояние, которое сопровождается страхом, тревогой, паническими, обсессивно-фобическими, генерализованным тревожным расстройством, а также вегетативными, психологическими и поведенческими расстройствами. Она лишает человека способности к нормальной жизнедеятельности.

4.4. Отличия механизмов психологической защиты от совладающего поведения (копинг)

Близость понятий копинга и механизмов психологической защиты диктовала необходимость их разграничения. Копинг является динамическим «параметром», используемым индивидуумом сознательно и направленным на активное изменение ситуации. В отличие от этого, защитные психологические механизмы являются статичным «параметром», реализующим пассивные механизмы, зависящие от интрапсихической деятельности и направленные на смягчение

психического дискомфорта. Психологическая защита допускает также скрытые влечения и способствует процессу ожидания, при котором тревога может быть преодолена и без обязательного решения проблемы.

Постановка проблемы психологической защиты принадлежит З. Фрейду, и первоначальная ее разработка связана с изучением метаморфозы либидозных влечений и генеза невротических симптомов. В его ранней концептуальной схеме (сознательное – предсознательное – бессознательное) механизмы защиты выступали как средства разрешения конфликта между сознанием и бессознательным, как способы «канализирования» энергии либидо в социально приемлемые формы деятельности.

Однако начиная с 20-х годов, в связи со все возрастающим интересом к социальным детерминантам личности, З. Фрейд большое внимание уделяет изучению «принципа реальности», его роли в ходе развития личности и ее приспособления к социальному окружению. Исходя из разработанной им в то время структуры личности («Ид», «Эго», «супер-Эго»), психологическая защита рассматривается как основная функция «Эго», отвечающая целям интеграции и адаптации. Перед лицом реальности, когда удовлетворение требований «Ид» возможно далеко не всегда, «Эго» пускает в ход специальные механизмы «задержки» влечений – вытеснение, сублимацию и т. д. Угроза целостности личности может исходить также из инстанции «супер-Эго», представляющей собой систему интериоризованных норм и запретов. Понятно, что «Эго» приходится быть большим дипломатом, по остроумному выражению одного из исследователей, удовлетворяя и укрощая двух господ одновременно.

Подчеркнем, что, по З. Фрейду, защитные механизмы врожденны, запускаются в экстремальных ситуациях и выполняют функцию «снятия» внутреннего конфликта. В других концепциях природа и функции психологической защиты трактуются несколько иначе.

Согласно А. Фрейд, «Эго» представляет собой не столько врожденную, сколько развивающуюся в ходе жизни ребенка структуру. Опасность, грозящая «Эго» (потеря целостности), идет как со стороны инстинктивных влечений, так и из внешнего мира. В этих условиях процесс развития «Эго» заключается в приобретении все более

совершенных способов защиты от внешних и внутренних конфликтов. Тем самым снижается до границ толерантности уровень тревожности, исчезает субъективное чувство дискомфорта, препятствующие процессу адаптации. Более «тонким» механизмам защиты соответствует большая зрелость личности и более эффективная ее адаптация. Механизмы защиты формируются в период детства; их индивидуальный набор зависит от многих факторов-внутрисемейной ситуации, отношений ребенка с родителями, в частности, демонстрируемых ими паттернов защитного реагирования и, конечно, от тех конкретных обстоятельств жизни, с которыми ребенок встречается.

Таким образом, А. Фрейд вносит существенные коррективы в предшествующую концепцию: во-первых, акцентируется роль механизмов защиты в разрешении внешних, т. е. социогенных конфликтов; во-вторых, механизмы защиты рассматриваются как продукты развития и научения; в-третьих, указывается, что набор защитных механизмов индивидуален и характеризует уровень адаптированности личности.

Современный психоанализ насчитывает свыше двадцати видов защитных механизмов, различающихся по степени эффективности, зрелости, а также в зависимости от локализации конфликта: в сфере влечений, моральных установок или внешней реальности. Дадим краткое описание тех из них, диагностика которых возможна проективными тестами.

4.5. Протективные психологические защиты

Отрицание. Когда реальная действительность для человека неприятна, он отрицает существование неприятностей или старается снизить серьезность угрозы, то есть невыполнимые желания, побуждения и намерения, а также факты и действия не признаются, отвергаются путём бессознательного отрицания их существования (при отрицании реальное явление считается несуществующим). В некоторых случаях это может нести положительный момент – человек неизлечимо болен, но, отрицая этот факт, находит в себе силы продолжить бороться за жизнь. Однако намного чаще бывает, что отрицание мешает жить и работать, так как не признавая критики в свой адрес,

вытесненное может ассоциироваться с другим вытесненным материалом, формируя психические комплексы. Со стороны Я (Эго) требуются постоянные затраты энергии на поддержание процесса вытеснения. Нарушение динамического равновесия при ослаблении защитных механизмов – антикатексисов – может привести к возвращению в сознание ранее вытесненной информации.

Вытеснение – наиболее универсальное средство избежания внутреннего конфликта. Его цель – устранение из сознания социально неприемлемых влечений. Однако вытесненные и подавленные, влечения дают о себе знать в невротических и психосоматических симптомах, например в фобиях и конверсиях, а также в «психопатологии обыденной жизни» – обмолвках, описках, неловких движениях и юморе. Вытеснение считается наиболее примитивным и малоэффективным средством защиты, так как, во-первых, вытесненное содержание психики все-таки прорывается в сознание и, во-вторых, неразрешенный конфликт обнаруживает себя высоким уровнем тревожности и чувством дискомфорта. Вытеснение характеризует инфантильность, незрелость личности; чаще всего встречается у детей и истероидных невротиков.

Вытеснение, по мнению З.Фрейда, имеет первую и вторую фазы. Первая фаза состоит в том, что в сознание не допускается представление или влечение. Вторая – это вытеснение в собственном смысле, которое касается психических производных вытесненного представления, связанного с влечением или мыслей, происходящих из других источников, вступивших в ассоциативную связь с этими представлениями. Этот процесс действует избирательно: он направлен против тех воспоминаний, мыслей, чувств, желаний, влечений, которые связаны с прошлыми состояниями, порождающими страх, тревогу, а в настоящее время их актуализация в сфере сознания могла бы вновь психологически травмировать личность.

Поведение, в котором выявляются реакции вытеснения, может проявляться или соответствующим образом усиливаться в состоянии стресса, при переутомлении или релаксации, а также в состоянии алкогольного опьянения и катарктической психотерапии.

Психологический механизм вытеснения – манипулирование вниманием путём его отвлечения и баррикадирования.

Вытеснение может быть как полным, так и неполным, частичным. В последнем случае индивид может проявлять определенное отношение к реализуемой части поведения. В последнем случае индивид может проявлять определенное отношение к реализуемой части поведения. Причем такое поведение как бы удовлетворяет индивида вместо того, чтобы вызывать тревогу.

Частичным случаем вытеснения является инактивация (исключение). О ней говорят тогда, когда инактивация отдельных элементов поведения.

Отрицательная идентификация способствует подражанию негативным чертам личности, принятию её отрицательной роли на себя.

Интеллектуализация. Это своеобразная попытка уйти из эмоционально угрожающей ситуации путем ее как бы отстраненного обсуждения в абстрактных, интеллектуализированных терминах.

Систематически использующие интеллектуализацию индивиды оставляют впечатление эмоционально холодных и отчужденных в межличностных отношениях.

4.6. Дефензивные психологические защиты

Рассмотрим такие виды дефензивных психологических защит как сублимация и рационализация.

Сублимация. В психологии понятие сублимации впервые систематически начал использовать З.Фрейд, который понимал её как процесс превращения либидо в возвышенное стремление и социально приемлемую деятельность; сублимация – перевод энергии бессознательного в социально приемлемое русло. По Фрейду, сублимация является главным эффективным защитным механизмом при развитии личности; выбор сублимации как основной адаптивной стратегии свидетельствует о психической зрелости и «мощности» личности.

Выделяют две основные разновидности сублимации:

Первичная сублимация, при которой сохраняется первоначальная цель, к которой стремится личность, что проявляется относительно прямо – когда, например, бездетные родители усыновляют детей.

Вторичная сублимация, при которой отказываются от первоначальной цели блокированной деятельности и выбирают новую цель,

для достижения которой организуется более высокий уровень психической активности и сублимация имеет более опосредованный характер.

Рационализация – псевдоразумное объяснение человеком своих желаний, поступков, в действительности вызванных причинами, признание которых грозило бы потерей самоуважения. Наиболее яркие феномены рационализации получили названия «кислый виноград» и «сладкий лимон». Первый – известен по басне И. А. Крылова «Лиса и виноград»; защита по типу «сладкого лимона» имеет своей целью не столько дискредитацию недостижимого объекта, сколько преувеличение ценности имеющегося в данный момент, – по известному принципу «лучше синица в руке, чем журавль в небе».

Осознаваемые в процессе рационализации причины поведения представляют собой смесь предъявляемой информации (предубеждений, предрассудков), то есть трансформированных мотивов, и констатации самого события. Наличие при этом элементов истины придаёт человеку ложную уверенность, будто всё истинно. В этой совокупности разум пытается навести некий благопристойный порядок, который и осознаётся.

Механизм рационализации является одним из наиболее простых и общих, предназначенных для сохранения и поддержания высокого уровня самооценки и предотвращения чувства вины. Этот механизм защиты отличается тем, что человек сначала действует в ответ на неосознаваемые мотивы, а после действия выдвигает различные предполагаемые причины для объяснения поведения, причем, объяснения, как правило, социально приемлемы и одобряемы. Соответствующие мотивировки, однако, направлены на самоубеждение в причинах, детерминировавших поведение; на самом деле эти причины, желания и потребности зачастую остаются скрытыми.

Выделяют следующие разновидности рационализации: актуальная, предвосхищающая, для себя и для других, прямая, непрямая, дискредитация цели и дискредитация жертвы, самообман.

1. Актуальная рационализация. Данный защитный механизм рационализации наиболее активно используется тогда, когда человек, нарушив общепринятые нормы морали и, будучи в достаточной мере социализированным, переживает внутренний конфликт или когни-

тивный диссонанс. Данная разновидность рационализации называется актуальной, поскольку она мотивирована необходимостью освобождения от тревоги или фрустрации, которую актуально переживает индивид.

2. Предвосхищающая рационализация. Человек может предвидеть, предвосхищать начало неприемлемых для него событий заранее. В этом случае он планирует процесс самооправдания до наступления неприемлемой части ситуации. Предварительную подготовку личности к встрече с такими событиями принято называть предвосхищающей рационализацией.

3. Дискредитация жертвы. Этот способ рационализации используется в тех случаях, когда индивид, приписывая другому человеку отрицательные качества, совершает по отношению к нему (жертве) аморальные действия. Такой способ рационализации часто опирается на психологический механизм проекции. Индивиды, использующие такой способ рационализации, часто рассуждают следующим образом: «Он бы на моём месте поступил так же, он бы меня не пожалел». Ясно, что здесь имеет место воображаемое принятие роли жертвы и представление её в своей роли «наказующей инстанции».

4. Самообман. Данный способ рационализации чаще всего встречается в тех ситуациях, в которых индивид совершает выбор между двумя возможностями (целями, альтернативными линиями поведения и т.п.), в какой-то мере отрицает факт совершения поступка, то есть утверждает будто бы не имел подлинной возможности свободного выбора. Эта разновидность самообмана выступает в 2-х вариантах: а) индивид старается представить себя субъектом деятельности, «элементом технологии» (науки, власти, условия эксперимента), за которую он не может нести ответственность; б) индивид совершает действия, наносящие вред другому, однако не признаёт себя вредителем и создаёт в себе убеждение, будто действовал в пользу жертвы.

Иногда встречается также реакция в виде равнодушия, возникающая перед лицом обстоятельств, которые могли бы оскорбить чувство собственного достоинства, снизить самооценку, нанести удар по Я.

Таким образом, рационализация – это всякая попытка объяснить поведение или оправдать свой «неуспех» при достижении цели, на-

правленная на нивелирование тревоги при расхождении фактического поведения с Я-концепцией, то есть представлением человека о самом себе.

Реактивное образование – замена «Эго» – неприемлемых тенденций на прямо противоположные. Например, преувеличенная любовь ребенка к одному из родителей может быть преобразованием социально недопустимого чувства ненависти к нему.

Регрессия – так же, как и вытеснение, механизм универсального действия, это возврат на более раннюю стадию развития или к более примитивным формам поведения, мышления. Например, истерические реакции типа рвоты, сосания пальцев, детского лепета, излишняя сентиментальность, предпочтение «романтической любви» и игнорирование сексуальных отношений у взрослого человека и т. д. Этот механизм пускается в ход, когда «Эго» не в состоянии принять реальность такой, какая она есть, или личность не в состоянии справиться с требованиями «супер-Эго», или там, где другие защитные механизмы не эффективны. Регрессия, так же как образование реакции, характеризует инфантильную, как правило, невротическую личность.

Более зрелое «Эго» вырабатывает более специфические и нюансированные механизмы защиты. Оговоримся, что не существует единой классификации механизмов защиты по критерию зрелости «Эго».

Изоляция – отделение аффекта от интеллекта; неприятные эмоции блокируются, так что связь между каким-то событием или мыслительным содержанием и его эмоциональной окраской в сознании не выступает. По своей феноменологии этот вид защиты напоминает известный психиатрам «синдром отчуждения», для которого характерно чувство утраты эмоциональной связи с другими людьми, ранее значимыми событиями или собственными переживаниями, хотя их реальность и осознается.

Идентификация – защита от объекта, вызывающего страх, путем уподобления ему. Так, мальчик бессознательно старается походить на отца и тем самым заслужить его любовь и уважение. Благодаря идентификации достигается также символическое обладание желаемым, но недостижимым объектом (Эдипов комплекс). В расширительном толковании идентификация – неосознаваемое следование образцам, идеалам, позволяющее преодолеть собственную слабость и чувство

неполноценности. Считается, что идентификация может происходить с любым объектом – другим человеком, животным, неодушевленным предметом, идеей и т. д. Язык богат иллюстрациями подобных идентификаций: говорят «силен как бык», «стоишь как пень» или «утонуть в чужой душе», «окунуться в работу», «вчувствоваться», «вдумываться», «быть поглощенным чем-то» и т. д.

Сублимация – защита посредством десексуализации первоначальных импульсов и преобразования их в социально-приемлемые формы активности. Например, агрессивность может сублимироваться в спортивных играх, эротизм – в дружбе, эксбиционизм – в привычке носить яркую, бросающуюся в глаза одежду и т. д.

Проекция – приписывание другим людям вытесненных переживаний, черт характера. В межличностных отношениях иногда выступает в виде феномена «козла отпущения». Предполагается, что к проекции предрасполагают такие черты характера, как недоверчивость, подозрительность, фанатизм.

Механизмы психологической защиты, перечисленные выше, являются, как правило, средством разрешения временно действующего конфликта. Личность в принципе обладает довольно широким ассортиментом защитных механизмов; в то же время можно говорить об индивидуально-типологических различиях в защитном реагировании. Этот момент особенно подчеркивается в теориях неопрейдизма, где концепция защитных механизмов тесно связана с проблемой характерообразования, личностной типологией.

Случаи, в которых проявляются психологические защиты и сопротивления:

1. Прошлая психологическая травма (стресс).
2. Неприятные воспоминания.
3. Страх перед любыми неудачами.
4. Страх перед любыми изменениями.
5. Стремление к удовлетворению своих детских потребностей (инфантилизм).
6. Вторичная выгода от своей болезни или своего состояния.
7. Слишком «жесткое» сознание, когда оно наказывает человека непрекращающимися невротическими страданиями.

8. Нежелание менять «удобную» социальную позицию на «неудобную» – быть активным, работать над собой, быть сексуальным, быть социально адаптивным, больше зарабатывать, сменить партнера и прочее..

Если не решается психологическая проблема, то психологически защиты приводят к следующим последствиям:

1. Сначала теряется адаптивность поведения, т.е. человек ведет себя неадекватно ситуации. Хуже общается. Ограничивает свой образ жизни или он становится очень специфичным.

2. Далее дезадаптация нарастает. Могут возникать психосоматические заболевания (заболевания, первопричиной которых явились эмоциональные травмы). Нарастает внутреннее напряжение, тревожность. «Сценарий» жизни начинает подчиняться психологической защите от душевной боли: определенного вида хобби, увлечения, профессия.

3. Образ жизни становится эдакой формой «безболезненной психотерапии». Защитный стиль жизни становится самым важным, т.о. идет постоянное отрицание проблем и усугубление дезадаптации и психосоматики.

Это далеко не полный список всех психологических защит, но зато это самые яркие и распространенные реакции. В любом случае эти реакции не освобождают человека от психологической проблемы, а только временно защищают, дают возможность «психологически выжить» в критической ситуации.

4.7. Копинг-поведение

Работы, посвященные изучению феномена копинг-поведения, появляются в зарубежной психологии со второй половины XX века. Л. Мерфи в 1962 г. первым применил термин «копинг» (coping). Исследуя способы преодоления детьми требований, выдвигаемых кризисами развития, он выделил врожденные и приобретенные (дифференцированные) формы поведения индивидуума в процессе приспособления к стрессовой ситуации. Последние он обозначил термином «копинг» (совладение). Фактически, Л. Мерфи уже на начальном этапе изучения копинга обратил внимание на его связь

с индивидуально-типологическими особенностями личности и предыдущим опытом преодоления стрессовых ситуаций, а также выделил две составляющие копинг-механизма – когнитивный и поведенческий.

Основные положения концепции копинг-процессов были разработаны в 1966 г. Р. Лазарусом. Им была предложена когнитивная теория стресса и копинга. По мнению автора, в основе регуляции взаимодействия среды и личности лежат «первичная» и «вторичная» когнитивные оценки ситуации. Индивид первоначально классифицирует ее как изменяющуюся или угрожающую, а затем, в зависимости от степени воспринимаемой угрозы, свойств стрессора и собственных психологических особенностей – определяет способы преодоления стресса. В результате взаимодействия этих двух процессов, как считает автор, формируются определенные формы копинг-поведения. Важными факторами в их становлении и индивидуализации являются отрицательная или положительная эмоциональная реакция в ответ на стрессовое воздействие, а также трансформация этой реакции в определенную стратегию преодоления.

Итогом исследований Р. Лазаруса явилась понятие копинга, которое он обозначил как стремление к решению проблем, которое проявляет индивид в ситуации.

Понятие «копинг» интерпретируется по-разному в разных психологических школах.

Первый подход – неопсихоаналитический. Копинг-процессы рассматриваются как эго-процессы, направленные на продуктивную адаптацию личности в трудных ситуациях. Функционирование копинг-процессов предполагает включение когнитивных, моральных, социальных и мотивационных структур личности в процессе совладания с проблемой. В случае неспособности личности к адекватному преодолению проблемы включаются защитные механизмы, способствующие пассивной адаптации. Такие механизмы определяются как ригидные, дезадаптивные способы совладания с проблемой, препятствующие адекватной ориентации индивида в реальной действительности. Иначе говоря, копинг и защита функционируют на основании одинаковых эго-процессов, но являются разнонаправленными механизмами в преодолении проблем.

Второй подход определяет копинг как качества личности, позволяющие использовать относительно постоянные варианты ответа на стрессовые ситуации. А. Биллингс и Р. Моос выделяют три способа совладания со стрессовой ситуацией.

1. Копинг, нацеленный на оценку, – преодоление стресса, включающее в себя попытку определить значение ситуации и ввести в действие определенные стратегии: логический анализ, когнитивная переоценка и др.

2. Копинг, нацеленный на проблему, – совладание со стрессом, имеющее целью модифицировать, уменьшить или устранить источник стресса.

3. Копинг, нацеленный на эмоции, – преодоление стресса, включающее в себя когнитивные, поведенческие усилия, с помощью которых человек пытается уменьшить эмоциональное напряжение и поддержать аффективное равновесие.

В третьем подходе копинг выступает как динамический процесс, который определяется субъективностью переживания ситуации и многими другими факторами. Р. Лазарус и С. Фолькман обозначили психологическое преодоление как когнитивные и поведенческие усилия личности, направленные на снижение влияния стресса. Активная форма копинг-поведения, активное преодоление, является целенаправленным устранением или ослаблением влияния стрессовой ситуации. Пассивное копинг-поведение, или пассивное преодоление, предполагает использование различного арсенала механизмов психологической защиты, которые направлены на снижение эмоционального напряжения, а не на изменение стрессовой ситуации.

Р. Лазарус выделил три типа стратегий совладания с угрожающей ситуацией: механизмы защиты Эго; прямое действие – нападение или бегство, которое сопровождается гневом или страхом; совладание без аффекта, когда реальная угроза отсутствует, но потенциально существует.

По мнению С. Фолькман и Р. Лазаруса, копинг выполняет две основные функции:

1. регуляция эмоций (копинг, нацеленный на эмоции);
2. управление проблемами, вызывающими дистресс (копинг, нацеленный на проблему).

Обе эти функции осуществляются в большинстве стрессовых ситуаций. Их количественное соотношение зависит от того, как оцениваются стрессовые ситуации. Оценка происходящего играет важную роль в процессе эволюции человека, от нее зависит интенсивность и характер эмоций, которые испытывает человек, встречаясь с проблемами.

Д. Галахер (Galagher D., 1990) выдвинул гипотезу, что оценка события зависит от объема имеющихся у личности ресурсов, позволяющих справиться с этим событием. Если индивид оценивает ресурсы как недостаточные, неадекватные, то событие воспринимается как угроза. Обычно устойчивые к стрессу люди адекватно оценивают свои ресурсы и воспринимают стрессогенные события как изменения.

Выделяются два вида когнитивной активности – первичная и вторичная оценка.

Первичная оценка позволяет человеку решить, является ли данная ситуация угрожающей или ее можно отнести к ситуации изменения, которая не содержит в себе угрозы его благополучию. Она позволяет оценить силу стрессового воздействия, сопоставить возможность наносимого им вреда с индивидуальными возможностями.

Вторичная оценка дополняет первичную. Она определяет, какими методами можно повлиять на негативное событие и его исход, то есть процесс выбора механизмов и ресурсов преодоления стресса. С ее помощью человек решает, что он может сделать в данной ситуации.

За когнитивной оценкой ситуации следует выработка механизмов преодоления стресса. Если у животных поведенческий ответ на неблагоприятные воздействия среды проявляется преимущественно избеганием, уходом от угрожающей ситуации, агрессией, то у человека при преодолении стресса включаются когнитивные мыслительные процессы принятия адаптационного решения.

А. Нэзу, Т. Дзурилла, М. Голдфрид первыми описали процесс разрешения социальных проблем или копинг-процесс. Это явилось теоретически важным моментом в изучении формирования активного совладающего поведения – стратегий разрешения проблем. Активное разрешение проблем является когнитивно-поведенческим процессом,

в результате которого формируется общая социальная компетентность личности.

Авторы выделили пять компонентов копинг-процесса.

1. Ориентация в проблеме, подключение когнитивного и мотивационного компонентов для общего ознакомления.

2. Определение и формулирование проблемы, ее описание в конкретных терминах и идентификация специфических целей.

3. Генерация альтернатив, разработка многочисленных возможных вариантов решения проблемы.

4. Выбор оптимального варианта решения проблемы.

5. Выполнение решения с последующей проверкой, подтверждением его эффективности.

Другой исследователь копинга, Мурфи, указывает, что копинг как процесс включает определенные усилия, поэтому не может быть сведен к автоматизированным адаптационным механизмам, как, например, рефлексy. Они, в свою очередь, являются более примитивными устройствами по сравнению с механизмами копинга. Автор, основываясь на своих исследованиях в поведении животных и маленьких детей, высказывает предположение, что по мере развития человека его когнитивные механизмы и символизация становятся все более распространенными в функционировании, а роль примитивных механизмов становится менее значимой в связях с копингом.

Трансакциональная теория стресса и копинга Р. Лазаруса. В современных условиях человек все чаще оказывается под влиянием биологических и психологических стрессогенных факторов, вызывающих в его организме специфические и неспецифические физиологические, психологические и поведенческие реакции. Эти реакции, обладая двойной ролью, могут, с одной стороны, способствовать адаптации к изменяющимся условиям, а с другой – привести к возникновению патологических процессов. Наблюдающаяся в последние годы смена психиатрической парадигмы – с нозоцентрической на адаптационную – все больше привлекает внимание исследователей к изучению адаптационных процессов при психогениях и, в частности, проблемы совладания со стрессом как к одной из детерминант здоровья и болезни.

Еще в 1936 г. Селье в рамках предложенной им концепции стресса выделил два уровня адаптационной системы. В соответствии с его представлениями в стрессовой ситуации первым реагирует «поверхностный» уровень, черпающий свои ресурсы из второго, «глубокого» уровня, который связан с адаптационной перестройкой гомеостатических систем всего организма.

Независимо от типа стрессового воздействия, но в соответствии с фазой адаптации (тревога, сопротивление, истощение) происходит формирование адекватной требованиям среды «новой функциональной системности организма». Таким образом, Селье сформулировал общие закономерности процесса приспособления к стрессовым событиям, в результате которого деятельность организма человека направлена на поддержание или сохранение баланса между требованиями среды и удовлетворяющими их ресурсами.

В дальнейшем ученые обратили внимание на тот факт, что индивидуумы различными способами приспосабливаются к стрессовым ситуациям, а сам процесс приспособления может меняться в зависимости от своей эффективности. Человек прибегает к помощи окружающих его людей (близких родственников, друзей, коллег по работе и т. д.), чтобы избавиться от «дискомфортного» чувства беспокойства при стрессовых воздействиях внешнего мира. В случае неэффективности такого адаптационного поведения он игнорирует существующую проблему и формирует своеобразную психологическую защиту. Такие защитные механизмы проявляются в определенных стратегиях (способах) поведения, которые определяют как: стремление к людям; стремление отдалиться от людей (потребность в независимости); стремление действовать против людей.

Базисные копинг-стратегии. Выбор индивидуумом на протяжении всей жизни определенных стратегий преодоления является достаточно стабильной характеристикой и мало зависит от типа стрессора. Эти базисные стратегии поведения человека и объединяют в 3 группы: решение проблемы (адаптивная); поиск социальной поддержки (адаптивная); избегание проблемы (неадаптивная). Несмотря на то что эти фундаментальные стратегии не исчерпывают всех копинг-возможностей личности, автор подчеркивает, что они находятся в основе и в соответствии с основными человеческими реакциями

на угрозу, характеризуя тем самым общие тенденции копинг-поведения, созвучные тем, которые на протяжении многих лет обсуждались в специальной литературе.

Таким образом, тип реагирования в стрессовых ситуациях, представляя собой «продолжение ведущей индивидуально-личностной тенденции», базирующейся на типе высшей нервной деятельности, является врожденной, генетически обусловленной характеристикой. При этом индивидуализация стиля стратегий предпочтения происходит с учетом всего жизненного опыта индивидуума. Определяют 4 типа реакции человека на стресс: вегетативная, эмоциональная, поведенческая и когнитивная.

Данные, полученные в результате применения системного психодиагностического исследования, выявили тесную связь типологических свойств личности с типом реакции на стрессовые ситуации и с клиническими особенностями развивающихся в последующем состояний дезадаптации. Для лиц астенического типа в проблемной ситуации характерна либо пассивная позиция, либо ведомое поведение, а состояние дезадаптации характеризуется депрессивными или конверсионными реакциями, существенно снижающими способность к адекватному проблемно-решающему поведению. Личностям стенического круга свойственна поведенческая активность, направленная на преодоление стрессового воздействия.

Ж. Ротер в 1966 г. показал, что выбор личностью стратегии преодоления зависит от степени выраженности у нее внутреннего и внешнего «локус»-контроля над своей деятельностью. Автор разделил индивидуумов на две полярные группы – «интерналы» и «экстерналы». Интерналы характеризуются развитым внутренним «локус» – контролем, что проявляется уверенностью в собственных силах, отсутствием необходимости во внешней поддержке. Экстерналы с более развитым внешним «локус»-контролем, наоборот, отличаются неуверенностью в себе, необходимостью поощрений, болезненным реагированием на порицания, полаганием на случай, судьбу. По мнению Ж. Ротер, экстерналы более подвержены дистрессу при социальном давлении и в экстремальных условиях. Однако при значительном стрессовом воздействии у них могут проявиться качества «экстернала»

(т. е. смена стратегий преодоления), хотя и менее адаптивные, чем у экстернала в тех же условиях.

Рядом авторов выявлена положительная корреляционная связь между экстравертированностью, спонтанностью и стратегией преодоления, направленной на решение проблемы. Предпочтение стратегии избегания свойственно людям, которые отрицают причиняющий страдания опыт, искажают восприятие действительности, игнорируют те очевидные аспекты реальности, признание которых является болезненным. Для них характерно замещение эмоций на менее опасные или более доступные объекты, что, по мнению автора, является регрессией к более ранней стадии развития и препятствует использованию адаптивных копинг-стратегий. Индивидуумы с повышенной чувствительностью, заниженной самооценкой, зависимостью от мнения значимых авторитетных людей и в то же время коммуникабельные предпочитают стратегию поиска социальной поддержки, что, с точки зрения автора, способствует повышению их самооценки. В то же время наличие выраженных тревожных проявлений побуждает индивидуумов избегать контактов, провоцирующих новые стрессовые события. При этом выбор адаптивных стратегий преодоления у таких лиц достоверно снижается.

Личностные и средовые копинг-ресурсы. Личностно-типологические особенности, влияющие на выбор копинг-стратегий, представляют собой одну из составляющих копинг-ресурсов, которые разделяются на личностные и средовые. При этом личностные включают в себя как физические (здоровье, выносливость и т. д.), так и психологические составляющие. К ним относятся:

1) позитивная Я-концепция – самоуважение, самоэффективность, убеждения, мораль, самооценка;

2) личностный контроль или интернальный локус контроля – умение контролировать свою жизнь, свое поведение, брать за это ответственность на себя;

3) социальная компетентность (умение общаться с окружающими и знания о социальной действительности);

4) эмпатия (умение сопереживать окружающим в процессе общения, умение быть эмоциональным);

5) аффилиация (желание и стремление общаться с людьми);

б) уровень интеллекта – способность и возможность осуществлять когнитивную оценку проблемной ситуации; и многие другие характерологические особенности личности, позволяющие справиться с требованиями среды.

Поведенческие реакции, вызванные образом Я и самоотношением, образуют поведенческую составляющую Я-концепции. Самосознание представляет собой установочное образование, состоящее из трех компонентов – когнитивного, эмоционального и поведенческого, которые в своем реальном функционировании обнаруживают взаимосвязь. Я-концепция – совокупность всех представлений индивида о себе. Общая положительная самооценка, определяемая позитивным образом «Я», является необходимым условием жизнедеятельности любого человека. В противном случае сама жизнь становится для него постоянным фактором дистресса, ведущим к психическому истощению или самоуничтожению. Экстремально низкая самооценка, негативный образ «Я» (низкий самоконтроль, ослабление сознательной саморегуляции поведения, импульсивность и т.п.) способствует обращению индивида к алкоголю и формированию зависимости от него.

Помимо ресурсов личности человек обладает и ресурсами социальной среды, которые также определяют его поведение. Низкое развитие копинг-ресурсов способствует формированию пассивного дезадаптивного копинг-поведения, социальной изоляции и дезинтеграции личности.

В свою очередь средовые ресурсы представлены социальными (индивидуальная социальная сеть, социально-поддерживающие системы и т. д.) и материальными (деньги, оборудование и т. д.) параметрами, которые также определяют его поведение. Низкое развитие копинг-ресурсов способствует формированию пассивного дезадаптивного копинг-поведения, социальной изоляции и дезинтеграции личности.

Поведенческая оценка неблагоприятной ситуации в меньшей степени зависит от степени опасности самой ситуации, а в большей – от оценки собственных копинг-ресурсов в конкретном стрессовом событии. Так, оценка собственных ресурсов как адекватных приводит к восприятию события как изменения, в то время как оценка их как неадекватных – к восприятию события как угрозы.

Влияние половых и возрастных факторов на копинг-процессы.

Исследование влияния возраста и пола на параметры копинг-процессов показало, что степень реакции на стрессовые события лиц среднего возраста намного выше, чем пожилых. При этом отмечаются возрастные различия в оценке вреда/потери, ответной эмоциональной реакции и копинг-эффективности. Это позволило установить связь между возрастом личности, с одной стороны, и восприятием стресса и копинг-процессами – с другой. В когнитивной сфере копинг-поведения мужчин достоверно чаще наблюдался «проблемный анализ», а у женщин – «установка собственной ценности».

Исследованию роли этнокультурального фактора в формировании копинг-процессов посвящены работы Л. М. Таукенова. При изучении разных этнических групп (русские и кабардинцы) было выявлено, что в поведенческой сфере русских чаще наблюдается адаптивное преодолевающее поведение (поиск социальной поддержки и решение проблемы) с защитными механизмами по типу замещения, позволяющими более открыто проявлять эмоции. Кабардинцы преимущественно используют психологическую защиту по типу вытеснения, как архаичную и менее осознаваемую, что, по мнению автора, связано с наличием у них исторически закреплённых традиционно строгих моральных запретов (табу) в сфере социальных, семейно-бытовых отношений.

Выделяют 3 основных взаимозависимых параметра совладания:

- а) тип стрессора – независимая переменная;
- б) процесс преодоления или приспособления – промежуточная переменная;
- в) достигнутая степень адаптации – личностно или ситуативно-связанная переменная.

В результате применения опросника «способы копинга» Лазарус определил 8 видов бытовых разрешений проблем – позитивная переоценка, принятие ответственности, поиск социальной поддержки, конфронтация, самоконтроль, дистанцирование, избегание.

А. Билинг и Р. Моос выделили 3 основных вида копинга, пропорциональное представительство каждого из которых необходимо для эффективного «выхода» из стрессовой ситуации:

1) когнитивный – нацеленный на анализ и оценку значимой ситуации;

2) поведенческий – нацеленный на решение проблемы с помощью изменения или устранения источника стресса;

3) эмоциональный – нацеленный на редукцию эмоционального напряжения как компонента дистресса путем использования личностью когнитивных, эмоциональных и поведенческих стратегий.

В процессе исследования авторы выявили, что в большинстве стрессовых ситуаций используются лишь эмоционально- и проблемно-ориентированные копинги, в то время как правильная оценка стрессовой ситуации, т. е. когнитивный копинг отсутствует.

У лиц молодого возраста влияние на формирование негативной слабо сформированной Я-концепции, низкий уровень самосознания, самооценки, предопределяет выбор пассивных стратегий преодоления стресса. Чем выше уровень самосознания, статус идентичности у подростка, тем уверенней он преодолевает стресс и выбирает наиболее эффективные копинг-стратегии. Сочетание активных копинг-стратегий с позитивной Я-концепцией рассматриваются в качестве фактора резистентности к стрессу и диагностического предиктора адаптивного самосозидающего, просоциального поведения, тогда как сочетание пассивных копинг-стратегий с негативной Я-концепцией – как фактор повышенной уязвимости к стрессу и диагностический предиктор дезадаптивного поведения.

Я-концепцию личности выделяют в систему важнейших копинг-ресурсов, определяющих адаптивное либо дезадаптивное функционирование копинг-процесса в целом.

Классификация копинг-поведения. Выделяют адаптивные (решение проблемы и поиск социальной поддержки) и малоадаптивные (самообвинение и избегание) копинг-стратегии. При оценке их влияния на качество жизни была выявлена положительная корреляционная связь между адаптивным копингом и высоким качеством жизни, а также между неадаптивным копингом и более низким качеством жизни. Е. Heim в зависимости от степени предполагаемой адаптации объединить их в 3 группы – адаптивные, относительно адаптивные и неадаптивные. J. Mattlin выделил 2 многомерных профиля поведения – гибкое (адаптивное) и пассивное (малоадаптивное).

Существует достаточно большое количество различных классификаций стратегий копинг-поведения. Можно выделить три основных критерия, по которым строятся эти классификации:

I. Эмоциональный/проблемный:

1. Эмоционально-фокусированный копинг – направлен на урегулирование эмоциональной реакции.

2. Проблемно-фокусированный – направлен на то, чтобы справиться с проблемой или изменить ситуацию, которая вызвала стресс.

II. Когнитивный/поведенческий:

1. «Скрытый» внутренний копинг – когнитивное решение проблемы, целью которой является изменение неприятной ситуации, вызывающей стресс.

2. «Открытый» поведенческий копинг – ориентирован на поведенческие действия, используются копинг-стратегии, наблюдаемые в поведении.

III. Успешный/неуспешный:

1. Успешный копинг – используются конструктивные стратегии, приводящие в конечном итоге к преодолению трудной ситуации, вызвавшей стресс.

2. Неуспешный копинг – используются неконструктивные стратегии, препятствующие преодолению трудной ситуации.

Представляется, что каждая используемая человеком стратегия копинга может быть оценена по всем вышеперечисленным основаниям, хотя бы потому, что человек, оказавшийся в трудной ситуации может использовать как одну, так и несколько стратегий совладания.

Таким образом, можно предположить, что существует взаимосвязь между теми личностными конструктами, с помощью которых человек конструирует свое отношение к жизненным трудностям и тем, какую стратегию совладания с ситуацией выбирает человек.

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.

А. Чазова и соавт. выявили 3 типа копинг-поведения:

а) адаптивное (функциональное), которое соответствует адаптивным базовым копинг-стратегиям, направленным на решение проблем и поиск социальной поддержки;

б) пассивное (дисфункциональное), связанное с преобладанием пассивных копинг-стратегий, что обусловлено недостатком активных копинг-стратегий и поведенческих копинг-ресурсов;

в) неустойчивое (ситуационно обусловленное), которое проявляется в диссоциации между отдельными достаточно развитыми личностно-средовыми копинг-ресурсами, базисными копинг-стратегиями и неспособностью больного самостоятельно, без активной помощи управлять своим поведением в процессе лечения. При данном типе копинг-поведения, по мнению авторов, социально-поддерживающая система может выступать мощным компенсаторным фактором в конструктивном преодолении болезни.

Одним из значимых компонентов формирования функционально-адекватного, адаптивного совладания или активного копинг-поведения является копинг-стратегия «разрешение проблем». Данная поведенческая стратегия способствует появлению и дальнейшему рассмотрению широкого круга альтернативных вариантов решения проблемы. Активное разрешение проблем является когнитивно-поведенческим процессом, в результате которого формируется общая социальная компетентность личности.

Становление и функционирование адаптивного копинг-поведения определяется социально-поддерживающим процессом, который включает в себя три компонента: социальные сети, субъективное восприятие социальной поддержки и копинг-стратегию «поиск социальной поддержки». Социальные сети являются источником социальной поддержки, оказывающае смягчающий эффект воздействия стрессовой ситуации на личность. Оптимальность функционирования социально-поддерживающего процесса обеспечивает уровень развития восприятия социальной поддержки и интенсивность использования копинг-стратегии поиска социальной поддержки.

Одной из ведущих поведенческих стратегий при формировании дезадаптивного, псевдосовладающего поведения является копинг-стратегия «избегание». Использование копинг-стратегии избегания обусловлено недостаточностью развития личностно-средовых копинг-ресурсов и навыков.

Копинг-поведение в стрессовой ситуации. Проблемно-ориентированный копинг, по мнению авторов Фолькмана и Лазаруса, 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.

Данная классификация, по мнению Фолькман и Лазарус, не указывает на то, что человек прибегает исключительно к одному типу копинга. Каждый человек использует комплекс приемов и методов как проблемно-ориентированного, так и эмоционально-ориентированного копинга для того, чтобы справиться со стрессом.

Т.е. процесс копинга представляет собой комплексный ответ на стресс.

Интересной на наш взгляд представляется расширенная классификация копинга, которую предложили американский исследователь Кавер и его сотрудники. По их мнению, наиболее адаптивными копинг-стратегиями являются те, которые направлены непосредственно на разрешение проблемной ситуации. К таким копинг-стратегиям авторы отнесли следующие:

- «активный копинг» – активные действия по устранению источника стресса;
- «планирование» – планирование своих действий в отношении сложившейся проблемной ситуации;
- «поиск активной общественной поддержки» – поиск помощи, совета у своего социального окружения;
- «положительное истолкование и рост» – оценка ситуации с точки зрения ее положительных сторон и отношение к ней как к одному из эпизодов своего жизненного опыта;
- «принятие» – признание реальности ситуации.

Другой блок копинг-стратегий, по мнению авторов, также может способствовать адаптации человека в стрессовой ситуации, однако он не связан с активным копингом. К таким стратегиям совладания относятся:

- «поиск эмоциональной общественной поддержки» – поиск сочувствия и понимания со стороны окружающих;
- «подавление конкурирующей деятельности» – снижение активности в отношении других дел и проблем и полное сосредоточение на источнике стресса;
- «сдерживание» – ожидание более благоприятных условий для разрешения ситуации.

Третью группу копинг-стратегий составляют те, которые не являются адаптивными, однако, в некоторых случаях, помогают человеку адаптироваться к стрессовой ситуации и справиться с ней. Это такие приемы преодоления как:

- «фокус на эмоциях и их выражение» – эмоциональное реагирование в проблемной ситуации;
- «отрицание» – отрицание стрессового события;

- «ментальное отстранение» – психологическое отвлечение от источника стресса через развлечения, мечты, сон и пр.;

- «поведенческое отстранение» – отказ от разрешения ситуации.

Отдельно Кавер выделяет такие копинг-стратегии как «обращение к религии», «использование алкоголя и наркотиков», а также «юмор».

Приведенная выше классификация копинг-стратегий не означает то, что человек использует какую-то одну из них. В той или иной ситуации личность прибегает к целому комплексу копинг-стратегий в зависимости от своих личностных особенностей и характера ситуации, т.е. существуют паттерны копинга.

Одним из центральных вопросов в теории копинга Фолькмана и Лазаруса является вопрос о его динамике. По мнению авторов, копинг – это динамический процесс с составляющими структурными элементами, т.е. копинг не является постоянным, а подвержен модификации с изменением социального контекста.

Копинг представляет собой многомерный процесс когнитивных и бихевиоральных стратегий, которые используют люди для управления требованиями в специфических стрессовых ситуациях.

Вопрос о динамике копинга напрямую связан с проблемой прогноза того или иного поведения человека в стрессовой ситуации.

Социальный контекст копинга, а именно специфика и особенности события, с которыми взаимодействует человек в процессе преодоления, способны влиять на процесс совладания. Значение ситуационных детерминант подчеркивается в ряде работ.

Так, например, С. К. Нартова-Бочавер отмечает, что «... ситуация во многом определяет логику поведения человека и меру ответственности за результат его поступка» Х Хекхаузен пишет о том, что «особенности ситуации ... в большей степени детерминируют поведение, чем диспозиции субъекта».

Стрессовая ситуация оказывает на личность значительное влияние. А. О. Прохоров подчеркивает ее значимость для появления новых личностных образований, таких как появление новых ценностей, изменение отношения к людям, появление осмысленности жизни и пр. Н. В. Волкова отмечает значимость критических ситуаций в условиях реализации «базовых» ценностей для личности.

Учет специфики ситуации и основных ее характеристик играет важную роль в ситуационном подходе к копингу.

По мнению Л. И. Дементий, существует ряд методологически важных положений при исследовании копинга. Одно из них связано с тем, что эффективность преодоления во многом зависит от разницы в объективных параметрах стрессора и их субъективной оценки.

Л. И. Анцыферова указывает на то, что поведение во многом детерминировано не объективно заданной ситуацией, а ее субъективной оценкой и восприятием, однако нельзя недоучитывать и объективные показатели ситуации, которые отражаются в субъективной репрезентации индивида.

Зарубежные исследователи Сингер и Девидсон отмечают, что люди по-разному интерпретируют стрессовую ситуацию. Они могут оценивать ее как угрозу или как требование. Стрессовые последствия, по мнению ученых, возможны только в том случае, если событие воспринимается индивидом как угроза, если же событие воспринимается как требование, то это вызовет другой способ ответа на него. По их мнению, оценка того или иного стрессового события зависит от оценки личности своих ресурсов совладания со стрессором, которые могут быть основаны на индивидуальном опыте, знаниях или практики или же на самооценке, восприятии собственной компетентности и др. На сегодняшний день, как указывают Сингер и Девидсон, вопрос остается открытым по поводу того, какие характеристики среды или личности могут оказывать наибольшее влияние на процесс преодоления.

Когнитивная оценка стрессовой ситуации, согласно теории Фолькмана и Лазаруса, является ключевым механизмом, обуславливающим процесс преодоления.

Лазарус предлагает две формы оценки – первичную и вторичную. При первичной оценке человек оценивает свои ресурсы, другими словами отвечает на следующий вопрос – «Что я имею для преодоления этой ситуации?». Ответ на этот вопрос содействует качеству его эмоциональных реакций и их интенсивности. При вторичной оценке человек оценивает свои возможные действия и прогнозирует ответные действия среды. Другими словами задает следующие вопросы – «Что я могу сделать? Какие у меня стратегии преодоления? И как среда

ответит на мои действия?»). Ответ влияет на тип копинг-стратегий, которые будут выбраны для управления стрессовой ситуацией.

Л. И. Анцыферова указывает на значимую роль способности к оценке ситуации, от которой зависит адекватный выбор стратегий преодоления. Характер оценки во многом зависит от уверенности человека в собственном контроле ситуации и возможности ее изменения. Автор вводит термин «когнитивное оценивание», определяя его как некую активность личности, а именно «... процесс распознавания особенностей ситуации, выявление негативных и позитивных ее сторон, определение смысла и значения происходящего». От того, как у человека работает механизм когнитивного оценивания, по мнению Л. И. Анцыферовой, зависят стратегии, которые будет использовать человек при разрешении трудной ситуации. Результат когнитивного оценивания – вывод человека о том, сможет ли он разрешить данную ситуацию или нет, сможет ли он контролировать ход развития событий или ситуация неподконтрольна ему. По словам Л. И. Анцыферовой, если субъект расценивает ситуацию как подконтрольную, то он склонен применять для ее разрешения конструктивные копинг-стратегии.

По мнению Фолькман и Лазарус, когнитивная оценка – это интегральная часть эмоционального состояния. Гнев, например, обычно включает оценку параметров вреда или угрозы, счастье включает оценку условий «человек-среда» с точки зрения их выгоды или полезности.

Авторы пишут, что любое преодолевающее поведение начинается с оценки среды, которая оценивается как значимая для жизни и хорошего самочувствия, как вредная, выгодная, угрожающая или изменчивая. Характер такой оценки влияет на копинг, который в свою очередь изменяет отношения «человек-среда», и как следствие, эмоциональный ответ. Таким образом, копинг выступает как медиатор эмоционального ответа.

По мнению ученых, отношения между эмоциями и копингом не носят статичный характер. Определенные эмоции облегчают процесс преодоления, но в то же время и копинг может детерминировать определенные эмоциональные состояния. Фолькман и Лазарус отмечают, что как копинг, так и эмоции необходимо рассматривать с точки

зрения процесса. Процессуальный подход специфики взаимосвязи эмоций и копинга заключается в анализе динамики мыслей и поведения человека в процессе взаимодействия «человек-среда». Клинические исследования и эмпирические факты показывают, что эмоции и копинг в норме характеризуются высокой степенью изменчивости среди людей. Более того, копинг – это многомерный процесс когнитивных и бихевиоральных стратегий, которые используют люди для управления требованиями в специфических стрессовых ситуациях.

Таким образом, важно отметить, что копинг не стоит сводить только к эмоциональным аспектам, т.е. копинг не простой ответ на напряженную (эмоциональную) ситуацию, он зависит от когнитивной оценки своего состояния или произошедшего события, которая включается в эмоциональную оценку и предопределяет качество эмоций.

Особый интерес представляет собой оценка человеком стрессового события в условиях неопределенности. Неопределенность ситуации является одним из важнейших ситуационных детерминант, влияющих на специфику процесса преодоления. По мнению В. А. Бодрова, неопределенность ситуации ведет к ощущению беспомощности и к возрастанию стрессовых реакций. В условиях повышенной неопределенности в целом затруднена оценка ситуации.

Существует целый комплекс ситуационных переменных, которые могут предопределять копинг-ответ. К таким переменным относятся – значимость события в жизни человека, сила стрессового воздействия, длительность действия, трудность преодоления, возможность прогноза и степень субъективного контроля ситуации человеком.

Неопределенность ситуации напрямую связана с такими параметрами оценки ситуации как возможность прогноза. Прогнозируемость события означает то, насколько человек способен предсказать динамику, развитие ситуации. С ростом неопределенности ситуации уменьшается степень прогнозируемости события, и, как следствие, становится невозможным применение копинг-стратегий, связанных с планированием своих действий по преодолению стрессового события. Х. Хекхаузен пишет, что «чем сильнее меняется ситуация, тем менее однородным становится поведение». Эффективной стратегией, по мнению В. А. Бодрова, в данном случае является поиск информации о данной ситуации или проблеме.

Неопределенность ситуации связана с субъективным контролем события со стороны человека. Чем более неоднозначна ситуация, тем менее она воспринимается как подконтрольная субъекту. В. А. Бодров отмечает, что отсутствие возможности и способности предсказывать развитие событий ведут к невозможности осуществления эффективного преодоления ситуации.

В свою очередь отсутствие возможности прогнозировать развитие события, а также низкий контроль ситуации приводят к снижению проблемно-ориентированных копинг-стратегий, и увеличению эмоционально-ориентированных копинг-ответов.

Как отмечают Фолькман и Лазарус, проблемно-ориентированные формы копинга, скорее всего, будут использованы, если результат столкновения оценен субъектом как поддающийся изменению. В то время как эмоционально-ориентированные формы копинга более вероятны, если ситуация оценивается им как неподдающаяся изменению.

Проблемно-ориентированный копинг, по мнению авторов, 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 и т.д.

Реакция личности на болезнь, классификация копинг-стратегии. Наиболее плодотворным стал анализ копинг-ресурсов у пациентов с соматической и психической патологией, в состоянии которых сама болезнь выступает доминирующим стрессовым фактором. Как показали результаты большинства исследований, больные, недостаточно

использовавшие собственные копинг-ресурсы, предпочитали дезадаптивные копинг-стратегии.

Так, у онкологических больных повышенная сензитивность к негативному отношению со стороны микросоциума, недостаточно развитая аффилятивная потребность, экстернальный локус-контроль в сфере неудач приводили к реализации малоадаптивной копинг-стратегии избегания. Обследование больных с нарушениями мозгового кровообращения выявило у них снижение сознательного контроля событий, что связано с отрицанием или подавлением нежелательного опыта (в том числе прежнего стиля копинга) и формированием так называемого репрессивного типа поведения.

Н. А. Сирота показал важность оценки средовых копинг-ресурсов в результате их изучения у подростков с аддиктивным поведением (воспитанники детского дома). Предпочтение ситуационно-специфических копинг-стратегий «дистанцирования» обусловлено, по мнению автора, значительным влиянием личностно-средовых копинг-ресурсов (восприятие социальной поддержки, эмпатии, аффиляции, локус-контроля). Существенным социально-средовым копинг-ресурсом оказалась и поддержка врача (донор) больному (реципиент).

Изучая копинг-поведение у больных, страдающих онкологическим заболеванием, Е. Нейм пришел к выводу, что в процессе адаптации пациент стремится уменьшить уже существующий или ожидаемый стресс, связанный с неизлечимой болезнью. При этом он использует эмоциональный, когнитивный и поведенческий копинги в зависимости от различных целей адаптации, определяемых самим пациентом, его социальным окружением и медицинскими работниками. Цели больного складываются из восстановления физической интеграции и эмоционального равновесия, определения ясных перспектив на будущее, адекватного приспособления к непривычным ситуативным условиям, совладания с неизбежной экзистенциальной угрозой, приобретения в соответствии с ситуацией оптимального качества жизни. Иные цели диктуются социальным окружением больного: восстановление и сохранение роли в семье, сохранение или возможная переориентация профессиональной деятельности, обеспечение финансовых и социальных ресурсов, сохранение социальных и интерперсональных отношений. К целям, определяемым медицинскими

работниками, относятся: оптимальная удовлетворенность диагностическим и терапевтическим процессом, перенесение болезненных и неприятных диагностических методов, приспособление к социальным правилам окружающей среды, активное кооперирование в процессе реабилитации, достаточная эмоциональная стабильность при хронификации болезни.

Изучению копинг-стратегий у больных, страдающих психическими расстройствами, посвящено большое число исследований. Проведенное в Японии исследование К. Nakano показало, что активные копинг-стратегии, ориентированные на разрешение проблем, ведут к уменьшению имеющейся симптоматики, тогда как избегание и другие пассивные копинг-стратегии, направленные на редукцию эмоционального напряжения, приводят к ее усилению.

При изучении копинг-механизмов у больных неврозами Е. И. Чехлатый установил, что по сравнению со здоровыми людьми они значительно реже использовали адаптивные поведенческие, эмоциональные и когнитивные стратегии преодоления трудных и стрессовых ситуаций («сотрудничество», «оптимизм», «обращение»). Такая же закономерность отмечается и при сравнении больных с психическими расстройствами и соматическими (венерическим и онкологическим) заболеваниями: пациенты, страдающие психическими расстройствами, реже используют адаптивные копинг-стратегии (поиск социальной поддержки, решение проблемы). Важным личностным копинг-ресурсом психически больных, негативно влияющим на адаптивное копинг-поведение, явилась алекситимия. При отсутствии у больных способности к определению и описанию внутренних переживаний наблюдалась недостаточная ориентация на разрешение проблемы. Больные, страдающие неврозами и расстройством адаптации, предпочитают стратегию избегания и ухода от проблем, что, по их мнению, объясняется снижением мотивации и формированием защитных механизмов по типу «замещения» или «регрессии».

При болезни и в процессе лекарственного лечения отношение к ним, естественно, теснейшим образом связано с поведением совладания с ситуацией. Выбор стратегии совладания зависит и от стабильности оптимизма пациента. Для понимания причин колебаний артериального давления, например, исследуют значение совокупности

следующих факторов: стиля жизни, стресса на работе и совладания. Психосоциальные ресурсы, включающие прежде всего стили совладания и социальную поддержку, играют решающую роль в защите от риска повреждающего воздействия психосоциального стресса на сердечно-сосудистую систему. Специальным исследованием установлено, что защитный эффект психосоциальных ресурсов распространяется и на риск других стрессорных повреждений.

Адаптация к эффектам лекарства в организме, и соответственно совладание с его психологическими механизмами, определяется двумя компонентами действия любого препарата: неспецифическим (плацебо-эффектом плюс реакцией на любой «химический стрессор») и совокупностью специфических эффектов препарата как представителя определенного класса лекарственных средств.

Пожилой возраст и старение, как известно, осложняют любое заболевание, нередко представляют самостоятельную проблему (тем более, когда следуют принципу лечения больного, а не болезни) общения с пациентом, диагностики и лечения. Поэтому и феномен совладания со старением приобретает самостоятельную ценность. Даже при таком органическом заболевании как множественный склероз, когда, казалось бы, удельный вес психологических факторов меньше, чем при функциональных нарушениях, невротических расстройствах и др., совладание имеет важное значение не только в тяжести сопутствующей депрессии, но и глубины неврологических поражений.

Вопросы и задания для самоконтроля

1. Дайте определение понятию «психологическая защита».
2. В чем отличие защитных механизмов от совладающего поведения.
3. Охарактеризуйте проективные и дефензивные психологические защиты. В чем их отличия?
4. Расскажите об основных формах страха.
5. Дайте определение копинга. Виды копинга.
6. Укажите защитные поведенческие реакции у детей.
7. Дайте определение сублимации и реакции сопротивления.

ГЛАВА 5.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ТРАВМА И ДИССОЦИАЦИЯ В ИСТОРИИ И ПЕРЕЖИВАНИЯ БОЛЕЗНИ

5.1. Понятие о психологической травме

Причины возникновения кризисных состояний многообразны. Они определяются, с одной стороны, социальными и ситуационными факторами, а с другой – индивидуально-типологическими и биологическими особенностями личности.

Предрасположенность к кризисным состояниям велика у детей, подростков и пожилых. Помимо биологической ранимости, для этих возрастных периодов характерны психологические кризисы. К группе риска развития кризисных состояний относятся также лица с сомато-неврологической патологией, с физическим истощением, имеющие в анамнезе психотравмы.

Стрессовые факторы могут быть острыми, внезапно возникающими, опасными для жизни (природные и техногенные катастрофы, войны) и хроническими, постоянными, растянутыми во времени (социально-экономические трудности, конфликтная ситуация в семье или на работе, экзистенциальная пустота). Стрессы подразделяют также на единичные, множественные и периодические.

Выделяют также ятрогенные (острое или хроническое заболевание, хирургическое или нехирургическое вмешательство, диагностические процедуры, госпитализация, болезнь членов семьи, новые диагнозы, рецидивы) и неятрогенные (межличностные кризисы, супружеские ссоры, разводы, трудности в работе, денежные затруднения, трудность в учебе, столкновение с законом). Кроме того, каждому этапу человеческой жизни присущи специфические стрессогенные ситуации (начало учебы в школе, специализированном учебном заведении, служба в армии, вступление в брак, выход на пенсию и т.п.).

Как правило, острые, жизнеопасные стрессы потенцируют развитие реакций на тяжелый стресс (острых и посттравматического стрессового расстройства). Хронические, пролонгированные стрессовые состояния чаще влекут за собой развитие невротических и

соматоформных расстройств, в возникновении которых существенная роль принадлежит социальным и личностным факторам.

Роль социальных факторов в генезе кризисных состояний. К макросоциальным факторам, потенцирующим развитие кризисных состояний в популяции, относятся факторы, формирующие на протяжении нескольких поколений ментальность населения, его морально-этические установки и идеалы. Коренное, навязанное извне, изменение национального сознания носит характер хронической психотравмы и постепенно изменяет и ухудшает психологическое состояние населения в целом, что является благоприятной почвой для развития психических и поведенческих расстройств. К макросоциальным факторам могут быть отнесены:

Изменение национальной мотивации. Изучая социальные этнокультуральные особенности различных популяций во второй половине 80-х годов 20 столетия, голландский ученый Хофстид пришел к выводу, что для разных национальностей характерен различный тип мотиваций.

Первую группу составили североамериканцы, австралийцы, британцы и ирландцы. Они «мотивированы на достижения». Для них характерно стремление к лидерству, богатству, рационализм. Приоритетной проблемой являются деньги.

Вторую группу составили жители Австрии, Бельгии, Италии, Греции, Японии и ряда других стран. Они ориентированы на «защитную мотивацию» и ценят прежде всего стабильность и традиции, тщательно ограждая свой мир от посягательств извне.

Третью группу составили Югославия, Испания, Бразилия, Чили, Израиль, Турция, Россия, Украина. Для жителей этих стран характерен «уравнительный подход», желание улучшить качество жизни, но при этом «ничего не менять, чтобы не стало хуже».

Четвертую группу составили жители стран Скандинавии. Они «социально мотивированы», их приоритетной задачей является постоянное, неуклонное улучшение качества жизни.

Смена или ломка «мотивации нации» является фактором риска развития кризисных состояний.

Социокультурные изменения. Стремительные политические, социально-экономические и культуральные изменения всегда

сопровождались ухудшением психологического состояния населения. Многочисленные примеры связи критических периодов истории с ухудшением психического состояния здоровья населения подтверждают это.

5.2. Вторичная травма специалиста. Синдром эмоционального выгорания

Исследователи сходятся во мнении о том, что главный источник выгорания – это взаимодействие с людьми. «Синдром эмоционального выгорания» (СЭВ) – сложный психофизиологический феномен. Он представляет собой состояние эмоционального, психического, физического истощения, развивающегося как результат хронического неразрешенного стресса на рабочем месте. Развитие данного синдрома характерно для альтруистических профессий, где доминирует забота о людях (социальные работники, врачи, медицинские сестры, учителя и др.).

Главной причиной СЭВ считается психологическое, душевное переутомление. Когда требования (внутренние и внешние) длительное время преобладают над ресурсами (внутренними и внешними), у человека нарушается состояние равновесия, которое неизбежно приводит к СЭВ. Симптомы синдрома «сгорания» также вряд ли отличаются строгой специфичностью и могут варьировать от легких поведенческих реакций (раздражительность, утомляемость к концу рабочего дня и т.п.) до психосоматических, невротических и, вероятно, даже психотических расстройств.

Первые работы по этой проблеме появились в США. Американский психиатр Френденбергер в 1974 г. описал феномен и дал ему название «burnout», для характеристики психологического состояния здоровых людей, находящихся в интенсивном и тесном общении с пациентами (клиентами) в эмоционально нагруженной атмосфере при оказании профессиональной помощи. Социальный психолог К. Маслак (1976 г.) определила это состояние как синдром физического и эмоционального истощения, включая развитие отрицательной самооценки, отрицательного отношения к работе, утрату понимания и сочувствия по отношению к клиентам или пациентам. Первоначально

под СЭВ подразумевалось состояние изнеможения с ощущением собственной бесполезности. Позже симптоматика данного синдрома существенно расширилась за счет психосоматического компонента. Исследователи все больше связывали синдром с психосоматическим самочувствием, относя его к состояниям предболезни. В Международной классификации болезней (МКБ-Х) СЭВ отнесен к рубрике Z73 – «Стресс, связанный с трудностями поддержания нормального образа жизни».

В настоящее время выделяют около 100 симптомов, так или иначе связанных с «выгоранием». Представленные в работах разных авторов, обладают определенным сходством. Так, по Глену Энтони Робертсу, о выгорании говорят: ухудшение отношений с коллегами и родственниками; нарастающий негативизм по отношению к пациентам (коллегам); злоупотребление алкоголем, никотином, кофеином; утрата чувства юмора, постоянное чувство неудачи и вины; повышенная раздражительность – и на работе, и дома; упорное желание переменить род занятий; рассеянность; нарушение сна; обостренная восприимчивость к инфекционным заболеваниям; повышенная утомляемость, чувство усталости на протяжении всего рабочего дня. Эти симптомы группируются вокруг четырех основ: изменения в поведении, чувствах, мышлении и здоровье.

Симптомы синдрома выгорания. Выделяют пять групп симптомов, характерных для синдрома выгорания:

1. Физические симптомы:

– разбитость, подавленность, усталость и физическое утомление: такие, что хочется лечь и уснуть, полное истощение;

– снижается работоспособность, что приводит к нехарактерным ошибкам;

– снижаются показатели психических процессов: памяти, мышления, внимания;

– человек без видимой причины теряет в весе или, наоборот, набирает вес;

– несмотря на усталость, мучает бессонница, но даже при нормальной длительности сна отдых не ощущается;

– очень плохое общее состояние здоровья: затрудненное дыхание, одышка, тошнота, головокружение, чрезмерная потливость,

повышается давление, обостряются желудочно-кишечные и сердечно-сосудистые заболевания.

2. Эмоциональные симптомы:

- неэмоциональность, недостаток эмоций; в то же время в отдельных случаях эмоциональная напряженность достигает критического момента, и как результат потеря самообладания и самоконтроля;

- развитие психосоматических заболеваний;

- пессимизм, цинизм и черствость, как в работе, так и в личной жизни; увеличение деперсонализации своей или других, т.е. все люди становятся безликими, как манекены;

- безразличие и усталость;

- ощущения фрустрации и беспомощности, безнадежность;

- повторяющиеся неблагоприятные эмоциональные состояния приводят к закреплению отрицательных личностных качеств, таких как раздражительность и агрессивность;

- нарастание тревоги, усиление иррационального беспокойства, неспособность сосредоточиться;

- развитие депрессии, чувства вины, снижение самооценки;

- душевные страдания, вплоть до истерик;

- потеря надежд на профессиональные перспективы;

- преобладает чувство одиночества;

3. Поведенческие симптомы:

- увеличение рабочего времени (больше 45 часов в неделю);

- во время рабочего дня часто появляется усталость и непреодолимое желание прерваться, отдохнуть;

- безразличие к еде; стол скудный, без изысков;

- оправдание употребления большого количества табака, алкоголя, лекарств;

- учащение несчастных случаев (травмы, падения, аварии и т.д.);

- импульсивное эмоциональное поведение;

4. Интеллектуальное состояние:

- уменьшение интереса к новым теориям и идеям в работе; уменьшение интереса к альтернативным подходам в решении проблем, конфликтов;

– увеличение скуки, тоски, апатии, и как следствие – недостаток куража, вкуса и интереса к жизни; предпочтение стандартных шаблонов, рутине, нежели творческому подходу;

– безразличие к новшествам, нововведениям; малое участие или полный отказ от участия в развивающих экспериментах (тренингах, образовании, повышении квалификации);

– формальное выполнение работы;

5. Социальные симптомы:

– нет времени, энергии и желания для социальной активности;

– уменьшение активности и интереса к досугу, хобби, любым интересам вне работы; социальные контакты ограничиваются только работой;

– скудные взаимоотношения с другими, как дома, так и на работе; ощущение изоляции, непонимания других и другими;

– ощущение недостатка поддержки со стороны семьи, друзей, коллег.

По В. В. Бойко, синдром эмоционального выгорания включает в себя 3 стадии, каждая из которых состоит из 4-х симптомов: 1-я стадия «Напряжение»: неудовлетворенность собой, «загнанность в клетку», переживание психотравмирующих ситуаций, тревожность и депрессия. 2-я стадия «Резистенция»: неадекватное, избирательное эмоциональное реагирование, эмоционально-нравственная дезориентация, расширение сферы экономии эмоций, редукция профессиональных обязанностей. 3-я стадия «Истощение»: эмоциональный дефицит, эмоциональная отстраненность, личностная отстраненность, психосоматические и психовегетативные нарушения. Более всего риску возникновения СЭВ подвержены лица, предъявляющие непомерно высокие требования к себе. В их представлении настоящий специалист – это образец профессиональной неуязвимости и совершенства. Входящие в эту категорию личности, ассоциируют свой труд с предназначением, миссией, поэтому у них стирается грань между работой и личной жизнью. Вторичная травма. Вторичная травма – как следствие эмпатической (способность поставить себя на место другого человека способность к сопереживанию) вовлечённости в отношениях с пациентом, переживающим психологическую травму. Вторичная травма, или вторичный травматический стресс изменения

во внутреннем опыте специалиста, которые возникают в результате его эмпатической вовлечённости в отношения с пациентом, переживающим психологическую травму травматический стресс (STS) связан с синдромом эмоционального выгорания, хотя и не является его полным аналогом. Если для STS необходимо наличие сопереживания клиенту (пациенту) с проблемной ситуацией, то эмоциональное выгорание может наступать при работе с любыми клиентами. Кроме того, эмоциональное выгорание развивается постепенно, тогда как вторичная травма, будучи процессом, с определённой динамикой, тем не менее, может проявиться внезапно.

Основные симптомы вторичного травматического стресса могут напоминать симптомы: повторное переживание травматического события в воспоминаниях или в сновидениях; избегание ситуаций и мыслей, связанных с травматической ситуацией, и как результат – прекращение определённых видов занятий; возбуждение, расстройство сна, трудности концентрации внимания и т.п.

Существует двухфакторный подход, согласно которому в «синдром эмоционального выгорания» входят:

- эмоциональное истощение – «аффективный» фактор (относится к сфере жалоб на плохое физическое самочувствие, нервное напряжение);

- деперсонализация – «установочный» фактор (проявляется в изменении отношений к пациентам и к себе).

Факторы, способствуют развитию синдрома эмоционального выгорания:

Основной фактор – это хронический стресс на рабочем месте, к которому приводят:

- предъявление завышенных требований и высокая рабочая нагрузка. Сюда же можно отнести и двусмысленные, неоднозначные требования к выполняемой работе;

- отсутствие или недостаток социальной поддержки со стороны коллег и начальства;

- недостаточное вознаграждение за работу, как моральное, так и материальное, а также частое отсутствие выходных и отпусков;

- невозможность влиять на принятие важных решений;

– постоянный риск штрафных санкций (выговор, увольнение, судебное преследование);

– однообразная, монотонная и бесперспективная деятельность;

– необходимость внешне проявлять эмоции, не соответствующие реальным, например, необходимость быть эмпатичным, вежливым, улыбчивым;

– работа с «тяжелыми» клиентами: это геронтологические, онкологические пациенты, агрессивные и суицидальные больные, пациенты с зависимостями;

– провоцировать синдром выгорания могут болезни, переживание тяжелого стресса, психологические травмы (развод, смерть близкого или пациента);

– отсутствие каких-либо интересов вне работы.

Считают, что для предотвращения СЭВ каждый человек должен сбалансировать занятость на работе и отдых, умело распределить силы и время между работой и личной жизнью. В настоящее время существует такое понятие, как «загнанность на работе». Остается пожалеть, что многими (к счастью, не всеми!) забыта такая практика, которую использовали на советских предприятиях и в советских школах: через каждые 45 минут работы сотрудники (и школьники) выполняли производственную гимнастику. Запрещалась работа по совместительству в нескольких организациях. Существовали профилактории для сотрудников организации. Вероятно, для того чтобы помочь сегодняшним специалистам, можно вспомнить различные незаслуженно забытые методы и найти новые подходы к решению проблемы предотвращения СЭВ.

Следует отдельно остановиться на атмосфере в коллективе и отношениях. На работе человек проводит большую часть своей жизни и коллеги – это те люди, с которыми мы общаемся иногда больше, чем даже с родными и близкими. И поэтому не следует думать, что конфликты или просто натянутые отношения в рабочей обстановке – это малозначимая проблема. Необходимо разобраться и понять, что именно приводит к возникновению конфликтов и каким образом Вы можете если не разрешить их, то, по крайней мере, освободиться от их вредного воздействия.

Профессиональный и карьерный рост – это фактор, влияющий на Вашу самооценку и тесно связанный с Вашими жизненными приоритетами и поставленными целями. И если карьера – эта Ваша цель, то необходимо четко понимать, каким образом занимаемая Вами должность и выполняемая работа ведет Вас к осуществлению этой цели.

В случае уже возникшего СЭВ помощь должна оказываться на психологическом уровне – выработка рациональных форм поведения, оптимизация взаимоотношений с коллегами, в семье. На медицинском этапе – коррекция таких нарушений, как эмоциональная неустойчивость, астения, снижение иммунитета, нарушение сна.

На организационном этапе – улучшение условий труда, его оптимизация, разумное чередование труда и активного отдыха (например, скандинавская ходьба, посещение бассейна), адекватность мотивационных стимулов, материального вознаграждения.

Рекомендуется проведение прежде всего профилактической работы. Поскольку синдром выгорания зачастую возникает вследствие возникновения стрессовых состояний, необходимо обучать сотрудников навыкам отреагирования негативных эмоций (гнева, раздражения и др.), умению справляться с критикой. Г. С. Беляев, В. С. Лобзин, И. А. Копылова [1977] советуют уделять особое внимание упражнениям по саморегуляции. Авторы отмечают, что мышечная деятельность связана с эмоциональной сферой, и мышечное напряжение представляет собой внешнее проявление неприятных эмоций (страха, гнева и др.). Соответственно, расслабление мышц – это внешний показатель положительных эмоций, состояния общего покоя, уравновешенности, удовлетворенности.

Д. Гринберг приводит советы эксперта, которые помогут персоналу справиться с синдромом выгорания:

- Составить список реальных и абстрактных причин, побуждающих вас работать. Определить мотивацию, ценность и значение работы.
- Перечислить то, чем вам нравится заниматься, в убывающей последовательности. Вспомнить, когда вы занимались этим в последний раз.
- Регулярно встречаться с друзьями и сотрудниками – это ваша группа поддержки.

- Начать заботиться о физическом здоровье: зарядка, правильное питание, борьба с вредными привычками.

- Начать заботиться о психическом здоровье: использовать тренинги релаксации, ведения переговоров, асертивности и др.

- Делать каждый день что-либо легкомысленное: кататься на скейте, прыгать через скакалку, пускать мыльные пузыри...

Специалисты (психологи, социальные работники, спасатели, врачи) могут ощущать утрату устойчивости и способности поддерживать чувство внутреннего равновесия. Переполненность переживаниями иногда приводит к приступам рыданий, вспышкам гнева или эмоциональной ригидности (эмоциональному огрублению, эмоциональной тупости, утрате эмоционального резонанса).

5.3. Фобии: причины возникновения и влияние на поведение человека

Фобия (от др.-греч. φόβος, fobos – «страх») – иррациональный неконтролируемый страх, устойчивые проявления различных страхов. Фобиями называют также иррациональные отношения неприязни, неприятия и ненависти к чему-либо – страх как эмоция в этом случае присутствует в завуалированной форме.

Например, при наличии айхмофобии человек старается всеми силами избегать острых предметов, которыми он боится пораниться или поранить других людей. В случае развития аквафобии он боится плавать, а при клаустрофобии поднимается вверх исключительно по лестнице, так как ему страшно находиться в закрытом лифте. Фобический страх относительно легко можно победить в начале его возникновения, но он может закрепляться в психике человека и усиливаться со временем.

Фобии традиционно рассматривались в рамках навязчивых состояний, относящихся к расстройствам мышления. Навязчивые состояния – это такого рода переживания, когда у человека помимо его воли возникают («навязываются») какие-то страхи, сомнения, мысли, влечения, действия. Несмотря на критическое отношение к подобным явлениям, избавиться от них человек не может. Навязчивые состояния не обязательно свидетельствуют о психическом расстройстве, они

могут встречаться и у здоровых людей, например, каждому из нас знакомо навязчивое повторение каких – либо слов (так называемых «слов – паразитов»), навязчивое напевание понравившейся мелодии и т. д.

Слово «фобия» прошло сложные трансформации в употреблении, и в настоящее время зачастую под «фобиями» понимаются не только патологические страхи, но и иррациональное резко отрицательное отношение к кому-либо, чему-либо. Некоторые слова из приведённых ниже, – неологизмы, по историческим причинам, имеющие словооснову -фоб – и обозначающие не фобии в клиническом смысле, а скорее иррациональное негативное отношение к чему-либо, не имеющее патологического характера. Например, таково происхождение слов ксенофобия, русофобия, юдофобия, гомофобия.

Страх это эмоция, возникающая в ситуациях угрозы биологическому или социальному существованию индивида и направленная на источник действительной или воображаемой опасности. В отличие от боли и других видов страдания, вызываемых реальным действием опасных для существования факторов, страх возникает при их предвосхищении. В зависимости от характера угрозы интенсивность и специфичность переживания страха варьирует в достаточно широком диапазоне оттенков (опасение, боязнь, испуг, ужас). Если источник опасности является неопределённым или неосознанным, возникающее состояние называется тревогой. Функционально страх служит предупреждением о предстоящей опасности, позволяет сосредоточить внимание на ее источнике, побуждает искать пути ее избегания. В случае, когда страх достигает силы аффекта (панический страх, ужас), он способен навязывать стереотипы поведения (бегство, оцепенение, защитная агрессия). Разнообразные навязчивые движения – двигательные стереотипы, возникающие при неврозах могут сохраняться в течение длительного времени (года и более) после прекращения травмирующей ситуации и нормализации условно рефлекторной деятельности.

Навязчивые движения усиливаются при всяком эмоциональном возбуждении (при раздаче корма соседним собакам, появлении новых соседей и т.п.), но прекращаются при целенаправленных действиях (еда, ориентировочно – исследовательские реакции). Возникающие

в этих условиях очаги застойного возбуждения приобретают доминирующее значение и начинают стереотипно функционировать при действии любого раздражения.

И. П. Павлов считал фобии следствием патологической подвижности тормозного процесса. При этом он предполагал, что психологически обозначаемое как страх, трусость, боязливость имеет своим физиологическим субстратом тормозное состояние больших полушарий. Патологическая лабильность тормозного процесса обуславливает легкое возникновение и утрированный характер этих тормозных реакций. Обсуждая опыты с фобиями, Павлов подчеркивал эмоциональную окраску болезненности, мучительности этого состояния.

Фобии как условно рефлекторные неадекватные реакции страха, сопряженные с определенной обстановкой или определенным раздражителем, вероятно, связаны с функциональными нарушениями на всех уровнях, но прежде всего на корковом, определяющем – в силу его пластичности, способности хранить информацию и сопоставлять явления, происходящие в данный момент, с прошлым опытом.

Признаки фобий. В пугающих ситуациях должны присутствовать как минимум два из следующих симптомов тревоги, причём один из них должен входить в первую четвёрку:

- усиленное или учащенное сердцебиение;
- потливость;
- тремор или дрожь;
- сухость во рту;
- затруднения в дыхании;
- чувство удушья;
- боль или дискомфорт в груди;
- тошнота или неприятные ощущения в животе;
- чувство головокружения, неустойчивости или обморочности;
- дереализация (чувство, что предметы нереальны) или деперсонализация (чувство нереальности относительно собственного «Я»);
- страх потери контроля, сумасшествия;
- страх умереть;
- приливы жара или ознобы;
- онемение или ощущение покалывания.

Виды фобий. С научной точки зрения в мире существует три вида фобий:

1. Простая (еще можно встретить название специфическая) – человек боится совершенно конкретных вещей (природной среды – боязнь молний, воды, шторма и т.д.; опасение животных – страх перед змеями, грызунами, пауками и т.д.; медицинское опасения – связанные с боязнью крови, получения инъекции, посещения врача и т.д.; ситуативные – боязнь мостов, оставления дома, вождения и т.д.; боязнь числа 13 – это тредекафобия).

2. Социальная фобия – это страх сделать что-нибудь публично. Социальные фобии – упорная иррациональная боязнь исполнения каких-либо общественных действий (например, публичных выступлений), либо действий, сопровождаемых вниманием со стороны посторонних лиц.

3. Агорафобия. Страдающие агорафобией являются жертвой сложного феномена, основанного на страхе перед незнакомыми местами. Некоторые ученые относят ее в ситуативные фобии, но многие выделяют ее как особый тип.

С бытовой точки зрения, все фобии можно разделить на три части в зависимости от возраста.

1. Детские фобии. Каждый ребенок испытывает страх к отрицательным персонажам сказки – Баба-яга, Кощей бессмертный, Бармалей. У многих детей есть распространенный страх – боязнь темноты, барабашек и тому подобное. Конечно же, все эти кошмары и страхи в большинстве случаев проходят.

2. Подростковые фобии. Как известно личность человека в период полового созревания только формируется. Практически у всех детей подросткового возраста неустойчивая нервная система. Но это и неудивительно, ведь в этом возрасте на них выливается большой поток информации, домашние задания, личная жизнь, гормоны. Самая распространенная фобия в подростковый период – танафобия, страх смерти, и интимфобия, страх пред отношениями с противоположным полом. И эти все фобии тоже быстро проходят. Но, если какой-то страх так и остался с детского или подросткового периода, то к нему не надо относиться, как к пожизненному диагнозу, очень важно его искоренить.

3. Родительские фобии. Практически все родители подвержены самым разнообразным страхам, связанные, так или иначе, с ребенком – это страх, что ребенок потеряется, его украдут, побьют. В молодых семьях возникает панический страх перед ответственностью, но в этом нет ничего удивительно, ведь вырастить и воспитать хорошего человека – это не простое дело.

Что касается функций страха, то они должны совпадать с основными функциями эмоций.

Оценочная функция страха. Ее можно рассмотреть в трех аспектах: а) определение самодостаточности качества человека для осуществления активной экспансии этого качества на окружающий социум; б) образное представление силы иного позволяет человеку определить меру своей зависимости от иного; в) страх выступает – будь то неосознанная или осознанная его форма – предварительной оценкой иррациональных модусов внутренней или внешней рефлексии.

Синтезирующая функция – особенность страха выступать синтезирующей основой для целостного и структурированного отражения всего комплекса ситуации страха.

Сигнализирующая функция – определяет пути аналитической работы отражательного механизма по фильтрации отраженных вариантов ситуации страха в зависимости от степени их значимости для человека.

Суть регулирующей функции заключается в мобилизации отражательных ресурсов на наиболее угрожающих участках, в обеспечении оптимального состояния психофизиологического комплекса человека в целом и его подструктур в частности, в выборе соответствующих форм реагирования, предполагающих в случае недостатка собственных ресурсов для преодоления ситуации страха сообщить об этом окружающему сообществу.

Поскольку страх органически «вписан» в духовную жизнь человека, пронизывая ее бессознательный, подсознательный и сознательный уровни, возникновение реакции страха не может не сказаться на состоянии других форм духовности. В этом видится необходимость выделения организующе-дезорганизирующей функции страха. В предельном случае страх даже может стать причиной смены жизненного ориентира человека или его смерти. С другой стороны, страх потери

определенных форм духовности (надежды, любви, свободы) может способствовать духовному росту человека.

Эвристическая функция, значение которой – выработка универсальных, инвариантных способов предвосхищения, преодоления, и, по возможности, недопущения деструктивных ситуаций и состояний.

Причины возникновения фобий. Нарушения вестибулярного аппарата. Вестибулярный аппарат – это орган, который отвечает за ориентацию в пространстве. У человека, который начинает страдать нарушениями вестибулярного аппарата, развивается неуверенность, которая в дальнейшем перерастает в страх или какую-либо боязнь.

Также причиной возникновения фобии можно назвать и переживания, которые человеку пришлось испытать в детстве. Именно детские переживания сохраняются в нашей памяти очень ярко. Поэтому в определенные жизненные моменты детские страхи просто начинают всплывать в памяти и еще больше развиваться. Почти у каждого человека есть что вспомнить из своего детства. Многие боятся воды, высоты, темноты, одиночества, потому что в детстве пережили какое-то страшное событие, связанное с этим.

Страхи, появившиеся в процессе каких-то неприятных ситуаций, уже во взрослой жизни.

Страхам чаще всего подвержены люди эмоциональные и очень чувствительные. Стоит подчеркнуть, что именно люди со слабой психикой наиболее склонны к формированию и развитию фобии. Фобии могут появиться у людей с богатой фантазией, так как им довольно сложно отличить реальную опасность от воображаемой. Им гораздо сложнее сопротивляться этому негативному чувству, чем людям с более устойчивой и крепкой психикой. Люди, которые подвержены такому страху, на самом деле боятся того, чего нет. Ведь фобия – это боязнь самого страха. Человек просто боится бояться.

Отдельно хочется остановиться на страхах, появившихся в детстве, так как даже страхи, всплывшие во взрослой жизни, появляются именно в детском возрасте.

Так в чем же заключаются основные причины детских неврозов страха? Многие акушеры и психологи видят предрасположенность к детскому неврозу страха в эмоциональном состоянии матери во время беременности. Негативное влияние на ребенка оказывает угроза

выкидыша. Беспокойство за собственное существование на гормональном уровне, испытанное младенцем в период внутриутробного развития, создает предпосылки для последующих проявлений тревожности на психологическом уровне. Такой ребенок в дальнейшем будет быстрее, глубже и острее ощущать страх. Также на появление детских страхов оказывает влияние протекание самих родов: осложнения, невозможность родить собственными силами, асфиксия.

Детский невроз страха может быть наследственным заболеванием, передающимся всем членам одной семьи. Здесь имеется в виду наследование типа нервной системы и ее особенностей, межполушарной асимметрии головного мозга. Например, случай, когда в семье, где мать страдала навязчивым страхом загрязнений (мизофобия), постоянно мыла руки, без конца стирала белье, появилась дочь, которая несколько раз предпринимала попытки суицида в подростковом возрасте. А суицид – тоже страх, страх перед жизнью.

Существуют внутрисемейные причины, способствующие формированию невротической личности: недовольство родителей полом своего ребенка; поздний ребенок; семейные конфликты; неполные семьи.

Часто обращаются за консультацией родители, недовольные полом ребенка. В таких случаях у ребенка высокий уровень тревожности: ему прививают качества, которые ему не должны быть свойственны. Кроме этого, существует зависимость между возрастом матери и страхами у ребенка. Если мать в момент рождения ребенка была старше 35 лет, то его тревожность неминуемо повышается. В конфликтных семьях очень часто недовольство между супругами выливается на ребенка. Подчас маленькое существо чувствует вину за эти конфликты, боится оказаться их причиной. Как ни странно, но в семьях, где папа более активен, чем мама, у ребенка невроз страха практически никогда не развивается. И напротив, в семьях, где активная мама, картина противоположная. Тревожные дети могут быть в неполных семьях. Ребенку (как мальчику, так и девочке) не хватает образца поведения представителя мужского пола. Отсутствие стереотипа в данном случае влечет за собой страх, распространяющийся на всех мужчин. Поэтому ребенку для нормального развития обязательно

необходим образец мужского поведения. В этом качестве может выступать дедушка, дядя или любой близкий родственник.

Издержки воспитания. На появление детских неврозов страха влияет так называемый эгоизм родителей по отношению к ребенку, неоднократно описанный в литературе. К данному распространённому явлению можно отнести следующие негативные аспекты воспитания.

Традиционализм отношений в семье. В этих семьях взаимоотношения с ребенком построены по принципу «должен» и «обязан». Мальчик хочет играть на скрипке, а отец считает, что настоящий мужчина должен ходить в секцию бокса. Мальчик, по настоянию отца, занимается спортом, но друзья смеются над его неуклюжестью и нерасторопностью. Вместо того чтобы принимать свою уникальность, ребенок чувствует ущербность, страх не выполнить какое-либо упражнение. Комплекс неполноценности надежно закрепляется, распространяясь на все жизненные обстоятельства. Поистине прав был философ, сказав, что дорога в ад устлана благими намерениями.

Эмоциональный шантаж и предчувствия. «Смотри, как мне плохо, когда ты...» или «Таким поведением ты добьешься моей смерти» – знакомые многим слова. Нередко родители играют роли. Ворчливость, высмеивание ребенка на людях – типичный тому пример. В глубине души ребенок постоянно чувствует обиду на взрослых, злость, желание отомстить, страх, а вдруг беда действительно случится. Детская тревожность и страх не соответствовать родительским ожиданиям постепенно перерастают в агрессию, в подростковом возрасте эти дети убегают из дому, не уважают родителей.

Открытые послы и прямые угрозы. Обычно в подобных семьях, что называется, за словом в карман не лезут, говоря ребенку: «Сейчас же иди...» или «Если ты не пойдешь в школу, то я...». Ребенок открыто боится, зажимается, потому и выполняет приказания родителей. Когда он делает что-либо неумело, то его строго наказывают. Невротичные дети с патологическим страхом наказания обычно мало улыбаются, вообще не смеются, ходят сутулясь, мелко семеня ногами. Сталкиваясь с таким обращением с детьми, я говорю родителям, что намного проще приказывать и бранить, чем убеждать и направлять.

Искусству общения, приносящему здоровье, необходимо учиться долго, иногда всю жизнь.

Нескромность родителей. Многие родители читают письма и записки детей, просматривают их карманы и портфели, что совершенно недопустимо. Принцип таких родителей – контроль, контроль и еще раз контроль. Ребенок уже давно вырос, а ему все еще указывают, с кем дружить. У такого ребенка вырабатывается страх перед собственной ответственностью. Он все время боится ошибиться, принять неверное решение, по несколько раз переспрашивает. Помните, что даже совсем маленькому существу необходима личная жизнь, собственное духовное и психологическое поле. Только тогда момент взросления, а соответственно избавления от тревожности и детских страхов пройдет нормально.

Отдаленность родителей. Многие родители ходят в гости, театр или ездят отдыхать без детей. Ребенок ощущает себя брошенным, ему не с кем поговорить о своих проблемах и тревогах. У таких детей появляется страх одиночества. В дистанционных семьях у детей есть все предпосылки стать наркоманами. Они ищут друзей и эмоциональную поддержку на стороне, в кругу сверстников, однако при этом часто становятся объектом вымогательства и обмана. Наркотики, как и алкоголь, – это маскировка страхов, желание заглушить их, забыться на время, почувствовать себя сильным. Но это, конечно, лишь иллюзия.

Отсутствие привязанности внутри семьи. Это семьи, где каждый имеет свою частную жизнь. «Мама, я хочу с тобой поговорить о...», – говорит маленький мальчик. «Иди лучше к папе, он тебя выслушает», – отвечает ему мать. Обиженный ребенок идет к отцу, а отец отправляет его обратно. Вот так он и ходит по кругу, от одного родителя к другому, в поисках любви и понимания. Проблемы мальчика не разрешаются, а только накапливаются. Следует помнить, что любовь – это не врожденное чувство, а приобретенное в процессе жизни. Любовь – это универсальное средство от всех болезней, а особенно психологических. Поэтому если родители по разным причинам не могут уделить ребенку много времени, поговорить с ним о его проблемах, то следует хотя бы завести животное, чтобы ребенок реализовал свои нежные чувства, ухаживал за ним. Дружба и любовь – вот все, что нужно невротичному ребенку.

На появление детских неврозов страха оказывают влияние травмирующий опыт и стрессовые ситуации. К ним можно отнести смерть матери или отца (особенно в период дошкольного возраста), развод родителей, землетрясение, наводнение, переезд на другое место жительства, перевод в новую школу.

Классные руководители и начинающие психологи часто задают вопрос: что делать с детьми, у которых родители страдают алкоголизмом или наркоманией? Как ни странно, но количество страхов у детей из таких семей значительно снижено. Этот факт в данном случае не говорит о раннем взрослении таких детей, часто это связано с органическими нарушениями головного мозга. Поэтому в подобных случаях скорее необходимо психиатрическое лечение, а не психологическое.

Детские страхи обычно имеют своеобразную «поддержку» со стороны родителей – обычно ребенок испытывает те же страхи, что и мать – в прошлом или настоящем. Дети очень чувствительны, поэтому, когда мать, интуитивно или сознательно, старается оградить их от ситуаций, которые ее пугали или пугают, в их душе поселяется тревога и, как следствие, – страх. Очень часто мать своим чрезмерно беспокойным поведением заражает ребенка страхом, например, ушибиться и заболеть.

Очень часто избыточное количество страхов у ребенка – результат недостаточной эмоциональности родителей, их излишней строгости. Особенно опасна в этом плане ситуация, когда родитель того же пола, что и ребенок, очень суров, а родитель противоположного пола – мягок. Например, строгая мать и податливый отец для девочки, и наоборот, мягкая мать и строгий отец для мальчика. Ребенок обычно идентифицирует себя с однополым родителем, именно его поддержка и одобрение наиболее значимы и ценны в глазах ребенка, если же механизм естественной поддержки и одобрения нарушается, то у ребенка снижается самооценка, он чувствует себя ненужным и неудачливым, что, конечно, является плодородной почвой для возникновения разнообразных страхов.

При этом особенно подверженный угрозам возраст – младший дошкольный, старшим дошкольникам наиболее неприятны и даже опасны оскорбления, которые также снижают самооценку ребенка.

Кроме того, большую роль в возникновении страхов может сыграть испуг или психическое заражение, когда ребенок узнает от сверстников, что чего-то «надо» бояться.

Обычно возрастные страхи существуют после возникновения в течение 3–4 недель, это, так сказать, норма. Если же в течение это времени интенсивность страха возрастает, то речь уже идет о страхе невротическом. Ему характерны большая эмоциональная интенсивность, напряжение, длительность. Страхи могут расти и существовать вплоть до взрослого возраста. Разумеется, это неблагоприятно влияет на формирование характера и приводит к возникновению реактивно-защитного поведения (избегание объекта страхов, а также всего нового и неизвестного).

На фоне невротического страха возможно появление других невротических состояний (повышенная утомляемость, нарушение сна, учащенное сердцебиение и т.д.). Обычно невротические страхи связаны со страхами родительскими и трудно устранимы, основные из них – страх перед одиночеством, темнотой, животными. До 9–10 лет тревожность как черта характера еще обратима, периодическое мягкое управление страхами необходимо, иначе постоянный сильный страх в детстве перейдет с возрастом в фобию.

Вопросы и задания для самоконтроля

1. Дайте определение понятию «психологическая защита».
2. Что может послужить причиной для развития психологической травмы?
3. Что влияет на тяжесть психологической травмы?
4. Какие признаки психологической травмы выделяют?
5. Назовите причины развития психологической травмы.
6. Укажите жалобы и симптомы человека, указывающие на наличие психологической травмы.
7. Назовите основные причины возникновения фобий.
8. Какие виды лечения фобий существуют?
9. Что объединяет такие понятия, как «эмоциональная напряжённость», «аффективное напряжение», «эмоциональное возбуждение» и «эмоциональный стресс»?

10. Что влияет на тяжесть психологической травмы?
11. Дайте определение понятию фобий, какие виды фобий вы знаете?
12. Назовите основные причины возникновения фобий.

ГЛАВА 6.

ПРОБЛЕМЫ ЖИЗНИ, СМЕРТИ, СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

На сегодняшний момент отношение к смерти является одной из важнейших проблем, с которой человек непременно сталкивается в своей жизни. Мнение многих заключается в том, чтобы дожить до 85 лет в полном здравии, закончить начатое и безболезненно умереть. Всю жизнь человек сталкивается с событиями, которые формируют его отношение к смерти и влияют на это отношение. Человек слышит, как смерть обсуждают дома и в средствах массовой информации. Аварии, болезни, все это напоминает об уязвимости. Восприятие подобных событий влияет на отношение общества к смерти.

В отношении к смерти людей, смертельно или тяжело больных и близких этих людей, велика потребность в физической помощи, но еще больше эти люди нуждаются в помощи эмоциональной, психологической. На физиологическом уровне смерть представляет собой необратимое прекращение всех жизненных функций. На психологическом уровне она имеет личную значимость и личное значение для самого умирающего и его родных и близких, по мнению Г. Крайг умереть – значит прекратить чувствовать, покинуть любимых людей, оставить незаконченными дела и уйти в неведомое. Такие танатологи, как Роберт Кэвэнау и Элизабет Кюблер-Росс, провели ряд исследований. Эти исследования доказали, что умирание – нечто большее, чем физиологические симптомы.

Понятие смерти напрямую связано с понятием жизни, смертью завершается жизнь. Поэтому для понимания того, что такое смерть и как она наступает, необходимо, вначале дать определение жизни.

Что же такое жизнь? 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.

6.1. Понятие о смерти и танатофобии

Страх смерти, страх мыслей о смерти – по сути дела это обратная сторона инстинкта самосохранения. У животных такой инстинкт есть, но «страха смерти» нет – потому, что животные, как, кстати, и маленькие дети, и инфантильно мыслящие некоторые взрослые – в основном живут сегодняшним днем. Инстинкт оберегает их от потенциальной сегодняшней опасности; но лишь стоит избежать опасности – то, что угрожало, уже и забыто. До следующего момента угрозы.

Человек же постепенно начал, скажем так, обобщать и прогнозировать аспекты своего существования, анализировать тот факт, что «вчера я жил – сегодня живу – значит, и завтра буду жить». И по сути дела, то, что «завтра буду жить» – это продолжение привычного модуса существования и в общем доставляет какие-то приятные ощущения (хотя бы ту же стабильность). А с другой стороны, обобщения и прогнозы побуждают как-то задуматься хотя бы о том, «КАК я завтра буду жить», – и в конце концов о том, «а буду ли я завтра жить вообще».

Вот последнее – страшно. Точнее, страшно даже подумать о том, что «завтра, послезавтра, когда-то в будущем меня может не быть». Ведь смерть – это прежде всего для многих людей переход в другой непонятный статус – непонятность-то чаще всего и страшит. Перемена на «неизвестно на что». И вот тут человеческий инстинкт самосохранения, подкрепленный стремлением к прогнозу и анализу будущего хотя бы на несколько дней вперед, а также желанием «чтобы ничего круто не менялось», на бессознательном уровне как бы говорит: «этого серьезного изменения статуса «неизвестно на что» надо всячески избегать. Именно всячески – даже в мыслях!» Потому даже мысль о том, «что будет если я умру» – как правило, неприятна, негативна.

Смерть вызывает беспокойство у человека своей неизбежностью, неотвратимостью, с одной стороны, и неопределенностью наступления, с другой стороны. Здоровый или временно больной человек

подавляет и вытесняет мысль о смерти. Танатофобия – неотвязный страх смерти, которым страдает человек, которому смерть непосредственно не угрожает – это признак невроза. С проблемой умирания и смерти медицинский работник встречается особенно при контакте с очень тяжело и длительно страдающими больными. В прошлом «душевное утешение» таким больным предоставляли священники и религиозные организации. Измененные общественные условия с уменьшением религиозности ставят на место священника врача, сестру, психолога. Они должны были бы обеспечить больному право на достойное умирание (Пацовский, 1976). Для этого необходимо рассмотреть в особенности биологические, клинические, психологические и философские взгляды на смерть и подготовить психотерапевтические методы, с помощью которых можно было бы справиться с критическим психическим состоянием больного. Эта рабочая направленность, объединенная под названием танатология – наука о смерти – скорее находится в начале своего развития.

Вкладом в эту проблему являются так называемые психологические вскрытия (Вайсман, Кастенбаум), проводимые в институте герiatrics в Массачусетсе. На конференции лечащих врачей, медицинских и социальных сестер, психологов и психиатров и священников оценивается жизнь умершего, главным образом, перед началом смертельного заболевания и его поведение в течение болезни. Исследования показали, что наступлению смерти может в большой степени способствовать сильный эмоциональный и социальный кризис, ее может ускорить капитуляция и особенно потеря возможности очень старых и слабых больных понять окружающий мир. Эти больные также испытывают наибольший страх смерти. «Психическая аутопсия принесет не только пользу. Мы больше узнаем о том, как обращаться с больными, узнаем их потребности и имеем возможность сделать то, в чем умирающий действительно нуждается. Кроме того, психологические вскрытия могли бы способствовать пониманию нужд старых людей и старости. По поводу природы танатофобии – то есть навязчивого страха смерти, невротического, который становится «главной мыслью в жизни» по аналогии с социофобиями и фобиями вообще, существует особое мнение.

Итак, у страха смерти может быть три составляющих:

1. Страшно, что «что-то будет, когда меня не будет».

2. Страшно, что «то, что будет, я не смогу контролировать».

3. «Так не должно быть!!! Я должен быть всегда, и всегда должен контролировать то, что происходит в жизни».

Таким образом предположу, что танатофобия развивается у лиц, имеющих (как и все «фобисты») в первую очередь невротически завышенную истероидность, а плюс к ней – специфическую «добавку». Вот социофоб, скажем, плюс к истероидности имеет психостению, а танатофоб – элиптоидность. Социофоб боится своей жизни в социуме, а танатофоб – своей смерти в социуме: то есть того факта, что он потеряет возможность в социуме наличествовать и его контролировать.

Кстати, если у личности показатель истероидности существенно выше эпилептоидности, и человеку не настолько надо все контролировать, насколько надо только самому существовать, особенно если это еще и истероид-эгоцентрист – он зачастую не испытывает страха смерти. Потому, что его предсознание, его восприятие как таковое не допускает в принципе мысли о том, что когда его не будет – будет что-то еще: он умрет, и жизнь вроде как тоже остановится, так что все в порядке :) А еще нередко у такой личности есть тайные желания «побывать на собственных похоронах, послушать хвалебные речи и посмотреть на те страдания, которые люди будут терпеть без него» – в общем, постепенно наблюдать, как мир «в его отсутствие разрушается и прекращается жизнь, как и должно быть». Хорошо, что он не может все это наблюдать в реальности – велико бы было его разочарование...

По поводу страха смерти близких людей – это отдельная тема. Тут ключевое пугающее слово – «никогда»: просто «не укладывается в голове», что ты больше никогда не увидишь этого дорогого тебе человека. Тем более если сам боящийся плохо адаптирован к жизни, и не самостоятелен психологически или материально. В том числе и из-за невозможности воспринять это «никогда» люди тоже придумали загробную жизнь – «где мы наконец-то увидимся с ушедшими родными...». Но при этом присутствовать на похоронах близкого человека или нет – тоже проблема неоднозначная. Как известно, эти ритуалы делаются для живых. И нередко бывает так, что если вы не побывали на похоронах кого-то близкого – вам трудно воспринять его смерть как факт, или гнетет ощущение, что «не попрощались»... Если такое

вероятно – тогда желательно посетить похороны (тоже приходилось писать, что по этой причине далеко не всегда следует ограждать от похорон детей, особенно подростков).

В экзистенциальном анализе Виктора Франкла, логотерапии, центральное место занимает не проблема конечности бытия, а проблема смысла жизни. На разработку его теории решающее влияние оказал его личный, трагический опыт пребывания в концентрационном лагере. Основной тезис концепции постулирует, что человек стремится обрести смысл и ощущает экзистенциальный вакуум, если это стремление остается нереализованным. Для каждого человека смысл уникален и неповторим и базируется на жизненных ценностях.

В. Франкл выделяет три группы ценностей:

1. Ценность творчества, основным путем реализации которого является труд.

2. Ценность переживания, наиболее значимой из которой является любовь.

3. Ценности отношения, которые Франкл подразделяет на триаду: осмысленное отношение к боли, вине и смерти. Выделение этих ценностей очень значимо при работе с умирающими больными и суицидентами.

Отношение к смерти в разных культурах. Религиозные мыслительные системы, которые в прошлом составляли определенную часть образа жизни, воспитывали в людях определенные «психические антитела» против страха перед болезнью и смертью. Культ страдания в обрядах и молитвах («Помни о смерти!») делал из мысли о смерти, болезни и страданий составную часть психической оснащенности человека, страдание становилось заслугой, которая якобы будет в загробной жизни справедливо оценена. Религиозные институты действовали так с исторической точки зрения в соответствии с интересами правящих властей, но индивидуально или групповым способом они могли предоставить посредством фиктивных ценностей облегчение от жизненных тягот. Атеистическое мировоззрение в сущности содержит гораздо меньше иллюзий, уводящих от жизни фантазий и ритуалов.

Рассмотрим данные проблемы применительно к трем мировым религиям – христианству, исламу и буддизму и цивилизациям на них основанных.

Христианское понимание смысла жизни, смерти и бессмертия исходит из ветхого положения: «День смерти лучше дня рождения». Богочеловеческая сущность христианства проявляется в том, что бессмертие личности как целостного существа мыслимо только через воскресение. Путь к нему открыт искупительной силой Христа через крест и воскресение. Это сфера тайны и чуда, ибо человек выводится из сферы действия природно-космических сил и стихий и ставится как личность лицом к лицу с Богом, который тоже есть личность. Таким образом, целью жизни человека является движение к жизни вечной. Без осознания этого, земная жизнь превращается в сон, пустую и праздную мечту. В сущности, она есть приготовление к жизни вечной. Смерть разрушает не тело, а тленность его и поэтому она – не конец, а начало жизни вечной.

Ислам исходит из факта сотворенности человека волей всемогущего Аллаха, который прежде всего милосерден. В отличие от христианства, земная жизнь в исламе расценивается высоко. Тем не менее, в Последний день все будет уничтожено, а умершие воскреснут и предстанут перед Аллахом для окончательного суда. Вера в загробную жизнь является необходимой, поскольку в этом случае человек будет оценивать свои действия и поступки не с точки зрения личного интереса, а в смысле вечной перспективы. Разрушение всей вселенной в день Справедливого суда предполагает творение совершенно нового мира. О каждом человеке будет представлена запись деяний и мыслей и вынесен соответствующий приговор. Морально чистый не может находиться в униженном положении, как это имеет место в реальном мире. Ислам категорически запрещает самоубийство.

Отношение к смерти и бессмертию в Буддизме значительно отличается от остальных религий. Признается только один вид «дивного бессмертия» – нирвана, как воплощение трансцендентного Сверхбытия, Абсолютного начала, не имеющего атрибутов. Буддизм не стал опровергать развитое брахманизмом учение о переселении душ, т.е. веру в то, что после смерти любое живое существо снова возрождается в виде нового живого существа, однако объявил всякое перевоплощение и все виды бытия неизбежным несчастьем и злом.

Отношение к смерти в зависимости от возраста. В прошлом человек с детства встречался со смертью родственников и близких. До своих 6 лет ребенок имеет представление об обратимости смерти.

Это понятие так или иначе присутствует в играх, в которые играют дети, в историях, которые они слышат, в книгах, в фильмах. Смерть может случиться с любым животным ребенка, с родственниками, друзьями, родителями и др. Ребенок в процессе воспитания интуитивно осваивает взгляды, точки зрения отца и матери, получает оценку своего поведения, что так необходимо для развития самосознания и адекватного ситуации поведения. Потеря ребенком в детском возрасте отца или матери приводит к нарушению формирования эмоционального ядра личности. В этой ситуации из-за невозможности идентификации себя с умершим родителем появляются признаки расстройства личности, поскольку утрачивается не только проводник социального влияния, но и модель поведения, которую мог бы создать умерший родитель. Препятствия нормальному созреванию могут вызвать чувство отверженности и вследствие этого обеднение «Я» и в результате болезненную идентификацию, нарушение развития интуиции, социализации и организации защиты. Возникнут чувства заброшенности и малоценности, появятся трудности в установлении привязанности. В пубертатном периоде появятся препятствия в формировании половой идентичности. Шансы ребенка в этих условиях зависят от того, насколько его «Я» способно вынести лишения, т.е. преодолеть трудности и неудовольствия. Полное понимание о неотвратимости смерти наступает около пубертатного периода. Религиозные представления о загробной жизни у детей сейчас являются чрезвычайно редкими.

Особенно важной темой смерти становится в подростковом периоде. На этом этапе развития и формирования личности расширяются представления об окружающем мире, подросток начинает осознавать свою наступившую «зрелость». Время и пространство воспринимаются иначе: подросток понимает временность и ограниченность своего существования. В связи с этим он боится, что его планам и мечтам не суждено будет сбыться из-за неминуемой, как ему кажется, близкой смерти. В этом смысле собственная судьба и кончина становятся для подростка очевидным и возникает потребность формирования собственного отношения к данным фактам.

Важно также отметить, что существует некоторое различие между тем, как они определяют это понятие. В данном случае идет речь о различии восприятия смерти как явления, закономерно происходящего со всеми, и как событие, которое имеет и/или может иметь значение именно для конкретного подростка. В отличие от оценки смерти как к событию, значимому лично для подростка, заключается в том, что подростки в большей степени верят, что смерть – это прекращение жизнедеятельности организма, нежели существование в каком-то ином качестве после смерти. Поэтому можно предположить, что разрушение тела после смерти означает для подростка исчезновение его самого.

Еще одной особенностью подросткового возраста является то, что подростки отрицают тот факт, что это явление происходит со всеми. Потеря близких, родственников, связано у подростков с ощущением беспомощности, страхом остаться одному, так как он осознает, что еще во многом несамостоятелен и зависит от родителей, поэтому боится остаться без этой поддержки.

Средний возраст, связанный с полной трудовой активностью и, как правило, с богатой и сложной личной жизнью, отодвигает мысль о смерти на край сознания. Угроза жизни в результате болезней кровообращения, злокачественных процессов и тяжелых травм застает многих пострадавших и их родственников психически не подготовленными.

В старости человек понимает близость смерти, но с трудом примиряется с ней. Часто не справляется с повышенными требованиями к адаптации – при уходе на пенсию, смерти партнера, переезде – это подламывает его жизнестойкость и может ускорить его смерть.

Реакции личности на умирание. При подготовке человека к смерти можно опереться на некоторые философские определения и примеры. Неизбежность смерти заставляет человека решать, действовать, жить полной жизнью и не откладывать свои действия до бесконечности. Примером философского попирания смерти было мировоззрение Эпикура, который говорил, что смерть нас не касается, так как когда мы здесь – то смерти еще нет, а когда есть смерть, то нас уже нет. По мнению Спинозы мудрость человека заключается не в мысли о смерти, а в мыслях о жизни. Сдвиг от мысли о смерти к мысли о жизни

и к воспоминаниям о ее течении может также помочь умирающему примириться со смертью, а тем самым и облегчить умирание. Это смещение тем легче, чем большую эмоциональную опору имеет в своем окружении, следовательно, во враче и в сестре.

Современное цивилизованное общество способствовало возникновению у людей потребительских идеалов, ощущения права и обязанности пользоваться жизнью. Так потребление перестает быть средством и становится целью не взирая на цену, которую необходимо платить как в финансовом отношении, так и в виде создания угрозы для человеческих отношений.

Мысль о смерти, о неотвратимом конце отступает, в тень социально-психологического процесса. Тяжелая болезнь или неожиданная смерть близких потом действует как ошеломляющий удар на психически не подготовленных потребителей жизни. Излишняя популяризация прогресса медицинской науки иногда поддерживает в людях утверждение в ее почти неограниченных возможностях, что еще больше увеличивает риск разочарования. Особенно те люди, которые не очень заняты на работе и не выполняют полезной общественной работы и остаются в тяжелые моменты одинокими, все чаще возвращаются к мыслям о том, что угрожает их жизни и здоровью.

Реакции на опасность или близость смерти:

- а) смирение и спокойное принятие неизбежного,
- б) пассивная капитуляция, проявляющаяся в апатии и безразличии,
- в) уход в обычные разговоры и воспоминания,
- г) уход в фантазию о бессмертии,

д) при относительно сохранившихся психических и физических способностях компенсаторная деятельность или полезная (завершение работы, решение семейных проблем, путешествие), или проблематичная и даже вредная (злоупотребление токсическими веществами, переизбыток, эксцессы в эротике и в сексе).

Реакции на угрожающую смерть часто проявляются не вербально, и они не обязательно проявляются в общем поведении или в словесном выражении, а могут быть и отрицательными.

Стадии приспособления к умиранию. Элизабет Кюблер Росс констатировала, что психическое состояние заболевшего смертельным недугом нестабильно и проходит пять стадий:

Первая стадия – стадия отрицания и неприятия трагического факта. Доминирующими в этот период являются высказывания: «Только не я», «Не может быть», «Это не рак» и т.п. У больного растет тревога и напряжение, страх перед будущим. Своеобразной психологической защитой является отрицание фатального заболевания, активное обследование у различных специалистов с применением новейших параклинических методов диагностики. Больной считает установленный диагноз ошибочным, происходит психологическая подмена диагноза на заболевание, не влекущее за собой роковых последствий.

Другая группа пациентов, узнав о смертельном недуге ведет себя по-иному: они становятся равнодушными, обреченными, бездеятельными. Затем начинают говорить о своем скором выздоровлении. Эта своеобразная психологическая защита снижает мучительную тревогу и напряжение. Однако уже на первой стадии психотерапевты отмечают, что в сновидениях этих пациентов присутствует символика, указывающая на смертельный недуг (образ темного тоннеля с дверью в конце).

Вторая стадия – стадия протеста. Когда первое потрясение проходит, многократные исследования подтверждают наличие фатального заболевания, возникает чувство протеста и возмущения. «Почему именно я?», «Почему другие будут жить, а я должен умереть?», «Почему так скоро, ведь у меня еще так много дел?» и т.п. Как правило, эта стадия неизбежна, она очень трудна для больного и его родственников. В этот период больной часто обращается к врачу с вопросом о времени, которое ему осталось прожить. Как правило, у него прогрессируют симптомы реактивной депрессии, возможны суицидальные мысли и действия. На этом этапе пациенту необходима помощь квалифицированного психолога, владеющего логотерапией, очень важна помощь членов семьи.

Третья стадия – просьба об отсрочке. В этот период происходит принятие истины и того, что происходит, но «не сейчас, еще немного». Многие, даже ранее не верующие пациенты, обращаются со своими мыслями и просьбами к Богу. Приходят начатки веры.

Первые три стадии составляют период кризиса.

Четвертая стадия – реактивная депрессия, которая, как правило, сочетается с чувством вины и обиды, жалости и горя. Больной

понимает, что он умирает. В этот период он скорбит о своих дурных поступках, о причиненном другим огорчениях и зле. Но он уже готов принять смерть, он спокоен, он покончил с земными заботами и углубился в себя.

Пятая стадия – принятие собственной смерти. Человек обретает мир и спокойствие. С принятием мысли о близкой смерти больной теряет интерес к окружающему, он внутренне сосредоточен и поглощен своими мыслями, готовясь к неизбежному.

J. H. Nyslop (1908) и W. Barret (1926) еще в начале века описали специфические галлюцинации умирающих: они видят в основном умерших родственников и знакомых, которые хотят им помочь перейти в потусторонний мир. Причем эти расстройства восприятия протекают на фоне ясного сознания и носят характер «приведений». Они показали, что характерные черты этих галлюцинаций не зависят от культуральных, религиозных и личностных особенностей пациентов. Они так же не коррелируют с медицинским диагнозом и физиологическим состоянием. В подтверждение этого тезиса К. Osis приводит описание «галлюцинаций умирающих», которые носили характер «приведений» и воспринимались в ясном сознании у больных, не принимающих никаких препаратов, с нормальной температурой и, как правило, не имеющих в анамнезе указаний на органические или психические заболевания.

Описанные стадии – это лишь схема. Далекое не всегда они следуют по порядку, описанному выше. Возможен возврат от 2-й к 1-й стадии, от 3-й ко 2-й. При внезапной смерти эти стадии и вовсе отсутствуют. Однако знания этих закономерностей необходимы психиатрам, психотерапевтам и медицинским психологам для проведения психокоррекционной работы с лицами, страдающими фатальными заболеваниями.

Морально – этические нормы эвтанази. Одна из многочисленных обязанностей, лежащая на плечи врача – констатация того момента, когда человеческая жизнь заканчивается и мы начинаем считать человека умершим. Смерть человека имеет не только социально-психологическую и социально-правовую, но и исключительную культурную значимость. Для многих первобытных обществ было обычной нормой умерщвлять стариков и больных или (для кочевых

племен) не забирать их с собой при перемене стоянки места. Хорошо известен обычай древнегреческой Спарты, где слабых, болезненных мальчиков, а иногда и девочек сбрасывали в пропасть. Вообще в Древней Греции поддерживалось и поощрялось самоубийство тех, кто достиг 60-летнего возраста.

В новой связи проявляется проблема эвтаназии, которую дифференцируют на активную и пассивную. Активная эвтаназия – это умышленное умертвление из сострадания по требованию жертвы или без него. Правовой порядок запрещает ее, активная эвтаназия расценивается как уголовное деяние – убийство. Особенно проблематичной и общественно опасной она становится там, где врач или какой-нибудь другой институт решали бы вопрос о «напрасности и ненужности» человеческой жизни. История приводит трагические примеры этого. Нацистские врачи уничтожили в Германии во время второй мировой войны 40 000 психически больных, количество которых в результате этого понизилось до 260 000. Активная эвтаназия – это «метод наполненного шприца».

Пассивная эвтаназия – это ограничение или исключение особенно сложных лечебных методов, которые хотя и удлинители бы жизнь ценой дальнейших страданий, но не спасли бы ее. Речь идет о сокращении дистаназии, т. е. «плохого умирания». Это – «метод отложенного шприца». Несмотря на то, что и пассивная эвтаназия может быть проблематичной, решающей здесь является «мораль данной ситуации», по которой врач оценит с точки зрения интересов и состояния больного и реальных лечебных возможностей все «за» и «против».

В рамках пассивной эвтаназии выделяются понятия ортотаназии и дистаназии. Польский специалист по медицинскому праву Е. Савицкий (1977) так определяет эти понятия: «дистаназия – поддержание жизни больного с помощью чрезвычайных, иногда очень дорогих и редких средств или лекарств без которых пациент моментально бы умер. Прекращение этих мероприятий называется ортотаназией».

Очень резко против самоубийства, включая эвтаназию, выступал Фома Аквинский (1225–1274). Он считал его противоречащим естественному закону, благополучию общества, христианской традиции, нарушающим суверенное право Бога распоряжаться человеческой

жизнью. Обсуждая этические вопросы отношения к неизлечимым больным Ф. Бэкон отмечал у врачей многие болезни считаются неизлечимыми, исходя из этого, врачи несправедливо обрекают на смерть больных, однако, к счастью, немая часть из них выздоравливает независимо от врачей.

Вплоть до конца прошлого столетия подобные суждения не привлекали особого внимания. Лишь около ста лет назад, в условиях падения религиозности получают распространение представления о добровольной эвтаназии, о праве автономной личности закончить свою жизнь, когда смертельная болезнь превращает жизнь в страдание и лишает какой бы то ни было пользы для других. В это время в Англии и США начинает дискутироваться вопрос о том, чтобы безнадежно и болезненно страдающий пациент мог обратиться к врачу с просьбой ускорить смерть. Роль врача при этом определялась во-первых – необходимостью точно диагностировать неизлечимые болезни, а во-вторых – тем, что у него должны быть препараты, позволяющие прекратить и боль и саму жизнь.

В конце 19–20 веков дебаты о допустимости эвтаназии разгораются в России. В это время возникают тайные общества, которые по договоренности с родственниками с помощью медикаментов ускоряли смерть безнадежных больных.

Выдающийся русский адвокат А. Ф. Кони считал эвтаназию допустимой при наличии следующих условий: «сознательной и настойчивой просьбы больного; невозможность облегчить страдание больного известными средствами; несомненных доказательств невозможности спасения жизни, установленной коллегией врачей при обязательном единогласии; предварительного уведомления прокуратуры». Примечательно, что в странах, где эвтаназия узаконена, она разрешается при соблюдении именно этих условий. В 1922 г. Уголовным Кодексом было узаконено умерщвление больных, однако вскоре эта правовая норма была ликвидирована.

Те, кто выступает в защиту эвтаназии, обычно обосновывают свою позицию следующими доводами: человеку должно быть предоставлено право самоопределения, вплоть до того, что он сам может выбирать, продолжать ли ему жизнь или оборвать ее. Слабость этого аргумента в том, что осуществление эвтаназии так или иначе предпо-

лагают участие врача, – а он тоже имеет право выбирать, и, более того, отказаться от участия в эвтаназии, которое будет для него огромной тяжестью и в моральном, и в психологическом смысле; человек должен быть защищен от жесткого и негуманного лечения.

Действительно, если больному приходится переносить тяжелые и непрекращающиеся боли, чувство сострадания может подсказывать и такой выход как эвтаназия. Однако не будет ли это свидетельством не только состояния пациента, но и того, каковы условия клиники и как работает персонал?

Человек имеет право быть альтруистом. Здесь имеется в виду то, мучения больного заставляют страдать и сострадать близких и вообще тех, кто находится возле его постели, а также и то, что посредством эвтаназии он может сберечь финансовые средства. Лечение и содержание обреченных обходится обществу немалыми средствами.

Аргументы противников активной эвтаназии: активная эвтаназия есть покушение на непреходящую ценность, каковой является человеческая жизнь; возможность диагностической и прогностической ошибки врача; возможность появления новых медикаментов и способов лечения; наличие эффективных болеутоляющих средств. Можно возразить, что применение таких средств, к сожалению, бывает противопоказано для отдельных пациентов; риск злоупотреблений со стороны персонала. Речь о том, что если активная эвтаназия будет узаконена, у медперсонала будет возникать искушение использовать ее не только исходя из интересов и желания пациента, сколько и других, менее гуманных соображений.

Где официально разрешена эвтаназия? На данный момент существуют четыре страны, в которых действует разрешение на эвтаназию: Нидерланды, две части Америки, территория Австралии.

Законодательство РФ. Закон Российской Федерации «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан», статья 45. Запрещение эвтаназии: «Медицинскому персоналу запрещается осуществление эвтаназии. Лицо, которое сознательно побуждает больного к эвтаназии или осуществляет эвтаназию, несет уголовную ответственность в соответствии с законодательством РФ». В соответствии со ст. 3 Всеобщей декларации прав человека и ст. 20 Конституции РФ каждый имеет право на жизнь. В соответствии с п. 2 ст. 21 Конституции РФ и

ст. 43 никто не может быть без добровольного согласия подвергнут медицинским и иным научным опытам (исследованиям). Таким образом, на основании добровольного согласия граждан допускается их участие в научных и иных экспериментах, в том числе опасных для жизни.

Помимо установленного в ст. 45 запрета на эвтаназию в Российской Федерации не допускается деятельность религиозных, частности, организаций, склоняющих граждан к самоубийству или к отказу по религиозным мотивам от медицинской помощи лицам, находящимся в опасном для жизни и здоровья состоянии (п. 2 ст. 24 Федерального Закона «О свободе совести и о религиозных объединениях»).

В России также косвенно запрещена реклама самоубийств: согласно п. 6 ст. 5 Федерального Закона «О рекламе» от 18.07.1995 г. Реклама не должна побуждать граждан к насилию, а также к опасным действиям, угрожающим безопасности граждан.

В силу ст. 45 осуществление и даже осознание побуждение (подстрекательно) к эвтаназии влечет уголовную, а не гражданско-правовую ответственность.

Согласно ст. 105 УК РФ убийство представляет собой умышленное причинение смерти другому человеку. Очевидно, что по ряду признаков эвтаназия тождественна убийству по ст. 105 УК. Объектом эвтаназии является жизнь пациента. Объективная сторона выражается в действии либо бездействии врача. Субъективная сторона эвтаназии характеризуется наличием у врача прямого умысла, направленного на лишение жизни пациента.

Таким образом, эвтаназия в России считается преступлением согласно УК РФ.

Сторонники эвтаназии говорят о возможности выбора, о том, что никто не вправе заставлять безнадежных больных испытывать жестокие мучения, о том, что растительное существование и боль лишают человека достоинства, о том, что сами больные, стремясь положить конец своим страданиям, зачастую прибегают к куда более ужасным способам самоубийства, чем безболезненная инъекция. Последнее – правда: моя двоюродная бабка, будучи уже глубокой старухой,

сломала шейку бедра и, не желая покрываться пролежнями и становиться обузой для родственников, уморила себя голодом.

Не менее серьезны и доводы тех, кто не считает эвтаназию допустимой. Например, по их мнению, нельзя взваливать на врачей ответственность за умерщвление человека. Они обращают внимание на то, что медицина развивается очень быстро, и сегодня найдены способы лечения болезней, еще недавно считавшихся безнадежными; таким образом, отключая пациента от систем жизнеобеспечения, мы лишаем его шанса дождаться появления лекарства от его недуга.

Велика также вероятность злоупотреблений со стороны родственников, оплачивающих лечение безнадежно больного (или ожидающих наследства, которое, разумеется, будет тем меньше, чем выше медицинские расходы владельца состояния). Жадные родственники могут вступить в сговор с медицинским персоналом и оказать давление на умирающего, чтобы представить его уход из жизни как добровольный, в то время как на самом деле согласие на эвтаназию будет добыто под давлением.

Но главная и действительно нерешаемая этическая проблема встает в отношении больных, которые не в состоянии самостоятельно принять решение о том, чтобы перестать жить: находящихся в коме, умственно неполноценных, включая страдающих старческим маразмом, а также совсем маленьких детей. За них, если эвтаназию легализовать, будет решать кто-то другой. Кто – врачи, родственники или представители власти? И где гарантии, что их решение будет продиктовано соображениями гуманизма и интересами больного? Ведь еще не стерлись из исторической памяти фашистские программы «оздоровления нации» путем массового уничтожения слабоумных, психически больных, инвалидов, гомосексуалистов, «расово неполноценных»

Психологическая помощь тяжелобольным людям. Мы стремимся облегчить положение больного путем симптоматического лечения, назначаем паллиативные и небольшие манипуляции, которые могут оказывать благоприятное действие как плацебо. Мы придерживаемся принципа хорошего ухода и стараемся уменьшить физический дискомфорт. Избегаем вмешательств, которые сами по себе более неприятны, чем само заболевание. Мы проявляем понимание опасений

и страха больного, стремимся тактично отвлечь от них внимание больного и переключить его на более приятные или интересные впечатления и воспоминания из его прошлого. Обеспечим более частый контакт с родственниками, особенно с родителями больного ребенка. Родственников предупреждаем о том, чтобы напрасно не тревожили пациента. Соглашаемся с помощью родственников при уходе за больным. Делаем все для того, чтобы у больного не возникло ощущения, что он «списан со счета». В заключение беседы и обхода надо подбодрить его словами «до свидания завтра». На вопросы больного о дальнейшем течении и длительности болезни отвечаем в соответствии с психической сопротивляемостью больного. Положение врача может облегчить то обстоятельство, что и при важных жизненных моментах действуют определенные общественные нормы, которые помогут преодолеть неприятные и сложные элементы контакта («молчание – это тоже ответ», «общественная ложь»). Большинство больных это понимает и не сердится на врачей за такое поведение. Для трудного разговора с больным желательно «партнерское» поведение, связанное «с умением слушать». По некоторым сообщениям с этой проблемой хуже справляются те врачи, которые сами боятся смерти. Возможность достойного человеческого умирания справедлива и неотложна, она касается всех, без исключения.

6.2. Суицид

Суицидальное поведение в настоящее время является глобальной общественной проблемой. Высокий уровень самоубийств в большинстве развитых стран мира ставит вопрос о причинах возникновения этого явления и способах его предупреждения. Рассмотрение суицидального поведения лишь как объекта медико-психологических и юридических наук неизбежно ограничивает возможность до конца понять все многообразие негативных факторов, лежащих в основе этого явления. Обычно в расчет берутся лишь индивидуальные поведенческие реакции индивида на те или иные жизненные обстоятельства.

Суицид как социальное явление – устойчивый статистический факт. Исследования суицидальной смертности на протяжении многих

лет в разных странах и различных районах одного государства показывают сходные значения социального процента самоубийств (количество завершенных суицидов на 100 тыс. жителей) для стран с одинаковым уровнем культуры, схожими политическими, экономическими и социальными системами. В то же время этот социальный процент может резко меняться от нации к нации, от одного территориального образования к другому, если уровень развития основных сфер их жизнедеятельности различен.

Смертность от суицидов занимает 5-е место среди всех причин смертности, опережая смертность в результате дорожно-транспортных происшествий. Стремительно растут самоубийства среди молодежи, а смертность в результате самоубийства в возрасте от 15 до 34 лет занимает первое место. Уровень суицидов в нашей стране тесно связан с происходящими социально-экономическими и политическими реформациями. Отсутствие социальной поддержки, глубокое расслоение общества с уменьшением психосоциальных контактов между людьми, резкое снижение качества жизни, неуверенность в будущем, отсутствие чувства защищенности требуют от человека значительных усилий по адаптации к социуму. Специальные исследования показали, что уровень индивидуального стресса в России значительно повысился. Основными источниками стресса названы падение доходов, дефицит личной безопасности, преступность, страх перед будущим, конфликты на работе и семейные неурядицы. Определено, что каждый третий взрослый нуждается в психологической поддержке. Не удивительно, что население России реагирует двумя наиболее примитивными формами социального протеста и призыва – ростом самоубийств и умышленных убийств. Следует сказать, что эти проявления агрессии, направленной на себя или на окружающих, идут у нас, в отличие от других стран, параллельно. Проблема суицида в обществе является политической проблемой по существу. Всемирная организация здравоохранения (2001) признала важность проблемы самоубийств для общественного здоровья и опубликовала стратегию по повышению осознания ее масштабов властями, лицами, принимающими решения (оповестив, в том числе и наше правительство). «Самоубийство – одна из самых важных проблем общественного здоровья, вызывающая огромные социальные

затраты и страдания человека, семьи, общества». Оценивая показатели в нашей стране, ВОЗ признала, что Россия находится в состоянии чрезвычайной ситуации. Во многих странах Европы, даже с низким уровнем самоубийств, существуют государственные программы по профилактике суицидов, и на это выделяются значительные средства. В России такой программы нет. В заключение следует сказать, что профилактика самоубийств должна осуществляться комплексно, включая и медицинский аспект, и разрешение ряда социальных проблем.

История изучения суицида. Начиная с античности до наших дней, огромное значение придает философия проблеме сознательного прекращения человеком собственной жизни.

Для философии проблема самоубийства никогда не была второстепенной, ибо от решения ее во многом зависит ответ на такие важные вопросы, как смысл жизни, свобода выбора и воли, проявление в целом свободы личности.

Наиболее подробно эти вопросы отражены в философских работах А. Шопенгауэра, В. Соловьева, А. Камю, В. Франкла, З. Фрейда. Так, например, Альбер Камю считал, что «Решить, стоит или не стоит жизнь того, чтобы ее прожить, – значит ответить на фундаментальный вопрос философии. Все остальное – имеет ли мир три измерения, руководствуется ли разум девятью или двенадцатью категориями – второстепенно». Серен Кьеркегор – «Повесься – ты пожалеешь об этом; не повесься – ты и об этом пожалеешь; в том и другом случае ты пожалеешь об этом. Таково, милостивые государи, резюме всей жизненной мудрости...»

Одна из сторон посттравматического стресса относится к внутреннему миру личности и связана с реакцией человека на пережитые события. Все мы реагируем по-разному: трагическое происшествие может нанести тяжелую травму одному и почти не затронет психику другого. Очень важно также, в какой момент происходит событие: один и тот же человек в разное время может реагировать по-разному. На этом фоне могут возникнуть мысли о самоубийстве. Пациент постоянно думает о самоубийстве или планирует какие-либо действия, которые в конечном итоге должны привести его к смерти. Когда жизнь представляется более пугающей и болезненной, чем смерть,

мысль покончить со всеми страданиями может показаться заманчивой. Когда человек доходит до той грани отчаяния, где не видно никаких способов поправить свое положение, он начинает размышлять о самоубийстве.

«Общество множит ряды самоубийств» – этот тезис с особой силой зазвучал в 19 веке, когда связь общественно исторических сил с личной трагедией индивида стала очевидной для многих. Есть по крайней мере два вида самоубийств, прямым образом связанных с социальными причинами. В первом случае общество в определенных ситуациях как бы требует от своих членов самопожертвования, и эти социальные ожидания заложены в общественных нормах, правилах поведения и неписанных кодексах чести. Все это находит свое отражение и в системе воспитания и многочисленных произведениях искусства.

Добровольное приношение себя в жертву богам во имя общественных интересов в древности существовало практически у всех народов. В голодные годы старики и дети ради сохранения жизни рода лишали себя жизни, нередко жертвы приносились ради прекращения войн, эпидемий, стихийных бедствий. Определенную роль регламентированных самоубийств составляли добровольные уходы из жизни после смерти «повелителя» – жены и слуги правителей обязаны были разделить участь господина и отправиться следом в загробный мир.

Одним из сильнейших социальных факторов, определяющих уровень самоубийств, является религия. Ислам строго осуждал самовольное лишение себя жизни, и до сих пор это явление не встречается в странах, исповедующих мусульманскую религию. В иудаизме подчеркивалась ценность жизни для бога, и поэтому ради сохранения жизни правоверным евреям разрешалось преступать все религиозные законы за исключением отказа от бога, убийства и кровосмешения.

Христианство также наложило запрет на добровольный уход из жизни. Самоубийцам отказывалось в христианском погребении, они карались позорным захоронением на перекрестке дорог, вне кладбища.

Такие восточные религии, как брахманизм и буддизм, следующие доктрине: все, что привязывает человека к жизни, есть причина страдания, спокойно относятся к отречению от плоти. И самосожжение

буддистских монахов как акт протеста против войн и других варварств современной цивилизации вполне укладывается в рамки религиозных норм. Впрочем массовые религиозные самоубийства предпринимались и в России как протест против политики, проводимой Петром I.

Установлено, что в целом в государствах, где влияние религии слабее и религиозные нормы, в частности, связанные с самоубийством, мягче, процент суицидальных действий выше.

В настоящее время принято рассматривать самоубийство в рамках комплексной проблемы суицидального поведения, которое включает в себя суицидальные мысли, суицидальные приготовления, суицидальные попытки и собственно акт суицида.

Суицид с точки зрения психиатрии. В медицине самоубийство изучается главным образом в рамках психиатрии (частью которой является суицидология), медицинской психологии и судебной медицины.

Психиатрию, собственно, интересует несколько вопросов: является ли самоубийство результатом психического расстройства или оно возможно у совершенно здорового в психическом отношении человека, подлежат ли в соответствии с этим лица, пытающиеся покончить жизнь самоубийством, какому-либо лечению и каковы должны быть методы и формы профилактики самоубийств? Мнения, что самоубийство является результатом психического заболевания, длительное время придерживались сторонники психопатологической концепции, которая однозначно рассматривала самоубийство как выражение и результат психического заболевания.

С точки зрения теории самоубийство есть следствие наследственной анатомической дегенерации, о чем якобы свидетельствует наличие у самоубийц таких признаков вырождения, как преждевременное зарастание черепных костей, вдавлений и неровностей черепа и др.

Широкое распространение получила психоаналитическая концепция, трактующая суицид как следствие нарушения психосексуального развития личности. В соответствии с современными отечественными концепциями, самоубийство рассматривается как следствие социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемых ею микроконфликтов. Согласно этой теории, самоубийство

представляет собой один из вариантов поведения человека в экстремальной ситуации.

Мотивы суицидального поведения. Специалисты насчитывают большое количество факторов, имеющих отношение к суицидальным попыткам. Среди них и изменение солнечной активности, и магнитных полей Земли, загрязненность окружающей среды, и т. д. Важнейшими причинами для самоубийства являются социальные, социально-психологические и психологические причины, разрушающие личность человека, его «Я».

В США на каждого 20-го больного приходится один самоубийца. Реальное число значительно больше, т.к. не все случаи самоубийств зарегистрированы. Более склонны к суициду мужчины (в 3 раза больше). Наиболее склонны пожилые люди и дети до 13 лет. В последнее время участились случаи у людей 20–25 лет (одинокие люди, городские, употребляющие алкоголь, наркоманы, психически больные).

Непосредственные причины, толкнувшие человека на отказ от жизни, как правило, тесно связаны с его ближайшим окружением – семьей, родителями, друзьями. И, наконец, главным звеном в решении вопроса «быть или не быть» является сам человек, от силы его личности зависит, как поведет он себя в кризисном психическом состоянии, какой выбор сделает, столкнувшись с трудностями приспособления к сложным жизненным ситуациям, и не сдаться ли он под влиянием длительных травмирующих психику обстоятельств.

Невзирая на социокультуральные, экономические и географические различия, частота суицидов среди мужчин во всем мире значительно выше, чем среди женщин. В целом, соотношение мужчин и женщин при завершённых суицидах составляет 4 : 1, в Украине в 1996 году этот показатель достиг 5,4 : 1. Среди пожилых частота мужских суицидов прогрессивно возрастает и составляет 6–9 : 1. Обратная закономерность наблюдается при совершении суицидальных попыток. Женщины совершают их в 4 раза чаще мужчин (в возрасте 15–40 лет). Среди суицидентов старших возрастных категорий преобладают мужчины. Консультант по суицидологии Мэри Миллер так объясняет этот феномен: «Женские самоубийства являются прежде всего феноменом молодости, частота мужских суицидов возрастает с каждым десятилетием».

Чаще всего суициды совершают лица с высшим образованием. Самый высокий суицидальный риск у врачей, среди которых первое место занимают психиатры, за ними следуют офтальмологи, анестезиологи и стоматологи. В группу риска входят также музыканты, юристы, низшие офицерские чины и страховые агенты.

Социальные факторы. «Нужда и безработица», «бесплодность и беспросветность борьбы за существование» – эти слова стали штампом и уже давно связываются с причинами примерно 30 % самоубийств. В технически развитых странах и в городе также больше самоубийств.

Довольно широко распространено мнение, что во время войн и революций кривая самоубийств ползет вниз. С одной стороны цифры свидетельствуют об этом. С другой стороны, реального количества добровольно стремящихся уйти из жизни в такие периоды истории не может подсчитать ни один статистик

Среди общественных условий, влияющих на самоубийства, особую роль играют некоторые культурные явления. Например, появление «Вертера» Гете в 1774 году, в котором описаны жизнь и смерть от несчастной любви юного Вертера, породило целую эпидемию самоубийств. И сегодня СМИ умножают этот эффект заражения вирусом самоубийства, основанный на подражании кумирам.

Одна из главных тенденций, которые важны для нас, это связь самоубийств с общественно-политической обстановкой в стране, и здесь четко прослеживается закономерность уменьшения суицидов при общественном подъеме, при оживлении в политике, экономике и культурной жизни общества и увеличения суицидов при общественных спадах.

Выделяют пять основных групп мотивов, ведущих к формированию суицидального поведения:

- протест – реакция отрицательного воздействия на объекты вызвавшие психотравмирующую ситуацию (к протестным мотивам относится месть);
- призыв – активация помощи извне с целью привлечь внимание, вызвать сострадание и таким образом изменить психотравмирующую ситуацию;
- избегание – уход от наказания или страдания (избавления от тяжести психического или соматического состояния);

- самонаказание – искупление «собственной вины» путем совершения суицидальных действий;

- отказ от жизни – цель и мотив суицидального поведения совпадают (цель – самоубийство, мотив – отказ от существования).

Основные мотивы суицидального поведения у детей и подростков:

- Переживание обиды, одиночества, отчужденности и непонимания.

- Действительная или мнимая утрата любви родителей, неразделенное чувство и ревность.

- Переживания, связанные со смертью, разводом или уходом родителей из семьи.

- Чувства вины, стыда, оскорбленного самолюбия, самообвинения.

- Боязнь позора, насмешек или унижения.

- Страх наказания, нежелание извиниться.

- Любовные неудачи, сексуальные эксцессы, беременность.

- Чувство мести, злобы, протеста; угроза или вымогательство.

- Желание привлечь к себе внимание, вызвать сочувствие, избежать неприятных последствий, уйти от трудной ситуации.

- Сочувствие или подражание товарищам, героям книг или фильмов.

Внутреннее суицидальное поведение (пресуицид). Выделяют следующие этапы: суицидальные мысли, замыслы, намерения

Преморбидные особенности личности, как один из факторов риска аутоагрессивного поведения, изучены достаточно глубоко как психиатрами, так и психологами и психотерапевтами. Выявлен ряд предрасполагающих психолого-психиатрических факторов суицидального поведения, к которым относятся: повышенная напряженность потребностей, стремление к эмоциональной близости, низкая способность к формированию психологических защитных механизмов, неумение ослабить фрустрацию, импульсивность, эксплозивность и эмоциональная неустойчивость, повышенная внушаемость, бескомпромиссность и отсутствие жизненного опыта, наличие чувства вины и низкой самооценки, гипореактивный эмоциональный фон в период конфликтов, затруднение в перестройке ценностных ориентаций.

Вероятность аутоагрессивного поведения велика при следующих типах акцентуации характера:

Циклоидный тип. Суицидальные действия обычно совершаются в субдепрессивной фазе на высоте аффекта. Потенцирует суицид публично нанесенная обида, унижение, цепь неудач, что наталкивает подростка на мысли о собственной никчемности, ненужности, неполноценности.

Эмоционально-лабильный тип. Суицидальные действия совершаются в период острых аффективных реакций интрапунитивного типа. Суицидальное поведение аффективно, принятие решения и его исполнение осуществляется быстро, как правило в тот же день.

Эпилептоидный тип. Суицидальные действия совершаются в период аффективных реакций, которые чаще бывают экстрапунитивными (агрессивными), но могут трансформироваться в демонстративное суицидальное поведение.

Истероидный тип. Для них характерны демонстративные и демонстративно-шантажные суицидальные попытки.

Говоря о значимости индивидуальных факторов в генезе аутоагрессивного поведения нельзя не отметить, что неоднократные попытки создать эталонный «психологический портрет суицидента» до сих пор не увенчались успехом, ибо индивидуальные характеристики определяются не только личностными особенностями, но и морально-этическими установками, социальными и культуральными нормами и правилами, религиозными предпочтениями, мировоззренческими позициями. Эти вопросы отражены в главе, посвященной проблемам танатологии.

Выделяют две разновидности ситуационного суицидального поведения:

- возникающие в результате конфликта в сфере межличностных отношений. Для этого варианта поведения характерно разнообразие мотивов и способов совершения суицида, а также нестойкость суицидальных намерений;

- возникающее как реакция на заболевание и его медицинские и социально-психологические последствия. Этот вариант формируется, как правило, при длительности депрессивного эпизода свыше 4 месяцев, коротких интермиссиях и частых рецидивах, при резких колеба-

ниях аффективного фона в период выхода из депрессии. Характерно преобладание частоты суицидальных тенденций над попытками.

Признаки суицидальных намерений. Около 80 % людей, совершающих суицид, предварительно дают знать о своих намерениях другим людям, хотя способы сообщения об этом могут быть завуалированы. Это обычно происходит в форме разговора о суициде или сообщений о желании умереть, о своей никчемности, беспомощности и о своем безнадежном положении или упоминаний о суициде в картинах и литературных произведениях. Другая опасность суицида заключена в неожиданном, драматическом и необъяснимом изменении поведения, так называемом, «терминальном поведении». При этом индивид приводит свои дела в порядок, раздает свое имущество, часто заявляет о печали и отчаянии.

Человек, который увидит эти знаки суицида, должен спросить предполагаемого суицидента, что последний думает о суициде. Если ответ будет вызывать подозрение в возможности совершения суицида, следует направить этого человека к психологу для предотвращения немедленного совершения суицида и последующего решения проблем, которые могут заставить человека решиться совершить суицид. Большинство суицидов могут быть предотвращены, так как состояния, при которых субъект может совершить суицид, обычно временно.

Внешнее суицидальное поведение (суицидальные попытки, завершенный суицид). Среди лиц с завершенными суицидами от 24 % до 31,4 % составляют лица с расстройствами личности. Среди них 39 % – с истерическими расстройствами личности, 30 % – эмоционально-неустойчивые и возбудимые, по 11 % – астенические и аффективные (А. Г. Амбрумова, В. А. Тихоненко, 1980).

Суицидальный риск у этих лиц обусловлен не только личностными, но и ситуационными факторами, которые коррелируют с типами расстройств личности. В некоторых случаях определенную роль в генезе суицидального поведения играют и эндогенные факторы («фазы угнетения», аффективные сдвиги).

Суицидальные попытки могут быть как истинными, так и демонстративно-шантажными.

Выделяют два варианта истинного суицидального поведения (В. Е. Пелипас, 1970):

1. Суицидальные намерения формируются быстро, доминируют в сознании и осуществляются без колебаний, часто с летальным исходом. Внешние поведенческие проявления суицидальной готовности у этих лиц практически отсутствуют, так как у них преобладает интравертированный способ переработки психотравмирующей ситуации. Данный вариант суицидального поведения возможен при всех вышеназванных типах расстройств личности.

2. Формирование суицидальных намерений осуществляется постепенно, прямо или косвенно об этом информируются значимые близкие, доминирует экстравертированный способ переработки конфликта. Летальный исход менее вероятен, чем в первом случае. Этот вариант суицидального поведения характерен при истерических, обсессивно-компульсивных, тревожных и зависимых (астенических) расстройствах личности.

Демонстративно-шантажные суицидальные попытки преобладают у лиц с истерическими и диссоциальными (возбудимыми) расстройствами личности. Ведущий мотив – воздействие на окружающих с определенной корыстной целью – определяет стереотип пресуицидального поведения: демонстративность, обнаженность приготовлений, заготовка предсмертных записок, шантаж. Если с помощью угроз и попыток удастся добиться желаемого эффекта или результата, то возможна фиксация и дальнейшее повторение суицидальных угроз и попыток для достижения своих целей.

При психотическом варианте основой суицидального поведения является психопатологические переживания. Наиболее суицидоопасными являются следующие синдромы и состояния: бредовые идеи самообвинения и самоуничужения, бред виновности, ущербности, обнищания, ипохондрический бред, психическая анестезия. Особенно опасны суицидальные попытки импульсивного характера при меланхолическом рантусе.

При ситуационном варианте в основе суицидального поведения лежат психологически понятные психогенные факторы: межличностные и социальные конфликты, профессиональные и бытовые трудности, потеря значимых близких, попытка привлечь внимание к своему состоянию и положению.

Повышен суицидальный риск и в период выздоровления, когда у пациента восстанавливается критика и энергетический потенциал. В этот период возможен парадоксальный суицид, то есть исполняется суицидальное намерение периода болезни. В связи с этим, на амбулаторном этапе лечения необходима суицидальная настороженность врача к этим больным и строго дозированное, минимально достаточное количество выписываемых антидепрессантов (особенно трициклических), так как наиболее частый способ суицида у этих пациентов – отравление антидепрессантами.

Суицидальные попытки могут быть как истинными, так и демонстративно-шантажными.

1. Истинные суицидальные попытки совершаются, как правило, на астеноневротическом этапе развития депрессии. Период формирования суицидальных мыслей протекает от нескольких дней до нескольких недель. На этапе подготовки к суициду возможны «суицидальные жесты» – высказывания и поступки, косвенно свидетельствующие о суицидальных намерениях. Суицидологи отмечают, что в 8 из 10 случаев суициденты прямо или косвенно говорили о своих намерениях.

2. Демонстративно-шантажные суицидальные попытки возникают, как правило, после психической травмы и совершаются по типу протеста, мести или призыва. Депрессивная симптоматика развивается или усугубляется после попытки. Она, как правило, достигает невротического уровня и в редких случаях психотического. Вероятность суицида максимальна на начальных этапах заболевания.

Главным критерием непрямого суицида является отсутствие полного осознания своих поступков.

Характеристика людей, имеющих склонность к суициду. Самосознание суицидента эгоцентрично (Я – центр вселенной). Человек погружен в свои переживания, страдания, а все остальное перестает существовать.

Суицидентам свойственна аутоагрессия (причинение вреда самому себе), негативное отношение к себе достигает крайних форм. Физической аутоагрессии может предшествовать вербальная аутоагрессия. Она выражается в самоуничижающих, самообвиняющих, и самооскорбляющих речах.

Пессимистическая личностная установка, которая распространяется в основном на перспективы выхода из кризиса. Человек не верит, что ситуация может быть преодолима.

Регидность поведенческих стереотипов. Это проявляется в жестком следовании готовым мыслительным стереотипам, моральным долгам, склонность к обидчивости и образованию сверхценных идей.

Выделяют 5 типов суицидального поведения:

– По типу протеста. Предполагается нанесение ущерба или мести обидчику (я вам мщу – вам будет хуже от моей смерти). Возникает обычно на фоне жилищно-бытовых конфликтов. Характерно для мужчин 18–30 лет. Пресуицидальный период короткий, сама попытка осуществляется на глазах у окружающих, бывает в состоянии алкогольного опьянения, нанося себе раны подручным предметом. Характерно для лиц с инфантильным личностным складом, которым присущ эгоцентризм, а также для лиц с истерическими реакциями.

– По типу призыва (крик о помощи). Суицидальной попыткой человек активизирует помощь извне с целью изменения ситуации. Чаще у женщин 18–30 лет. Человек чувствует обиду, жалость к себе, отчаяние. Обычно совершается в вечернее время способом отравления. Характерно для лиц с инфантильным личностным складом.

– По типу избегания. Проявляется в ситуации угрозы наказания. Смысл – избежать угрозы психического и физического страдания. Чаще совершается у молодых до 30 лет и женщин – инвалиды, разведенные и вдовы (самоповешание, самоотравление), этот суицид всегда осознанный.

– По типу самонаказания. На фоне пережитого или постоянного чувства вины. Наблюдается своеобразное расщепление «Я» – «я» подсудимый и «я» сам себе судья. Чаще женщины с высоким образовательным и общественно-социальным уровнем. Пресуицидальный период длительный, а сам суицид осуществляется с большой жестокостью.

– По типу отказа от жизни. Цель и мотивация совпадают (я умираю чтобы умереть). Он связан с потерей личностного смысла существования. Мотив характерен для весьма взрослых, зрелых, глубоких личностей и может выражать отношение к невыносимой ситуации

и свидетельствовать о философски мыслительном отношении к миру в целом.

Способы суицида. Способы суицида варьируют в разных культурах. Повешение – ведущий способ суицида во всем мире. В США около 60 % всех суицидов происходят с использованием огнестрельного оружия. В Канаде, где оружие менее доступно, с его использованием происходит 30 % суицидов. Отравление, например, с использованием передозировки лекарственных средств, отмечается в США в 18 % всех суицидов. Исследователи предполагают, что небольшой процент из числа фатальных ДТП с единственной жертвой – фактически суициды. Только от 15 % до 25 % людей, налагающих на себя руки, оставляют прощальные записки.

Постсуицидальное поведение, парасуициды. Критическое – конфликт утратил свою актуальность, суицидальные действия как бы разрядили предсуицидальную напряженность. Отношение к суициду негативное, критическое и вероятность повторного суицида мала.

Манипулятивное – активность конфликта значительно уменьшилась за счет влияния суицидального действия в пользу суицидента. Суицидальных тенденций нет, но суицидент понимает, что подобные действия могут служить способом для достижения цели и средством влияния на ситуацию.

Итак, проблема самоубийства никогда не была второстепенной, ибо от решения ее во многом зависит ответ на такие важные вопросы как смысл жизни, свобода выбора и воли, проявление в целом свободы личности. Свободен ли человек в своей жизни и свободен ли он также в своей смерти? Решить, стоит или не стоит жизнь того, чтобы ее прожить – значит ответить на фундаментальный вопрос философии.

Многим психология представляется сугубо теоретической наукой, но в кризисные минуты только она дает совет и опору. В эти минуты оказываются никчемными и мелкими многие цели, казавшиеся главными в жизни, и выходят на первый план вопросы, которыми в обычные дни задаваться как то не принято, – о смысле жизни, добре и зле... В переломные моменты от решения этих вопросов, в прямом смысле слова, зависит сама жизнь.

Суицидальное поведение у детей и подростков. Создатель концепции родовой травмы О. Rank (1952) говорил о том, что тревога сопровождает человека с момента его рождения и обусловлена страхом смерти, связанным с переживанием отрыва плода от матери во время рождения. Отмечается, что даже очень маленькие дети испытывают душевный дискомфорт, связанный со смертью и часто родители даже не подозревают об этом. Иного мнения придерживался R. Furman (1964), который настаивал на том, что только в возрасте 2–3 лет может возникнуть понятие о смерти, так как в этот период появляются элементы символического мышления и примитивный уровень оценок реальности.

Американские ученые, проведя индивидуальные психотерапевтические и диагностические беседы с детьми, выяснили, что дети до 5 лет рассматривают смерть не как финал, а как сон или отъезд. Жизнь и смерть для этих детей не исключали друг друга. В. М. Miller отмечает, что для ребенка дошкольного возраста понятие «смерть» отождествляется с потерей матери и это часто является причиной их неосознанных страхов и тревоги. Страх смерти родителей у психически здоровых дошкольников наблюдался у 53 % мальчиков и у 61 % девочек. Страх своей смерти отмечался у 47 % мальчиков и 70 % девочек (А. И. Захаров, 1988). Суициды у детей до 5 лет – единичны, однако в последнее десятилетие наметилась тенденция к их росту.

Как правило, воспоминания о тяжелом заболевании, грозящем смертельным исходом в этом возрасте, остаются у ребенка на всю жизнь и играют значительную роль в его дальнейшей судьбе. Так, один из «великих отступников» венской психоаналитической школы, психиатр, психолог и психотерапевт Альфред Адлер (1870–1937), создатель индивидуальной психологии писал о том, что в возрасте 5 лет он чуть не умер и в дальнейшем его решение стать врачом, т.е. человеком, борющимся со смертью, было обусловлено именно этими воспоминаниями. Кроме того, пережитое событие нашло свое отражение и в его научном мировоззрении. В невозможности контролировать время наступления смерти или предотвратить ее он видел глубинную основу комплекса неполноценности.

Дети с чрезмерными страхами и тревогой, связанной с разлукой со значимыми близкими, сопровождающимися неадекватными

страхами одиночества и расставания, ночными кошмарами, социальной аутизацией и рецидивирующими соматовегетативными дисфункциями, нуждаются в консультации и лечении психиатра.

Дети школьного возраста (6–12 лет) приобретают в школе знания и навыки межличностного общения, определяющие их личную значимость и достоинство. Кризис этого возрастного периода сопровождается появлением чувства неполноценности или некомпетентности, чаще всего коррелирующей с успеваемостью ребенка. В дальнейшем эти дети могут утратить уверенность в себе, способность эффективно трудиться и поддерживать человеческие контакты. Психологические исследования показали, что дети этого возраста интересуются проблемой смерти и уже достаточно подготовлены к разговору о ней. В словарный текст было включено слово «мертвый», и это слово было адекватно воспринято подавляющим большинством детей. Лишь 2 из 91 ребенка умышленно обошли его. Однако, если дети 5,5–7,5 лет считали смерть маловероятной лично для себя, то в возрасте 7,5–8,5 лет они признают ее возможность и для себя лично, хотя возраст предполагаемого ее наступления варьировал в пределах от «через несколько лет до 300 лет».

У детей младшего школьного возраста резко возрастает распространенность страха смерти родителей (у 98 % мальчиков и 97 % психически здоровых девочек 9 лет), который наблюдается уже практически у всех 15 летних мальчиков и 12 летних девочек. Что касается страха своей собственной смерти, то в школьном возрасте он встречается довольно часто (до 50 %), хотя реже у девочек (Д. Н. Исаев, 1992).

У младших школьников (в основном после 9 лет) уже наблюдается суицидальная активность, которая чаще всего обусловлена не серьезными психическими заболеваниями, а ситуационными реакциями, источником которых являются, как правило, внутрисемейные конфликты.

Подростковый период (12–18 лет) традиционно считается наиболее уязвимым для стрессовых ситуаций и для возникновения кризисных состояний. Э. Эриксон выделяет этот возрастной период как очень важный в психосоциальном развитии и считает патогномичным для него развитие кризиса идентичности, или ролевое смещение, которое проявляется в трех основных сферах поведения:

- проблема выбора карьеры;

- выбор референтной группы и членство в ней (реакция группирования со сверстниками по А. Е. Личко);

- употребление алкоголя и наркотиков, которое может временно ослабить эмоциональные стрессы и позволяет испытать чувство временного преодоления недостаточной идентичности.

Доминирующими вопросами этого возраста являются: «Кто Я?», «Как Я впишусь в мир взрослых?», «Куда Я иду?» Подростки пытаются выстроить собственную систему ценностей, часто вступая в конфликт со старшим поколением, ниспровергая их ценности. Классическим примером является движение хиппи.

Представление о смерти у подростков, как об универсальном и неизбежном конце человеческой жизни приближается к таковому у взрослых. Ж. Пиаже писал, что именно с момента постижения идеи смерти ребенок становится агностиком, то есть у него появляется присущий взрослому способ мировосприятия. Хотя, признавая интеллектуально «смерть для других», они фактически на эмоциональном уровне отрицают ее для себя. У подростков преобладает романтическое отношение к смерти. Часто они трактуют ее как иной способ существования.

Именно на подростковый возраст приходится пик суицидов, пик экспериментов с нарушающими сознание веществами и другой жизненно опасной активности. Причем подростки, в анамнезе которых неоднократно отмечались мысли о самоубийстве, отвергали мысли о его смертельном исходе. Среди 13–16-летних 20 % верили в сохранение сознания после смерти, 60 % – в существование души и только 20 % – в смерть как прекращение физической и духовной жизни.

Для этого возраста характерны мысли о суициде, как о мести за обиду, ссоры, нотации со стороны учителей и родителей. Преобладают мысли типа: «Вот я умру назло вам и посмотрю, как вы будете страдать и сожалеть о том, что были несправедливы ко мне».

Исследуя механизмы психологической защиты при тревоге, потенцируемой мыслями о смерти, Е. М. Pattison (1978) установил, что они, как правило, идентичны таковым у взрослых из их ближайшего окружения: чаще отмечаются интеллектуальные, зрелые механизмы защиты, хотя в ряде случаев были отмечены и невротические формы защиты.

А. Maurer (1966) провел анкетирование 700 старшеклассников и на вопрос «Что тебе приходит на ум, когда ты думаешь о смерти?» выявил следующие ответы: осознание, отвержение, любопытство, презрение и отчаяние. Как уже отмечалось ранее, страх собственной смерти и смерти родителей наблюдается у подавляющего большинства подростков.

Характеристики подростков с риском самоубийства:

- Дети и подростки, переживающие острые, экстремальные или длительные, психологически тяжелые ситуации.
- Подростки, в поведении которых имеются аффективные расстройства в форме депрессии, дисфории (состояние ничем не обоснованной грусти).
- Подростки с патохарактерологическими, психопатическими реакциями и психопатоподобными состояниями с преобладанием возбудимости,
 - Неустойчивости, демонстративности и психастенических расстройств в поведении.
 - Подростки, употребляющие спиртные напитки и склонные к асоциальным формам поведения.
 - Подростки из конфликтных семей, а также проживающие с психически больными родственниками, родителями-алкоголиками и наркоманами, в семьях, где были случаи суицидов у кого-либо из близких.
 - Подростки, страдающие хроническими соматическими и неврологическими заболеваниями, приводящими к социально-психологической изоляции и сопровождающимися депрессивными переживаниями.
 - Подростки, совершившие в прошлом попытку самоубийства, а также высказывающие угрозу суицида.

Суицидальное поведение у лиц зрелого возраста. Каковы основные факторы, способствующие попыткам суицида у молодежи, и насколько существенны они сегодня в нашем обществе? На первом месте из проблем, характерных для подростков с суицидальным поведением, находятся, конечно, отношения с родителями (примерно в 70 процентах случаев эти проблемы непосредственно связаны с суицидом), на втором месте – трудности, связанные со школой, на третьем –

проблемы взаимоотношений с друзьями, в основном противоположного пола.

Отношения родителей с детьми зачастую не строятся на том фундаменте открытых, полностью искренних эмоционально-теплых отношений, которые являются надежной защитой от многих, иногда суточных испытаний, с которыми встречается подрастающее поколение. И не случайно, что многие попытки суицида у молодых рассматриваются как призыв о помощи, как последняя попытка привлечь внимание родителей к своим проблемам, пробить стену непонимания между младшим и старшим поколениями. Существенную роль в суицидах играет сохранность семьи в целом. Школьные проблемы обычно связаны с неуспеваемостью, или с плохими отношениями с учителями и администрацией школы, реже с взаимоотношениями в классе. Одним из основных психологических объяснений проблем, связанных со сверстниками, особенно противоположенного пола, является чрезмерная зависимость от другого человека в качестве компенсаций плохих отношений с родителями. В этом случае часто бывает, что отношения с другом или подругой становятся столь значимыми и эмоционально необходимыми, что любое охлаждение в привязанности воспринимается как невосполнимая утрата, лишаящая смысла дальнейшую жизнь.

В молодости молодые люди ориентированы на получение профессии и создание семьи. Главной проблемой, которая может возникнуть в этот возрастной период, является поглощенность собой и избегание межличностных отношений, что является психологической основой для возникновения чувства одиночества, экзистенциального вакуума и социальной изоляции. Если кризис успешно преодолен, то у молодых людей формируется способность любить, альтруизм, нравственное чувство.

По миновании подросткового возраста, мысли о смерти все реже посещают молодых людей, и они очень редко задумываются о ней. 90 % студентов сказали, что они редко думают о собственной кончине, в личностном отношении она для них мало значима.

Еще несколько десятилетий тому назад считалось, что в зрелом возрасте у человека нет значимых проблем, связанных с развитием личности, а зрелость считалась временем достижений. Однако работы

Левинсона «Сезоны человеческой жизни», Нейгартена «Осознание зрелого возраста», Ошерсона «Печаль о потерянном «Я» в середине жизни», а также изменения в структуре заболеваемости и смертности в этот возрастной период заставили исследователей по иному посмотреть на психологию зрелости и назвать этот период «кризисом зрелости».

В этом возрастном периоде доминируют потребности самоуважения и самоактуализации. Наступает время подведения первых итогов сделанного в жизни. Для этой стадии развития личности характерна также забота о будущем благополучии человечества (в противном случае возникает безразличие и апатия, нежелание заботиться о других, самопоглощенность собственными проблемами). В эту пору жизни возрастает частота депрессий, суицидов, неврозов, зависимых форм поведения. Смерть сверстников побуждает к размышлениям о конечности собственной жизни. По данным различных психологических и социологических исследований, тема смерти актуальна для 30–70 % лиц этого возраста. Неверующие сорокалетние понимают смерть как конец жизни, ее финал, однако даже они считают себя «чуть-чуть бессмертнее других». Для этого периода также характерно чувство разочарования в профессиональной карьере и семейной жизни. Это обусловлено тем, что как правило, если ко времени наступления зрелости не реализованы поставленные цели, то они уже мало достижимы.

Старшее поколение, как известно, самая главная группа суицидального риска: во всем мире возрастная кривая роста самоубийств, за исключением лишь некоторых стран, например Японии, медленно нарастает у слабого пола и резко взмывает вверх к концу жизни у мужчин. Это и понятно: болезни и одиночество, упадок жизненных сил и отсутствие радужных надежд на лучшее состояние тела и духа не у всех вызывают бодрые эмоции «социально активной старости».

Поколение среднего возраста. Многие из «среднего» поколения получили сегодня возможность реализовать свои идеи, замыслы и творческий потенциал или просто возможность работать хорошо. Однако ни для кого не секрет, что работа некоторых, а скорее большинства, еще совсем далека от элементарной нормы. Иногда это идет от недостатков

общей организации труда, а иногда и от субъективных причин, относящихся к конкретному специалисту.

Какими бы «психологическими защитами» ни прикрывали они свое нежелание или невозможность изменяться, а может быть, и несоответствие своих психофизиологических особенностей избранному виду деятельности, они обязательно получают достаточно большую порцию стресса в широком ассортименте психологических факторов.

Еще одним потенциально возможным стрессогенным фактором для лиц среднего возраста являются интенсивные изменения, происходящие во всех сферах современного общества и порой требующие от человека коренного изменения мышления и поведения.

Профилактика попыток суицида. Предупреждение побуждений к самоубийству и повторных суицидальных попыток у подростков группы риска относится к одной из важных задач родителей, воспитателей и школьных психологов. Вот некоторые формы профилактики подростковой суицидности:

- неукоснительное соблюдение педагогической этики, требований педагогической культуры в повседневной работе каждого воспитателя или учителя;

- освоение хотя бы минимума знаний возрастной психопатологии, а также соответствующих приемов индивидуально-педагогического подхода, лечебной педагогики и психотерапии;

- раннее выявление контингента риска на основе знания его характеристики в целях динамического наблюдения и своевременной психолого-педагогической коррекционной работы;

- активный патронаж семей, в которых проживают учащиеся группы риска, с использованием приемов семейной психотерапии, оказанием консультативной помощи родителям и психолого-педагогической помощи детям;

- неразглашение факторов суицидальных случаев в школьных коллективах;

- рассмотрение угрозы самоубийства в качестве признака повышенного суицидального риска;

- усиление внимания родителей к порядку хранения лекарственных средств, а также к суицидогенным психологическим факторам;

- проведение при необходимости тактичной консультации подростка с психологом, психотерапевтом, психиатром;
- формирование у учащихся таких понятий, как «ценность человеческой жизни», «цели и смысл жизни», а также индивидуальных приемов психологической защиты в сложных жизненных ситуациях;
- повышение стрессоустойчивости путем психологической подготовки подростка к сложным и противоречивым реалиям современной жизни, формирование готовности к преодолению ожидаемых трудностей;
- психологическая помощь школе, семье и подростку в целях предупреждения или ослабления действия факторов, обуславливающих возникновение психогенных реакций или декомпенсацию имеющихся у школьника нервно-психических расстройств.

Для осуществления этого перечня необходимо:

- повышение уровня психологической подготовки учителей, социальных педагогов, родителей;
- увеличение численности школьных психологов, владеющих знаниями возрастной психологии и психотерапии;
- создание различных внешкольных форм психологической помощи: территориальных психологических консультаций, включающих в свою структуру психиатра, психотерапевта, юриста и других специалистов; телефона доверия для анонимной психологической помощи при кризисных состояниях и др.

Таким образом, для создания системы профилактики суицидов у детей и подростков необходим комплекс организационно-педагогических мер, который бы на деле обеспечил реализацию провозглашаемых принципов гуманизации в воспитании и образовании.

Вопросы и задания для самоконтроля

1. Что такое танатофобия?
2. Как относятся к смерти основные мировые религии?
3. Каковы особенности отношения к смерти в подростковом возрасте?
4. Какие реакции могут происходить в ответ на опасность и близость смерти?
5. Перечислите стадии приспособления к умиранию.

6. Что такое эвтаназия? Виды эвтаназии?
7. Что такое суицидальное поведение?
8. Суицид с точки зрения философии. Кто из философов отражал проблему самоубийства в своих работах?
9. Каково отношение религии к самоубийцам?
10. Является ли самоубийства результатом психического расстройства?
11. Перечислите социальные факторы, приводящие к суициду?
12. При каких типах акцентуации характера отмечается склонность к самоубийству?
13. Перечислите типы суицидальных попыток.
14. Охарактеризуйте людей склонных к суициду.
15. Сколько типов суицидального поведения существует?
Охарактеризуйте каждый из них.
16. На какой возраст приходится пик суицидов?
17. Каковы причины самоубийств у подростков?
18. Как можно предотвратить попытки самоубийства в подростковом возрасте?

ГЛАВА 7.

ПЕРВИЧНЫЕ НАВЫКИ РАБОТЫ С ПРОБЛЕМОЙ ЛИЧНОСТИ

7.1. Виды психологической помощи

Оказание психологической помощи – одна из наиболее значимых проблем в клинической психологии. Она необходима здоровым людям (клиентам) с разнообразными житейскими проблемами, находящимся в кризисном состоянии, а также больным (пациентам) с различными психическими и соматическими заболеваниями, имеющими психологические проблемы, невротические и психосоматические расстройства, а также характерологические и личностные отклонения.

В психологической парадигме требуется переход от классификации, основанной на феномене болезни (медицинская парадигма), к собственно психологической классификации человеческих проблем. Изучение основных видов психологической помощи, методов работы приводит к заключению, что на настоящий момент и, скорее всего, в ближайшем будущем, единое основание для классификации вряд ли будет найдено. Причиной этого является многообразие существующих видов, типов и форм, уровней, а также школ психологической помощи.

Все виды и формы психологической помощи имеют общие черты и свои отличия. Есть общая цель – помощь и поддержка личности в процессе ее становления и развития, избавление человека от того, что мешает быть счастливым и гармоничным в окружающем мире.

Психологическая помощь – область практического применения психологии, ориентированная на повышение социально-психологической компетентности людей. Она может быть адресована как отдельному субъекту, так и группе, организации.

Основные организационные формы оказания психологической помощи:

1. Индивидуальное консультирование (экстренная психологическая помощь в экстренных ситуациях (телефон доверия); индивидуальная психолого-педагогическая помощь; индивидуальное

психологическое консультирование; катарсическая психотерапия; библиотерапия; психоанализ).

2. Семейное консультирование (тренинг эффективности родителя; поведенческая терапия; коллаборативная терапия (терапия совместного проживания); конкурентная терапия).

3. Групповое консультирование (ролевой и коммуникативный тренинг; психодрама; тренинг сензитивности (эмпатии); группы встреч; разъяснительная психотерапия (лекции); телесно-ориентированные тренинги; арт-терапия; тренинг делового общения; групп-анализ).

Принципы психологической помощи:

- Доброжелательное и безоценочное отношение к клиенту, подразумевает «целый комплекс профессионального поведения, направленного на то, чтобы клиент чувствовал себя спокойно и комфортно». Консультанту необходимо уметь внимательно слушать клиента, стараясь понять его, не осуждая при этом, а также оказывать психологическую поддержку и помощь.

- Ориентация психолога на нормы и ценности клиента, а не на социально принятые нормы и правила, которая может позволить клиенту быть искренним и открытым. Отношения принятия ценностей клиента и их уважение являются не только возможностью выразить поддержку клиенту, но также позволяют повлиять в будущем на эти ценности, если они станут рассматриваться в процессе консультирования как препятствие для нормальной жизнедеятельности человека.

- Запрет давать советы. Психолог не должен давать гарантированный совет клиенту. Связано это с тем, что жизнь клиента и контекст её протекания непредсказуем, клиент является основным экспертом в своей собственной жизни. Дать совет – значит принять ответственность за жизнь клиента в случае, если он им воспользуется, что не способствует развитию его личности. Любые неудачи в реализации совета клиентом, могут приписываться психологу, как давшему совет авторитету, что мешает пониманию клиентом своей активной и ответственной роли в происходящих с ним событиях.

- Анонимность означающая, что никакая информация, сообщённая клиентом психологу, не может быть передана без его согласия ни в какие организации и другим лицам, в том числе родственникам или

друзьям. Вместе с тем, существуют исключения (о которых психолог должен заранее предупреждать клиента), специально отмеченные в законодательстве страны, в соответствии с законами которой осуществляется профессиональная деятельность психолога.

- Разграничение личных и профессиональных отношений – это требование к консультанту, связано с рядом психологических феноменов, влияющих на процесс психологической помощи. Например, известно, что на профессиональные отношения могут влиять личные отношения, в частности личные потребности и желания психолога влияют как на процесс психологической помощи, так и на самого клиента, а следовательно, могут препятствовать эффективному осуществлению психологической помощи. Если же такие или подобные им отношения появляются, то необходимо стараться действовать в интересах клиента и как можно скорее прервать процесс психологической помощи.

В клинической психологии психологическая помощь включает предоставление человеку информации о его психическом состоянии, причинах и механизмах появления у него психологических или психопатологических феноменов, а также активное целенаправленное психологическое воздействие на индивида с целью гармонизации его психической жизни, адаптации к социальному окружению, купированию психопатологической симптоматики и реконструкции личности для повышения порога фрустрационной толерантности, формирования стрессоустойчивости и невротозустойчивости.

Основными способами оказания психологической помощи в клинической психологии являются психологическое консультирование, психологическая коррекция (психокоррекция) и психотерапия. Все они направлены на различные стороны личности, но различаются по целям и способам воздействия. Все виды психологической помощи могут применяться отдельно и в сочетании.

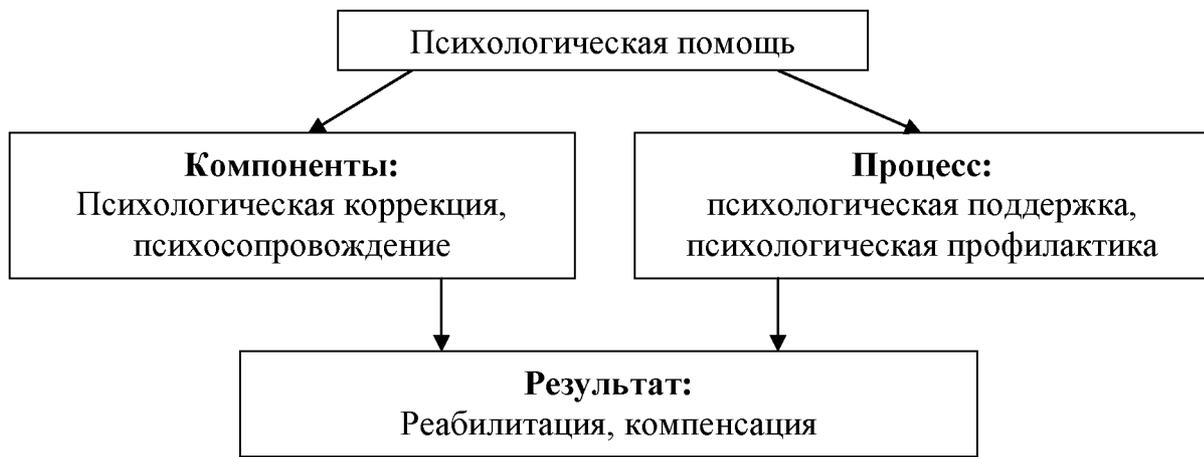


Рис. 1. Виды психологической помощи

7.2. Психологическое консультирование

Психологическое консультирование – главной целью его является научно организованное информирование клиента (пациента) о его психологических проблемах с учетом его личностных ценностей и индивидуальных особенностей с целью формирования активной личностной позиции, специфического мировоззрения и взгляда на жизнь (принципиальные и непринципиальные стороны человеческого существования, формирование иерархии ценностей).

Психологическое консультирование включает в себя множество различных направлений работы с людьми, в которых участвуют профессиональные психологи или используются психологические знания. Таким образом, первой составляющей этого вида профессиональной деятельности является теория и практика психологического консультирования. Вторая составляющая включает в себя знание специфики профессиональной деятельности, которая оказывает огромное влияние, как на психологию человека, так и на условия, в которых осуществляется консультирование. Консультантам-психологам приходится работать в режиме индивидуального и массового (коллективного) консультирования субъектов и объектов деятельности. Каждый из них требует от психолога особых знаний и навыков, особенно знаний этапов и принципов реализации психологического консультирования.

Целями психологического консультирования являются:

– облегчение изменения поведения;

- совершенствование способностей человека устанавливать и поддерживать взаимоотношения;
- увеличение продуктивности человека и его способности к преодолению трудностей;
- помощь в процессе принятия решений;
- способствование раскрытию и развитию потенциальных возможностей человека

Консультирование помогает человеку выбирать и действовать по своему усмотрению, помогает человеку выбирать и действовать по своему усмотрению, помогает обучаться новому поведению, способствует развитию личности. Консультация психолога может быть полезна всем взрослым людям, которые ощущают:

- беспокойство, страхи или бессилие;
- раздражительность;
- плохое настроение, апатию;
- бессонницу
- суицидальные мысли
- игровую и другие зависимости
- чувство неудовлетворения жизнью, работой, семейным положением, самим собой.

Психологические консультации часто необходимы подросткам:

- которые чувствуют себя непонятными в своем окружении и семье;
- страдают от недостатка уверенности в себе;
- испытывают затруднения в общении со сверстниками;
- сомневаются в своих способностях;
- боятся будущего, тревожатся по поводу своей внешности и сексуальных отношений.
- испытывают дефицит любви.
- страдают от разного рода страхов, плохо учатся, часто болеют.

Психологические консультации могут помочь семьям и супружеским парам:

- которые испытывают сложности и конфликты во взаимоотношениях друг с другом, с детьми, с родителями;
- а также тем, кто решил расстаться и наладить вновь свою личную жизнь.

Консультирование в большей степени ориентируется на психологическое воздействие, так как учитывает цели пациента. Вследствие этого в процессе консультирования с помощью специальных методов воздействия осуществляется нормализация психического состояния индивида, расширение представлений о себе, ситуации, вариантах преодоления жизненных сложностей, внутриличностных конфликтов и приобретения навыков психологической защиты и компенсации.

Принципы психологического консультирования. Основными принципами психологического консультирования называются условия, без которых психологическое консультирование не может состояться. Три необходимых составляющих психологического консультирования это – консультант, человек и терапевтические отношения между ними.

Первое условие эффективного консультирования – личность консультанта. Поскольку личность консультанта является его орудием труда, ее полнота и целостность приобретают важное значение для эффективности консультирования.

Консультант должен обладать следующими свойствами личности:

- проявление глубокого интереса к людям и терпение в общении с ними;
- чувствительность к установкам и поведению других людей;
- эмоциональная стабильность и объективность;
- способность вызывать доверие других людей;
- уважение прав других людей;
- проницательность;
- отсутствие предубеждений;
- само понимание;
- сознание профессионального долга.

Следующим основным принципом психологического консультирования является психологический контакт. Доверительный контакт консультанта и человека, основанный на безусловном уважении, эмпатии, теплоте и искренности консультанта по отношению к человеку, является неотъемлемой по мнению многих профессионалов.

Существуют так же термины «рабочий альянс», «рабочий союз», «рабочие отношения». Рабочий альянс представляет собой те аспекты

взаимоотношений между консультантом и человеком, которые фиксируются в консультативном контракте: имеется в виду договоренность работать в определенном режиме с целью избавления человека от его психологических проблем. Рабочий альянс превалирует, когда человек откровенно рассказывает о своих мыслях и чувствах и анализирует их совместно с психотерапевтом. Специфика консультативного контакта меняется от одного человека к другому. Характер консультативного контакта зависит от теоретической ориентации консультанта.

Проведение психологического консультирования. Основные этапы:

1. Подготовительный этап. На этом этапе психолог-консультант знакомится с человеком по предварительной записи, имеющейся о нем в регистрационном журнале, а также по той информации о человеке, которую можно получить от третьих лиц, например от человека предприятий, руководителя организации, коллег по работе. На данном этапе работы психолог-консультант, кроме того, сам готовится к проведению консультации.

2. Настраивающий этап. На данном этапе психолог-консультант лично встречает человека, знакомится с ним и настраивается на совместную работу с человеком. Человек должен принять решение о своем вступлении в процесс консультирования вполне осознанно, поэтому до начала процесса консультирования психолог-консультант обязан предоставить человеку максимум информации о процессе консультирования, а именно: об основных целях консультирования, о своей квалификации, о приблизительной продолжительности консультирования, о целесообразности консультирования в данной ситуации, о границах конфиденциальности. Не следует вселять в человека надежду на помощь, которую психолог не в силах оказать. Результатом этой части беседы должно стать осознанное решение человека о вступлении в процесс консультирования.

3. Диагностический этап. На данном этапе психолог-консультант выслушивает исповедь человека и на основе ее анализа проясняет, уточняет проблему человека. Основное содержание данного этапа составляет рассказ человека о себе и о своей проблеме, а также психодиагностика человека, если возникает необходимость ее проведения

для уточнения проблемы человека и поиска оптимального ее решения. Достаточно точно установить время, необходимое для проведения данного этапа психологического консультирования, не представляется возможным, так как многое в его определении зависит от специфики проблемы человека и его индивидуальных особенностей.

4. Рекомендательный этап. Психолог-консультант, собрав на предыдущих этапах необходимую информацию о человеке и его проблеме, на данном этапе вместе с человеком вырабатывает практические рекомендации по решению его проблемы. Здесь эти рекомендации уточняются, проясняются, конкретизируются во всех существенных деталях. На этом этапе психолог-консультант должен помочь человеку сформулировать возможные альтернативы привычному поведению, а затем, внимательно анализируя и критически оценивая их, выбрать тот вариант, который для человека является наиболее подходящим.

5. Контрольный этап. На данном этапе психолог-консультант и человек договариваются друг с другом о том, как будет контролироваться и оцениваться практическая реализация человеком полученных им практических советов и рекомендаций. Завершающий этап психологического консультирования включает в себя следующие моменты: подведение итогов консультации и расставание с человеком.

Назначение психологического консультирования заключается в том, чтобы помочь людям понять и прояснить собственные взгляды на их жизненное пространство и научить их достигать собственных, самостоятельно определяемых целей посредством осуществления сознательного выбора и решения проблем эмоционального и межличностного характера.

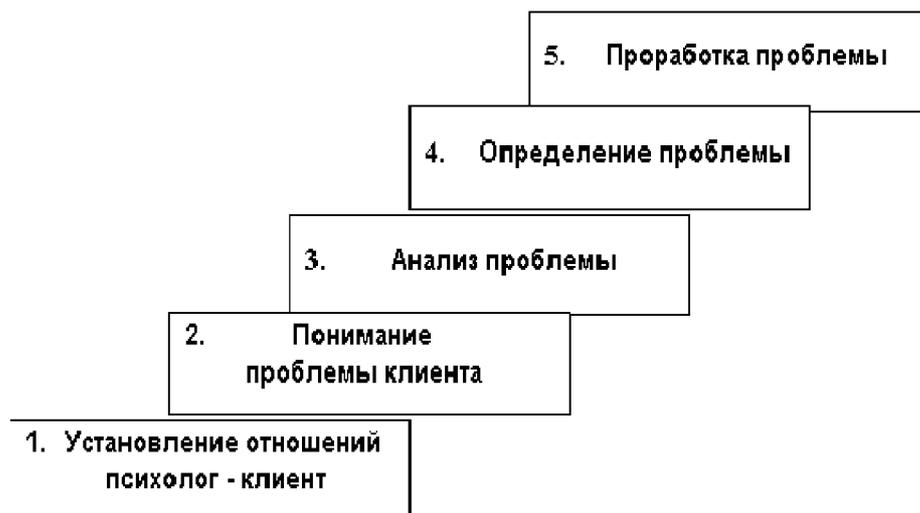


Рис. 2. Основные этапы проведения психологического консультирования

Виды психологического консультирования:

1. Проблемно-ориентированное консультирование. Акцент здесь делается на модификации поведения, анализе внешних причин проблемы. Цель работы с клиентом: формирование и укрепление способности клиента к адекватным ситуации действиям, овладение техниками, позволяющими улучшить самоконтроль. Много приемов, используемых в рамках этого направления, взято из поведенческой терапии.

2. Личностно-ориентированное консультирование. Центрировано на анализе индивидуальных, личностных причин проблемы, процессе складывания деструктивных личностных стереотипов, предотвращении подобных проблем в будущем. Консультант здесь принципиально воздерживается от советов и организационной помощи, так как это уводит в сторону от внутренних, глубинных причин проблемы. Много приемов, используемых в рамках этого направления, взято из многочисленных психоаналитических и постпсихоаналитических течений западной психотерапии. Прежде всего, сюда следует отнести техники гештальттерапии, гуманистической психотерапии.

3. Решение – ориентированное консультирование. Упор здесь делается на активацию собственных ресурсов клиента для решения проблемы. Представители этого подхода обращают внимание на тот факт, что анализ причин проблемы неминуемо приводит к усилению чувства вины у клиента, что является препятствием к сотрудничеству психолога-консультанта и клиента. Много приемов, используемых в рамках этого подхода, взято из краткосрочной позитивной терапии.

7.3. Психологическая коррекция

Психологическая коррекция понимается как деятельность специалиста по исправлению (корректировке) тех особенностей личности, психического развития клиента, которые не являются оптимальными для него. Ее целью является выработка и овладения навыками адекватной для индивида и эффективной для сохранения здоровья и психической деятельности, способствующей личностному росту и адаптации человека в обществе.

Психологическая коррекция в большей степени ориентируется на процессы манипулирования, управления и формирования, что обычно связано с неспособностью человека самостоятельно (даже при приобретении знаний и навыков саморегуляции) изменить параметры своей психической деятельности в силу аномалий или дефектов психики.

Три основных направления и области постановки коррекционных целей:

1. Оптимизация социальной ситуации развития.
2. Развитие видов деятельности ребенка.
3. Формирование возрастно-психологических новообразований.

Основные принципы психологической коррекции. Принцип единства диагностики и коррекции отражает целостность процесса оказания психологической помощи как особого вида практической деятельности психолога. Этот принцип является основополагающим всей коррекционной работы, так как эффективность коррекционной работы на 90 % зависит от комплексности, тщательности и глубины предшествующей диагностической работы.

Принцип нормативности развития. Нормативность развития следует понимать как последовательность сменяющих друг друга возрастов, возрастных стадий онтогенетического развития.

Таким образом, при оценке соответствия уровня развития ребенка возрастной норме и формулировании целей коррекции необходимо учитывать следующие характеристики:

1. Особенности социальной ситуации развития.
2. Уровень сформированности психологических новообразований на данном этапе возрастного развития.
3. Уровень развития ведущей деятельности ребенка, ее оптимизация.

Кроме понятия «возрастная норма» психологу приходится встречаться с понятием «индивидуальная норма», которая позволяет наметить в пределах возрастной нормы развития программу оптимизации развития для каждого конкретного клиента с учетом его индивидуальности и самостоятельного пути развития.

Принцип коррекции «сверху вниз». Данный принцип раскрывает направленность коррекционной работы. В центре внимания психолога стоит завтрашний день развития, а основным содержанием коррекционной деятельности является создание «зоны ближайшего развития» для клиента. Коррекция по принципу «сверху вниз» носит опережающий характер и строится как психологическая деятельность, нацеленная на своевременное формирование психологических новообразований.

Принцип коррекции «снизу вверх». При реализации этого принципа в качестве основного содержания коррекционной работы рассматриваются упражнения и тренировка уже имеющихся психологических способностей. Этот принцип реализуется в основном сторонниками поведенческого подхода. В их понимании коррекция поведения должна строиться как подкрепление (положительное или отрицательное) уже имеющихся шаблонов поведения с целью закрепления социально-желательного поведения и торможения социально-нежелательного поведения.

Принцип системности развития психологической деятельности. Этот принцип задает необходимость учета в коррекционной работе профилактических и развивающих задач. Системность этих задач отражает взаимосвязанность различных сторон личности и гетерохронность (т.е. неравномерность) их развития. В силу системности строения психики, сознания и деятельности личности все аспекты ее развития взаимосвязаны и взаимообусловлены. При определении целей и задач коррекционно-развивающей деятельности нельзя ограничиваться лишь актуальными на сегодняшний день проблемами, а необходимо исходить из ближайшего прогноза развития. Вовремя принятые превентивные меры позволяют избежать различного рода отклонений в развитии, а тем самым необходимости развертывания в целом системы специальных коррекционных мероприятий.

Деятельностный принцип коррекции. Данный принцип определяет сам предмет приложения коррекционных усилий, выбор средств и

способов достижения цели, тактику проведения коррекционной работы, пути и способы реализации поставленных целей.

Суть его заключается в том, что генеральным способом коррекционно-развивающего воздействия является организация активной деятельности клиента, в ходе реализации которой создаются условия для ориентировки в трудных, конфликтных ситуациях, организуется необходимая основа для позитивных сдвигов в развитии личности. Коррекционное воздействие всегда осуществляется в контексте той или иной деятельности, являясь средством, ориентирующим активность.

Классификация психологической коррекции. Психологическую коррекцию различают:

- По характеру направленности выделяют: симптоматическую; каузальную. Психокоррекцию различают по содержанию: познавательной сферы; личности; аффективно-волевой сферы; поведенческих аспектов; межличностных отношений; внутригрупповых взаимоотношений (семейных, супружеских, коллективных); детско-родительских отношений.

- По форме работы с клиентом: индивидуальную; групповую – в закрытой естественной группе (семья, класс, сотрудники и т.д.); в открытой группе для клиентов со сходными проблемами; смешанную форму (индивидуально-групповую).

- По наличию программ: программированную; импровизированную.

- По характеру управления корригирующими воздействиями: директивную; недирективную.

- По продолжительности: сверхкороткую (сверхбыструю); короткую (быструю); длительную; сверхдлительную.

- По масштабу решаемых задач: общую; частную; специальную.

Человек устроен таким образом, что ему свойственно стремиться к внутреннему равновесию, гармонии, физическому и психическому здоровью.

Психологическая коррекция ориентирована на клинически здоровую личность людей, имеющих в повседневной жизни психологические трудности, проблемы, жалобы невротического характера, а также на людей, чувствующих себя хорошо, однако желающих изменить свою жизнь либо ставящих перед собой цель развития личности.

Специальная психологическая коррекция – это комплекс приемов, методик и организационных форм работы с клиентом или группой клиентов одного возраста, являющихся наиболее эффективными для достижения конкретных задач формирования личности, отдельных ее свойств или психических функций, проявляющихся в отклоняющемся поведении и затрудненной адаптации (застенчивость, агрессивность, неуверенность, сверхнормативность или асоциальность, неумение действовать по правилам и удерживать взятую на себя роль, четко излагать свои мысли, боязливость, аутичность, склонность к стереотипии, конфликтность, завышенная самооценка и т.д.).

Таким образом, специальная психологическая коррекция призвана исправлять последствия неправильного воспитания, нарушившего гармоническое развитие, социализацию личности. Негативные аспекты могут быть обусловлены как субъективными, так и объективными факторами.

Основное отличие психокоррекции от воздействий, направленных на психологическое развитие человека, заключается в том, что психокоррекция имеет дело с уже сформированными качествами личности или видами поведения и направлена на их переделку, в то время как основная задача развития состоит в том, чтобы при отсутствии или недостаточном развитии сформировать у человека нужные психологические качества.

7.4. Психотерапия как вид психологической помощи

Психотерапия – система комплексного лечебного вербального и невербального воздействия на эмоции, суждения, самосознание человека при различных заболеваниях (психических, нервных, психосоматических). Основной своей задачей психотерапия ставит купирование психопатологической симптоматики, посредством чего предполагается достижение внутренней и внешней гармонизации личности.

В психотерапии обычно имеет место стремление к глубокому анализу проблем пациента с ориентацией на бессознательные процессы, структурную перестройку личности.

Классификация психотерапии:

- По характеру воздействия.

- По этиопатогенетическому принципу.
- По цели воздействия.
- По участию в ней больного.
- По виду воздействия врача.
- По источнику воздействия.
- По направленности относительно патогенных установок.
- По тактике врача.
- По числу лиц, с которыми работает врач.

Цели психотерапии. Общую для большинства психотерапевтических подходов цель психотерапии можно сформулировать следующим образом: общая цель психотерапии состоит в помощи пациентам изменить свое мышление и поведение таким образом, чтобы стать более счастливыми и продуктивными. При работе с пациентами эта цель дифференцируется на ряд задач, а именно:

- 1) терапевт помогает пациенту лучше понять свои проблемы;
- 2) устраняет эмоциональный дискомфорт;
- 3) поощряет свободное выражение чувств;
- 4) обеспечивает пациента новыми идеями или информацией о том, как решать проблемы;
- 5) помогает пациенту в проверке новых способов мышления и поведения за пределами терапевтической ситуации.

Психотерапия является специфическим методом лечения, так как лечебный эффект достигается информацией и эмоциональным зарядом. Психотерапия может применяться как самостоятельно, так и в комплексе с другими методами лечения.

Методы психотерапии. Под методом понимается общий принцип лечения, вытекающий из понятия сущности заболевания.

Психоанализ. Метод психотерапии, основанный на изучении бессознательного с точки зрения психоанализа, причинами нервно-психических расстройств являются травмирующие психику пациента какие-либо события в его сексуальной сфере, произошедшие в детстве, память о которых вытеснена за пределы сознания, и, соответственно, цель психоаналитической терапии – найти эти причины и сделать эти события фактом сознания. Курс классического психоанализа, как правило, продолжается несколько лет, при этом сеансы проводятся от трёх до пяти раз в неделю. В настоящее время психоанализ

широко используется для коррекции личности и разрешения широкого спектра проблем, причинами которых являются внутриличностные конфликты.

Поведенческая психотерапия направлена на рассмотрение поведенческих реакций, при этом каждая индивидуальная реакция основывается на предшествующем опыте и генетических особенностях. Центральное понятие метода поведенческой психотерапии это процесс формирования и поддерживания определённого поведения посредством его последствий.

Гештальт-терапия одно из самых модных направлений психотерапии. С точки зрения гештальттерапии, процессы саморегуляции организма основаны на постоянном формировании и завершении фигур (гештальтов). В центре восприятия оказывается то, что имеет наибольшее значение для человека в данный момент, т.е. неудовлетворённая потребность. Как только потребность удовлетворена, гештальт теряет своё значение, также отходит в фон и его место занимает новая фигура. Из попеременного формирования и завершения гештальтов складывается естественный ритм жизнедеятельности организма.

Телесно-ориентированная психотерапия Основоположник этого метода – соратник и ассистент Фрейда Вильгельм Райх. Проводя психоаналитические сеансы, он обратил внимание на напряжённые позы своих пациентов, и что они производят впечатление «законных в панцирь». Он посчитал, что мышечные зажимы напрямую связаны с психическим состоянием пациента и стал искать способы воздействия, приводящие к ослаблению и снятию излишнего мышечного напряжения. Оказалось, что если распустить «мышечный панцирь» у пациента, используя массаж и специальные упражнения, то можно добиться значительного улучшения состояния или выздоровления пациента значительно быстрее и эффективнее, нежели используя традиционную психоаналитическую процедуру.

Когнитивная психотерапия. Представители когнитивной психотерапии считают, что всё, что необходимо человеку для решения его психологических проблем и устранения нервно-психических расстройств находится в рамках сознания человека. Сам процесс когнитивной психотерапии направлен на изменение отношения к событиям

из невротической в более реалистическую сторону и обучение клиента определять у себя и блокировать мало адаптивные мысли.

Психодрама автор этого метода Якоб Леви Морено (1892–1974) является основателем не только психодрамы, но и групповой психотерапии вообще. Первоначально «Театр спонтанности», так назывался первый проект Морено, был задуман как новое развлечение достаточно серьёзного характера – основной задачей этого проекта было «реализовать творческое «Я» на подмостках театра жизни». Однако, отметив в качестве побочного эффекта личностные изменения в гармонизации психического развития у тех, кто участвовал в его проекте, Морено стал целенаправленно работать над разработкой психодрамы как лечебного метода.

Арт-терапия термин введён Адрианом Хиллом в 1938 году. С точки зрения арт-терапевтов, внутреннее «Я» человека отражается в зрительных образах человека всякий раз, когда он рисует, пишет картину, или лепит скульптуру, не особенно задумываясь о своём произведении. Арт-терапия в основном используется в работе с душевнобольными, и в качестве вспомогательного метода в психокоррекционных группах. Также арт-терапия применяется при работе с детьми. Основные цели арт-терапии, следующие: привести к социально приемлемому выходу агрессивности и другим негативным чувствам; облегчить процесс лечения; получить материал для интерпретации и диагностических заключений; проработать подавляемые мысли и чувства; наладить отношения между терапевтом и пациентом, а также развить художественные способности и повысить самооценку.

Основные направления психотерапии:

- личностно-ориентированную психотерапию;
- суггестивную психотерапию;
- поведенческая психотерапия;
- эмоционально-стрессовую психотерапию;

Несмотря на различия в теориях, целях и процедурах, психологическое лечение сводится к тому, что один человек пытается помочь другому (даже в том случае, когда речь идет о групповой психотерапии, при которой каждый участник является своего рода психотерапевтом по отношению к другому члену группы).

Психотерапия не может стоять вне клиники, а психотерапевт должен быть грамотным клиницистом. Сейчас психотерапия вышла за рамки психиатрии и невропатологии.

Современные тенденции и перспективы развития психотерапии.

Развитие психотерапии как научной дисциплины и медицинской специальности выражается в первую очередь в создании более совершенных психотерапевтических теорий, подходов и методов, критерием развития которых в конечном счете является их результативность.

При рассмотрении современных тенденций совершенствования психотерапии важен учет усиливающегося интегративного движения. Современный этап можно определить, как этап интегративной психотерапии. Интегративные методы предполагают активное отражение и использование в психотерапии достижений смежных наук, и в первую очередь психиатрии и других клинических дисциплин. Более совершенными следовало бы считать методы психотерапии, которые учитывают при лечении различные проявления заболевания, особенности личности, индивидуального и социального функционирования пациента. Не случайно психотерапия все более сближается с социальной психологией, а также с теорией и практикой психологического консультирования.

Развитие психотерапии в настоящий период связано с внедрением в психотерапевтический процесс новейших технических средств, прежде всего видеотехники, значительно расширяющей границы использования различных методов и создающей необходимые предпосылки для развития интегративных подходов в этой области. Пациенты впервые получают возможность объективно наблюдать собственное поведение, анализировать скрытые причины своих переживаний и поступков. Психотерапевт с помощью видеотехники может активизировать познавательные процессы больных с учетом исходных целей психотерапии, путей их достижения и индивидуальных особенностей пациентов и как следствие более дифференцированно и направленно применять различные методы психотерапевтических воздействий. Современная видеотехника совместима с компьютерными системами и в сочетании с ними образует видеокomпьютерные комплексы (видеокomпьютеры). Видеокomпьютеры позволяют конструировать так называемую третью реальность, в которой наглядно

представлены различные ситуации из будущего на основании имеющейся информации или восстанавливается давно утраченная информация по сохранившимся ее элементам. Третья реальность (создаваемая посредством компьютерных систем), или виртуальное пространство, – это наглядные картины ожидаемых (прогнозируемых) результатов лечения каждого больного уже в самом начале психотерапии и, следовательно, возможность своевременно произвести в ней необходимые коррективы и проверить ее результативность путем моделирования. Можно полагать, что в недалеком будущем от активного применения видеотехники психотерапевтами-профессионалами, от их умения использовать новые информационные технологии во многом будет зависеть дальнейшее развитие теории и практики психотерапии.

Вопросы и задания для самоконтроля

1. Дайте определение психотерапии.
2. Что вы понимаете под психологической помощью?
3. Какие виды психотерапии вы знаете?
4. Способы воздействия психотерапевта на человека?
5. Когда и по отношению к кому можно применить психотерапию?
6. Дайте определение психологической коррекции.
7. Перечислите принципы психологической коррекции.
8. Какая существует классификация психологической коррекции?
9. Какое современное развитие имеет психотерапия?
10. В чем суть психологической помощи?
11. Формы оказания психологической помощи?
12. Перечислите принципы психологической помощи.
13. Что такое психологическое консультирование?
14. Суть принципов в психологическом консультировании?
15. Как строится проведение психологического консультирования?
16. Перечислите все принципы психологического консультирования.
17. Перечислите основные методы психотерапии.

18. Какими свойствами личности должен обладать консультант?

19. Какими законами конфиденциальности должен обладать психолог?

20. Объясните суть работы психолога.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Абабков В. А. Защитные психологические механизмы и копинг: анализ взаимоотношений. // Актуальные проблемы клинической психологии и психофизиологии: материалы научно-практической конференции «Ананьевские чтения – 2008» / Под ред. Л. А. Цветаевой. – СПб, 2008. – 87с.
2. Абабков В. А, Перре М. Адаптация к стрессу. Основы теории, диагностики, терапии. – СПб, 2004. – 166 с.
3. Абрамова Т. С, Юдчиц Ю. А. Психология в медицине: Учеб. пособие. – М.: ЛПА «Кафедра-М», 2004. – 285с.
4. Александровский Ю. А. Состояния психической дезадаптации и их компенсации / Ю. А. Александровский. – М.: Медицина, 2006. – 170 с.
5. Апчел В. Я, Цыган В. Н. Стресс и стрессоустойчивость организма. – СПб.: Питер, 2009. – 86 с.
6. Астапов, В. М. Тревожность у детей / В. М. Астапов. – 2-е изд. – СПб.: Питер, 2009. – 239 с.
7. Байкова И. А. Клиника и современная терапия тревожных расстройств. – Минск, БелМАПО 2009. – 234с.
8. Барнесс Э. Мур и Бернارد Д. Файн Психоаналитические термины и понятия. Словарь. Пер. с англ. Боковикова А. М., Гриншпуна И. Б., Фильца А. – М.: «Класс», 2009. – 304 с.
9. Белинская Е. П., Тихомандрицкая О. А. Социальная психология: Хрестоматия: Учебное пособие для студентов вузов. – М.: Аспект Пресс, 2009. – 475 с.
10. Бодров В. А. Информационный стресс/ В. А. Бодров// – М.: ПЕР СЭ, 2004. – 382 с.
11. Буланова-Топоркова М. В. Педагогика и психология высшей школы: Учебное пособие. – Ростов н/Д.: Феникс, 2002. – 544 с.
12. Вальдман А. В. Психофизиологическая регуляция эмоционального стресса/А. В. Вальдман//Актуальные проблемы стресса. – Киченев: «Штнинца», 2006. – 344 с.
13. Вострокнутов Н. В. Школьная дезадаптация: ключевые проблемы диагностики и реабилитации / Н. В. Вострокнутов // Школьная дезадаптация. Эмоциональные и стрессовые расстройства у детей и подростков. – М., 2009. – 145 с.
14. Грановская, Р. М. Элементы практической психологии / Р.М. Грановская. – 3-е изд., с изм. и доп. – СПб.: Свет, 2007. – 253 с.
15. Гримак, Л. П. Резервы человеческой психики: Введение в психологию активности. – М.: Политиздат, 2009. – 119 с.
16. Губачев, Ю. М., Иевлев, Б. В., Карвасарский Б. Д. и др. Эмоциональный стресс в условиях нормы и патологии. – Л.: Медицина, 2006, – 224 с.
17. Гуревич, П. С. Психология: учеб. пособие. – М.: Знание, 2006. – 108 с.

18. Гуревич П. С. Практическая психология для всех: Клинический психоанализ. – М: ОЛМА Медиа Групп, ОЛМА-Пресс Образование, 2007. – 512 с.
19. Гуревич П. С. Психоанализ: учеб. Пособие для студентов вузов. – М.: ЮНИТИ – ДАНА, 2007. – 479 с.
20. Данилова Н. Н., Крылова А. Л. Физиология высшей нервной деятельности. – Ростов-на-Дону Феникс, 2007. – 372 с.
21. Диагностика школьной дезадаптации / под ред. С. А. Беличевой, И. А. Коробейникова, Г. Ф. Кумариной. – М., 2009. – 121 с.
22. Дивицына, Н. Ф. Социальная работа с неблагополучными детьми и подростками. Конспект лекций / Н. Ф. Дивицына. – Ростов Н/Д: «Феникс», 2005. – 288 с.
23. Дробинская А.О. Школьные трудности "нестандартных" детей / А. О. Дробинская. – М.: Школа-Пресс, 2009. – 164 с.
24. Зиглер Д. Теории личности. – СПб.: Питер, 2006. – 607с.
25. Иовчук Н. М. Детско-подростковые психические расстройства / Н. М. Иовчук – М.: НЦЭНАС, 2008. – 213 с.
26. Исаев Д. Н. Психосоматическая медицина/ Д. Н. Исаев // – СПб.: Медицина, 2004. – 499 с.
27. Кабанов М. М., Личко А. Е., Смирнов В. М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. – Л.: Медицина, 2009. –309с.
28. Каменская В. Г. Психологическая защита и мотивации в структуре конфликта: учебное пособие для студентов педагогических и психологических специальностей / В. Г. Каменская. – СПб.: Детство – пресс, 2009. – 97 с.
29. Карвасарский В. Д. Клиническая психология. – СПб: Питер, 2011. – 960 с.
30. Киршбаум Э. И., Еремеева И. И. Психологическая защита. – М.: Смысл. 2007. – 181 с.
31. Клубова Е. Б. Методы медицинской психологии в диагностике психологических защитных механизмов. Теория и практика медицинской психологии и психотерапии. – СПб.: НИПНИ им. В. М. Бехтерева. 2010. – 77 с.
32. Крысько В. Г. Социальная психология: Курс лекций / В. Г. Крысько. – М.: Омега, 2006. – 352 с.
33. Крылова Н. Р. Психология. – М.: Академия, 2008. – 415с.
34. Куликов Л. В., Михайлова О. А. Виды трудового стресса // Психология психических состояний. Вып. 3 / Под ред. А. О. Прохорова. – Казань, 2005. – 172 с.
35. Курпатов, А. В. Средство от депрессии. Практическое пособие.– 6-ое издание. – СПб.: Издательский Дом «Нева», 2008. – 256 с.
36. Лазарус, Р. С. Индивидуальная чувствительность и устойчивость к психологическому стрессу / Р. С. Лазарус // Психологические факторы на работе и охрана здоровья. – М.-Женева, 1999. – 126 с.

37. Лейбин В. М. Словарь-справочник по психоанализу. – М.: АСТ, 2010. – 956 с.
38. Личко А. Е. Внутренняя картина болезни. – Кишинев, 2004. – 170 с.
39. Лурия Р. А. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания: 2-е изд. – М., 2007. – 122 с.
40. Маклаков А. Г. Общая психология. – СПб.: Питер, 2008. – 583 с.
41. Маришук В. Л., Евдокимов В. И. Поведение и саморегуляция человека в условиях стресса. – СПб.: Сентябрь, 2006. – 256 с.
42. Мухина В. С. Детская психология. – М.: ООО Апрель Пресс, ЗАО Изд-во ЭКСМО-ПРЕСС, 2009. – 352 с.
43. Мэй Р. Проблема тревоги. / Р. Мэй. – М.: ЭКСМО-Пресс, 2009. – 327 с.
44. Мюррей Дж. Психические расстройства / В кн.: Неврология. Под ред. М. Самуэльса. – М., 2007. – 276 с.
45. Немчин Т. А. Состояние нервно-психического напряжения. – Л.: ЛГУ, 1999. – 166 с.
46. Никольская И. М. Психологическая защита у детей / И. М. Никольская, Р. М. Грановская. – СПб.: Речь, 2009. – 186 с.
47. Нордонэ Д. Страх, паника, фобия / Дж. Нордонэ. – Москва: Психотерапия, 2008, – 348 с.
48. «О мерах профилактики суицида среди детей и подростков». Письмо Минобразования России от 26. 01. 2010г.
49. «О мерах профилактики суицида среди детей и подростков» Письмо Минобразования России от 26. 01. 2000 № 22-06-86.
50. Осипова А. А. Общая психокоррекция. Учебное пособие. – М.: Сфера, 2009. – 510 с.
51. Перре М., Бауман У. Клиническая психология. – СПб.: Питер, 2007. – 312 с.
52. Петровский А. В., Ярошевский М. Г. Психология. Словарь. 2 изд. испр. и доп. – М.: Политиздат, 2008. – 494 с.
53. Попов С. Н. Физическая реабилитация: Учеб. метод. пособие для студентов вузов / Под. ред. С. Н. Попова. – Ростов-на-Дону: 2008. – 278 с.
54. Психология личности. Том 1. Хрестоматия / Под редакцией Райгородского В. К. – Ростов-на-Дону: «БАХРА-М», 2009. – 235 с.
55. Психология: словарь/ под ред. А. В. Петровского, М. Г. Ярошевского. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: Политиздат, 2009. – 343 с.
56. Романова Е. С., Гребенников Л. Р. Механизмы психологической защиты. Генезис. Функционирование. Диагностика. – Мытищи: «Талант», 1996. – 144 с.
57. Реан А. А., Коломинский Я. Л. Социальная педагогическая психология. – СПб.: ЗАО «Издательство «Питер»», 2008. – 237 с.

58. Рушман, Э.М. Надо ли убегать от стресса? – М.: Физкультура и спорт, 2008. – 89 с.
59. Селье Г. Стресс без дистресса. – М.: «Прогресс» 2006. 189 с.
60. Савченков Ю. И. Основы психофизиологии: учеб. пособие. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2007. – 271 с.
61. Свенцицкий А. Л. Социальная психология: Учебник. – М., 2007. – 336 с.
62. Сидоров, П. И., Парняков, А. В. Клиническая психология: учебник / П. И. Сидоров, А. В. Парняков. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 880 с.
63. Спилбергер Ч. Д. Концептуальные и методологические проблемы исследования тревоги // Тревога и стресс в спорте. – М.: Физкультура и спорт, 1983. – 124 с.
64. Спринц А. М, Михайлова Н. Ф, Шатова Е. П. – Медицинская психология: Учебник для средних медицинских учебных заведений. – Санкт-Петербург «СпецЛит» 2005. – 356с.
65. Стресс жизни: сборник / Л. М.Попова, И. В.Соколов. – СПб, ТОО «Лейла», 2004. – 384с.
66. Судаков, К. В. Психоэмоциональный стресс. – М.: НИИ им. П. К. Анохина РАМН, 2002. – 247 с.
67. Такман Б. В. Педагогическая психология / Б. В. Такман.– М.: Прогресс, 2004. – 602 с.
68. Тригранян Р. А. Стресс и его значение для организма (отв. ред. О. Г. Газенко. – М.: Наука, 2008. –171 с.
69. Тышлыков В. А. Психология лечебного процесса. – Л., 2002. – 348с.
70. Тюльпин Ю. Г, Медицинская психология: Учебная литература для студентов медицинских вузов. – М.: «Медицина», 2004. – 179с.
71. Фрейд А. Психология "Я" и защитные механизмы / А. Фрейд. – М., 2009. 167 с.
72. Фрейд З. О клиническом психоанализе. Избранные сочинения. – М.: Медицина, 2007. – 288 с.
73. Хекхаузен Х. Личностные и ситуационные подходы к объяснению поведения // Психология социальных ситуаций. Хрестоматия. / Сост. и общая редакция Н.В. Гришиной. – СПб.: Питер. 2008. – 493с.
74. Хрущ И. А.Тревожное фобическое расстройство детского возраста/ И. А. Хрущ. – Мн.: БГМУ, 2004. – 184 с.
75. Щербатых Ю.В. Психология стресса и методы коррекции. – СПб.: Питер, 2006. – 256 с.

ТЕЗАУРУС

Агорафобия – боязнь открытых дверей, открытого пространства; расстройство психики, в рамках которого появляется страх скопления людей, которые могут потребовать неожиданных действий; бессознательный страх, испытываемый при прохождении без провожатых большой площади или безлюдной улицы.

Акцентуации характера – это крайние варианты нормы, при которых отдельные черты характера чрезмерно усилены, вследствие чего обнаруживается избирательная уязвимость в отношении определенных психогенных воздействий при хорошей устойчивости к другим.

Амбивалентные чувства – комплекс эмоциональных состояний, связанных с двойственностью в отношении к человеку или явлению при одновременном его принятии и отвержении.

Арахнофобия – боязнь членистоногих и паукообразных, относится к числу самых распространённых фобий.

Астения (от др. – греч, σθένεια – бессилие), астеническое состояние, астенический синдром, астеническая реакция, нервно–психическая слабость, синдром хронической усталости – болезненное состояние, проявляющееся повышенной утомляемостью и истощаемостью с крайней неустойчивостью настроения, ослаблением самообладания, нетерпеливостью, неусидчивостью, нарушением сна, утратой способности к длительному умственному и физическому напряжению, непереносимостью громких звуков, яркого света, резких запахов. У больных также наблюдаются раздражительная слабость, выражающаяся повышенной возбудимостью и быстро наступающей вслед за ней истощаемостью, аффективная лабильность с преобладанием пониженного настроения с чертами капризности и неудовольствия, а также слезливостью.

Ауторегуляция – понятие, используемое в различных социальных науках, в частности в психологии, связанное с обеспечением самоорганизации различных видов психической активности человека.

Аэрофобия – боязнь полётов на летательных аппаратах.

Вытеснение – это действие, посредством которого субъект старается устранить или удержать в бессознательном представления, связанные с влечениями (мысли, образы, воспоминания).

Депрессия (от лат. *deprimo* – «давить», «подавить») – это психическое расстройство, характеризующееся «депрессивной триадой»: снижением настроения и утратой способности переживать радость (ангедония), нарушениями мышления (негативные суждения, пессимистический взгляд на происходящее ит.д.), двигательной заторможенностью. При депрессии снижена самооценка, наблюдается потеря интереса к жизни и привычной деятельности. В некоторых случаях человек, страдающий ею, может начать злоупотреблять алкоголем или иными психотропными веществами.

Госпитализм (от лат. *hospitalis* – гостеприимный; госпиталь – лечебное учреждение) – в буквальном смысле совокупность психических и соматических расстройств, обусловленных длительным пребыванием человека в больничном стационаре в отрыве от близких людей и дома.

Депривация – это состояние, развивающееся в такой жизненной ситуации, когда не удовлетворяются важнейшие психологические потребности человека в достаточной мере и в течение достаточно длительного времени.

Дереализация – нарушение восприятия, при котором окружающий мир воспринимается как нереальный или отдаленный, лишенный своих красок и при котором могут происходить нарушения памяти.

Дискриминация – ущемление или лишение прав одних экономических субъектов (государств, граждан) в сравнении с другими без законных на то оснований.

Дистаназия – поддержание жизни больного с помощью чрезвычайных, иногда очень дорогих и редких средств или лекарств, без которых пациент моментально бы умер.

Дистресс – стресс, оказывающий отрицательное воздействие на организм, дезорганизирующее влияние на деятельность и поведение.

Замещение – это замена удовольствия, связанного с ослаблением напряжения, чем-то иным.

Имитация – выражается в стремлении подражать определенному лицу, любимому герою во всем.

Иммобилизация (лат. immobilis неподвижный)– создание неподвижности (покоя) какой–либо части тела при некоторых повреждениях (ушибах, ранах, вывихах и др.) и заболеваниях.

Интернал – человек интерпретирует значимые события как результат собственных усилий.

Катарсическая психотерапия – под этим термином объединены психотерапевтические методы, использующие в качестве принципа лечебной техники катарсис.

Клаустрофобия – психопатологический симптом, фобия замкнутых или тесных пространств. Считается, наряду с агорафобией, одним из самых распространенных патологических страхов.

Компенсация – это реакция, с помощью которой ребенок стремится объяснить себе и восполнить слабость и неудачливость в одной области – успехами в другой.

Концентрация – это сужение объема внимания, или, точнее, поддержание его строго на нужном уровне.

Конфликт – наиболее острый способ разрешения противоречий в интересах, целях, взглядах, возникающий в процессе социального взаимодействия, заключающийся в противодействии участников этого взаимодействия, и обычно сопровождающийся негативными эмоциями, выходящий за рамки правил и норм. Конфликты являются предметом изучения науки конфликтологии.

Копинг – термин, который отражает одновременно три понятия, связанных друг с другом. Это 1) механизм совладания с трудными ситуациями (копинг–механизм); 2) процесс действия в ходе совладания (копинг–стратегии в когнитивной, поведенческой и эмоциональной сфере); 3) результат этого процесса (копинг–поведение).

Медитация – тип упражнений по тренировке концентрации внимания, используемый в оздоровительных целях, для выработки контроля над течением своих мыслей и эмоций.

Навязчивые состояния – произвольное возникновение непреодолимых чуждых больному мыслей (обычно неприятных), представлений, воспоминаний, сомнений, страхов, стремлений, влечений, действий при сохранности критического к ним отношения и попытках борьбы с ними.

Невроз – собирательное название для группы функциональных психогенных обратимых расстройств, имеющих тенденцию к затяжному течению. Невроз в клинике: собирательное название для группы функциональных психогенных обратимых расстройств, имеющих тенденцию к затяжному течению.

Неприятности (столкновения, конфликты) – это события с краткой длительностью, обычно незначительные, однако они могут быть включены в контекст длительного жизненного события или ролевого напряжения, что может увеличить их значение.

Образ жизни – это повседневная жизнь человека с раннего утра до позднего вечера, каждую неделю, каждый месяц, каждый год.

Отказ – это самая ранняя форма защитного поведения. В ее основе лежит невозможность удовлетворения базисных потребностей в безопасности и защищенности.

Парасуицид – несмертельное умышленное самоповреждение, которое нацелено на достижение желаемых субъектом изменений за счет физических последствий.

Пассивность – состояние беспомощности, безнадёжности, близкое к депрессии.

Проекция – это операция выделения и локализации в другом лице или предмете тех качеств, чувств, желаний и т.п., которые человек не признает или отвергает в самом себе.

Процесс дезадаптации – это определённый ход внутриспсихических процессов и поведения, который приводит не к разрешению проблемной ситуации, а к усугублению её, к усилению трудностей и вызывающих её неприятных переживаний.

Проявление волевых качеств (силы воли) – это, прежде всего, переключение сознания и волевого контроля с переживания неблагоприятного состояния на регуляцию деятельности (на ее продолжение, подачу внутренней команды к началу деятельности, к сохранению качества деятельности) адаптационного синдрома, определяет стресс как состояние напряжения или перенапряжения процессов метаболической адаптации головного мозга, ведущих к защите или повреждению организма на разных уровнях его организации.

Психоанализ – метод психотерапии и психологическое учение, ставящее в центр внимания бессознательные психические процессы и мотивации.

Психиатрия – отрасль клинической медицины, изучающая психические расстройства через призму методологии медицины, методы их диагностики, профилактики и лечения. Иногда под этим термином подразумевают совокупность государственных и аккредитованных негосударственных учреждений, которые в некоторых странах имеют право на принудительную изоляцию лиц, представляющих потенциальную опасность для себя или для окружающих.

Психодрама – метод психотерапии и психологического консультирования, созданный Якобом Морено. Классическая психодрама – это терапевтический групповой процесс, в котором используется инструмент драматической импровизации для изучения внутреннего мира человека. Это делается для развития творческого потенциала человека и расширения возможностей адекватного поведения и взаимодействия с людьми. Современная психодрама – это не только метод групповой психотерапии. Психодрама используется в индивидуальной работе с клиентами (монодрама), а элементы психодрамы широко распространены во многих областях индивидуальной и групповой работы с людьми.

Психологическая адаптация – это процесс приближения психической деятельности личности к социальным и социально-психическим требованиям среды, условиям и содержанию деятельности человека.

Психологическая защита – это бессознательный процесс, адаптивная роль которого состоит в снижении эмоциональной напряженности и предотвращении дезорганизации поведения, сознания и психики в целом.

Психологическое консультирование – один из видов психологической помощи (наряду с психокоррекцией, психотерапией, психологическими тренингами и др.), выделившийся из психотерапии. Согласно Р. Нельсону–Джоунсу, психологическое консультирование по своей сути является видом отношений помощи.

Психологическая коррекция (психокоррекция) – один из видов психологической помощи (среди других – психологическое

консультирование, психологический тренинг, психотерапия); деятельность, направленная на исправление особенностей психологического развития, не соответствующих оптимальной модели, с помощью специальных средств психологического воздействия; а также деятельность, направленная на формирование у человека нужных психологических качеств для повышения его социализации и адаптации к изменяющимся жизненным условиям.

Психологическая помощь – область практического применения психологии, ориентированная на повышение социально-психологической компетентности людей и оказания психологической помощи как отдельному человеку, так и группе или организации. Это непосредственная работа с людьми, направленная на решение различного рода психологических проблем, связанных с трудностями в межличностных отношениях, а также глубинных личностных проблем.

Психологический стресс – состояние организма, возникающее в процессе взаимодействия индивида с внешней средой, сопровождающееся значительным напряжением, в условиях, когда нормальная адаптивная реакция оказывается недостаточной.

Психотерапия – система лечебного воздействия на психику и через психику на организм человека. Часто определяется как деятельность, направленная на избавление человека от различных проблем. Проводится, как правило, специалистом-психотерапевтом путем установления глубокого личного контакта с пациентом (часто путем бесед и обсуждений), а также применением различных когнитивных, поведенческих, медикаментозных и других методик. Однако такое определение не является полным.

Рационализация состоит в том, что человек бессознательно подбирает удобные объяснения поведения, чтобы оправдать себя, вместо того, чтобы искать подлинные причинно-следственные связи случившегося.

Реадаптация – это процесс перехода человека в предыдущие условия жизни и деятельности, значительно отличающиеся от тех, к которым он ранее переадаптировался.

Регрессия – возврат к предыдущим формам проявления мысли, объектных отношений, структуры поведения.

Релаксация – это метод, с помощью которого можно частично или полностью избавляться от физического или психического напряжения.

Самопонимание – это способность сохранять личностные качества в отсутствии ресурсов, условий. Самопонимание позволяет видеть человеку себя в контексте не только сознательной деятельности, но учитывает наличие работы «подсознания» и/или неререфлектируемых установок.

Соппротивление – под этим понимаются любые проявления человека, противостоящего попыткам другого оказать на него воздействие.

Социальная адаптация – это процесс приспособления личности к существованию в обществе в соответствии с его требованиями и со своими потребностями, мотивами и интересами.

Социальное поведение – это действия человека по отношению к обществу, другим людям, окружающим его природе и вещам.

Социофоб – человек, который боится своей жизни в социуме.

Страх – внутреннее состояние, обусловленное грозящим реальным или предполагаемым бедствием. С точки зрения психологии считается отрицательно окрашенным эмоциональным процессом.

Стресс – это напряженное состояние организма, т.е. неспецифический ответ организма на предъявленное ему требование (стрессовую ситуацию). Стресс – неспецифическая (общая) реакция организма на воздействие (физическое или психологическое), нарушающее его гомеостаз, а также соответствующее состояние нервной системы организма (или организма в целом). В медицине, физиологии, психологии выделяют положительную (эустресс) и отрицательную (дистресс) формы стресса. По характеру воздействия выделяют нервно-психический, тепловой или холодовой, световой и другие стрессы.

Стрессор – фактор, вызывающий состояние стресса. Неспецифический раздражитель или воздействие, вызывающее стресс.

Стрессоустойчивость – представляет собой совокупность личностных качеств, позволяющих человеку переносить значительные интеллектуальные, волевые и эмоциональные нагрузки (перегрузки), обусловленные особенностями профессиональной деятельности, без особых вредных последствий для деятельности, окружающих

и своего здоровья. Вместе с тем искусственное занижение уровня чувствительности к внешним раздражителям, сопряжённое с этим качеством, в некоторых случаях может привести к чужеродности, отсутствию сильных эмоций и безразличию – то есть к свойствам, которые нередко приводят к негативным результатам в семейной и общественной жизни человека.

Сублимация – защитный механизм психики, представляющий собой способ снятия внутреннего напряжения с помощью перенаправления энергии на достижение социально приемлемых целей, творчество.

Суицид (самоубийство) – самодеструктивное поведение человека, направленное на намеренное лишение себя жизни, а также отказ от реальных возможностей избежать смерти в критической ситуации.

Танатология – раздел теоретической и практической медицины, изучающий состояние организма в конечной стадии патологического процесса, динамику и механизмы умирания, непосредственные причины смерти, клинические, биохимические и морфологические проявления постепенного прекращения жизнедеятельности организма.

Танатофоб – человек, который боится своей смерти в социуме: то есть того факта, что он потеряет возможность в социуме находиться и его контролировать.

Тревога – отрицательно окрашенная эмоция, выражающая ощущение неопределённости, ожидание негативных событий, трудноопределимые предчувствия. В отличие от причин страха, причины тревоги обычно не осознаются, но она предотвращает участие человека в потенциально вредном поведении, или побуждает его к действиям по повышению вероятности благополучного исхода событий. Хроническое переживание дистресса может привести к дисфункциональным и патологическим нарушениям.

Фиксация – являясь источником вытеснений и подготавливая будущую регрессию, представляет прочную связь с определенными лицами или образами, воспроизводящую один и тот же способ удовлетворения и структурно организованную по образцу одной из стадий такого удовлетворения.

Фобия – иррациональный неконтролируемый страх или устойчивые проявления различных страхов.

Фрустрация – состояние человека, вызываемое объективными непреодолимыми трудностями, возникающими на пути.

Эйфорический синдром (от греч. euphoria – состояние удовольствия) – повышенное радостное, веселое настроение; состояние благодушия и беспечности, не оправданное ни объективным состоянием человека, ни окружающей обстановкой.

Экспансия – территориальное, географическое или иное расширение зоны обитания или зоны влияния отдельного государства, народа, культуры или биологического вида.

Экстернал – человек полагает, что происходящие с ним события являются результатом действия внешних сил, случая, обстоятельств, других людей.

Эмансипация – это борьба детей за самоутверждение, самостоятельность, свободу и даже за имущественные права.

Эмоциональный стресс – эмоциональные процессы, сопровождающие стресс и ведущие к неблагоприятным изменениям в организме, активизируя вегетативную нервную систему и её эндокринное обеспечение.

Эустресс – позитивный стресс, эмоциональное состояние, связанное с приятными, радостными событиями. Стресс, который мобилизует человека преодолевать те или иные проблемы.

Учебное издание

Поддубный Сергей Константинович
Куртев Сергей Георгиевич

ПСИХОЛОГИЯ БОЛЕЗНИ И ИНВАЛИДНОСТИ

Подписано в печать 29.12.15 Формат 60 × 84 1/16
Объём 15,5 уч.-изд. л. Тираж 100 экз. Заказ 163.

Издательство СибГУФК
644099, г. Омск, ул. Масленникова, 144.