

**МИНИСТЕРСТВО СПОРТА, ТУРИЗМА И МОЛОДЕЖНОЙ  
ПОЛИТИКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**ФГОУ ВПО «ВОЛГОГРАДСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АКАДЕМИЯ  
ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ»**

Бакулин В.С., Грецкая И.Б., Петрова В.В.

**ПСИХОЛОГИЯ БОЛЕЗНИ И ИНВАЛИДНОСТИ**

*Учебное пособие*

Волгоград, 2010 год

**ББК 88.4**

**Б 198**

Допущено к изданию решением ученого совета ФГОУ ВПО «ВГАФК» в качестве учебного пособия.

**Рецензенты:** д.м.н., профессор Клаучек С.В.  
к.п.н., профессор Зайченко В.Н.

**Б 198 Бакулин В.С.**

Психология болезни и инвалидности: учебное пособие. / И.Б.Грецкая, В.В.Петрова. – Волгоград: ФГОУ ВПО «ВГАФК», 2010. – 136 с.

Учебное пособие по учебной дисциплине «Психология болезни и инвалидности» цикла основных дисциплин для студентов по специальностям 032102 «Физическая культура для лиц с отклонениями в состоянии здоровья (адаптивная физическая культура)» и 050706 «Педагогика и психология».

**ББК 88.4**

© Бакулин В.С., Грецкая И.Б.,  
Петрова В.В., 2010

© ФГОУВПО «ВГАФК», 2010.

## ОГЛАВЛЕНИЕ:

ВВЕДЕНИЕ.....	6
1. ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ И ПСИХОЛОГИЯ БОЛЬНОГО.....	7
1.1. Понятие о внутренней картине болезни.....	7
1.2. Факторы, определяющие внутреннюю картину болезни.....	9
1.3. Основные формы внутренней картины болезни.....	15
1.4. Типы психологического реагирования на болезнь.....	17
1.5. Разновидности отношения больного к болезни.....	22
2. ПЕРЕЖИВАНИЕ БОЛЕЗНИ ВО ВРЕМЕНИ.....	27
2.1. Стадии формирования внутренней картины болезни.....	27
2.2 Психологические особенности больных при остром и хроническом течении болезни.....	31
2.3. Виды психологической адаптации при хроническом течении болезни.....	32
3. ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИИ БОЛЬНОГО.....	35
3.1. Психогенные нарушения, возникающие как следствие реакции человека на болезнь.....	36
3.1.1. Психосоматическая медицина, ее основные теории.....	36
3.1.2. Кортико-висцеральная теория патогенеза болезней внутренних органов.....	42
3.2. Психологическая травма и диссоциация в истории переживаний болезни.....	44
3.2.1. Понятие о психосоматических заболеваниях.....	44
3.2.2. Понятие о соматоформных расстройствах.....	46
3.2.3. Классификация психосоматических расстройств.....	47
3.3. Понятие о диссоциативных расстройствах.....	49
3.4. Психогении в рамках внутренней картины болезни.....	52
3.4.1. Клинические разновидности изменений психики у соматических больных.....	54
3.4.2 Симптомы и синдромы нарушений психики, наиболее часто встречающиеся у соматических больных.....	56
3.4.3. Преморбидные состояния психики, влияющие на особенности внутренней картины болезни.....	63
3.5. Психологические особенности больных в условиях регулярного приема лекарств.....	65

4. ПЕРЕЖИВАНИЯ БОЛЬНЫХ И ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЗАТРАГИВАЕМЫХ ОРГАНОВ И СИСТЕМ.....	66
4.1. Особенности психических переживаний больных с коронарной недостаточностью.....	66
4.2. Особенности психических переживаний больных с гипертонической или гипотонической болезнью.....	68
4.3. Особенности психических переживаний больных при заболеваниях желудочно-кишечного тракта и системы мочевыделения.....	69
4.4. Особенности психических переживаний больных при заболеваниях эндокринной системы.....	71
4.5. Особенности психических переживаний при болезнях крови.....	73
4.6. Особенности психических переживаний при алиментарной дистрофии.....	73
4.7. Особенности психических переживаний больных в клинике нервных болезней.....	74
5. ПЕРЕЖИВАНИЯ БОЛЬНЫХ И ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ В УСЛОВИЯХ ИНВАЛИДИЗАЦИИ ИНДИВИДА.....	76
5.1. Факторы, определяющие болезненно-специфические переживания инвалидов.....	76
5.2. Специфические изменения психики в условиях социально-психологической дезадаптации инвалидов.....	78
5.3. Психологические особенности больных детским церебральным параличом.....	80
5.4. Психологические особенности инвалидов с дефектами зрения.....	82
5.5. Психологические особенности инвалидов с дефектам слуха.....	85
5.6. Психологические особенности больных с онкологическими заболеваниями.....	87
6. ПРОБЛЕМЫ ЖИЗНИ, СМЕРТИ, СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ.....	89
6.1. Умирание и смерть.....	89
6.2. Суицид, психологические аспекты суицидального поведения.....	91
6.2.1. Определение и общая характеристика суицида.....	91
6.2.2. Классификация самоубийств.....	94
6.2.3. Мотивы суицида.....	97
6.2.4. Генез суицидального поведения.....	99
6.2.5. Определение риска суицидальности.....	103
6.2.6. Превенция самоубийства.....	105
7. МЕХАНИЗМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ И СОВЛАДЕНИЯ.....	109

8. ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ С ПРОБЛЕМНОЙ ЛИЧНОСТЬЮ.....	119
8.1. Составляющие социально–психологического взаимодействия больного.....	11
9	
8.2. Особенности общения и психологической поддержки родителей детей-инвалидов.....	123
8.3. Особенности медико-диагностического исследования проблемного больного.....	125
8.3.1. Вербальные методы исследования проблемной личности.....	127
8.3.2. Проективные методы исследования личности больного.....	132
 СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	 135

## ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время стала очевидной теоретическая и практическая значимость взаимного влияния психического и физического здоровья. Начали активно изучать психосоматические проблемы (психическое состояние личности в измененных болезнью условиях) и влияние соматической болезни на психическое развитие. Психосоматическое направление стало одним из интенсивно развивающихся в современной клинической психологии. Кроме того, изучение самосознания соматически больного человека, субъективного отражения его заболевания становится центральным звеном в анализе личностной проблематики больного и инвалида. Внутренняя картина болезни при этом «начинает выступать для исследователей в качестве увеличительного стекла, позволяющего заглянуть во внутренний мир больного». Независимо от характера заболевания важной является проблема психологической реабилитации больных людей и инвалидов, ведь во многом от ее успешности зависит, сможет ли человек преодолеть сложности социальной адаптации, выработать свои компенсаторные возможности. Без изучения внутренней картины болезни невозможно разработать эффективные способы коррекционного воздействия на развитие больного. А это является одним из важных факторов, влияющих на ход заболевания.

Одной из важных проблем клинической психологии является также проблема симптомогенеза при соматических заболеваниях, роли психологических факторов в этом процессе. Актуальность обусловлена не только необходимостью изучения вопроса о роли психологических факторов в патогенезе симптома болезни, но и необходимостью научного обоснования принципов и выбора методов психологической и физической реабилитации больных и инвалидов. Умением будущих педагогов и психологов использовать знания о психологических особенностях больных и инвалидов для организации педагогического процесса и оказания им психологической помощи. Для этого и сам будущий специалист должен обладать разносторонними мировоззренческими знаниями, системой ценностей, интересов, мотиваций, имеющих глубоко нравственную гуманистическую направленность.

Целью изучения настоящей дисциплины является формирование у студентов понятия о психологическом состоянии больных людей и инвалидов, что необходимо для правильного подхода к лицам с ограниченными возможностями, для их эффективной адаптации и коррекции путем использования адаптивной физкультуры и теоретическая подготовка студентов к осуществлению деятельности в рамках медико-социальной работы с населением.

К основным задачам данного учебного курса относится: изучение специфики психологии поведения больного человека или инвалида; изучение

проблемы кризиса личности и изменения системы отношений в условиях психосоматического страдания; освоение психологических особенностей профессионального общения с людьми, имеющими отклонение в состоянии здоровья.

Изучение дисциплины «Психология болезни и инвалидности» предусматривает рассмотрение следующих вопросов:

- понятие о внутренней картине болезни;
- понятие о болезненно-специфических переживаниях;
- переживания и внутренняя картина болезни в зависимости от ее остроты, затрагиваемых органов и систем, степени инвалидизации, угрозы жизни;
- понятие о механизмах психологической защиты и совладения;
- понятие о психологической травме и ее значение в истории и переживании болезни;
- проблемы жизни, смерти, суицидального поведения;
- особенности работы с проблемой личности.

## **1. ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ И ПСИХОЛОГИЯ БОЛЬНОГО**

### ***1.1. ПОНЯТИЕ О ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЕ БОЛЕЗНИ***

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

В ряду личностных факторов, играющих роль в развитии, формировании, течении, прогнозе болезни, большое значение имеют особенности отражения болезни в переживаниях больного, то, что известный отечественный врач Р. А. Лурия определил как внутреннюю картину болезни. Е.К. Краснушкин пользовался в этих случаях терминами «сознание болезни», «представление болезни», а Е.А. Шевалев — «переживание болезни». Например, немецкий интернист Гольдшейдер писал об «аутопластической картине болезни».

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

- о возможности физической неполноценности,
- об исходе опасной хирургической операции,
- о возможном ухудшении материального благополучия,
- о влиянии болезни на планы личной жизни,

- об изменении качества жизни (факт поступления в больницу вызывает у человека массу тревожных мыслей, которые обусловлены отсутствием привычного образа жизни, видом чужих страданий).

В таких случаях речь может идти о влиянии страхов, беспокойств, волнений больного на его личность. Такого рода беспокойство имеет, как правило, сложный характер и включает в себя опасения индивидуальные. Например: «Чем мне угрожает болезнь?». Эти опасения всегда и тесно взаимосвязаны с опасениями, имеющими общественный характер. Например, в связи со сложившимся в обществе особым отношением к некоей болезни, с особенностями ее социального звучания. Такой вариант опасений особенно ясно выступает при заразных, социально опасных болезнях, таких, как: СПИД, чума, холера, сифилис, туберкулез и др.

Во внутренней картине болезней эти особенности опасений больного проникают одна в другую, а каждая из них может приобретать качественно особое значение. Например, даже ангина у члена семьи, в составе которой имеются дети, подверженные инфекционным болезням, сопровождается не только индивидуальными опасениями, но и беспокойством за возможное ее «социальное и общественное звучание». «Звучание» внутри семьи, школы, которую посещают дети, и других социальных групп.

Кроме этого на психику больного может оказывать сам патологический процесс, когда человек испытывает физический дискомфорт, а также ограничение физических возможностей, обуславливающих снижение качества жизни, ухудшение социального статуса и т.д.

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

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

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

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

Такое «горизонтальное» расчленение внутренней (аутопластической) картины болезни является условным, т.к. в действительности психические процессы всех этих сторон переплетаются в различных комбинациях (В.Г.Косенко). Примером «вертикальной» связи может являться факт рационализации, где рациональный компонент в большей или меньшей



степени бессознательно управляется эмоциональными процессами. Например, больной уклоняется от хирургического вмешательства и «объясняет» это тем, что не верит в успешный исход операции, и при этом не признается, что главной причиной является страх перед операцией. Реально обусловленность внутренней картины болезни мультифакторна.

## **1.2. ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ВНУТРЕННЮЮ КАРТИНУ БОЛЕЗНИ**

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

1. Характер болезни,
2. Обстоятельства, в которых протекает болезнь,
3. Особенности преморбидной личности: возраст, пол, профессия, особенности личности и темперамента,
4. Прошлое больного, его личный опыт.

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

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

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

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

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

**3. Особенности преморбидной личности** (т. е., какой она была до заболевания), оказывающие влияние на внутреннюю картину болезни:

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

- В детском возрасте на первое место выходит первосигнальная сторона болезни и ситуация вокруг нее: боль, боязнь боли и всего неизвестного, разлука с любимой мамой и т. д. Дети смотрят на болезнь глазами взрослых. Собственной оценки происходящего дети младшего возраста не имеют. У детей младшего школьного возраста она недостаточна и только в пубертатном периоде приближается к оценке взрослых. Однако дети повышено внушаемы, отвлекаемы, быстро забывают пережитое, легко переключаются на новую ситуацию, что нужно использовать при их лечении.
- В молодом возрасте (18-30 лет) чаще встречается переоценка своего здоровья и недооценка болезни, неверие в возможность тяжелого заболевания, инвалидности. Больные тяжело реагируют на госпитализацию, сильно переживают из-за косметических дефектов и сексуальных нарушений.
- В среднем возрасте (31-59 лет) на первый план выступают опасения последствий. Опасения могут касаться событий, являющихся следствием болезни непосредственно сейчас (Что сейчас происходит на моей работе? Кто оперирует моего больного?) или событий, которые могут возникнуть через некоторое время (проблема взаимоотношений в семье, переход на другую работу и т. д.). Люди зрелого возраста психологически более тяжело реагируют на хронические заболевания и заболевания, ведущие к инвалидности. Это связано с системой ценностей и отражает устремленность человека зрелого возраста удовлетворять социальные потребности, такие как потребность в благополучии, благосостоянии, независимости, самостоятельности. Само удовлетворение этих потребностей может быть невозможным с появлением любой хронической или приводящей к инвалидности болезни.
- В предстарческом возрасте (60-74 года) снижается адаптация организма, нередко встречаются депрессивные, тревожные состояния, сопровождающиеся навязчивыми страхами, которые накладываются на переживания кризиса «конца жизни». Это переживания ухода на пенсию, меньшей востребованности, уменьшения общения, изменения внешности и т.д. Сочетание этих переживаний с тревогами о болезни усиливают проявления навязчивой тревожности, депрессии, эмоциональных расстройств.
- В старости (75-89 лет) наблюдаются возрастные изменения личности, которые нередко усиливаются болезнью. В этом возрасте для больных характерно снижение активности, эмоционального фона, ригидность, упрямство, эмоциональное застревание. На восприятие болезни в старости накладывает отпечаток боязнь одиночества в болезни и страх смерти. Старый человек часто

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

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

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

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

Например. Актер или певец может психологически более тяжело переносить ангину или бронхит, чем гастрит или язву желудка. Связано это с тем, как существенно влияют симптомы болезни на качество исполнения профессиональных обязанностей. Так для спортсмена или человека, занятого активным физическим трудом, более значимым может оказаться скорее остеохондроз позвоночника, нежели депрессия. А для человека творческой профессии - наоборот, депрессия может оказаться более значимой, чем остеохондроз. Вероятно, что альпинист более остро будет переживать гипертоническую болезнь и церебральный атеросклероз с частыми кризами и симптомом головокружения, чем кондуктор в транспорте.

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

- Степень общей чувствительности к прямым, особенно неприятным факторам, например, к боли, шуму, клиническим

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

- Эмоциональная реактивность. Эмоциональные больные более подвержены страху, тревоге, больные колеблются между безнадежностью и оптимизмом; довольно спокойные в эмоциональном отношении натуры относятся к своей болезни более рассудительно.
- Характер и шкала ценностей — люди с повышенным чувством ответственности и долга по отношению к семье и обществу стараются выздороветь быстрее, люди же с низкой степенью ответственности по отношению к близким часто используют болезнь для своей выгоды и пользы.
- Мировоззрение - ценностные ориентации человека, его морально-нравственные критерии и другие, социально обусловленные феномены. Психологические реакции на заболевание разнятся у глубоко верующих людей и атеистов. Верующие люди психологически более адекватно относятся к болезням, ведущим к смерти, а атеисты реагируют на появившуюся болезнь, которая может привести к утрате трудоспособности или даже к смерти, с обидой. Часто они начинают искать виновников заболевания, создают вокруг себя враждебную обстановку и сами психологически неадекватно реагируют. Можно выделить несколько мировоззренческих установок в отношении происхождения заболеваний. Болезнь рассматривается как кара, как испытание, как назидание другим, как расплата за грехи предков и т.д. Эти трактовки происхождения болезней могут быть основаны на вере в связь между поведением человека, его нравственностью и возникновением у него недуга. К другой группе мировоззренческих установок можно отнести представление о болезнях как вызванных

наследственными или средовыми причинами: болезнь как неизбежность, болезнь как стечение обстоятельств или как собственная ошибка и т.п. В рамках этого мировоззрения происхождение болезней рассматривается сквозь причину внешней или внутренней заданности. Скажем, многие люди убеждены в том, что «дурная наследственность» является фатальным фактором в генезе заболеваний. При этом все, что происходит с человеком, трактуется на принципе наследственно-конституциональной причины. Другая тенденция — полностью отрицать значение наследственности и рассматривать возникновение болезни, основываясь на внешних факторах и поведении человека. Эти позиции отражают так называемую обывательскую ментальность, и являются стойкими и консервативными. А такая позиция, как «Сам виноват» может быть связана с «локусом контроля» человека. Существует и мировоззренческая оценка механизмов происхождения заболеваний, основывающаяся на мистическом подходе к процессам этиопатогенеза. Распространены так называемые «народные представления», к таким представлениям относят — болезнь вследствие зависти, болезнь вследствие ревности, сглаза, порчи, магических воздействий. Это своего рода мифологическая или, как отмечают священнослужители, «языческая» установка. При этом подходе источники болезней видятся в предвзятом отношении к человеку родных, близких, соседей, знакомых, родственников, сослуживцев, а также колдунов, «нехороших людей» и т.д. А сам процесс возникновения болезней рассматривается как экстраполяция «негативной» или «черной энергии» на реципиента. Можно отметить, что в наше время в России широко распространено мистическое истолкование происхождения болезней и отсутствие у многих пациентов научного подхода к анализу причин его заболевания. Следует отметить, что к особенностям личности, влияющим на выбор типа психологического реагирования на заболевание, относятся и различные суеверия. Разнообразие этих суеверий довольно широко и включает мистическое, магическое — иррациональное истолкование истоков их болезни и др.

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

нагрузкам. А плохая переносимость вынужденного ограничения движений относится к свойствам экстраверсии или интроверсии.

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

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

- *Перенесенные заболевания, операции, смертельные случаи в семье, печальный опыт, связанный с тем же заболеванием у других членов семьи.* Болезнь рождает страх перед неизвестностью, поэтому часто больной прибегает к опыту прошлого. Страдающие глаукомой боятся слепоты, подверженные головным болям — опухоли мозга, а при болезнях желудка и кишечника — рака.
- *Семейное воспитание.* В частности, воспитание отношения к болезням, способам переносимости болезней, и т.д. Можно привести две противоположные семейные традиции воспитания субъективного отношения к болезням. Некоторые авторы называют такие традиции «стоическая» и «ипохондрическая». В одной из них ребенок постоянно поощряется за поведение, направленное на самостоятельное преодоление недугов, плохого самочувствия. Противоположна ей другая семейная традиция — формирование сверхценного отношения к здоровью. При этом родителями поощряется внимательное отношение к состоянию своего здоровья, тщательность в оценке болезненных проявлений, выявления у себя первых признаков заболевания, ребенок приучается при малейшем изменении самочувствия обращать собственное внимание и внимание окружающих на болезненные проявления. Можно сказать, что семейные традиции определяют своеобразную иерархию болезней по степени их тяжести. Например, к наиболее тяжелым болезням могут относиться не объективно тяжелые, а те, от которых чаще всего умирали или которыми чаще болели члены семьи. Вследствие этого, субъективно наиболее значимой болезнью

может оказаться гипертоническая болезнь, а не рак, инсульт, туберкулез или психическое заболевание. В семье, где есть прецеденты длительной и устойчивой ремиссии после лечения онкологического заболевания или даже выздоровление, подобная болезнь может оказаться менее психологически и даже психотравматически тяжелой, чем в семье с другой традицией, основанной на собственных наблюдениях.

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

Англичанин П. Перри справедливо указывал, что часто не столько важно знать, какая болезнь у больного, сколько хорошо понимать, у какого человека развивается болезнь. Это позволяет уточнить особенности течения болезни, прогноз страдания и оказать эффективную помощь конкретному человеку.

### ***1.3. ОСНОВНЫЕ ФОРМЫ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ***

Особенности внутренней картины болезни можно разделить на две группы:

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

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

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

Люди, чаще подверженные заболеваниям, с большим смирением и спокойствием переносят их, чем заболевшие впервые в жизни. Те больные, для которых их физическое здоровье играет особенно важную роль, например, артисты, спортсмены, подвержены исключительно серьезным проявлениям страха и беспокойства, так как боятся за свою дальнейшую судьбу.

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

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

*Первое звено – отражение болезни в психике, гнозис болезни, ее познание* основано на потоке интероцептивных и экстероцептивных ощущений, порождаемых болезнью и вызывающих эмоциональные соответственные переживания. При этом данные ощущения сравниваются с имеющимися представлениями о болезни. Например, пользуясь зеркалом, человек пытается определить — больной или здоровый у него вид. Кроме того, он также внимательно следит за регулярностью своих естественных отпавлений, их видом, отмечает появившуюся на теле сыпь, а также прислушивается к разнообразным ощущениям во внутренних органах. При этом человек отмечает все различные нюансы и изменения в его привычных ощущениях и теле. Однако, возможно и обратное явление - асимптомные, в отношении психической сферы, соматические заболевания, когда поражения внутренних органов (туберкулез, пороки сердца, опухоли) обнаруживаются случайно при осмотре не подозревающих о своей болезни пациентов. После обнаружения болезни и осведомления о ней больных, у людей, как правило, возникают отсутствовавшие до того субъективные ощущения болезни. Этот факт связывают с тем, что внимание, обращенное на больной орган, снижает порог интероцептивных ощущений, и они начинают доходить до сознания. Отсутствие сознания болезни в периоде, предшествовавшем ее обнаружению, объясняется тем, что интероцепция в этих случаях, по-видимому, тормозится более мощными и актуальными раздражителями внешнего мира (Л.Л. Рохлин).

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

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

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

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



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

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

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

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

- особенности личности и нервной системы больного;
- специфику заболевания;
- социальные факторы, действующие в момент заболевания (повышенная зависимость от отношения окружающих, вынужденная изоляция от деятельности, переживание ответственности за судьбу других членов семьи и т.д.).

#### ***1.4. ТИПЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО РЕАГИРОВАНИЯ НА БОЛЕЗНЬ***

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

1. Гармоничный тип, которому свойственна трезвая оценка своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть, без оснований видеть все в мрачном свете и без недооценки тяжести болезни. Для такого типа характерно стремление во всем активно содействовать успеху лечения, нежелание обременять других тяготами ухода за собой. В случае неблагоприятного прогноза в смысле инвалидизации наблюдается переключение интересов на те области жизни, которые останутся доступными больному, а также сосредоточение внимания, забот, интересов на судьбу близких, своего дела. При гармоничном типе психического реагирования важным является реализм в восприятии симптомов и понимании тяжести заболевания. Пациент опирается в своих реакциях на

известные науке факты о возможности излечения от конкретной болезни, о происхождении симптомов и пр. Возможен вариант пассивного гармоничного типа, при котором пациент не прилагает собственных усилий для оздоровления. Пациент при пассивном отношении расценивает свой организм как некий аппарат, машину, механизм, вещь, которую он сдает в ремонт и ожидает починки. Значимым является и нежелание заболевшего обременять других тяготами ухода за собой, что вытекает из принципиальных положений гармоничного характера и личности. Гармоничный пациент понимает, что с появлением у него болезни близкие ему люди обрели новую дополнительную заботу, и он не вправе требовать от них этой заботы. Он может лишь ожидать ее и принимать в том объеме, который они готовы ему предоставить.

2. Тревожный тип, которому свойственно непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности и даже опасности лечения. Присущ поиск новых способов лечения, жажда дополнительной информации о болезни, вероятных осложнениях, методах терапии, поиск неких авторитетов. В отличие от ипохондрии таких больных больше интересуют объективные данные о болезни (результаты анализов, заключения специалистов), а не собственные ощущения. Пациенты предпочитают больше слушать высказывания других, чем без конца предъявлять свои жалобы. Настроение у них тревожное, вследствие этой тревоги угнетенное. Тревожный тип психического реагирования на заболевания базируется на появляющейся в связи с заболеванием тревоге, а также на изменении обыденного течения жизни. Тревога проецируется в будущее, вызвана опасениями, что болезнь может надолго и существенно изменить привычный стереотип жизни. Проявлением тревоги может быть повышенный интерес пациента к медицинской литературе, придирчивость к медицинскому персоналу, перепроверка получаемых от врачей сведений о болезни.
3. Ипохондрический тип. Он сосредоточен на субъективных болезненных и других неприятных ощущениях. Характеризуется стремлением постоянно рассказывать о них окружающим. Преувеличение действительных и выискивание несуществующих болезней и страданий, а также преувеличение побочного действия лекарств, сочетание желания лечиться и неверия в успех, при требовании тщательного обследования, боязни вреда и болезненности процедур. Такие больные склонны к эгоцентризму. Они не способны сдержаться при беседе с любым человеком и обращают внимание собеседника на необычность и тяжесть имеющихся болезненных признаков. Ипохондрик испытывает

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

4. Меланхолический тип. Характеризуется удрученностью болезнью, неверием в выздоровление, в возможное улучшение, в эффект лечения. Депрессивные высказывания вплоть до суицидальных мыслей. Пессимистический взгляд на все окружающее. Неверие в успех лечения даже при благоприятных объективных данных. Меланхолический, или депрессивный тип реагирования на болезнь обусловлен имеющейся у пациента негативной информацией о возможности излечения от недуга. Он встречается и у медицинских работников в силу их разнообразных знаний, полученных в процессе обучения и практики. Нацеленность на худший исход приводит к пессимистической оценке будущего, неверию в возможность излечения и суицидальным намерениям.
5. Апатический тип характерен полным безразличием к своей судьбе, к исходу болезни и результатам лечения. Пассивное подчинение процедурам и лечению при настойчивом побуждении со стороны. Часто происходит утрата интереса ко всему, что ранее волновало. Полного безразличия у пациента не отмечается. Как правило, безразличие обусловлено депрессией и фиксацией на собственном состоянии. Пропадает интерес и активность в отношении всех сторон жизни за исключением здоровья.
6. Неврастенический тип. Это поведение по типу «раздражительной слабости». Раздражение, особенно при болях, при неприятных ощущениях, неудачах лечения и неблагоприятных данных обследования. Раздражение часто направленно изливается на первого попавшегося и завершается нередко раскаянием и слезами. У таких больных отмечается непереносимость болевых ощущений, нетерпеливость, неспособность ждать облегчения. В последующем они испытывают раскаяние за беспокойство и несдержанность. Такие пациенты ищут ласки, участия, успокоения, склонны к вспышкам гнева, если их ожидания в отношении поведения окружающих не оправдываются.
7. Обсессивно-фобический тип характеризуется тревожной мнительностью, прежде всего, нереальными опасениями маловероятных осложнений болезни, неудач лечения, а также возможных, но малообоснованных неудач в жизни, работе,

семейной ситуации в связи с болезнью. Воображаемые опасности волнуют более, чем реальные. Защитой от тревог часто становятся приметы и ритуалы. При обсессивно-фобическом реагировании на болезнь доминируют навязчивые мысли, опасения и, особенно, ритуалы. Пациент становится суеверным. Он придает особое значение мелочам, которые превращаются для него в своеобразные символы. Например, расценивает шансы своего излечения в зависимости от того, в каком порядке войдут в его палату врач и медицинская сестра; от того, троллейбус какого маршрута подойдет к остановке раньше. Невротические ритуалы связаны с повышенной тревожностью пациента и направлены на защиту от них.

8. Сензитивный тип определяется высокой озабоченностью возможным неблагоприятным впечатлением, которое могут произвести на окружающих сведения о своей болезни, опасениями, что окружающие станут избегать, считать неполноценным, пренебрежительно относиться, распускать сплетни, неблагоприятные сведения о причинах и природе его болезни. Такие больные боятся стать обузой для близких из-за болезни или неблагоприятного отношения с их стороны в связи с этим. Основой сензитивного отношения к болезни является рефлексивный стиль мышления. Кроме того, это ориентация на мнение и оценку окружающих. В связи с этим существенным становятся не собственные болезненные или неприятные ощущения вследствие болезни, а реакция на информацию о болезни со стороны референтной группы. Пациенты склонны к извиняющемуся стилю поведения. Часто в ущерб своему здоровью стесняются обращаться к врачу или медицинской сестре, даже в случаях угрожающего для жизни состояния. Отмечается робость, застенчивость, повышенная скромность.
9. Эгоцентрический тип - это «уход в болезнь», выставление напоказ близким и окружающим своих страданий и переживаний с целью полностью завладеть их вниманием, требование исключительной заботы о себе. Такие больные все разговоры окружающих быстро переводят на себя, свои страдания. В других людях, также требующих внимания и заботы, видят только неких конкурентов, относятся к ним неприязненно. Они постоянно хотят показать свое особое положение, исключительность в болезни. Этот тип реагирования иногда обозначают истерическим, поскольку основным мотивом поведения человека становится привлечение к собственной персоне внимания окружающих. Жалобы описываются больными очень красочно и сопровождаются манерной жестикуляцией, а также разнообразной и выраженной мимикой. Эмоции носят часто гротескный характер.

10. Эйфорический тип характеризуется необоснованно повышенным, часто наигранным настроением, пренебрежением, легкомысленным отношением к болезни и лечению. У таких больных присутствует надежда на то, что «само все пройдет», наличествует желание получить от жизни все, несмотря на болезнь. Пациенты с эйфорическим типом реагирования на болезнь легко нарушают режим, притом, что эти нарушения могут неблагоприятно сказываться на течении болезни. Эйфорический тип отражает беспечность человека в отношении собственного здоровья. Пациент становится наигранно весел, болтлив, суетлив. Подобное реагирование может носить защитный характер, отражать характерологические особенности.
11. Анозогнозический тип характеризуется активным отбрасыванием мыслей о болезни, о возможных ее последствиях, непризнанием себя больным. Такие больные отрицают очевидное в проявлениях болезни, приписывают их случайным обстоятельствам, другим несерьезным заболеваниям, отказываются от обследования и лечения. Анозогнозия встречается часто. Пациенты могут отражать внутреннее неприятие статуса больного, нежелание считаться с реальным положением вещей. Они могут отражать заблуждение человека по поводу значимости признаков болезни. Непризнание себя больным встречается, например, при алкоголизме, поскольку способствует уклонению от лечения.
12. Эргопатический тип или «Уход от болезни в работу». Такие больные при тяжести болезни и страданиях стараются во что бы то ни стало продолжать работу, трудятся с ожесточением, с еще большим рвением, чем до болезни, работе отдают все время. Пациенты стараются лечиться и подвергаться обследованиям так, чтобы это оставляло возможность продолжения работы. Некоторые пациенты расценивают любой недуг как вызов своему «Я», стараются не поддаваться болезни, активно перебарывают себя, преодолевают недомогание и боли. Позиция заключена в том, что нет такого заболевания, которого нельзя было бы преодолеть своими силами. Такие пациенты часто являются принципиальными противниками лекарств.
13. Паранойяльный тип характеризуется тем, что у пациента присутствует уверенность в том, что болезнь является результатом чьего-то злого умысла, подозрительность к лекарствам и процедурам, стремление приписывать возможные осложнения лечению, побочные действия лекарств халатности и даже злему умыслу врачей и персонала. У таких больных часты обвинения и требования наказаний в связи с этим. Паранойяльный (бредоподобный) тип реагирования часто отражает мировоззренческую позицию заболевшего. Пациент усматривает

тайный смысл болезни и причин ее возникновения. Этот тип возникает преимущественно на базе личностных особенностей.

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

### **1.5. РАЗНОВИДНОСТИ ОТНОШЕНИЯ БОЛЬНОГО К БОЛЕЗНИ**

Выделяют следующие виды отношения больного к болезни:

**1) Нормальное (гармоничное)**, т. е. соответствующее состоянию больного или тому, что было сообщено ему о болезни. Больной правильно оценивает тяжесть своего состояния, мобилизуется на борьбу с болезнью. В этом ему помогает медицинский специалист, с которым устанавливается взаимопонимание и доверие. Пациент выполняет все предписания, принимает помощь близких, не теряет надежды на улучшение состояния. При тяжелом прогнозе больной разумно относится к неизбежному, обдумывает завещание в случае возможного летального исхода, при инвалидности – адаптируется к новым условиям жизнедеятельности. Такое отношение к болезни с помощью психотерапии, соблюдения правил деонтологии желательно достичь у всех пациентов;

**2) Переоценка тяжести заболевания** обычно возникает у акцентуированных и психопатических личностей с тревожно-мнительными или истерическими чертами, ригидностью и торпидностью психики, при снижении интеллекта, наличии повышенной внушаемости или самовнушаемости. В рамках такого отношения к болезни выделяют несколько разновидностей проявлений:

а) *нозофобное отношение*, когда больной несоразмерно боится болезни, повторно обследуется, меняет врачей (он в большей или меньшей степени понимает, что его опасения преувеличены, но не может бороться с ними);

б) *ипохондрическое отношение*, когда больной догадывается или убежден в том, что страдает тяжелым заболеванием, или когда переоценивает серьезность болезни;

в) *«уход в болезнь»* характеризуется неосознанным преувеличением тяжести своего состояния. Такие пациенты уверены, что тяжело больны, даже если заболевание течет благоприятно с хорошим прогнозом. Эти пациенты требуют к себе повышенного внимания, неоправданно активного

лечения, стеничны в достижении своих целей, конфликтны и обидчивы, т.к. считают, что специалисты не оценивают тяжести их состояния. У таких больных может наблюдаться регрессивно-инфантильный тип поведения: плачут не встают с постели, в речи и поведении появляются детские интонации, беспомощность. У пациентов с таким вариантом отношения к болезни психогенно может нарушиться сон, аппетит, наблюдаться вегетосоматическая неустойчивость (колебания АД, ЧСС, диспептические расстройства и т.д.), что затрудняет оценку тяжести состояния. «Уход в болезнь» часто возникает у людей с истерическими чертами характера.

г) госпитализм возникает как проявление влияния больничной обстановки. Больной при этом привыкает к жизни в условиях больницы, не стремится покинуть ее. Пациент не борется за выздоровление, социальную или трудовую адаптацию. В педиатрии госпитализм сопровождается задержкой психического развития ребенка при длительном его пребывании в стационаре.

Степень переоценки болезненных проявлений колеблется в широких пределах: от легких пограничных сдвигов в психической деятельности до ипохондрического бреда, тяжелых депрессий, суицидальных попыток.

**3) Недооценка тяжести заболевания** означает полное отсутствие чувства болезни, отрицание имеющейся болезни или физического дефекта (анозогнозия). При этом у больного снижен интерес к обследованию и лечению, игнорируются медицинские рекомендации. Несмотря на серьезность заболевания, больные бывают спокойными и благодушными. Основными разновидностями проявлений недооценки тяжести заболеваний являются следующие варианты отношения к болезни:

а) пренебрежительное, когда больной недооценивает серьезность заболевания, не лечится, не бережет себя, в отношении прогноза болезни проявляет необоснованный оптимизм;

б) отрицающее (анозогнозия), когда больной не обращает внимания на болезнь, не обращается к врачу, отгоняет от себя мысли о болезни или чувствует себя «здоровым», нарушает постельный режим, отказывается от лечения. Существует психогенный вариант анозогнозии, обусловленный механизмами психологической защиты в трудной ситуации (например, при подозрении на злокачественное новообразование). Некоторые пациенты в такой обстановке вытесняют неприятные, трудные для личности обстоятельства, стараются «уйти от болезни». Некоторые больные при менее тяжелых заболеваниях настолько захвачены интересами своей работы, долгом перед семьей, что во имя этого игнорируют свою болезнь и лечение.

**4) Осознанное искажение оценки болезни** (утилитарное отношение). В этом случае всегда имеет место психологически понятные мотивы такого поведения, дающие какую-то осознанную выгоду больному. Оно может иметь тройную мотивировку:

- получение сочувствия, внимания и лучшего обследования;

- выход из неприятной ситуации, как, например, заключение, военная служба, ненавистная работа, обязанность платить алименты;
- получение материальных выгод: пенсии, отпуска, свободного времени, которое можно выгодно использовать и в экономических целях.

Утилитарная реакция может быть более или менее сознательной, основываться на нетяжелом или на серьезном заболевании, а иногда наблюдаться и у здоровых людей. С этой точки зрения в рамках утилитарного отношения пациента к болезни различают следующие типы реакций:

а) нозофильное отношение, проявляющееся определенным успокоением и приятными ощущениями при болезни. Оно вытекает из того факта, что больному не должен выполнять своих обязанностей, дети могут играть и мечтать, взрослые - читать или заниматься любимым делом. Семья внимательна к больному и больше заботится о нем;

б) диссимуляция - это скрывание болезни и ее признаков. Встречается часто, особенно в психиатрической клинике при психозах. В других специальностях она встречается, главным образом, при таких заболеваниях, результатом которых являются некоторые объективные или субъективные невыгоды для больного, например, при туберкулезе - длительное пребывание в санатории, при сифилисе - извещение о заболевании, выявление очага инфекции, в хирургии - возможность операции. Чем быстрее и лучше удастся избавить больного от страха перед обследованием, лечением и последствиями болезни, тем успешнее удастся предупредить диссимуляцию;

в) аггравация - преувеличение признаков заболевания и субъективных жалоб. Такое преувеличение может быть полностью сознательным или обусловлено эмоциональными мотивами более глубокого происхождения, например, страхом, недоверием, чувством одиночества, безнадежности, ощущением, что врач не верит. Мотивация аггравации может быть преимущественно внешней, объективной или же преимущественно внутренней, субъективной.

Вариант внешней мотивации: больному хочет отремонтировать свой дом, но ему жалко использовать для этого регулярный отпуск и поэтому он стремится получить листок нетрудоспособности. В связи с этим он преувеличивает свои жалобы на боли в пояснично-крестцовой области, имеющиеся у него в течение многих лет вследствие выбухания межпозвоночного хрящевого диска, утверждая, что в последнее время боли стали непереносимыми.

Вариант внутренней мотивации: больному живет одиноко, страдает мигренью, от врача он ожидает большего участия, хочет часто показываться врачу и поэтому преувеличивает свои жалобы, чтобы добиться этого.

г) симуляция - это притворство, с помощью которого стремятся создать впечатление о болезни и ее признаках. Она встречается реже, чем



аггравация. Как правило, к ней прибегают или очень примитивные лица, у которых ее можно открыть относительно легко, или же, наоборот, очень опытные и безответственные. Большой риск для симулянта представляет то обстоятельство, что он стремится к определенной выгоде, причем эта цель рано или поздно бывает обнаружена. Если он достигает своей цели, например, получает пенсию, сулящую ему обеспеченную жизнь с возможностью побочного заработка, то это обстоятельство нельзя долго утаивать от окружающих и пересмотр дела положит конец симуляции. Не следует торопиться с заключением о симуляции до тех пор, пока врач окончательно не убедится в правоте своих подозрений. В медицинском заключении слово «симуляция» целесообразно заменить формулировкой «сознательная продукция симптомов» или «попытка сознательного притворного изображения болезни». Разновидностью симуляции является *метасимуляция*, когда пациент предъявляет симптомы ранее перенесенного заболевания или сознательно задерживает симптомы уже закончившейся болезни.

Если заключение о симуляции больного обосновано, то необходимо без промедления направить симулянта на правильный путь и дать ему возможность самостоятельного отступления, например, видимостью непродолжительного лечения, в процессе которого подчеркивается важность его сотрудничества и желание избавиться от болезни. Этот способ для симулянта бывает более легким, чем открытое прекращение симуляции. Лишь в тех случаях, когда такой не прямой метод не дает успехов, можно откровенно побеседовать с симулянтом, вначале без свидетелей, и настойчиво объяснить ему все общественные невыгоды, которые принесло бы ему врачебное заключение о симуляции, и положительные стороны при прекращении симулирования. В большинстве случаев один из этих методов оказывается успешным.

В медицинской психологии выделяют так называемые адаптационные реакции личности на болезнь. Практический опыт показывает, что всякого рода приспособление человека к изменяющимся условиям внутренней и внешней среды протекает в виде реакций двух видов. Одна из них - реакция возбуждения, другая - реакция ступора, обездвиженности. В угрожающей жизни ситуации одни люди стремятся что-то сделать для защиты или убегают, другие - застывают, утрачивают способность к передвижению. С точки зрения интересов вида, обе реакции целесообразны. Предположим, тот, кто убежал, погибнет, зато остается жить тот, кто впал в состояние ступора. Подобного рода механизм обнаруживается и в структуре любой болезни. Так, одни, заболев, становятся суетливыми, мечтают, охотно делятся своими жалобами, ищут сочувствия, испытывают потребность в общении. У других - реакция на болезнь может быть прямо противоположной: они становятся подавленными, удрученными, скрытными. В сущности, это и есть два по-

люса адаптационных состояний, с помощью которых вид устраняет риск гибели, обеспечивает себе гарантию на выживание (В.Г. Косенко).

Например, пациенты, склонные к первому варианту адаптации (экстравертивный тип), при реакции на такое заболевание как грипп чаще всего ведут себя, как и положено при указанном типе адаптационной реакции. Но если человек экстравертивного типа заболеет сифилисом, наблюдается реакция, несоответствующая экстравертивной личности, - скрытность и депрессивность.

Таким образом, налицо произвольная коррекция спонтанной реакции, обусловленная принятым в данном обществе отношением к конкретной нозологической форме.

Этот вариант ситуационного контроля свидетельствует о том, что фатальной зависимости человека от произвольной адаптации нет, о физической зависимости человека от болезни можно говорить лишь с известными ограничениями.

### **Контрольные вопросы:**

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

## 2. ПЕРЕЖИВАНИЕ БОЛЕЗНИ ВО ВРЕМЕНИ

### 2.1. СТАДИИ ФОРМИРОВАНИЯ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ

Изменения соматопсихического равновесия не бывают односторонними. Если взаимодействие соматического и психического рассматривать, как прямую связь в системе, то системе всегда сопутствует и обратная связь. И особенности взаимодействия прямой и обратной связи и создают единство клиники соматической болезни. Обратная связь привносит новые качества, видоизменяя соматопсихическое равновесие в целом, а также особенности психики больного.

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

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

**2. Резкая перемена жизненного стиля.** Наступает, как правило, при установлении диагноза. В этот период большое значение имеет и сообщение диагноза заболевания. Иногда это легко, в других случаях - совсем не просто, даже, возможно, следует подождать с этим сообщением. Однако сообщение диагноза больному требует большого такта и умения разбираться в людях. Сообщение о заболевании может вызвать страх,

панику, даже самоубийство. По возможности следует разговаривать с больным просто, на его языке, избегая употребления специальных терминов. Специалисту необходимо понять не только, что значат употребляемые больным слова, ему также надо следить за тем, какое воздействие оказывают его слова на больного. Как поняты больным его слова? Как влияют на восприятие сказанного опасения и чувства больного? Здесь-то и можно встретиться с реакцией в форме отрицания, часто возникает необходимость сломить это отрицание. Случается, что врачу требуется беседовать с родными больного, в других случаях истинное положение должно познаваться самим больным, но постепенно, правда должна дозироваться небольшими порциями. Может случиться и так, что придется взять свои слова назад. Много зависит от выносливости больного и его контакта, сотрудничества с врачом.

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

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

А) *Амбулаторный этап* – это период обращения больного к врачу (участковому или узкому специалисту). На этом этапе лечебной деятельности действуют основные закономерности непосредственных отношений между врачом и больным (доверие, взаимопонимание, выполнение назначений и т.д.). Повседневная лечебная деятельность тысячами нитей связана с психологическими, эмоциональными факторами, и одной из основ этой деятельности является умение понять больного, сопереживать, доступно

объяснять суть заболевания и необходимость соответствующего лечения. При амбулаторном лечении больной находится в привычной обстановке, не испытывает дефицита общения, внимания со стороны близких, зависимости от медицинского персонала. В условиях поликлинического лечения, как правило, не используются сложные, неприятные для больного или угрожающие его жизни манипуляции. При этом пациент ощущает себя под наблюдением медицинского персонала, защищенным от возможных осложнений болезни. Поэтому амбулаторный этап чаще всего протекает более благоприятно, чем стационарный.

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

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

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

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

Современный медицинский подход стремится к усилению единства всех периодов, чтобы больной имел постоянного врача в лице семейного участкового или другого врача поликлиники. Только таким образом

специалист может проследить за всеми стадиями протекания заболевания и в случае рецидивов своевременной постановкой диагноза быстро оказать необходимую помощь.

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

Семейный или участковый врач, регулярно наблюдая пациента не только в условиях поликлиники, но и дома, имеет возможность получить данные о больном и условиях его жизни, которыми не располагает, например, врач какой-либо другой специальности, приглашенный на консилиум и общающийся с больным лишь в течение короткого времени. Последний может оказать помощь только в том случае, если ему будут сообщены данные конкретных наблюдений над больным. При хорошем консилиуме, правильной постановке вопроса консультирующий врач получит представление об опыте, приобретенном лечащим врачом в ходе работы с больным, и уже к этому добавит свои знания.

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

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

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

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

## ***2.2. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ПРИ ОСТРОМ И ХРОНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ***

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

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

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

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

Кроме этого при хроническом, длительном течении заболевания перспективы выздоровления больного, его возможности сужаются. Такие больные замыкаются в себе, занимаются и интересуются лишь собой. Часто при хроническом течении заболевания приходится встречаться и с возникновением тяжелой депрессии. Хронически больной человек постоянно

колеблется между надеждой и безнадежностью, пребывает в подавленном настроении. Один больной может стать пессимистом, обидчивым, чувствительным, завистливым, даже испытывать ненависть к чему бы то ни было. Другой, наоборот, может быть равнодушным, бесчувственным ко всему, холодным, замкнутым или требовательным, воинственным с сутяжными тенденциями. Острые и мучительные проявления болезни постепенно уменьшаются и не беспокоят больного в той же мере. Он постепенно привыкает к факту болезни, хотя еще и поддерживает в себе надежду на выздоровление и положительное отношение к лечению (В.Г.Косенко). Возможно, это связано с тем, что в таком больном живет надежда на медицинскую науку, которая располагает эффективными средствами помощи, более того, больной вправе рассчитывать и на неожиданное спонтанное выздоровление.

### ***2.3. ВИДЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ***

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

- 1. Активная адаптация.** При этой фазе острые и мучительные симптомы болезни постепенно уменьшаются, а если они с начала заболевания имели более умеренный характер, то уже не беспокоят больного в такой степени. Пациент привыкает к ним, потому что приспособился к факту болезни. Он адаптируется также и к больничной среде. Поддерживает в себе надежду на выздоровление и создает при благоприятных условиях положительное отношение к медицинскому персоналу. Например, по данным Стрнда, изучившего 276 больных, примерно около 75% госпитализированных пациентов адаптируется до 5 дней. Быстрее всего адаптируются рабочие, а затем больные, госпитализируемые повторно. Причем госпитализированные повторно в большинстве своем привыкали к больничной среде уже в течение первого дня госпитализации. 75% больных рабочих сообщали, что им не мешает размещение в многоместной палате. И то же самое отметили 54% больных, занимающихся умственным трудом.
- 2. Психическая декомпенсация** возникает, если состояние больного не улучшается и даже наступает ухудшение. В этом случае у больного человека может возникать чувство обманутых надежд, в нем усиливаются отрицательные ощущения, которые он испытывал в начале болезни. Кроме того, возникает неуверенность и страх, он утрачивает веру в лечение, во врача и в медицинской



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

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

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

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

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

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

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

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

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

чувства, конфликты по отношению к значащим для него людям (родственникам), которые он когда-то испытал.

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

#### **Контрольные вопросы:**

- 1. Какие стадии выделяют в формировании внутренней картины болезни?*
- 2. Назовите особенности премедицинской стадии, стадии резкой перемены жизненного стиля и стадии закрепляющего лечения.*
- 3. Чем отличаются психологические особенности больных при остром и хроническом течении болезни.*
- 4. Назовите варианты психологической адаптации человека к хроническому течению болезни.*

### **3. ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИИ БОЛЬНОГО**

Каждая болезнь, кроме типичных для нее клинических проявлений, всегда сопровождается большими или меньшими изменениями психики больного. Психологические особенности больного может определять непосредственно заболевание. Так, например, при органических поражениях центральной нервной системы, при эндогенных психических болезнях и при нейроинфекциях, изменения и расстройства психики могут быть обусловлены стойким и глубоким повреждением деятельности мозга. На высоте острых общих инфекционных заболеваний и при массивных острых экзогенных интоксикациях, например, алкоголем, наркотиками, ядами, нарушения психики могут быть вызваны преходящими изменениями деятельности головного мозга.

Однако часто психология больного является следствием реакции человека на заболевание. Любая болезнь, даже если она не сопровождается разрушительными изменениями в биологических формах мозговой деятельности, обязательно видоизменяет психику больного вследствие появления новых, отсутствовавших до болезни форм реагирования больного на болезнь.

Психологические и психопатические особенности личности в условиях болезни делят на две основные группы:

- психические нарушения, обусловленные соматическим фактором, которые относятся к большому разделу экзогенно-органических психических расстройств;

- психогенные нарушения, возникающие как следствие реакции человека на болезнь, т.к. болезнь связана не только с ограничением жизнедеятельности человека, но и возможными весьма опасными последствиями. Таким образом, в этом случае заболевание выступает в роли психологической травмы.

### ***3.1. ПСИХОГЕННЫЕ НАРУШЕНИЯ, ВОЗНИКАЮЩИЕ КАК СЛЕДСТВИЕ РЕАКЦИИ ЧЕЛОВЕКА НА БОЛЕЗНЬ***

Психогенные нарушения это, по сути, те изменения психики больного, которые возникают под влиянием психических переживаний, являющихся значимыми для пациента, т.е. под влиянием психической травмы, обусловленной заболеванием.

Предположение о существовании тесных связей между эмоциональными состояниями человека и нарушениями физического (соматического) здоровья имеет давнюю историю. Идеи смерти или развития тяжелых недугов по причине сильных эмоциональных потрясений встречаются во всех культурах, начиная с древнейших времен. Сократ (469-399 гг. до н. э.) - один из первых европейских мыслителей, поставивший вопрос о влиянии образа жизни на здоровье, - считал влияние души определяющим фактором телесного благополучия. В античной медицине идея влияния души на физические процессы, протекающие в теле, была одной из центральных. Хрестоматийным примером античных представлений стала концепция истерии как следствия непроизвольного болезненного сокращения матки из-за неудовлетворенного сексуального желания женщины.

#### ***3.1.1. ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА, ЕЁ ОСНОВНЫЕ ТЕОРИИ***

Учение о связи соматических заболеваний и психических процессов (состояний) возникло в период между XVII-XIX вв. как самостоятельный раздел медицины, благодаря работам Т. Сиденема (T.Sydenham). В 1818 г. немецкий врач С. А. Гейнрот (S.A.Heinroth) ввел в оборот термин "*психосоматика*", которым он обозначил свою концепцию о внутреннем конфликте как ведущей причине психической болезни. Четыре года спустя другой немецкий врач - Якоби - ввел альтернативное понятие "*соматопсихическое*", подчеркнув, что психические болезни вызываются вполне материальными причинами, а не недоступными эмпирической проверке психологическими конфликтами.

Следовательно, историческое первое значение термина "психосоматика" связано с концепцией *психологического конфликта* как пускового фактора расстройства. Со временем это понятие все больше расширялось, и психосоматические отношения стали рассматриваться как особая "картина мира", определяющая специфику проявления любого заболевания.

Клинико-психологический анализ явлений гипноза и истерии, проводившийся во второй половине XIX в. с целью изучения механизмов соматических изменений под влиянием психологических воздействий, привел к предположению о возможности непосредственного отражения в клиническом синдроме психологического содержания неосознаваемого внутриличностного (эмоционального) конфликта, спровоцировавшего развитие заболевания. Тогда же возникло и два теоретических подхода, пытавшихся с разных методологических позиций объяснить наблюдаемую связь между формой болезни и содержанием внутриличностного конфликта: *психодинамический в рамках психосоматической медицины и кортиковисцеральный*.

Базовые теоретические положения **психодинамической концепции** психосоматических расстройств были сформулированы З. Фрейдом (1856-1939). Однако нужно помнить, что сама психосоматическая проблема никогда не была в центре внимания основателя метода психоанализа и его ближайших последователей. Главной целью психологических изысканий З. Фрейда был поиск эффективного метода, с помощью которого пациент мог лучше понять свое состояние и увидеть связь психического расстройства со своей личностью. И сама трактовка психосоматических отношений, встречаемая в ранних работах австрийского невропатолога, ограничена узкой сферой истерических расстройств. В своих исследованиях З.Фрейд определил, что неотраженный вытесняемый эмоциональный (внутриличностный) конфликт становится энергетическим резервуаром, подпитывающим болезнь. Следовательно, для прекращения истерического расстройства необходимо осознание этого конфликта, добиться чего можно за счет актуализации личностных ресурсов самого пациента.

Дальнейшее развитие этой идеи пошло по пути поиска и совершенствования метода актуализации личностных ресурсов.

Поэтому психосоматические нарушения в психоанализе долгое время отождествлялись только с *конверсионным психическим расстройством*. Термин введен в 1893 г. З. Фрейдом для обозначения состояния, при котором важные, но неприемлемые для больного мысли находят себе выход в виде соматических расстройств. К часто встречающимся примерам такого рода относятся анестезии конечностей, псевдоприпадки, трубчатое зрение. При конверсии в отличие от симуляции больной не контролирует патологические проявления.

Дальнейшее развитие психодинамической концепции психосоматических расстройств происходило в нескольких направлениях:

*теория личностных профилей, теория психосоматической специфичности, теория психосоматического Эго.* Таким образом, психодинамическая концепция в процессе своего развития и совершенствования пополнилась взаимодополняющими теориями.

Теория *личностных профилей* связана с именем Ф. Х. Данбар (F. H. Dunbar). В 1935 г. ею были опубликованы результаты исследования о связи соматических расстройств с определенными типами эмоциональных реакций, к которым предпочитают прибегать люди с теми или иными характерологическими чертами. Она обратила внимание на укорененную в личности предрасположенность к реагированию на психологический конфликт конкретным соматическим расстройством. В 1948 г. Ф. Данбар закончила разработку концепции личностных профилей, в которой эта исследовательница утверждала, что эмоциональные реакции на проблемные жизненные ситуации являются производными от структуры личности больного. Из этого тезиса вытекало предположение, что каждое соматическое заболевание, развившееся вследствие непроработанного психологического конфликта, связано с вполне определенным набором характерологических черт и паттернов межличностного взаимодействия.

Так были выделены типы личности: коронарный, гипертонический, аллергический и склонный к повреждениям.

Для *коронарного типа* личности (людей, которые склонны к развитию у них сердечно-сосудистой патологии) характерна повышенная агрессивность, жестокость, раздражительность, стремление всегда быть лидером и победителем, состязательность, нетерпение, гневливость и враждебность по отношению к другим. Ведущей причиной сердечных расстройств у "коронарной" личности считается подавление в силу социального или эмоционального запрета эмоции гнева. В 1974 г. американские кардиологи Роузенманн и Фридман назвали поведение коронарной личности "*поведением типа А*" (М. Айзенк и соавт., 2002).

Для *гипертонического типа* личности свойственны повышенная гневливость, чувство вины за собственные враждебные импульсы, выраженная потребность в одобрении со стороны окружающих, особенно, авторитетных или руководящих лиц.

В структуре *аллергического типа* личности часто встречаются такие черты, как повышенная тревожность, неудовлетворенная потребность в любви и защите, конфликтное сочетание стремления к зависимости и независимости, повышенная сексуальность.

В социальном психоанализе Франкфуртской школы концепция Ф. Данбар была модифицирована в теорию "больного общества" (Э. Фромм, Дж. Холлидей). Теория «больного общества» выделяет два вида причин психосоматического расстройства: *структура личности* и ее *социальное окружение*. Пусковым фактором болезни эта теория считает "слом" какого-либо одного или нескольких базовых паттернов социального взаимодействия: семейного, игрового, гендерного, религиозного,

экономического, профессионального, политического. Поэтому согласно теории "больного общества" необходимо проводить комплексное исследование не только профиля личности, но и контекста социального взаимодействия больного ребенка.

Таким образом теория личностных профилей и ее модификация теория «больного общества» продемонстрировали роль психологических факторов в развитии психосоматических расстройств. Однако эта теория не дала ответа на основной вопрос: каким образом бессознательный внутриличностный конфликт запускает или поддерживает заболевание?

Ответ на этот вопрос попытался дать Ф. Александер. В своей *теории психосоматической специфичности*. Гипотеза о специфичности как основном механизме психосоматического расстройства возникла из клинического опыта. В 1934 г. Ф. Александер опубликовал исследование о влиянии психологических факторов на развитие болезней желудочно-кишечного тракта. К тому времени многие уже отмечали тот факт, что пищеварительная система наиболее "предпочитается" психическим аппаратом для облегчения разного рода эмоционального напряжения. Ф. Александер обратил внимание на высказанную в 1926 г. Ф. Дойчем (F. Deutsch) мысль о том, что органические повреждения могут быть следствием длительного функционального расстройства. Александер расширил эту идею, предположив, что не только отдельный симптом, но и весь патологический процесс может быть вызван специфическим психологическим стимулом. В своих работах он утверждал, что психологический фактор не столько вызывает само поражение желудочно-кишечного тракта, сколько запускает процесс гипо- или гиперсекреции желудочного сока, а также изменяет двигательную активность и давление крови в кишечнике.

Гипотеза о специфичности, выдвинутая Ф. Александером, опиралась на три базовых положения.

1. Психологический конфликт сочетается с физиологическими и биохимическими факторами, предрасполагающими к заболеванию.

2. Бессознательный конфликт активизируется под влиянием особо значимых жизненных событий.

3. Сопровождающие внутриличностный конфликт негативные эмоции выражаются на физиологическом уровне, что и приводит в конечном итоге к развитию болезни.

Таким образом, теория Ф. Александера объединила три основные достижения психологии первой четверти XX в.: фрейдовскую концепцию о бессознательном внутриличностном конфликте, исследования кортиковисцеральных процессов в школе И. П. Павлова и теорию эмоций У. Кэннона, согласно которой эмоции выступают информационным посредником между организмом и средой, запускающим процессы кортиковисцерального взаимодействия для восстановления привычного эндокринного баланса, нарушенного под воздействием стрессовых жизненных событий.

Основное содержание теории психосоматической специфичности.

1. Психологические факторы, вызывающие соматические расстройства, имеют специфическую природу: ведущий симптом болезни прямо связан с одним из двух психологических факторов (эмоционально конфликтное неосознаваемое отношение личности к самой себе или к окружающей среде).

2. Психические процессы, протекающие на осознаваемом уровне, играют только подчиненную роль в развитии и динамике заболевания, маскируя истинную причину соматического расстройства. Осознанно проявляемые пациентом негативные эмоции страха, гнева, агрессии, как правило, имеют острый реактивный характер, они непродолжительны по времени, проявляются спонтанно, поскольку не вступают в конфликт с требованиями Супер-Эго, а потому такие эмоции не могут вызывать изменений в органической структуре. Другое дело, когда эти же эмоции подавляются из-за их несовместимости с представлениями о собственной личности и не находят спонтанного выражения. Тогда они ведут к хронической иннервации - установлению длительных по времени кортиковисцеральных динамических связей, вызывая длительные нарушения функционирования внутренних органов.

3. Ситуативные жизненные переживания, как правило, также оказывают скоротечное влияние на организм пациента. Поэтому для установления психосоматического характера заболевания необходимо обращать внимание не на текущие эмоциональные проблемы, а учитывать весь жизненный путь пациента, поскольку только предшествующий опыт отношений со значимыми людьми может объяснить болезненную реакцию этого человека на конкретную травмирующую ситуацию.

Исследования, проводимые последователями Ф. Александера, выявили психосоматические отношения в патологии органов дыхания, сердечно-сосудистой и эндокринной систем, кожи и костно-суставной системы.

Еще одной теорией, развившейся из идеи психосоматической специфичности Ф. Александера, стала концепция **алекситимии**. Термин «алекситимия» ввел Сифнеос в 1973г. Он описал наблюдавшиеся им особенности пациентов психосоматической клиники, которые выражались в утилитарном способе мышления, тенденции к использованию действий в конфликтных и стрессовых ситуациях, обедненной фантазиями жизни, сужении аффективного опыта. Алекситимия буквально означает "нет слов для выражения чувств" и является психологической характеристикой, с которой связана неспособность словесно определить и описать возникшее чувство. Неидентифицированное чувство вызывает физиологическое напряжение, вызывающее изменение на соматическом уровне. Человек не может различить собственно чувство и телесное ощущение и фокусирует свое внимание на телесных ощущениях, что только усиливает напряжение и приводит к соматическим нарушениям вследствие психофизиологической перегрузки. Из-за того, что сильная эмоция не подвергается вербальной символизации и, следовательно, остается недоступной сознанию, она



начинает непосредственно воздействовать на организм, причиняя неблагоприятные последствия.

К когнитивно-аффективным особенностям, которые характеризует алекстимия, относятся:

1. трудность в определении и описании собственных чувств
2. трудность в проведении различий между чувствами и телесными ощущениями
3. снижение способности к символизации, о чем свидетельствует бедность фантазии и других проявлений воображения
4. в большей степени фокусирование на внешних событиях, чем на внутренних переживаниях.

Клинический опыт подтверждает концепцию алекстимии в том отношении, что многие соматические больные проявляют ограниченную способность описывать, дифференцировать аффекты и продуцировать фантазии. Вопрос о происхождении алекстимических черт до сих пор остается открытым.

В современной психодинамической концепции психосоматические расстройства этиологически не сводятся к конверсионному (невротическому) расстройству, а занимают промежуточное положение между неврозами и психозами.

Психотические расстройства трактуются в психодинамической школе как потеря контакта с внешним окружением вследствие нарушения архаической структуры Эго. При этом весь опыт и поведение человека полностью определяются воображаемым чувством безграничной власти или страха уничтожения, которые воспринимаются как реальные. Нарушения архаической структуры Эго касаются несформированности раздельного восприятия психической и объективной реальностей, из-за чего мечты, страхи, фантазии и навязчивости психотика проецируются на окружающую среду без учета принципа реальности.

Выводом, который следует из такой трактовки психосоматических расстройств, можно считать то, что "уход в органическую болезнь" нередко служит естественной защитой от развития психотического расстройства. Данный вывод подкрепляется свидетельствами К. Юнга, Г. Дрейфуса и В. Кютемейера, что у психотиков нет психотических реакций во время обострения органических заболеваний.

В процессе жизни у психосоматиков может наблюдаться феномен смещения соматических нарушений в процессе медицинской терапии (когда вместо одного устраненного симптома возникает другой), пока, наконец, смещение не перейдет в психическое расстройство, характерное для психотических реакций, что обусловлено промежуточностью положения психосоматозов между неврозами и психозами.

### *3.1.2. КОРТИКО-ВИСЦЕРАЛЬНАЯ ТЕОРИЯ ПАТОГЕНЕЗА БОЛЕЗНЕЙ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ*

Психосоматической теории в отечественной науке была противопоставлена **кортико-висцеральная теория** патогенеза болезней внутренних органов, явившаяся конкретным приложением учением Павлова о высшей нервной деятельности к клинике внутренних болезней. Базовые теоретические положения кортиковисцеральной концепции психосоматических расстройств были сформулированы И. П. Павловым (1849-1936). В этой концепции психическое понимается в рамках нейробиологической парадигмы, что определяет специфическую трактовку соотношения психики и тела (сомы). Понятие психики в этой концепции содержательно подменяется идеей "нервизма" о том, что "психика" есть не более чем эпифеномен нервных процессов, в которых нейронные импульсы передаются в двух направлениях: от коры на периферию и обратно. Нервные процессы являются составной частью процессов органических. Следовательно, любые нарушения в "нисходящих" нейронных цепях (от коры к внутренним органам) могут вызывать расстройства органического уровня.

По мнению И. П. Павлова, характер протекания нервных процессов может определять характер течения соматической болезни, потому что ядро этой болезни (органическое нарушение) обрастает функциональными наслоениями эмоционального плана, которые способны маскировать или даже изменять направленность органического процесса. В качестве примера им приводились свидетельства улучшения самочувствия больного на фоне прогрессии соматического расстройства или, напротив, значительного утяжеления самочувствия при медленном развитии патологического процесса.

В тоже время кортиковисцеральная теория не была лишена недостатков. Так, во многих работах было доказано, что пристеночное пищеварение, базальный тонус сосудов и ауторегуляция сосудистого тонуса, регуляция насосной функции сердца контролируется не нервными механизмами. Высокая степень их саморегуляции обеспечивается интраорганными нервными структурами (метасимпатической нервной системой). В ней не в полной мере учитывалось, что между корой головного мозга и регулируемые ею внутренними органами существует ряд промежуточных звеньев, без учета которых нельзя объяснить механизм психосоматических нарушений. Эта теория исключала из круга своего рассмотрения психологический аспект, роль личности как высшей формы регуляции человеческой деятельности в формировании патологии.

Кортико-висцеральная теория в работах ее продолжателей обогащалась новыми сведениями, касающимися представлений о ретикулярной формации и ее влияний на кору головного мозга, данными современной нейробиологии и нейроэндокринологии. По существу, в этих

исследованиях отразилось более широкое понимание кортико-висцеральной патологией со стремлением учитывать в генезе весь комплекс биологических, психологических и социальных факторов.

Так в рамках *кортико-висцеральной концепции* получила развитие и признание теория "жизненных кризисов" исходит из психоаналитических представлений о стадиях формирования личности, однако включает в себя и эволюционные представления о биологической адаптации, и эпигенетический подход Э. Эриксона. Кризисы определяются и как большие события, и как кардинальные жизненные изменения, "поворотная точка судьбы".

Возникновение психосоматического расстройства в период жизненного кризиса зависит от дисбаланса между трудностью и личностной значимостью проблемы, с одной стороны, и с отсутствием ресурсов для ее разрешения, с другой.

В отечественной клинической психологии исследование психосоматических отношений долгое время развивалось на основе кортиковисцеральной концепции. Основоположники этой концепции Быков и Курцин к кортико-висцеральной патологии относили заболевания внутренних органов, возникающих при «наличии невротического состояния коры головного мозга, со всеми характерными для него чертами и особенностями». То есть генез самых разнообразных заболеваний в рамках этой теории соотносится с первичными нарушениями деятельности больших полушарий. В центре внимания этой теории были соматические нарушения, возникающие при невротических расстройствах. Эти нарушения рассматривались как психофизиологическое сопровождение имеющихся у пациентов эмоциональных проблем. Изменения, возникающие у "невротиков" в анатомо-физиологических системах, объяснялись наличием в их организме до определенного времени скрыто протекающих ("доклинических") патологических процессов, которые только лишь проявляли себя под триггерным ("пусковым") действием провоцирующих психологических факторов.

Итак, в рамках кортиковисцеральной концепции термин "психосоматическое" имеет принципиально иное содержание, чем в психодинамических теориях психосоматических отношений. Само определение павловского подхода к проблеме психосоматики указывает на то, что под психикой здесь понимается психофизиологическая активность высшего отдела центральной нервной системы - коры (cortex), а под телом (сомой) - внутренние органы тела (viscera). При этом полагается, что все внутренние органы имеют свое представительство в коре головного мозга. По мнению современных сторонников кортиковисцеральной концепции, влияние коры больших полушарий на внутренние органы опосредуется лимбико-ретикулярной, вегетативной и эндокринной системами.

## **3.2. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ТРАВМА И ДИССОЦИАЦИЯ В ИСТОРИИ И ПЕРЕЖИВАНИИ БОЛЕЗНИ**

### **3.2.1. ПОНЯТИЕ О ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ**

Первоначально под психосоматическими расстройствами в клинической практике понимали нарушения функций органов и систем организма, в происхождении и течении которых ведущая роль принадлежит воздействию неблагоприятных психотравмирующих факторов: стрессу, разного рода конфликтам, кризисным состояниям, катастрофам и т. д. Современное толкование термина «психосоматические расстройства» значительно расширилось и вышло за рамки «классических психосоматозов». Если ранее к психосоматическим заболеваниям относили семь нозологических единиц: эссенциальную гипертонию, тиреотоксикоз, нейродерматит, бронхиальную астму, некоторые формы ревматоидного артрита, язвенный неспецифический колит и язвенную болезнь, то в настоящее время регистр психосоматического реагирования значительно расширился за счёт включения в него заболеваний сердечно-сосудистой системы, большого числа кожных и урогенитальных заболеваний, мигрени и др. К числу типичных психосоматических заболеваний в странах Северной Америки и Европы в настоящее время относят нервную анорексию и булимию, некоторые формы психогенного ожирения, сахарный диабет, кардиоспазм, нервную рвоту, синдром раздражённого кишечника, импотенцию, запоры, рак и др.

В современной клинической психологии под психосоматическими расстройствами понимают объективно диагностируемые органические поражения, в возникновении которых существенную роль играют психологические и поведенческие факторы. В отечественной клинике их нередко называют "*психогенными*".

Кроме этого существует понятие «соматизация», которое включает функциональные расстройства той или иной системы без достаточного органического основания, но при важной роли психологических и социальных факторов.

Существует другой взгляд, в котором подчёркивается наличие реальных органических изменений, возникающих в результате воздействия стрессов, но с которыми не удаётся справиться на психологическом уровне.

Психические нарушения, которые сопровождают психогенные органические заболевания, обычно являются слабовыраженными и длительно существующими (например, продолжительное беспокойство, хронические эмоциональные конфликты, постоянно возникающие дурные предчувствия и т. п.).

Сегодня насчитывается около 14 типов расстройств, связанных с влиянием психологических факторов:

- стенокардия, нарушения сердечного ритма, сердечные спазмы;
- бронхиальная астма;
- болезни соединительной ткани (ревматоидный артрит, системная красная волчанка);
- головные боли (мигрень);
- гипертония;
- гипотония;
- синдром гипервентиляции, сопровождающий паническое и тревожное расстройство, а также тахикардию;
- воспалительные заболевания кишечника (неспецифический язвенный колит, синдром раздраженной толстой кишки);
- болезни эндокринной системы и нарушения обмена веществ (сахарный диабет, гипогликемия, тиреотоксикоз, глюкозурия, изменения гормонального метаболизма (особенно адренкортикотропного гормона));
- нейродермит;
- ожирение;
- остеоартрит;
- язва двенадцатиперстной кишки;
- аллергические расстройства.

Таким образом, в самом обобщённом виде можно дать следующее определение ПСР. Психосоматические расстройства — это сборная группа болезненных состояний, возникающих при взаимодействии соматических и психических патогенных факторов. К факторам, отвечающим за развитие психосоматических расстройств, относятся:

- врожденная конституция тела, работа эндокринных, физиологических и нервных систем;
- родовые травмы;
- органические заболевания в детстве, в результате чего определенный орган становится уязвимым;
- тип ухода за ребенком в детстве (как убаюкивали, приучали к туалету, кормили, общались и т. п.);
- случайные физические травмы в детстве;
- случайный опыт психотравмирующих переживаний в детстве;
- эмоциональный климат в семье в сочетании с личностными качествами родителей, братьев и сестер;
- физические травмы во взрослом возрасте;
- взрослый опыт психотравмирующих переживаний в личных и профессиональных отношениях.

Таким образом, существует единство биологических и социально-психологических механизмов «сомы» и «психики» в происхождении как собственно психопатологических, так и соматических расстройств. При этом

психосоматические расстройства обязательно связаны с социально-стрессовыми факторами. Исходя из этого, ПСР могут расцениваться как психогенно обусловленные (т. е. имеющие психологические причины) соматические нарушения в организме или как соматогенные психические расстройства (соматогении).

### 3.2.2. ПОНЯТИЕ О СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВАХ

В практике врачей общего профиля разные специалисты называют ПСР «психосоматическими», «соматопсихическими», «соматизированными», «соматоформными психическими расстройствами». С 1980 г. для обозначения соматических симптомов, которые имеют исключительно функциональную природу, но при этом у пациента не удается обнаружить значимых психологических факторов, введено понятие соматоформных расстройств.

Главным отличием соматоформных расстройств от психосоматических является то, что *при соматоформных расстройствах функциональные или незначительные органические нарушения сопровождаются чрезмерной тревогой за свое физическое здоровье.*

Общим для всех соматоформных расстройств актуальным психологическим состоянием является остро выраженная потребность во внимании и заботе со стороны тех, кому предъявляются жалобы. Чрезмерная озабоченность состоянием своего здоровья обычно связана с психосоциальными и эмоциональными проблемами человека. Но отягчающих психологических факторов при этом не обнаруживается.

Например, психологически благополучный ребенок, испытывающий текущие неразрешимые проблемы в отношениях со сверстниками в школе или плохо подготовленный к предстоящей контрольной работе, может иметь соматоформные расстройства. В этом случае он может жаловаться на учащенное сердцебиение, неприятные ощущения за грудиной, повышенную температуру, боль во внутренних органах или в голове, иметь нарушения стула, мочеиспускания, дыхания, страдать от частых приступов метеоризма, кашля, одышки.

К соматоформным расстройствам также относят постоянную озабоченность возможностью заболевания несколькими или одним, но обязательно тяжелым, соматическим расстройством (ипохондрия). А также - соматизированные симптомы в виде повторных приступов рвоты, боли в животе, кожного зуда, жжения, покалывания, онемения, нарушений сексуальных функций, сопровождающиеся отчетливой тревогой и депрессией.

Соматоформные расстройства часто возникают у таких детей, которые живут в семьях с тяжело больным родственником. В этом случае

соматоформные реакции на текущие психосоциальные или эмоциональные проблемы могут подкрепляться родителями и другими родственниками из опасения за возможную угрозу здоровью ребенка. Низкая толерантность к физическим нагрузкам также является одним из индикаторов возможных соматоформных реакций. Такие дети стараются избегать физических перегрузок, мотивируя это тем, что нагрузки вызовут у них обострение плохого самочувствия. Они озабочены стремлением "беречь силы". Перегрузки или стресс также способствуют возникновению соматоформных расстройств.

Врачи общей практики, прежде всего сталкивающиеся с разновидностями психосоматических расстройств, считают их клинико-функциональными отклонениями, которые не укладываются в классические рамки хронических заболеваний внутренних органов, плохо поддаются медикаментозному лечению и имеют тенденцию к хронификации. Поэтому часто врачи-интернисты дают подобным больным характерные названия: «знакомые лица», «больные, у которых ничего нет», «проблемные больные», «хронические ходяки по врачам» и т. п.

### 3.2.3. КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Различные теоретические и научно-практические подходы к классификации психосоматических расстройств создают путаницу и способствуют ошибкам в их диагностике в общетерапевтической практике. Некоторые исследователи достаточно широко раздвигают рамки «психосоматических расстройств», включая в них симптоматические психозы и все психические реакции, связанные с соматическим страданием. Так, А. Б. Смулевич выделяет четыре группы психосоматических расстройств:

- Психосоматические заболевания в традиционном их понимании. Это соматическая патология, манифестация которой связана с лабильностью организма по отношению к воздействию психотравмирующих социально-стрессовых факторов. Проявления соматической патологии при психосоматических заболеваниях не только психогенно провоцируются, но усиливаются расстройствами соматопсихической сферы — феноменами соматической тревоги с витальным страхом, алгическими, вегетативными и конверсионными нарушениями. Этим понятием объединяются ИБС, эссенциальная гипертония, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, псориаз, некоторые эндокринные и аллергические заболевания.
- Соматоформные расстройства и соматизированные психические реакции, формирующиеся при невротических или

конституциональных патологиях (неврозы, невропатии). Органные неврозы — это психогенные заболевания, структура которых отличается функциональными расстройствами внутренних органов (систем) при возможном участии пограничной и субклинической соматической патологии. Сюда относятся кардионевроз (синдром Да Косты), синдром гипервентиляции, синдром раздражённой толстой кишки и др.

- Нозогении — психогенные реакции, возникающие в связи с соматическим заболеванием (последнее выступает в качестве психотравмирующего события) и относящиеся к группе реактивных состояний. Эти расстройства связаны с субъективно тяжёлыми проявлениями соматического страдания, представлениями больных об опасности диагноза, ограничениями, налагаемыми болезнью на бытовую и профессиональную деятельность. Клинически эти психогенные реакции могут проявляться невротическими, аффективными, патохарактерологическими и даже бредовыми расстройствами. Возможность манифестации нозогений и их психопатологические особенности во многом определяются клиническими проявлениями соматической патологии (ИБС, артериальная гипертония, злокачественные образования, оперативные вмешательства и др.).
- Соматогении (реакции экзогенного типа или симптоматические психозы). Эти расстройства относятся к категории экзогенных психических нарушений и возникают вследствие воздействия на психическую сферу массивной соматической вредности (инфекции, интоксикации, неинфекционные соматические заболевания, СПИДа и др.) или являются осложнениями некоторых методов лечения (например, депрессия и мнестические расстройства после операции аортокоронарного шунтирования, аффективные и астенические состояния у больных, получающих гемодиализ и др.). В числе их клинических проявлений находится широкий спектр синдромов — от астенических и депрессивных состояний до галлюцинаторно-бредового и психоорганического синдромов.

Традиционно считающиеся "истинно" психосоматическими заболевания на самом деле не более связаны с действием психологических факторов, чем любые другие. Поэтому более правильно говорить не о конкретных психосоматических болезнях, а о вообще соматических расстройствах, связанных с действием психогенных факторов.



### 3.3. ПОНЯТИЕ О ДИССОЦИАТИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ

*Под конверсионным психическим расстройством сегодня понимаются нарушения телесных функций (двигательных или сенсорных) психогенного происхождения, имеющие тесную по времени связь с травматическими событиями, или неразрешимыми, невыносимыми проблемами, или нарушенными взаимоотношениями со значимыми людьми. Истинно конверсионным считается расстройство, которое возникает вследствие неспособности человека самостоятельно разрешить возникшие проблемы и конфликты, вызывающие у него очень неприятные чувства. Типичный пример детей с истинно конверсионным расстройством - это лица с судорожными конвульсиями, параличом (полным или частичным, когда движения слабы и замедленны), снижением остроты зрения ("неясность" зрения или сужение поля зрительного восприятия), потерей кожной чувствительности. При этом симптомы являются конверсионными, если они возникают в ответ на эмоционально значимые или травмирующие события и отсутствуют данные об органическом поражении двигательного и нервного аппарата.*

В современной клинической психологии вместо термина "конверсионное" также используется более широкое понятие "**диссоциативное расстройство**". В этом термине подчеркивается характерная особенность конверсионных расстройств, которая заключается в частичном или полном вытеснении из памяти психотравмирующего события, неразрешимой проблемы или конфликта, что проявляется в отрицании очевидной для окружающих временной и причинной связи между неразрешимой проблемой и появившимся расстройством. Конверсия в данном случае означает замещение (конверсию) тревоги соматическими симптомами, которые часто напоминают неврологическое заболевание (например, психогенный паралич). Диссоциация означает происхождение симптомов от недостаточного взаимодействия между различными психическими функциями и проявляется симптомами психических нарушений (например, психогенная амнезия).

В американской классификации DSM-IV термины диссоциативный и конверсионный имеют разное значение: понятие конверсионное расстройство используют для определения тех психологически детерминированных расстройств, которые проявляются соматическими симптомами; в то время как понятие диссоциативные расстройства относится к расстройствам, которые проявляются психологическими симптомами (например, амнезия). В принятой в России международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) термины «диссоциативные» и «конверсионные» расстройства тождественны.

Клиническая картина диссоциативных и конверсионных расстройств проявляется соматическими и психическими симптомами, обусловленными бессознательными психологическими механизмами. Соматические симптомы

(часто напоминают неврологическое заболевание) характеризуются внезапным и временным изменением или утратой какой-либо функции тела в результате психологического конфликта (например, психогенный паралич). Психические симптомы также тесно связаны с психологическим конфликтом и характеризуются внезапностью появления и обратимостью, их легко принять за проявление другого психического расстройства, например диссоциативный ступор, который наблюдают также при депрессии и шизофрении.

Диссоциативные (конверсионные) расстройства не обусловлены соматическими, неврологическими заболеваниями, воздействием психоактивного вещества, не является частью другого психического расстройства. Исключение соматического заболевания и другого психического расстройства — главное условие для диагностики диссоциативных (конверсионных) расстройств.

Существуют две основные проблемы при диагностике этих расстройств.

1. На начальном этапе заболевания практически невозможно полное исключение соматической патологии, способной вызвать диссоциативные (конверсионные) симптомы. Часто необходимо длительное наблюдение за пациентом, проведение многочисленных диагностических процедур (например, МРТ для исключения опухоли головного мозга), чтобы выставить этот диагноз. Во всех сомнительных случаях лучше остановиться на предварительном диагнозе диссоциативного (конверсионного) расстройства, чтобы не пропустить тяжёлое соматическое заболевание.
2. Во многих случаях трудно определить являются ли симптомы расстройства бессознательными, или сознательными и намеренными (умышленное воспроизведение симптомов в психиатрии называется симуляцией). В большинстве случаев симуляцию наблюдают у находящихся под следствием, заключённых тюрем, солдат срочной службы, а также во время призыва в армию. Больные с диссоциативным (конверсионным) расстройством часто сознательно и умышленно преувеличивают бессознательные симптомы своего заболевания. Тем не менее при диагностике этого расстройства подразумевают существование бессознательного компонента в происхождении симптомов.

При диагностике диссоциативных расстройств необходимо учитывать 4 основных особенности:

а. Наличие утраты или нарушения функции, заставляющее заподозрить органическое заболевание.

б. Нарушения обусловлены психологическими факторами, что доказывается появлением симптоматики после психологического конфликта.

в. Патологические проявления возникают помимо воли больного, и он не осознает их психогенной природы.

г. Симптоматика не может быть объяснена ни культурными и религиозными традициями, ни (после соответствующего обследования) каким-либо известным органическим заболеванием.

Особенности клинической картины диссоциативных расстройств:

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

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

- Несоответствие клинической картины диссоциативного (конверсионного) расстройства клинической картине схожих соматических и неврологических заболеваний. Диссоциативные (конверсионные) проявления не соответствуют симптомам истинных неврологических расстройств, отражая наивные представления больных об анатомической иннервации (например, характерная анестезия конечности; гемианестезия с границей чувствительности, проходящей точно по срединной линии). Это несоответствие крайне важно при уточнении диагноза.

- Идентификация. Больные часто бессознательно копируют симптоматические проявления, наблюдаемые ими у окружающих, которые для пациентов крайне значимы, например родители. Таким образом пациенты как бы идентифицируют себя с этими людьми. Типичны случаи когда, например, после смерти отца у взрослой дочери развивается

диссоциативный паралич, схожий по клинической картине с таковым, наблюдавшимся у отца перед смертью.

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

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

### ***3.4. ПСИХОГЕНИИ В РАМКАХ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ***

Психогенные изменения психики возникают, как правило, у сенситивных больных, когда объективное значение основной внутренней болезни для психики несущественно, а изменения психики, в большей степени, обусловлены массивностью опасений больного или силой психологического конфликта между его побуждениями, потребностями и предполагаемым снижением, вследствие заболевания, его возможностей. Это связано с тем, что для больного человека его желания, ожидания часто оказываются субъективно более значимыми, чем само достижение цели. Это, в первую очередь, относится и к лицам, обладающим так называемым тревожно-мнительным характером. В возникновении психогенных нарушений существенную роль также играет определенная готовность к психическому срыву, развивающаяся у пациента на фоне ослабленного из-за болезни организма.

Психогении у соматических больных могут возникать уже на этапе распознавания ранних проявлений болезни, когда больной уже обеспокоен изменениями самочувствия и становится особенно предрасположенным к вольным, а иногда и ошибочным толкованиям своего меняющегося состояния.

Этому способствуют предрассудки, продолжающие бытовать в сознании многих лиц, предубеждения, с которыми пациент идет на прием к врачу, элементы недоверия к возможностям медицины, а иногда и страхи перед

предстоящей процедурой медицинского освидетельствования, лечением и т.д. Такие пагубные самовлияния больного называют *эгогениями*.

Кроме этого возможны неблагоприятные последствия влияния врача на психику больного, которые получили название ятрогении, т.е. нежелательные изменения психики и расстройства психики, порожденные врачом.

*Ятрогения* – это неблагоприятное изменение психики, возникающее в результате намеренного внушающего воздействия медицинского работника на пациента, способствующее возникновению психических травм, неврозов и т.д. Ятрогения может возникать, например, вследствие неосторожного комментирования медицинским работником особенностей заболевания пациента.

Ятрогению можно охарактеризовать как заболевание или осложнение заболевания, вызванное тяжелыми переживаниями больного вследствие слов и действий врача или медицинской сестры, оказавших на больного отрицательное влияние.

Наиболее часто ятрогения наблюдается у больных с определенными особенностями личности (тревожность, мнительность, склонность к ипохондрическим реакциям), усиленными болезнью. Это показывает, как важно медицинскому работнику контролировать свои высказывания при беседе с больным, следить за своими жестами и даже мимикой.

Например, часто кардиофобия развивается у лиц, склонных к невротическим реакциям, после того, как врач скорой помощи, вызванный при начавшихся у больного неприятных ощущениях в области сердца, предписывает строгий постельный режим. Позиция врача скорой помощи в таких случаях вполне оправдана, он стремится не пропустить серьезного сердечно-сосудистого заболевания. Однако больной может фиксировать внимание на действиях и словах врача. Вот почему при повторных посещениях врача необходим уже строгий дифференцированный подход к состоянию больного.

Ятрогения опасна не только для больного, но и для членов его семьи, поскольку родственники (родители) при этом нередко считают себя виновными в возникновении у их детей (членов семьи) нервно-психических расстройств. Сама процедура обследования больного не только обеспечивает распознавание болезни, но уже является началом влияния врача на больного, влияния благотворного и целебного или неблагоприятного и пагубного.

Отрицательные последствия для больного неправильных действий или назначений врача или необоснованного использования инструментально-лабораторных исследований в ущерб здоровью больного называют *ятропатиями*.

Важно отметить тесную связь ятропатии и ятрогении. Изменения психики, возникающие ятрогенно, медицинские работники нередко ошибочно квалифицируют то как эпилепсию, астму, гастропатию, то как пограничные формы нервно-психических расстройств, развившихся как будто бы спонтанно. Начало лечения таких «болезней» нередко порождает

патологические эффекты. Ошибочный диагноз может породить ятрогению, а последующее лечение заболевания, основанное на ошибочном диагнозе порождает у больного — ятропатию. Позднее, если не исправляется врачебная ошибка, формируется крайне неблагоприятный для больного порочный круг. Возникает усиливающий пагубный эффект от взаимодействия «ятрогения—ятропатия».

### 3.4.1. КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗНОВИДНОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ ПСИХИКИ У СОМАТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Изменения психики соматических больных по своей природе и проявлениям неоднозначны и взаимоопределяющи, т.к. личностные особенности под влиянием болезни акцентируются, наслаиваются на переживание болезни, болезненных ощущений и проявления непосредственно болезни.

Клинические варианты изменений психики при соматических болезнях проявляются в следующих нарушениях психики:

1. Массивные расстройства психики, выступающие, в основном, на высоте болезней, сопровождающихся лихорадкой, которые нередко приобретают качества психоза (соматогенного, инфекционного). Наиболее частой и типичной формой таких расстройств является делирий (острый страх, дезориентировка в окружающем, сопровождающиеся зрительными иллюзиями и галлюцинациями).
2. Пограничные формы нервно-психических расстройств, которые представляют собой наиболее распространенную клиническую картину расстройств психики при болезнях внутренних органов:
  - в случаях преимущественно соматического происхождения – неврозоподобные расстройства;
  - при преобладающем психогенном характере их возникновения – невротические расстройства. Невротические расстройства - это такие нервно-психические расстройства, в возникновении которых ведущее значение принадлежит психическим травмам или внутренним психическим конфликтам; они возникают на соматически ослабленном, измененном фоне, что бывает в первую очередь у преморбидно расположенных к психогениям лиц. Их клинической структуре свойственны острота, выраженность болезненных переживаний, яркость, образность, болезненно обостренное воображение, усиленная фиксация на толковании измененного самочувствия, внутреннего дискомфорта, разлаженности, а также охваченность беспокойством за свое будущее. При этом присутствует сохранность критики, т.е. понимание этих расстройств как болезненных. Невротические

расстройства, как правило, имеют временную связь с предшествующей травмой или конфликтом, а содержание болезненных переживаний часто связано с содержанием психотравмирующего обстоятельства. Им также нередко свойственно обратное развитие и послабление по мере отдаления времени психической травмы и ее дезактуализации.

Нередко психический фактор провоцирует или предопределяет заболевание, тогда психический фактор в течение соматической болезни прослеживается в большей степени, при этом заболевание возникает на фоне аффективного напряжения и имеет под собой органическую основу в виде предшествующих изменений органа или системы. Примером таких заболеваний может являться инфаркт миокарда, возникший вслед за аффективным переживанием у лица, страдающего атеросклерозом.

Существуют определенные основания предполагать, что возникновение и течение даже инфекционных заболеваний, таких как туберкулез легких, рак также связано с психическим фактором. Началу этих заболеваний нередко предшествуют длительные психотравмирующие переживания. Динамика же туберкулезного процесса характеризует эту связь - обострения часто наступают под влиянием неудачно складывающихся обстоятельств жизни, разочарований, потрясений, утрат.

Патологический процесс тоже может воздействовать на психику больного как психотравмирующий фактор. Так, наиболее общими манифестирующими изменениями психики у соматических больных можно считать перестройку интересов от внешнего мира к собственным ощущениям, к функциям собственного тела, к ограничению интересов.

Для оценки психологических особенностей соматических больных и их влияния на течение заболевания и успешность лечения важно знать и оценивать переживания, ощущения и представления пациента:

- а) значение для больного первых, ранних проявлений болезни;
- б) особенности изменения самочувствия в связи с усложнением расстройств;
- в) переживания состояния и его вероятных последствий на высоте болезни;
- г) представление больного о начинающемся улучшении самочувствия на этапе обратного развития болезни и восстановлении состояния здоровья после прекращения болезни;
- д) представление пациента о возможных последствиях болезни для себя, для семьи, для деятельности; представление об отношении к нему в период болезни членов семьи, сотрудников по работе, медицинских работников.

### *3.4.2. СИМПТОМЫ И СИНДРОМЫ НАРУШЕНИЙ ПСИХИКИ, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ У СОМАТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ*

Не существует таких сторон жизни больного, которые бы не находили отражения в его видоизмененном болезнью сознании. Болезнь - это жизнь в измененных условиях. Наиболее часто психопатологические изменения психики связаны со специфическими болезненными переживаниями в рамках внутренней картины болезни или как клинические проявления самого патологического процесса. К наиболее часто встречающимся нарушениям психики в рамках внутренней картины болезни относятся:

1. **Навязчивые состояния** в виде навязчивых идей идеи тревоги, страхов. Психические переживания больного во многом вызываются опасениями и страхами, связанными с возможными последствиями заболевания. Эти опасения и страхи могут генерализоваться, больной при этом становится беспомощным, неуверенным.

Нередко в таких случаях возникают идеи самообвинения или обвинения окружающих. Больные часто считают, что были недостаточно осторожными, что сами виноваты, где-то что-то проглядели или кто-то послужил причиной возникшей болезни.

Среди переживаний больных характерны высказывания тревожных мыслей об опасной, смертельной болезни, несмотря на отрицание врачом такого рода заключения. Как правило, это могут быть мысли о раке, при наличии, скажем, у больных каких-либо нарушений со стороны желудочно-кишечного тракта или органов грудной клетки. Опасения могут возникать также по поводу тяжелой болезни сердца, а также наличия у больных аритмий и сердцебиений. Это может приводить к развитию ипохондрического состояния.

Опасения, тревога часто определяют все поведение больного, при этом могут развиваться навязчивые состояния и страхи. Например, кардиофобии, канцерофобии, страх смерти, чрезмерная приверженность здоровому образу жизни, страх заразиться неизлечимой болезнью и т.д..

Так при кардиофобии больные боятся очередного сердечного приступа, который может привести к летальному исходу, если им не будет своевременно оказана медицинская помощь. Поэтому они опасаются оставаться одни дома, выходить без провожатого на улицу, стараются находиться все время рядом с телефоном, чтобы в случае необходимости вызвать скорую помощь, составляя маршрут своих передвижений по улицам, стараются, чтобы он проходил поблизости от медицинских учреждений или аптек.

В случае канцерофобии больные панически боятся заболеть онкологическим заболеванием с одной стороны, с другой стороны они настойчиво обследуются, пытаются найти признаки ракового заболевания.

Навязчивый страх смерти часто сопровождает такие заболевания как инфаркт, инсульт, злокачественные опухоли. Эти болезни страшны для



пациентов не потому, что могут приводить к потере трудоспособности и работоспособности, а тем, что ассоциируются со смертельным исходом.

В других случаях тревога больного связана с мыслями о возможности потери трудоспособности, инвалидизации, ухудшения социального статуса, авторитета или финансового положения, изменения отношений с близкими.

Некоторые заболевания в различных социальных группах могут вызывать чувство стыдливости за свое заболевание, что заставляет их скрывать свои ощущения и переживания. Так нередко пациенты стесняются заболеваний прямой кишки, болезней с такими симптомами, как диарея, частое мочеиспускание, кожный зуд и т.д. Для некоторых людей, как правило, занимающих руководящие посты, стыдными являются болезни сердца, что, вероятно, связано с возможностью ограничения продвижения по службе.

У больных может существовать предвзятое мнение о том, что о некоторых заболеваниях говорить с врачом «неэтично» или «неприлично». К таким болезням относятся венерические, гинекологические заболевания, импотенция и др. При этом расстройства усугубляются и принимают хроническое течение, трудно поддающееся лечению. Нежелание обращаться к врачу-психиатру встречается из-за боязни, что кто-нибудь из знакомых об этом узнает. Хотя чаще речь идет о различных пограничных заболеваниях, таких как невротические состояния, неврозы, психопатии и др. Больные, страдающие расстройствами в сексуальной сфере, стесняются признать наличие их даже перед близкими людьми. Это может приводить к переоценке болезни, к уходу в нее и к дальнейшему углублению нарушений.

2. При серьезной же угрозе жизни и благополучию может возникнуть **измененное восприятие времени в виде его ускорения или замедления.**

3. **Нарушения ощущений** в виде гиперестезий. Следует отметить, что отрицательное влияние на психику больного оказывает хроническая боль. Боль воспринимается как сигнал начинающейся опасности для жизни. Больной, страдающий от болей, остро реагирует на внешние воздействия, такие как громкие звуки, яркий свет, иногда прикосновения.

4. **Расстройства настроения.** Часто истощение нервной системы, возникающее как от самого процесса болезни, так и от болей, сопровождается выраженной раздражительностью, эгоцентричностью, болезненной капризностью, сосредоточенностью только на своих болевых ощущениях.

5. **Нарушения самооценки.** Физическая болезнь или увечье часто меняют субъективную ценность различных частей тела. С психологической точки зрения, на самооценку человека и его ценностные представления о различных частях собственного тела могут оказывать психотравмирующие факторы при возникновении какого-либо дефекта в человеческом теле.

Следует отметить, что по результатам некоторых психологических экспериментов наиболее ценными для людей оказались нога, глаз и рука. При этом психически больные люди менее ценно оценивали тело, чем нормальные испытуемые. Женщины оценивали тело важнее, чем мужчины.

Другие исследования показали, что около 1000 мужчин и 1000 женщин должны были квалифицировать в соответствии с их значимостью 12 частей тела. Получили такие результаты - мужчины оценили половой член, яички и язык как наиболее важные. Оценка не зависела от возраста обследуемых, только у старых людей снижалась оценка половых органов. У женщин оценки оказались менее определенными. Лишь у тех, чей возраст перешагнул 70-тилетний рубеж, ценность языка оказывалась на первом месте. Кроме того, в процессе исследований было отмечено, что ценность отдельных телесных качеств может изменяться под влиянием общественных процессов. Например, у японских женщин во время Второй мировой войны в образе тела полностью обесценилась грудь, при этом идеальной считалась плоская грудная клетка, вероятно потому, что женщины носили мужскую военную форму. А после окончания Второй мировой войны под влиянием западной культуры образ тела совсем изменился. Так, в 50-х годах японские женщины стремились иметь грудь в соответствии с так называемыми «голливудскими стандартами».

Для детей, подростков, юношей наиболее тяжелыми в психологическом отношении оказываются болезни, которые изменяют внешний вид человека, делают его непривлекательным. Это связано с системой ценностей, расстановкой приоритетов, имеющихся у больного молодого человека. Для него наивысшую ценность приобретает удовлетворение основополагающей потребности, такой, как удовлетворенность собственной внешностью.

6. **Дисморфомания.** Под дисморфоманическим синдромом понимают ложную убежденность человека в наличии у него уродства (чаще наблюдается у девушек). Ложная убежденность может распространяться на оценку полноты или диспропорций тела. Это убеждение толкает молодых людей на поиск способов похудения. При этом они часто истязают себя различными диетами, голоданием, физическими упражнениями. При этом в тех случаях, когда фактически по медицинским критериям не обнаруживают признаков избытка веса. Некоторые юные пациенты могут быть убеждены в том, что у них уродливое строение лица, носа, глаз, ушей, ног, рук и т.д. Такие больные добиваются хирургической коррекции мнимого дефекта. Характерологические особенности отмечены у больных не только с различными физическими дефектами, но и аномалиями органов чувств. Одними из основных психических свойств таких больных являются повышенная ранимость, подозрительность и фиксация на своем дефекте. Они могут часто уединяться, так как в обществе им бывает тяжело. И им кажется, что на них смотрят, жалеют или осуждают. Более спокойно они себя чувствуют в кругу таких же больных. К наиболее тяжелым психологическим реакциям часто приводят болезни, не носящие с медицинской точки зрения угрозы для жизни человека. К ним относятся любые болезни, негативно изменяющие внешность - кожные, экземы, аллергии, калечащие травмы и операции, ожоги и т.д. Тяжелые психологические реакции формируются на

появление на коже лица фурункулов, угрей. Особенно выражены проявления дисморфомании в подростковом и юношеском возрасте.

7 . Депрессивный синдром. Следует отметить, что постоянная психическая напряженность в условиях болезни создает основу для развития невротических реакций и депрессии. Хронические и инвалидизирующие заболевания часто сопровождаются депрессивным синдромом. Депрессивная симптоматика характеризуется угнетенным, тоскливым настроением, особенно по утрам, двигательной и идеомоторной заторможенностью.

Депрессия может быть преморбидным фоном и спровоцировать соматическое заболевание (например, ишемическую болезнь сердца, артериальную гипертензию).

В тоже время депрессивные расстройства могут быть следствием соматической патологии или реакцией на болезнь. Депрессивные расстройства, сопровождающие соматическое заболевание, ухудшают прогноз болезней.

Клинически очерченная депрессия у соматически больных чаще приводит к инвалидизации, чем отдельно взятое соматическое заболевание (А.Б. Смулевича). Депрессия повышает и риск летального исхода соматического заболевания (B.W.Rovner, P.S.German и соавт.). Так, вероятность смерти в течение 6 месяцев после инфаркта миокарда при присоединении депрессии увеличивается в 3-4 раза (N.Frasure-Smith, F.Lasperance и соавт., 1993).

При распознавании депрессии, развивающейся независимо от соматического заболевания, наибольшие трудности связаны с тем, что клиническая картина включает ряд соматовегетативных симптомокомплексов, характерных как для депрессивного расстройства, так и для соматического страдания (общие симптомы). В числе таких симптомов выделяют: постоянную усталость, отсутствие чувства отдыха после сна, бессонницу и недостаточную длительность сна, отсутствие аппетита и запоры, чувство "свинцовой" головы, тяжести ("стокилограммовый камень") в груди или животе, ощущения сдавливания шеи, беспокойства в груди, животе, реже в голове, расстройства менструального цикла, либидо, потенции, патологический циркадианный ритм. Наиболее частые соматические проявления таких депрессий могут быть расположены в порядке убывания частоты следующим образом (В. Бройтигама, П. Кристиана и М. Рада):

- головная боль, ощущение давления в голове;
- ощущение давления и боль в эпигастрии;
- боль и напряжение в конечностях;
- ощущение давления в сердце, сердечный страх;
- затруднения при дыхании;
- ощущение давления в горле и позывы к рвоте.

К другой группе депрессивных расстройств относятся депрессии, обусловленные непосредственно соматическим заболеванием. Соматогенные

депрессии подразделяются на органические, осложняющие тяжелые неврологические заболевания и симптоматические депрессии, сопровождающие соматическую патологию.

Одна из общих особенностей таких депрессий заключается в том, что ответ на внешнюю вредность (болезнь) включает последовательную смену этапов в соответствии с тяжестью и характером соматического заболевания: астения, аффективные расстройства, нарушения сознания (делирий и др.), деменция.

Другая общая характеристика органических и симптоматических соматогенных депрессий - соответствие динамики аффективного расстройства течению соматического заболевания: при утяжелении состояния в связи с обострением телесного недуга депрессия усугубляется, при его послаблении - принимает субсиндромальную форму или редуцируется.

Симптоматические депрессии - частое расстройство, наблюдающееся при многих тяжелых соматических заболеваниях. Их формирование может быть связано с патологией сердечно-сосудистой, легочной и пищеварительной систем, поражением почек с явлениями уремии, циррозом печени, системной красной волчанкой, онкологическими заболеваниями. В ряду эндокринных нарушений депрессии чаще бывают при гиперпаратиреозе, гипотиреозе, диабете. Аффективные нарушения возникают также при авитаминозах, железо- и витамин В12-дефицитной анемии.

Симптоматические депрессии формируются по тем же закономерностям, что и органические: дебютируют при нарастании тяжести и редуцируются по мере обратного развития симптомов соматического заболевания. Клиническая картина соматогений, осложняющая соматическое заболевание, чаще приобретает форму астенической депрессии с гиперестезией, явлениями раздражительной слабости, повышенной истощаемости, слабодушием, слезливостью. Наряду с этим могут наблюдаться психомоторная заторможенность, слабость концентрации внимания с рассеянностью, забывчивостью, неспособностью сосредоточиться, а также выраженные вегетососудистые проявления, жалобы на шум и звон в ушах, головные боли, головокружения.

При онкологических заболеваниях (особенно при раке поджелудочной железы) депрессия может быть одним из ранних симптомов основного страдания (R.T.Joffe и соавт.). В клинической картине в этих случаях преобладает тревога с предчувствием приближающейся смерти (J.Fras, E.Litin, J.Pearson; B.Klatchko, J.Gorzynski). Чаще депрессии возникают на отдаленных стадиях развития злокачественных новообразований, их выраженность нарастает пропорционально тяжести состояния.

При тяжелых соматических заболеваниях депрессивные проявления могут провоцировать суицидальные попытки. Пониженное настроение

больного может провоцироваться посещениями родных, друзей, отношениями с соседями по палате.

Поэтому наряду с повышением летальности от телесного недуга причиной смерти больных, у которых соматическое заболевание сопровождается депрессией, часто становится самоубийство. Последствием незавершенных суицидов оказываются обострение существующей или присоединение дополнительной соматической патологии (переломы, повреждения мозга; анемии вследствие искусственно вызванного кровотечения или преднамеренного отказа от еды; интоксикации, связанные с отравлением, аспирационная или гипостатическая пневмония и т.д.).

В свою очередь, соматическое заболевание может усложнять диагностику депрессии, усиливать ее тяжесть, способствовать хронификации (S.R. Kisely, D.P. Goldberg), видоизменять ответ организма на проводимую терапию (А.Б. Смулевич и соавт.).

Надо отметить, что во многих случаях сказывается возникающее в ходе болезни несоответствие между сохраняющимися или даже растущими потребностями больного и сокращающимися его возможностями. Такой конфликт, особенно при затяжных и ведущих к инвалидности болезнях, может приобрести сложное содержание в связи с наложением противоречий между стремлением больного к скорейшему выздоровлению и сокращающимися возможностями больного. Они могут порождаться последствиями болезни, в частности изменением его профессиональных и социальных возможностей.

К кругу патологических состояний психики, обусловленных соматическим фактором, характерных для больного человека, относятся следующие симптомокомплексы:

1. *Астенические.* Астения – самое типичное явление при соматогениях. Нередко бывает стержневым синдромом, может явиться дебютом или завершением изменений психики больного. Астенические состояния выражаются в различных вариантах, но типичными всегда являются повышенная утомляемость, иногда с самого утра, трудность концентрирования внимания, замедление восприятия. Для астении также характерна эмоциональная лабильность, повышенная ранимость и обидчивость, быстрая отвлекаемость. Больные не переносят даже незначительного эмоционального напряжения, быстро устают, огорчаются даже из-за пустяка. Характерна гиперестезия, выражающаяся в непереносимости резких раздражителей в виде громких звуков, яркого света, запахов, прикосновений. Часты разнообразные нарушения сна. Астения часто сочетается с депрессией, тревогой, навязчивыми страхами, ипохондрическими проявлениями. Глубина астенического расстройства обычно связана с тяжестью основного заболевания.

2. *Неврозоподобные и невротические нарушения.* Эти расстройства связаны с соматическим статусом и возникают при утяжелении

последнего. Обычно невротоподобные нарушения возникают при почти полном отсутствии или малой роли психогенных воздействий. Особенностью невротоподобных расстройств, в отличие от невротических, являются их рудиментарность, однообразие, характерно сочетание с вегетативными расстройствами, чаще всего пароксизмального характера. Однако вегетативные расстройства могут быть и стойкими. Невротические расстройства являются следствием наложения психогенных факторов, обусловленных заболеванием и особенностями его течения.

*3. Аффективные расстройства.* Для соматогенных психических нарушений характерны дистимические расстройства, в первую очередь депрессия в ее различных вариантах. В условиях сложного переплетения соматогенных, психогенных и личностных факторов в происхождении депрессивной симптоматики удельный вес каждого из них колеблется в зависимости от характера и этапа соматического заболевания. В целом же роль психогенных и личностных факторов в формировании депрессивной симптоматики (при прогрессировании основного заболевания) вначале увеличивается, а затем при утяжелении соматического состояния и соответственно углублении астении, существенно уменьшается. При прогрессировании соматического заболевания, длительном течении болезни, постепенном формировании хронической энцефалопатии тоскливая депрессия постепенно приобретает характер депрессии дисфорической, с ворчливостью, недовольством окружающими, придирчивостью, требовательностью, капризностью. В отличие от более раннего этапа тревога непостоянна, а возникает в периоды обострения заболевания, особенно с реальной угрозой развития опасных последствий. На отдаленных этапах тяжелого соматического заболевания при выраженных явлениях энцефалопатии часто на фоне дистрофических явлений астенический синдром включает в себя угнетенность с преобладанием адинамии и апатии. В период значительного ухудшения соматического состояния возникают приступы тревожно-тоскливого возбуждения, на высоте которых могут совершаться суицидальные попытки.

*4. Психопатоподобные расстройства.* Чаще всего они выражаются в нарастании эгоизма, эгоцентризма, подозрительности, угрюмости, неприязненном, настороженном или даже враждебном отношении к окружающим, истериформных реакциях с возможной склонностью к агравации своего состояния, стремлением постоянно быть в центре внимания, элементами установочного поведения. Возможно развитие психопатоподобного состояния с нарастанием тревожности, мнительности, затруднении при принятии какого-либо решения.

*5. Бредовые состояния.* У больных с хроническими соматическими заболеваниями бредовые состояния обычно возникают на фоне

депрессивного, астенодепрессивного, тревожно-депрессивного состояния. Чаще всего это бред отношения, осуждения, материального ущерба, реже нигилистический, порчи или отравления. Бредовые идеи при этом не стойки, эпизодичны, нередко имеют характер бредоподобных сомнений с заметной истощаемостью больных, сопровождаются вербальными иллюзиями. Если соматическое заболевание повлекло за собой уродующее изменение внешности, то может сформироваться синдром дисморфомании (сверхценная идея физического недостатка, идеи отношения, депрессивное состояние), возникающий по механизмам реактивного состояния.

6. *Состояния помрачения сознания.* Наиболее часто возникают на астеническо-адинамическом фоне и являются следствием неблагоприятного течения основного заболевания (нарастание интоксикации, ухудшение функции жизненно важного органа или системы и т.д.).

7. *Органический психосиндром* при соматических заболеваниях встречается нечасто, возникает обычно при длительных заболеваниях с тяжелым течением (хроническая почечная недостаточность, длительно существующий цирроз печени с явлениями портальной гипертензии). При соматических заболеваниях чаще встречается астенический вариант психоорганического синдрома с нарастающей психической слабостью, повышенной истощаемостью, плаксивостью, астенодисфорическим оттенком настроения.

### *3.4.3. ПРЕМОРБИДНЫЕ СОСТОЯНИЯ ПСИХИКИ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ОСОБЕННОСТИ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ*

Изменения психики при соматических болезнях могут быть многообразны. Их рассматривают, как правило, в двух направлениях:

- общие особенности изменений и расстройств психики при болезнях внутренних органов,
- клиника психических расстройств при наиболее распространенных формах болезней.

Надо отметить, что общие тенденции формирования клиники психических расстройств во многом определяются особенностями преморбидного состояния психики соматического больного, т.е. состояние, имевшее место до начала болезни.

По особенностям преморбидного состояния выделяют три группы лиц:

1. Психически больные, находящиеся на разных этапах болезни, у которых болезнь внутренних органов может:

- усилить, усложнить течение психической болезни;
- спровоцировать новый приступ психической болезни или вызвать ее рецидив;
- привести к ослаблению течения основного психического заболевания.

2. Психопатические личности в разных фазах развития психопатии.

В целом имеет место следующая закономерность: чем более значительны, массивны аномалии личности, патологические изменения ее, тем с меньшей критикой оценивает больной свою соматическую болезнь и тем ниже становится возможность выбора эффективных форм помощи, и наоборот. Развившаяся у них соматическая болезнь сопровождается различными изменениями психики:

- клиническими явлениями декомпенсации самой психопатии;
- явлениями компенсации психопатических расстройств;
- формированием собственно соматогенных расстройств психики, в содержании которых преобладают те радикалы изменений психики, которые типичны для клиники соответствующего варианта психопатии.

3. Психически здоровые лица. Их особенности психического реагирования индивидуально неодинаковы в связи с различием личности. Изменения у преморбидно психически здоровых лиц в первую очередь обусловлены особенностями ведущей причины болезни.

Таким образом от психического состояния пациента, его отношения к болезни и лечению зависит эффективность действия лекарственных веществ и других лечебных манипуляций.



### **3.5. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ В УСЛОВИЯХ РЕГУЛЯРНОГО ПРИЕМА ЛЕКАРСТВ**

На тех этапах заболевания, когда требуется систематическое применение лекарственных препаратов встречаются различные варианты отношения больных к приему лекарств. Больные могут принимать выписанные им врачом лекарства добросовестно, а могут и не соблюдать предписаний.

Серьезную проблему создают больные, у которых во внутренней картине болезни присутствует отказ от приема лекарств.

Причины отказа от приема лекарственных препаратов:

1. Прием лекарств зависит от отношений между врачом и больным: в благоприятных случаях больной принимает лекарства, а при негативных отношениях больной лекарств не принимает.

2. Больной может бояться отравления или того, что данное средство вредно ему.

3. Больной не принимает лекарств, поскольку не хочет признавать, что он болен, в этих случаях отказ от приема лекарств служит одной из форм проявления отрицания своего заболевания.

4. Больной считает заболевание наказанием, а потому и не принимает лекарств.

5. Представления, связанные с наркоманией: больной боится, что привыкнет к этому средству и потом не сможет без него жить.

6. Больной не принимает лекарств, ввиду недопонимания важности лечения.

7. Действие предрассудков и суеверий.

8. Если таким образом стремятся достичь определенных целей:

а) попасть на лечение в больницу;

б) добиться проведения той или иной операции;

в) продлить пребывание на больничном листе или оформить инвалидность.

9. Возникновение побочных действий при лечении лекарствами.

10. Изменение психического здоровья.

11. Наличие слабоумия.

12. Легкомысленное отношение к предписанному лечению.

Таковыми больными врач должен заниматься особо. Часто изменить ситуацию можно простым улучшением отношений между врачом и больным, восстановлением доверия к врачу. В других случаях возникает потребность в более длительной работе с больным и постоянном контроле за принятием лекарств. Так как вера человека в положительное действие лекарств или лечебных процедур может завышать истинный лечебный эффект. Такой повышенный лечебный эффект получил название эффект «плацебо».

Плацебо - это контрольное вещество, которое по внешним свойствам - цвету, запаху, вкусу - сходно с реальным лекарственным препаратом. Так называемый эффект плацебо сказывается на всех людях. Однако, он имеет определенный диапазон колебаний, который определяется степенью веры исследуемого или больного в этот эффект.

Таким образом, характер заболевания, его симптоматика, растянутость во времени, инвалидизирующие последствия определяют психологические особенности больного, его отношение к болезни, а, соответственно и эффективность лечения и реабилитации.

#### **Контрольные вопросы:**

- 1. Перечислите теории психосоматической медицины.*
- 2. Назовите типы соматических расстройств, связанных с влиянием психологических факторов.*
- 3. Назовите группы психосоматических расстройств.*
- 4. Что понимают под термином «диссоциативные расстройства»?*
- 5. Перечислите симптомы и синдромы нарушений психики, наиболее часто встречающиеся у соматических больных.*

### **4. ПЕРЕЖИВАНИЯ БОЛЬНЫХ И ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЗАТРАГИВАЕМЫХ ОРГАНОВ И СИСТЕМ.**

#### ***4.1. ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ ПЕРЕЖИВАНИЙ БОЛЬНЫХ С КОРОНАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ***

Существуют данные ряда отечественных авторов (И.Е. Ганелин, Я.М. Краевский, В.Н. Мясищев и др.), которые изучив преморбидные особенности высшей нервной деятельности и личности больных коронарной недостаточностью, обнаружили имеющееся сходство. Чаще такие больные были волевыми, целеустремленными, работоспособными людьми с высоким уровнем побуждения, а также с склонностью к длительному внутреннему переживанию отрицательных эмоций. Характерный для сердечно-сосудистых больных «социально-дисгармонический» тип личности обнаруживается у 60% больных. Такая личность ориентирована на себя, с концентрацией внимания и интересов на немногих, субъективно значимых аспектах. Такие лица, как правило, неудовлетворены своей должностью, неуживчивы, особенно в отношениях с администрацией, повышенно обидчивы» самолюбивы.

*Инфаркт миокарда.* В остром периоде заболевания у больных может возникать страх смерти, усиливающийся при нарастании болей. Характерны тревога, тоска, беспокойство, чувство безнадежности. Нередко бывают проявления гиперестезии, когда пациенты не переносят любых внешних воздействий, их раздражает даже шепот, прикосновение белья, свет.

Поведение больных при этом бывает различным. Они могут быть неподвижны и молчаливы или, напротив, возбуждены и беспокойны.

Резко подавленное настроение, безотчетный страх, тревога могут встречаться в остром периоде инфаркта и при отсутствии болевого синдрома, а иногда - быть его предвестником. При ухудшении состояния тоскливо-тревожная симптоматика может смениться эйфорией, что опасно из-за неадекватного поведения таких больных.

Очень характерна для инфаркта миокарда астеническая симптоматика. При этом в остром периоде сначала преобладает соматогенная астения, с течением времени начинает превалировать симптоматика, связанная с влиянием психогенного фактора (реакция личности на тяжелую психотравмирующую ситуацию с угрозой жизни). В таком случае невротические психогенные реакции переплетаются с воздействием собственно соматогенного фактора, благодаря чему непсихотические синдромы носят смешанный характер, то приближаясь к невротическим, то к чисто невротическим. Невротические реакции при инфаркте миокарда зависят от преморбидных особенностей и подразделяются на:

- *кардиофобические.* При подобных реакциях у больных преобладает страх перед повторным инфарктом и возможной смертью от него. Они чрезмерно осторожны, сопротивляются любым попыткам расширения режима двигательной активности. На высоте страха у таких больных возникает потливость, сердцебиение, чувство нехватки воздуха, дрожь во всем теле.
- *тревожно-депрессивные* реакции выражаются в чувстве безнадежности, пессимизме, тревоге, нередко двигательном беспокойстве.
- *депрессивно-ипохондрические* реакции характеризуются постоянной фиксацией на своем состоянии, значительной переоценкой его тяжести, обилием соматических жалоб, в основе которых могут быть сенестопатии.
- *истерические.*
- *анозогнозические* реакции опасны пренебрежением больного к своему состоянию, нарушением режима, игнорированием медицинских рекомендаций.

*Стенокардия.* Поведение больных при стенокардии может быть различным в зависимости от формы стенокардии. Во время приступа чаще всего возникает испуг, достигающий иногда выраженного страха, двигательное беспокойство со стремлением встать и ходить, либо, наоборот, неподвижность, опасение сделать хоть какое-то движение. Во

внеприступный период характерны симптомы в виде сниженного фона настроения, эмоциональная лабильность, повышенная раздражительность, нарушения сна, который становится тревожным, поверхностным, нередко сопровождается устрашающими, тягостными сновидениями. Также характерно легкое возникновение астенических реакций, немотивированных состояний боязливости и тревоги. Возможны истероформные особенности поведения с нарастающим эгоцентризмом, стремлением привлечь к себе внимание окружающих, склонность к демонстративности. Нередки фобические состояния, преимущественно в виде кардиофобий с постоянным ожиданием очередного приступа и страха перед ним.

#### ***4.2. ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ ПЕРЕЖИВАНИЙ БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ ИЛИ ГИПОТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ***

*Гипертоническая болезнь.* Возникновение гипертонической болезни во многом определяется генетической предрасположенностью, экзогенными вредностями (напряженная, ответственная, эмоционально насыщенная работа, недосыпание, пристрастие к пересоленной пище), а также характерологическими особенностями человека. В частности отмечено, что чаще гипертонической болезнью страдают лица с повышенным чувством личностной и ситуативной тревожности, гиперответственностью, пониженной стрессоустойчивостью. Наряду психогенными изменениями психики, возникающими как реакция на болезнь, для гипертонической болезни характерны церебральные расстройства, которые обусловлены нарушениями мозгового кровообращения, начиная от легких гипертонических кризов и кончая самым тяжелым поражением – инсультом. Психопатологические явления, возникающие вследствие гипертонической болезни, могут встречаться при любых формах и стадиях заболевания. Вместе с тем имеется определенная связь между характером психических нарушений и стадией гипертонической болезни. Например, неврозоподобная симптоматика более характерна для I (начальной) стадии заболевания, а развитие слабоумия наблюдается преимущественно в III (конечной) стадии. Наиболее часто гипертоническая болезнь вызывает следующие типы психических нарушений (Авербух Е.С.):

1. неврозоподобную и психопатоподобную симптоматику;
2. тревожно-депрессивные и тревожно-бредовые синдромы;
3. состояния помрачения сознания;
4. состояния слабоумия.

Больные гипертонической болезнью часто предъявляют жалобы на раздражительность, головные боли, плохой сон, повышенную утомляемость, вялость, снижение работоспособности, становятся рассеянными, мнительными, слабодушными и плаксивыми, очень обидчивыми. У одних

при этом преобладает астенический синдром, у других раздражительность и вспыльчивость. Нередко возникают и разного рода навязчивые состояния: навязчивый счет, навязчивые воспоминания и сомнения, навязчивые страхи. Больные страдают от кардиофобии, испытывают навязчивый страх смерти, страх высоты, движущегося транспорта, большой толпы и т.д.

Психопатоподобные состояния при гипертонической болезни чаще всего возникают вследствие заострения прежних характерологических черт. Больные становятся все более трудными в общении, у них легко возникают аффективные вспышки, они не терпят возражений, легко плачут.

Довольно типичной картиной для больных гипертонической болезнью является снижение настроения. В одних случаях при этом преобладает тоскливо-подавленное состояние, в других – тревожность и беспокойство. Тревога чаще всего носит немотивированный характер, возникает внезапно, иногда ночью. Могут возникать депрессивные, ипохондрические состояния, навязчивые идеи осуждения, отношения, преследования, ревности и самообвинения. Свойственные больным с гипертонической болезнью нарушения памяти могут быть выражены в различной степени, начиная от легкой забывчивости и кончая грубыми мнестическими расстройствами. Может развиваться органический психосиндром. В ряде случаев гипертоническая болезнь может приводить к выраженному слабоумию. Деменция может возникнуть как в связи с инсультами, так и без них.

*Гипотоническая болезнь.* У больных гипотонической болезнью могут возникать гипотонические кризы, сопровождающиеся головокружениями, резкой слабостью, вазомоторными нарушениями, иногда обморочные состояния.

Больные часто жалуются на головные боли, головокружения, появляющиеся обычно при переходе из горизонтального состояния в вертикальное, шум в ушах, вялость, повышенную утомляемость. У некоторых больных помимо астенической симптоматики, возникают и депрессивные состояния, обычно нерезко выраженные. В ряде случаев больные становятся тревожными и мнительными, высказывают много ипохондрических жалоб. Иногда возникают навязчивые страхи – фобии.

#### **4.3. ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ ПЕРЕЖИВАНИЙ БОЛЬНЫХ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА И СИСТЕМЫ МОЧЕВЫДЕЛЕНИЯ**

*Почечная недостаточность.* При состояниях компенсации и субкомпенсации хронической почечной недостаточности наиболее характерен астенический синдром, который является ранним признаком заболевания. Особенность астении состоит в сочетании выраженной гиперестезии, раздражительной слабости со стойкими нарушениями сна.

Характерно появление дисфорического оттенка настроения, а также выраженность вегетативных расстройств. При явлениях хронической почечной недостаточности (ХПН) возможно формирование депрессивных расстройств, среди которых доминируют подавленность, деперсонализационно-анестетическая симптоматика, раздражительность, слезливость (Н.Н. Петрова, 1977). В ряде случаев преобладает тревожность, например, при усугублении ХПН тяжелой сердечно-сосудистой недостаточностью возможно нарастание тревоги и явлений психомоторного возбуждения (М.А. Цивилько, 1977) со вспышками раздражительности (придирчивость, чрезмерная требовательность, капризность), иногда достигающей уровня дисфории. При утяжелении соматического состояния в клинической картине депрессии нарастают адинамия, вялость, безучастность к окружающему.

Для почечной недостаточности характерны периодически возникающие расстройства схемы тела. Эти расстройства наряду с возникновением сумеречных помрачений сознания или отчетливыми приступами дисфории свидетельствуют о нарастании психоорганического синдрома. Повышение интоксикации характеризуется нарушениями сна с сонливостью днем и упорной бессонницей ночью, кошмарными, часто одного и того же сюжета сновидениями с последующим присоединением гипногических галлюцинаций. Острые психозы в виде атипичных делириозных, делириозно-онейроидных, делириозно-аментивных состояний возникают при относительно неглубокой декомпенсации. В позднем периоде уремии почти постоянным становится состояние оглушения.

*Цирроз печени.* Симптомы астении могут быть первыми проявлениями болезни. Характерны нарушения сна с сонливостью днем и бессонницей ночью. При чем приступы сонливости, напоминающие приступы нарколепсии, нередко являются первыми симптомами развивающегося психоорганического синдрома. Характер выраженности астенической симптоматики зависит от этапа и тяжести заболевания. Типичны для больных циррозом печени выраженная физическая слабость, вялость и разбитость с раннего утра. С утяжелением общего состояния усиливаются и вегетативные расстройства в виде приступов тахикардии, потливости, гиперемии кожи. Нарастание психоорганического синдрома сопровождается характерологическими сдвигами и периодически наступающими состояниями помрачения сознания (по типу состояний, напоминающих амбулаторный автоматизм). При утяжелении основного заболевания характерно нарастание оглушения вплоть до комы.

Психопатоподобные расстройства проявляются в таких реакциях, как чрезмерная обидчивость, подозрительность, пунктуальность, ворчливость, требование к себе особого внимания, склонность к конфликтам.

Психические нарушения у таких больных почти никогда не достигают психотического уровня. Особым психотравмирующим фактором у них

являются страхи, иногда очень выраженные перед реальной угрозой желудочно-кишечного кровотечения и явлений портальной гипертензии.

*Хронический холецистит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.* Больные хроническим холециститом и язвенной болезнью характеризуются повышенной раздражительностью, резкими изменениями настроения, сопровождающимися гневливостью, а иногда и агрессией. В силу массивной интерорецепции со стороны внутренних органов, которая сопровождается продолжительной неприятной для больного симптоматикой (боли, тошнота, чувство горечи, повышенная потливость и т.д.), болезнь часто сопровождается эмоциональными и депрессивными расстройствами. Эмоциональные нарушения проявляются приступами гневливости агрессии, злобы, а расстройства настроения - депрессивной симптоматикой и ипохондрическими сверхценными идеями. При утяжелении соматического состояния ипохондрические переживания могут трансформироваться в ипохондрический бред.

#### ***4.4. ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ ПЕРЕЖИВАНИЙ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ***

Независимо от того, какая железа внутренней секреции поражена, эндокринные расстройства часто сопровождаются общей симптоматикой в виде неспецифического эндокринного синдрома и астении.

*Диффузный токсический зоб.* Для этого заболевания характерны аффективные расстройства, в первую очередь в виде эмоциональной лабильности. Больные слезливы, склонны к немотивированным колебаниям настроения, у них легко возникают реакции раздражения, вплоть до выраженной гневливости. Больные диффузным токсическим зобом обычно суетливы, не могут длительно концентрировать внимание, непоседливы, обидчивы, жалуются на быструю утомляемость, гиперестезии в виде непереносимости громких звуков, яркого света, прикосновений. Во многих случаях на первый план выступает пониженное настроение, иногда достигающее выраженной депрессии. Реже отмечается состояние апатии, вялости. Депрессии обычно сопровождаются тревогой, ипохондрическими жалобами.

Помимо разнообразной астенической симптоматики и аффективных нарушений, могут встречаться и психотические расстройства в виде острых и затяжных психозов, бредовых состояний, галлюцинозов, преимущественно зрительных. Весьма типичны расстройства сна в виде трудности засыпания, частых пробуждений, тревожных сновидений. При затяжной форме базедовой болезни могут отмечаться интеллектуально-мнестические расстройства.

*Гипотиреоз.* При врожденном гипотиреозе, называемом кретинизмом, и при развитии гипотиреоза в раннем детском возрасте может возникать олигофрения. Задержка психического развития может быть выражена в разной степени, но нередко достигает глубокого слабоумия (идиотия или тяжелая имбецильность).

Для гипотиреоза характерны вялость, сонливость, гиподинамия, быстрая утомляемость, замедление ассоциативных процессов. Может также наблюдаться неврозоподобная симптоматика, выражающаяся в раздражительности, подавленном настроении, ранимости, эмоциональной лабильности. При нарастании тяжести заболевания отмечается прогрессирующее снижение памяти, полное безразличие к окружающему. Нередко возникают психотические состояния в виде синдромов помраченного сознания (сновидных и делириозных), выраженных депрессивных, депрессивно-параноидных расстройств. Возможны эпилептиформные припадки. Большую опасность представляют коматозные состояния (микседематозная кома), нередко приводящие к летальному исходу.

*Сахарный диабет.* Диабет возникает при абсолютной и относительной недостаточности инсулина. При раннем возникновении заболевания может отмечаться замедление психического развития.

Диабет у взрослых сопровождается астенической симптоматикой в виде повышенной утомляемости, снижения работоспособности, нарушений сна, головной боли, эмоциональной лабильности. Нередко отмечаются вялость, снижение настроения с подавленностью и угнетенностью. Возможны психопатоподобные расстройства.

Психические нарушения наиболее выражены при длительном течении заболевания с гипергликемическими и гипогликемическими коматозными состояниями в анамнезе. Повторные комы способствуют развитию острой или хронической энцефалопатии с нарастанием интеллектуально-мнестических расстройств и эпилептиформными проявлениями.

По мере утяжеления заболевания и нарастания органического психосиндрома чисто астеническая симптоматика трансформируется в астенодистимическую, астенопатическую и астенодинамическую.

Собственно психотические состояния встречаются нечасто. Острые психозы выражаются в виде делириозных, делириозноаментивных и аментивных состояний.

*Первичный гипогонадизм.* Заболевание развивается вследствие поражения половых желез или кастрации. Характерна астеническая симптоматика: повышенная утомляемость, отвлекаемость, неусидчивость. Часто возникают приступы головокружения, потливости, сердцебиения, обмороки. Психопатология выражается в эгоцентризме, склонности к аффективным взрывам, приступам дисфории, эпилептоидности, злопамятности или в преобладании астенических, а иногда и истерических черт.



Осознание болезни, особенно своей евнухоидной внешности, наступает у таких больных к пубертатному возрасту и приводит к развитию депрессивной симптоматики, приобретая характер сверхценной дисморфомании, сопровождающейся идеями отношения. Снижения интеллекта при первичном гипогонадизме обычно не отмечается.

#### **4.5. ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ ПЕРЕЖИВАНИЙ ПРИ БОЛЕЗНЯХ КРОВИ**

*Пернициозная анемия (злокачественная анемия, болезнь Аддисона-Бирмера).* В случаях легкого течения заболевания основным психическим расстройством является астения, выражающая в быстрой психической и физической утомляемости, рассеянности внимания, ипохондрической фиксации на своем состоянии, плаксивости или раздражительной слабости. Также возможны психопатоподобные расстройства в виде дисфорического фона настроения, раздражительного недовольства, повышенной возбудимости и требовательности. При остром течении заболевания часто возникает делириозный синдром. Тяжелые состояния приводят к развитию сумеречного состояния, которое по мере утяжеления процесса заканчивается развитием сопора и комы. При длительном течении болезни развивается выраженный депрессивный синдром, преимущественно в виде тревожной или ажиотированной депрессии, нередко с присоединением галлюцинаций и бреда. Иногда может возникать эйфория. При длительном тяжелом течении заболевания развивается психоорганический синдром.

*Анемии вследствие кровопотери.* Тяжелые кровопотери характеризуются нарастанием астенических расстройств, нарушением активного внимания, невозможностью сосредоточиться, замедлением ассоциативных процессов. Возможно появление иллюзорного восприятия окружающего, особенно характерны парейдолические иллюзии. Нарастающая астения может достигать степени апатического ступора, при утяжелении состояния возможно нарастающее оглушение с переходом в сопор, а затем в кому.

#### **4.6. ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ ПЕРЕЖИВАНИЙ ПРИ АЛИМЕНТАРНОЙ ДИСТРОФИИ**

В начале заболевания наблюдаются раздражительность, аффективная возбудимость, головная боль. Наиболее типичными являются астенические симптомы (слабость, истощаемость, снижение внимания и памяти, замедление ассоциативных процессов). Больные обычно угрюмы, обидчивы,

склонны к депрессивным реакциям с суицидальными тенденциями. Расстройства настроения могут носить и характер дисфории, возможно появление двигательного беспокойства. Для таких больных характерно, что все мысли и сновидения связаны с пищей. При алиментарной дистрофии резко ослабевает или полностью исчезает половое влечение, снижается чувство самосохранения. У таких больных может изменяться характер, что сопровождается снижением уровня личности, утратой контроля за своим поведением: теряется чувство такта, стыда, нарастает эгоизм, озлобленность, возможно появление выраженной агрессии по отношению к окружающим. Однако при этом довольно долго сохраняется умственная деятельность. При прогрессировании заболевания нарастает апатия и адинамия, которая может прийти до апатического ступора.

#### ***4.7. ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ ПЕРЕЖИВАНИЙ БОЛЬНЫХ В КЛИНИКЕ НЕРВНЫХ БОЛЕЗНЕЙ***

При заболеваниях центральной нервной системы ведущими симптомами психических нарушений является астенизация и депрессивные расстройства.

Такие аффективные расстройства носят название органических депрессий. Органические депрессии чаще формируются в рамках следующих неврологических заболеваний:

- при органических процессах с преимущественным поражением экстрапирамидной системы (паркинсонизм, хорей Гентингтона, гепатоцеребральная дистрофия);
- при демиелинизирующих заболеваниях (рассеянный склероз);
- при сосудистых заболеваниях головного мозга (атеросклероз сосудов головного мозга, острое нарушение мозгового кровообращения, остаточные явления после острого нарушения мозгового кровообращения, дисциркуляторная энцефалопатия);
- при черепно-мозговых травмах (травматическая энцефалопатия);
- при опухолях мозга (чаще височной или лобной доли).

При некоторых органических поражениях ЦНС (паркинсонизм, хорей Гентингтона, рассеянный склероз, опухоли лобной доли мозга) депрессия на начальных этапах патологического процесса может выступать в качестве одного из ранних симптомов, "маскирующих" проявления основного заболевания. Аффективные проявления в этих случаях отличаются рудиментарностью, незавершенностью (уныние, плаксивость, периодически возникающая тревожность, нарушения сна).

В клинической картине органических депрессий, как правило, доминируют признаки негативной аффективности - адинамия, аспонтанность, акинезия, астения, дисфория. Так, для аффективных

расстройств при паркинсонизме характерно преобладание нарушений астенического полюса (В.Л. Голубев). При этом гипотимия (снижение настроения) может сопровождаться не только "псевдоневрастеническими" жалобами (Э.Я. Штернберг) (заторможенность, общая слабость, утомляемость, отсутствие сил), но и дисфорией с раздражительностью, тревогой, пессимистической оценкой будущего, суицидальными мыслями, но без идей греховности и самообвинения. Дисфорические депрессии наблюдаются также в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы (М.О. Гуревич, 1948). Для сосудистой депрессии характерны обилие соматических и ипохондрических жалоб, однообразие и назойливость поведения - "жалующиеся", "ноющие" депрессии (Э.Я. Штернберг, 1983). В остром постинсультном периоде возможно усложнение картины депрессии патологическим (насильственным) плачем; возможны вспышки тревожно-боязливое возбуждения и ночные делириозные эпизоды.

Преобладание позитивной аффективности в картине органических депрессий обнаруживается реже, например, опухоли левой височной доли могут сопровождаться острым чувством тоски, тревогой, суицидальными тенденциями (Т.А. Доброхотова).

#### **Контрольные вопросы:**

- 1. Перечислите особенности психических переживаний больных с коронарной недостаточностью.*
- 2. Перечислите особенности психических переживаний больных с гипертонической и гипотонической болезнью.*
- 3. Перечислите особенности психических переживаний больных с заболеваниями ЖКТ и системы выделения.*
- 4. Перечислите особенности психических переживаний больных с заболеваниями эндокринной системы.*
- 5. Перечислите особенности психических переживаний больных с заболеваниями системы крови.*
- 6. Перечислите особенности психических переживаний больных с алиментарной дистрофией.*
- 7. Перечислите особенности психических переживаний больных в клинике нервных болезней.*

## **5. ПЕРЕЖИВАНИЯ БОЛЬНЫХ И ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ В УСЛОВИЯХ ИНВАЛИДИЗАЦИИ ИНДИВИДА**

### **5.1. ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ БОЛЕЗНЕННО-СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ПЕРЕЖИВАНИЯ ИНВАЛИДОВ**

*Инвалидность – это специфическая особенность развития и состояния личности, часто сопровождающаяся ограничениями жизнедеятельности в самых разнообразных её сферах.* Вследствие этого инвалиды становятся особой социально-демографической группой.

У подавляющего большинства инвалидов наблюдаются проявления социально-психологической дезадаптации различной степени выраженности. В ее основе лежат два основных фактора: социальный и психологический.

Под социальным фактором понимают то положение, которое занимает инвалид в нашем обществе. Особенности социальной жизни этой группы больных являются:

- низкий уровень дохода,
- невысокая возможность получения образования,
- трудности участия в производственной деятельности,
- проблемы в создании семьи,
- затруднения в проведении досуга,
- невозможность реализовать потенциальные возможности участия в общественной жизни,
- проблемы в общении со здоровыми людьми. Существует определенная амбивалентность отношения здоровых людей к инвалидам: с одной стороны инвалиды воспринимаются как отличающиеся в худшую сторону, с другой - как лишённые многих возможностей. Это порождает как неприятие нездоровых сограждан остальными членами общества, так и сочувствие по отношению к ним, но в целом отмечается неготовность многих здоровых к тесному контакту с инвалидами и к ситуациям, позволяющим инвалидам реализовать свои возможности наравне со всеми. Взаимоотношения инвалидов и здоровых подразумевают ответственность за эти взаимоотношения обеих сторон. Поэтому следует отметить, что инвалиды в этих взаимоотношениях занимают не совсем приемлемую позицию. У многих из них не хватает социальных навыков, умения выразить себя в общении с коллегами, знакомыми, администрацией, работодателями. Инвалиды далеко не всегда могут уловить нюансы человеческих отношений, воспринимают других людей несколько общо, оценивая их на основании лишь некоторых моральных качеств - доброты, отзывчивости и т.п.

Всю совокупность социальных ограничений можно подвести под понятие - социальная изоляция инвалида. Особенно это касается инвалидов с опорно-двигательными нарушениями, дефектами зрения и слуха. Социальная изоляция, хотя и не столь резко выраженная, характерна и для инвалидов с другими видами заболеваний.

Второй из основных факторов социальной дезадаптации инвалидов - психологический. У подавляющего большинства инвалидов могут быть выявлены нарушения практически на всех уровнях функционирования психики:

- эмоционально-волевой регуляции,
- индивидуально-психологическом,
- социально-психологическом,
- на высшем личностном уровне ценностных ориентации, ведущих мотивов и установок.

Психологические нарушения инвалидов обусловлены двумя основными причинами:

1. сама болезнь, ведущая к физическим страданиям, страху перед будущим,
2. собственно инвалидность.

Инвалиды представляют собой специфичный контингент, отличный от «просто больных». Сам факт получения группы инвалидности меняет социальный статус человека. Из кормильца семьи он превращается в «обузу», из работника — в «нахлебника», из члена дружеской компании — в предмет жалости и сочувствия. Именно так воспринимают изменение своего положения сами инвалиды. Социальные и психологические факторы социальной дезадаптации инвалидов тесно взаимосвязаны, т.к. социальная изоляция неизбежно ведет к психологическим нарушениям. В свою очередь психологические нарушения в препятствуют установлению нормальных взаимоотношений с окружающими, сказываются на работоспособности, общем мировосприятии, и, таким образом, углубляют социальную изоляцию инвалида. Таким образом в случае инвалидизации человека образуется порочный круг — социальный и психологический факторы усугубляют взаимное негативное влияние.

У инвалидов с опорно-двигательным дефектом, нарушениями зрения, слуха эта проблема существует в наиболее «чистом виде». У многих из них вопросы, связанные собственно с болезнью утрачивают остроту и отступают на второй план. Их состояние, как правило, стабильно; непосредственная угроза для жизни и выраженные болевые ощущения отсутствуют. При этом интеллектуальные и творческие способности у них сохранены. В такой ситуации на первом месте оказываются как раз специфичные для инвалидов вопросы - сохранение и поддержание своего социального статуса. В то время как у инвалидов с заболеваниями внутренних органов на первом месте стоят

вопросы, связанные с самой болезнью, а изменения социального статуса выражено не столь резко (в силу отсутствия видимого дефекта и не столь ограниченных возможностях передвижения).

## **5.2. СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПСИХИКИ В УСЛОВИЯХ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ ИНВАЛИДОВ**

Таким образом социально-психологическая дезадаптация инвалида обуславливает не только ухудшение качества жизни человека, затрудняет процессы лечения и реабилитации, но и оказывает дополнительное психотравмирующее влияние, провоцируя нарушение психического здоровья или прогрессирование уже существующих психических отклонений.

У большинства инвалидов формируются специфические изменения психики, которые включают:

1. отсутствие интереса к жизни и желания заниматься общественной деятельностью,
2. негативное отношение к другим людям и стремление объединяться с людьми, имеющими идентичные заболевания,
3. неудовлетворительная оценка собственной жизни. Практически половина инвалидов (по результатам специальных социологических исследований) оценивают качество своей жизни как неудовлетворительное (в основном, это инвалиды 1 группы). Около трети инвалидов (в основном 2-ой и 3-ей групп) характеризуют свою жизнь как вполне приемлемую. Причём понятие “удовлетворённость-неудовлетворённость жизнью” зачастую сводится к плохому или стабильному материальному положению инвалида. Чем ниже доходы инвалида, тем пессимистичнее его взгляды на своё существование.
4. низкая оценка собственного здоровья, что является одним из факторов отношения к жизни. По результатам исследований, среди лиц, определяющих качество своего существования как низкое, только 3,8 % оценили своё самочувствие как хорошее.
5. неудовлетворительное самовосприятие. Самовосприятие включает самооценку следующих состояний:
  - ощущения собственного счастья (только каждый десятый инвалид считает себя счастливым),
  - активности (треть инвалидов считает себя пассивными), общительность (каждый шестой инвалид в Москве, каждый третий в Вологде, каждый второй в Ярославле признают себя малообщительным),
  - настроения (четверть инвалидов в Москве и треть в Ярославле и Вологде считают себя грустными).

Психологические характеристики инвалидов существенно различаются в группах, имеющих разные доходы. Количество инвалидов, которые оценивают себя как “счастливых”, “добрых”, “активных”, “общительных” больше среди тех, чей бюджет устойчив. Число “несчастливых”, “злых”, “пассивных”, “необщительных” больше среди постоянно нуждающихся.

Аналогичны психологические самооценки в разных по тяжести группах инвалидов. Наиболее благоприятна самооценка у инвалидов 1 группы. Среди них больше “добрых”, “общительных”, “весёлых”. Хуже положение среди инвалидов 2 группы. Среди инвалидов 3 группы меньше “несчастливых” и “грустных”, но значительно больше “злых”, что характеризует неблагоприятное положение в социально-психологическом плане. Это подтверждают чаще выявляемая среди инвалидов 3 группы психологическая дезадаптация, чувство ущербности, большие трудности в межличностных контактах. Это может быть связано с тем, что инвалиды 3 и 2 групп чаще, чем инвалиды 1 группы, общаются со здоровыми людьми, сравнивают возможности, доходы и др.

Существует значительная разница в самооценке у мужчин и женщин инвалидов: “удачливыми” себя считают 7,4% мужчин и 14,3% женщин, “добрыми” соответственно 38,4% и 62,8%, “весёлыми” – 18,8% и 21,2%, что указывает на более высокие адаптационные возможности женщин.

Определяется отличие в самооценке работающих и безработных инвалидов: у последних она значительно ниже. Отчасти это обусловлено материальным положением работающих, большей их социальной адаптацией, по сравнению с неработающими. Последние выведены из этой сферы социальных отношений, что и служит одной из причин крайне неблагоприятной личностной самооценки.

Наименее адаптированными являются одинокие инвалиды. Несмотря на то, что их материальное положение не отличается принципиально в худшую сторону, они представляют собой в плане социальной адаптации группу риска. Так, они чаще других негативно оценивают своё финансовое положение (31,4% а в среднем у инвалидов 26,4%). Они считают себя более “несчастливыми” (62,5%, а в среднем у инвалидов 44,1%), “пассивными” (соответственно 57,2% и 28,5%), “грустными” (40,9% и 29%), среди этих людей мало лиц, довольных жизнью. Черты социально-психологической дезадаптации одиноких инвалидов имеют место, несмотря на то, что в мерах по социальной защите они имеют определённый приоритет. Но, видимо, этим людям в первую очередь необходима психолого-педагогическая помощь.

Ухудшение морально-психологического состояния лиц с ограниченными возможностями объясняется также сложными экономическими и политическими условиями в стране. Как и все люди, инвалиды испытывают страх перед будущим, тревогу и неуверенность в завтрашнем дне, чувство напряжённости и дискомфорта. Общая обеспокоенность принимает формы, характерные для сегодняшних

политико-экономических и социально-психологических условий. Наряду с материальным неблагополучием это приводит к тому, что малейшие затруднения вызывают у инвалидов панику и сильный стресс.

Во многом степень психологической дезадаптации инвалидов зависит от возраста, в котором произошла инвалидизация, а также специфика инвалидизирующего заболевания.

### ***5.3. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧЕМ***

У больных с церебральным параличом наряду с нарушением двигательных функций наблюдаются отклонения в эмоционально-волевой сфере, поведении, интеллекте. Эмоционально-волевые нарушения выявляются в повышенной возбудимости, чрезмерной чувствительности, беспокойстве (или вялости), суетливости (или пассивности), излишней расторможенности (или безинициативности). Больные ДЦП – инвалиды с детства, а это означает, что они не имели возможности для полноценного социального развития, поскольку их контакты с окружающим миром крайне ограничены. Обычно ребёнок с детским параличом не имеет возможности пройти все циклы социализации, в результате чего его взросление задерживается. Вследствие этого на всю жизнь он остаётся инфантильным, зависимым от других, пассивным, комфортно чувствующим себя лишь с близкими людьми. Социальные последствия данной ситуации проявляются в том, что эти инвалиды становятся особой, отделяемой от общества социально-демографической группой. Это подтверждается тем фактом, что больные ДЦП чаще чем другие инвалиды испытывают чувство неуверенности в своих силах и осознают свою ненужность обществу. Уровень дохода у больных ДЦП ниже, чем у людей с другими заболеваниями, ниже у них и возможности получения образования. Мало людей, страдающих ДЦП, занято трудом. Среди больных детским параличом встречается значительно меньше лиц, имеющих свою семью. У большинства таких больных отсутствует желание заниматься какой-либо полезной деятельностью. Опыт показывает, что инвалиды с ДЦП даже имея желание и возможность участвовать в жизни общества, не могут их реализовать из-за негативного отношения к ним окружающих.

Чем больше степень поражения у больных ДЦП, тем менее они социально активны. Часто у больных с ДЦП не всегда стабильные взаимоотношения с близкими. Многие предпочитают общению со сверстниками сидение “в четырёх стенах” под родительской опекой, отказываются от контактов с кем бы то ни было (в основном, это девушки в возрасте 18-28 лет с тяжёлой формой детского паралича). В семьях этих людей крайне остро встают психологические проблемы такого плана: у



большинства родителей возникают различные негативные чувства, они начинают ощущать неловкость и стыд перед окружающими за ребёнка-инвалида и поэтому сужают круг его социальных контактов. Когда в семье появляется ребёнок с ограниченными возможностями, она переживает два кризиса. Само по себе рождение ребёнка является кризисом в жизненном цикле семьи, поскольку ведёт к переосмыслению социальных ролей и функций, иногда при этом возникают конфликтные моменты. Когда же ребёнок имеет признаки инвалидности, то этот кризис протекает с удвоенной остротой. Это чрезвычайно резко меняет социально-экономический статус семьи, нарушает социальные связи. Крайне обостряются морально-психологические проблемы. У подавляющего большинства родителей возникает чувство вины, которое сопровождается ощущением собственной неполноценности. Жизнь семьи начинает протекать в условиях психотравмирующей ситуации, когда родители не только прячут от окружающих больного ребёнка, но и сами стараются отгородиться от мира. Нередко эти семьи распадаются, а ребёнок, как правило, остаётся с матерью. Семья, являющаяся одним из основных гарантов социальной адаптации ребёнка, далеко не всегда сохраняет способность выполнять эту функцию. Близкие нередко теряют уверенность в себе, неспособны правильно организовать общение и воспитание ребёнка, не замечают его действительных потребностей, не могут правильно оценить его возможностей. Поэтому вполне обосновано, что многие дети с ДЦП жалуются на родительскую гиперопеку, подавляющую любую самостоятельность. Это резко снижает возможность адаптации таких инвалидов. Однако существующая социально-экономическая ситуация постепенно вынуждает некоторых молодых инвалидов к изменению собственной жизни.

Анализ социально-психологических особенностей больных ДЦП, позволил выделить четыре основных типа адаптации этих инвалидов к обществу:

- Активно-позитивный тип характеризуется стремлением к поиску самостоятельного выхода из негативных жизненных ситуаций. У инвалидов, относящихся к этому типу, благоприятный внутренний настрой, достаточно высокая самооценка, оптимизм, заражающий других, энергичность и самостоятельность суждений и поступков.
- Пассивно-позитивный тип характеризуется наличием у молодых инвалидов низкой самооценки. При пассивно-позитивном типе адаптации существующее на данный момент положение, в котором находится инвалид (например, постоянная опека близких), его устраивает, поэтому наблюдается отсутствие стремления к переменам.
- Пассивно-негативный тип. У инвалидов присутствует неудовлетворённость своим положением и вместе с тем отсутствует желание самостоятельно улучшить его. Всё это сопровождается

заниженной самооценкой, психологическим дискомфортом, настороженным отношением к окружающим, ожиданием глобальных катастрофических последствий даже от незначительных бытовых неурядиц.

- Активно-негативный тип. Присутствующие психологический дискомфорт и неудовлетворённость собственной жизнью не отрицают желания изменить ситуацию к лучшему, но реальных практических последствий это не имеет в силу влияния различных объективных и субъективных факторов.

К сожалению, среди людей с последствиями детского паралича крайне редко встречаются лица с активно-позитивной жизненной позицией. Большинство молодых инвалидов с ДЦП либо не испытывают стремления как-то менять свою жизнь, либо считают себя неспособными на столь важный шаг. Как правило, они находятся во власти тех или иных обстоятельств. Поэтому эти лица особо нуждаются в чётко спланированной и научно-обоснованной системе социально-педагогических и психологических мер, направленных на формирование у них самостоятельности суждений и действий, навыков труда и культуры поведения, достойного духовно-нравственного облика, умения жить в обществе.

#### ***5.4. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИНВАЛИДОВ С ДЕФЕКТАМИ ЗРЕНИЯ***

Такие глубокие нарушения зрения, как слепота и слабовидение, оказывают влияние на формирование всей психики человека. Однако степень этого влияния во многом определяется:

- временем утраты функции,
- степенью инвалидизации,
- коррекционными воздействиями,
- условиями развития и воспитания в семье и воспитательных учреждениях,
- темпераментом, характером, способностями инвалида, направленностью психики. Не смотря на то, что направленность психики имеет социальную природу, такие компоненты личности, как потребности и интересы, испытывают влияние нарушения зрения.

Дети с врожденной слепотой в процессе своего развития переживают несколько психологических кризисов, которые связаны с осознанием своего дефекта. Личностные качества детей, имеющих нарушения зрения, значительно изменяются в дошкольный и подростковый период. Именно в дошкольном возрасте они начинают понимать свое отличие от здоровых детей, а в подростковый период – по-настоящему переживать свой

физический недостаток. В подростковом возрасте особенно обостряется нарушение социальных отношений, опосредованных слепотой.

Во многом психологические особенности слепых обусловлены взаимодействием с взрослыми, а в последующем и со сверстниками. В частности, наиболее часто нежелательные личностные качества воспитываются при неблагоприятно складывающихся внутрисемейных отношениях:

- воспитание в условиях чрезмерной заботы и любви ведет к формированию таких качеств, как эгоизм, потребительство и не воспитываются трудолюбие, самостоятельность, инициативность, воля;
- подавляющее, деспотическое отношение родителей к ребенку вызывает несамостоятельность, подавленность, скрытую или открытую агрессивность;
- общее эмоциональное отчуждение членов семьи к слепому ребенку обостряет у него чувство неполноценности, глубокой тревожности, не формирует потребность в общении, занижает самооценку.

В случае утраты зрения во взрослом возрасте изменения личностных качеств в первую очередь определяются психотравмирующей ситуацией и социальными последствиями инвалидизации. При этом на первый план выступают не личностные изменения, а психогенные изменения психики.

Выделяют три этапа личностного невротического реагирования на появление слепоты:

- Острая реакция эмоционального шока в первые дни проявляется в виде эмоциональной дезорганизованности, угнетенности, тревоги, страха, астении, гипертрофированного представления о своем дефекте.
- Реактивный переходный период с развитием невротического состояния наблюдается в течение первых трех месяцев. Психопатологическая симптоматика определяется депрессивными, тревожно-депрессивными, ипохондрическими, истерическими, фобическими расстройствами.
- При прогрессирующей потере зрения характерны жалобы на бесперспективность, одиночество, беспомощность. Возможны суицидальные действия. В этот период либо происходит адаптация к слепоте, либо развиваются патохарактерологические изменения в структуре личности.

Особенности личности незрячего и его специфические переживания с одной стороны определяют возможности адаптации индивида к своему дефекту, а с другой стороны степень адаптации влияет на психологический портрет слепого или слабовидящего.

По степени адаптации к дефекту зрения все слепые и слабовидящие подразделяются на две группы:

- с хорошей адаптацией. В типе личности таких людей выделяется фактор эмоциональной подвижности, характеризующийся приподнятым настроением, словоохотливостью, завышенной самооценкой, адекватно реагируют на социальные изменения и отношение к ним окружающих. В тоже время для них характерна ригидность, что выражается в стойкости аффекта, обидчивости, повышенной психологической ранимости.
- с плохой психологической адаптацией, лица, не достигшие психологической реабилитации. Такие больные постоянно ощущают внутренний дискомфорт и конфликт, который не поддается разрешению собственными силами. У таких людей на первый план выступает повышенная тревожность, неуправляемость своим поведением, чувство страха, обусловленного внешними обстоятельствами. Особенностью таких людей является застенчивость, закомплексованность, неуверенность в себе и своих силах.

Выделяют 4 фазы в процессе адаптации к слепоте:

1. фаза бездействия, которой сопутствует глубокая депрессия;
2. фаза занятия, в которой инвалид по зрению включается в деятельность с целью отвлечься от тяжелых мыслей;
3. фаза деятельности, для которой характерно стремление реализовать свои творческие возможности;
4. фаза поведения, когда складываются характер и стиль деятельности незрячего, определяющий всю его дальнейшую жизнь.

Степень самооценки слепых, которая во многом определяет возможность психологической адаптации, зависит от используемых ими критериев:

- собственная оценка базируется на представлениях о себе, построенных исходя из оценки своего положения,
- самооценка основана на зрительных воспоминаниях (в случае приобретенной слепоты),
- самооценка ориентирована на внешние оценки, идущие от зрячих.

При этом слепые чаще всего относят себя к крайним значениям шкалы самооценки: положительным или отрицательным. В соответствии с этим они или считают себя неспособными к выполнению своих жизненных задач или, наоборот, игнорируют факт своей слепоты и ее последствий.

Во многом психологические особенности незрячих и их психосоциальная дезадаптация определяется изолированностью слепых в обществе. Взрослые слепые объединены сетью УПП всероссийского общества слепых, дети находятся в системе специализированных учебно-воспитательных учреждений. Поэтому и вследствие других причин у слепых и зрячих нет адекватного понимания, навыков общения и оказания помощи. Нарушение общения, вызванное слепотой, является наиболее стрессогенным фактором, вызывающим наибольшие отрицательные переживания.

Затруднение общения слепых со зрячими обусловлено недостаточной психологической компетенцией и отсутствием навыков общения.

Установки слепых по отношению к зрячим делятся на три типа:

- социальная установка зависимости, т.е. с точки зрения слепого здоровые обязаны помогать слепому и многое делать за него,
- установка избегания зрячих, предпочтение общения с себе подобными,
- адекватная социальная установка, когда общение с другими людьми строится без учета наличия или отсутствия дефекта зрения.

### **5.5. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИНВАЛИДОВ С ДЕФЕКТАМИ СЛУХА**

Психологические нарушения у взрослых людей при потере слуха схожи с теми, которые наблюдаются при потере зрения. Это объясняется тем, что в обоих случаях наблюдается сенсорная депривация и изоляция.

Взрослые люди с рано приобретенными нарушениями слуха при благоприятных социально-психологических условиях достигают хорошего уровня социально-психической адаптации с редукцией нервно-психических отклонений. В других случаях, наоборот, отмечается прогрессирующее личностное деформирование или формирование патологического развития личности.

Выделяют несколько типов патохарактерологического развития личности:

- Астенический тип, для которого характерны чувство тревоги, неустойчивое настроение, повышенная чувствительность, неуверенность в себе, страхи перед жизненными трудностями. Реактивно обусловленные декомпенсации сопровождаются вегетативно-сосудистыми нарушениями, снижением настроения, расстройствами ощущения в виде патологических ощущений, иллюзорных переживаний, идей неполноценности. Постепенно у таких индивидов зависимость состояния от психотравмирующих ситуаций стирается, и психические аномалии становятся характерной особенностью личности. Круг интересов таких больных сужается до концентрации на собственном самочувствии и переживаниях. Часто возникают ипохондрические, депрессивные настроения, страх общения. Появляется повышенное внимание к самоощущениям и вопросам собственного здоровья. Возможно формирование астено-депрессивных и ипохондрических расстройств личности. В поведении инвалидов с таким патохарактерологическим типом прослеживается повышенная пунктуальность, аккуратность, приверженность к распорядку дня.

- Возбудимый тип, который чаще наблюдается в дисгармоничных семьях и при наличии наследственной отягощенности. Такие лица на фоне инфантильности, обидчивости, ранимости, мнительности проявляют повышенную требовательность, нетерпимость к окружающим, придирчивость и раздражительность. Часто у них наблюдается повышенное самомнение, демонстративное поведение, эгоцентризм. Такие люди трудны в общении, конфликтны.

При поздней потере слуха эта патология воспринимается как тяжелая психологическая травма. К факторам, определяющим личностное реагирование на потерю слуха, относятся:

- личностные особенности,
- возраст,
- быстрота снижения слуха,
- психологическая устойчивость к стрессам,
- социальное положение,
- профессия.

Внезапная потеря слуха воспринимается как трагедия и сопровождается эмоциональной невротической реакцией. Психологическая реакция на постепенное ухудшение слуха носит менее острый характер, т.к. человек постепенно адаптируется к изменению здоровья.

Потеря слуха сопровождается нарушением физического, душевного и социального благополучия, расстройством биосоциальной адаптации. Индивид при этом лишается многих индивидуальных и общественных связей, становится зависимым от своего недуга, может измениться его семейный и профессиональный статус. Молодые люди острее воспринимают нарушения слуха, т.к. для них психологически более значимы эстетические, интимные компоненты заболевания, реакция на дефект со стороны окружающих, ограничение личной свободы, профессионального роста, возникновение определенной социальной депривации.

В пожилом возрасте потеря слуха воспринимается менее болезненно – как закономерный процесс старения. В психическом состоянии пожилых людей наряду с акцентуацией прежних черт появляются новые черты (эмоциональная неустойчивость, частая смена настроения), которые обусловлены патологией. Некоторые пожилые люди при потере слуха замыкаются на своей проблеме, отгораживаются от внешнего мира, требуют к себе повышенного внимания.

Встречается и другая категория людей с нарушениями слуха, которые относятся к своей болезни анозогнозически. Они отказываются замечать свой дефект, обвиняют окружающих, что те говорят тихо и неразборчиво, а если окружающие повышают голос, заявляют: «Нечего кричать, я не глухой».

Социальная позиция людей с нарушениями слуха подразделяются на три типа:

- Адекватная позиция, соответствующая реальному положению вещей;

- Позиция, обусловленная переоценкой тяжести своего состояния и характеризующаяся неверием в свои возможности, слабостью побуждений, нежеланием активно включаться в реабилитационный процесс;
- Позиция упорного нежелания изменить свой образ жизни в соответствии с изменившимися возможностями.

Инвалиды с детства при адекватном воспитании и реабилитации адаптированы к потере слуха и ограничениям, они не склонны строить свое представление о себе только на основании наличия своего дефекта, имеют активную жизненную позицию.

У глухих независимо от сроков инвалидизации часто возникают иллюзии ориентации, что проявляется в дезориентировке в пространстве. Например, в транспорте может возникнуть ощущение, что они едут в обратную сторону, или в знакомой обстановке кажется, что предметы находятся не там, где обычно. Возможны также нарушения координации и равновесия, особенно в темноте. Эти явления могут сопровождаться чувством растерянности и страха. В старости дефекты слуха усиливают отгороженность от внешнего мира.

### ***5.6. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ***

Онкологические заболевания в современном обществе в первую очередь вызывают чувство страха и безнадежности, создают совершенно особую психологическую атмосферу, предъявляющую исключительные требования к учету психологии больного человека. Это связано с неясностью этиологии онкологической патологии, сомнениями в возможности излечения, калечащим характером многих видов лечения рака, угрозой инвалидности, переживаниями близких о возможном летальном исходе.

Онкологические заболевания часто начинаются с появления незначительных симптомов: утомляемости, астенизации, потери аппетита, потери веса, субфебрильной температуры. Сначала эти проявления больные нередко пытаются объяснить случайными причинами. Они ожидают, что болезненные проявления пройдут самостоятельно, пытаются лечиться общеукрепляющими или народными средствами. Как правило, такие пациенты ведут себя по одному из вариантов:

- Отбрасывают появившиеся мысли о возможности онкологической патологии как неприемлемые
- Принимают мысли о серьезном заболевании и уходят в себя, с тревогой ожидая дальнейшего развития событий.

Для этого, начального периода болезни характерны следующие психологические реакции:

- скрытность больных и склонность к самоанализу
- паническая реакция и срочное обращение к врачу

Первый тип реагирования на возможную онкологическую патологию ведет к избеганию посещения врача и часто объясняется следующими фактами:

- невнимательным отношением к себе
- страхом постановки серьезного диагноза
- боязнью потревожить близких безосновательности своих опасений.

В таком случае обращение за медицинской помощью совершается под влиянием окружающих.

Постановка онкологического диагноза может занять часы, дни, недели, требовать сложных и болезненных исследований. После того как диагноз поставлен и намечены лечебные мероприятия, у больных может развиваться два типа психологических реакций на развертывающуюся ситуацию:

- Испуг, паника, депрессивные состояния
- Отсутствие признаков беспокойства, под маской которого может скрываться тяжелая психическая реакция.

Желание преодолеть страх, надежда на ошибку и возможность успешного менее травматичного лечения заставляет онкологических больных консультироваться со многими врачами в различных учреждениях. Часто такие больные скрывают от консультантов факт постановки диагноза, надеясь услышать собственное мнение специалиста. Одним из постоянных «спутников» онкологического больного является повышенная тревожность.

Психологическое приспособление онкологического больного зависит от нескольких факторов:

- Наличие у больного или его семьи опыта преодоления стрессов
- Уровень активности больного, его склонность к получению и переработке информации, способность к постоянному решению возникающих проблем (лучше приспосабливаются те, кто рассматривает болезнь как вызов своим возможностям)
- Эмоциональная стабильность больного и его окружения
- Поддержка близких людей
- Исходный уровень эмоциональной адаптации
- Воздействие болезни на цели, соответствующие возрасту
- Физическое состояние

### **Контрольные вопросы:**

1. *Перечислите факторы определяющие болезненно-специфические переживания инвалидов.*
2. *Перечислите специфические изменения психики характерные для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями.*
3. *Перечислите психологические особенности больных детским церебральным параличом.*



4. *Перечислите психологические особенности инвалидов с дефектами зрения.*
5. *Перечислите психологические особенности инвалидов с дефектами слуха.*
6. *Перечислите психологические особенности больных с онкологическими заболеваниями.*

## **6. ПРОБЛЕМЫ ЖИЗНИ, СМЕРТИ, СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ**

### **6.1. УМИРАНИЕ И СМЕРТЬ**

Умирание и смерть – это естественный конец всякого живого существа. Человек осознает свою смертность чисто теоретически. Это связано с тем, что современное общество создает потребительское отношение к жизненным ценностям, так называемые потребительские (автомобиль, дача и т.д.) и личные (красота, спортивные способности и т.д.) идеалы.

Таким образом, в людях создается «ощущение права на жизнь», потреблять и растрачивать ее. Мысль о неотвратимой смерти отступает в тень социально-психологических процессов. Поэтому сигналы о неожиданной смерти или смертельной болезни людей, находящихся в полном здоровье, действуют ошеломляюще. Эту ситуацию усугубляет внушаемое мнение о почти неограниченных возможностях науки, что ведет к еще большему личному разочарованию. При этом забывается, что удлинение человеческой жизни в целом не приносит улучшения здоровья и ведет к увеличению пассивного периода жизни на пенсии по возрасту.

В процессе осознания приближения смерти в зависимости от характерологических особенностей, соматического состояния, социальных условий и ближайшего окружения могут формироваться различные типы психологического реагирования:

- Принятие ситуации и подготовка к смерти (составление завещания, распоряжения по организации похорон и т.д.)
- Навязчивые идеи по улучшению и сохранению своего здоровья (соблюдение принципов здорового образа жизни, тщательное соблюдение всех медицинских рекомендаций, профилактическое лечение и т.д.)
- Попытка «договориться со смертью» («я брошу курить, а взамен получу еще год жизни»)
- Озлобленность, обида на всех, агрессия.

В отношении болезни и приближающегося конца религиозные убеждения, проповедывающие культ страдания и смерти («Моменто мори» - помни о смерти), создают из мысли о смерти, болезни и страдании основную часть психотерапевтического воздействия на человека. В то время как современное мировоззрение в своей философской основе предоставляет человеку гораздо меньше иллюзий и психологических защит. Однако подготовка к собственной смерти или смерти близкого человека должна быть обязательным элементом психогигиены.

Проведенные психологические исследования над большим числом умирающих показали, что человек обычно умирает так, как жил. Все чувства, мысли, образ поведения, которые были характерны его жизни, свойственны и его смерти. Так у людей со здоровой нервной системой и уравновешенной психикой перед смертью не происходит изменений личности.

Утверждение, что человек всегда хочет жить ошибочно. Измученный болями, изнуренный хроническим заболеванием больной, которому не помогают лекарства, часто ждет смерти как избавления.

Одни люди перед смертью страдают от страха, другие – охвачены безразличием. В час смерти можно наблюдать людей с хорошим расположением духа, которые ведут себя так, как будто ничего не происходит. Случается, что человек принимает факт своего конца, а затем неожиданно отвергает его и начинает строить планы на будущее.

Больной может знать о приближении смерти из разных источников и по различным симптомам: ухудшение субъективного состояния, болевые, тягостные ощущения в области различных органов, поведение окружающих и врача.

Большинство больных умирают спокойной смертью, если они не полностью осознают свое состояние. Умиравший часто истощен физически и психически, поэтому, как правило, не способен отдавать себе отчет о своей ближайшей перспективе. Нередко больной находится в сонном, бессознательном или коматозном состоянии. Если он обеспокоен, тревожен и говорит о смерти, то обычно это является признаком самого заболевания, а не объективным ощущением собственного состояния. Однако в этом случае может играть определенную роль не вполне сознательная регистрация исчезновения физических и психических сил, какое-то чувство страха смерти.

Умиравший больной, скорее, представляет психологическую проблему для окружающих.

## ***6.2. СУИЦИД, ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ***

В современной статистике смертей самоубийство почти во всех странах занимает тревожное третье место – вслед за смертью в результате болезни и несчастного случая. Причин тому множество. Они кроются как в общественной жизни, социальных условиях, так и во внутреннем мире человека.

В результате развития общества, технической революции, повышения уровня урбанизации человек просто может не найти своего места в жизни. Экономические кризисы выбивают почву из-под ног, человек теряет точку опоры, возникает неуверенность в завтрашнем дне. Недаром отмечается, что любое социальное потрясение, любое массовое изменение общественного статуса влечет за собой всплеск самоубийств.

Можно отметить, что в настоящее время нравственная сторона самоубийства стала более прозрачной. В прошлые времена различные религиозные учения были основой мировоззрения, исходя из которого приверженцы той или иной религии относились к вопросу добровольного лишения себя жизни. Так, христианская церковь резко осуждала подобные действия и в силу того, что вера являлась важнейшим атрибутом сознания, люди придерживались подобных взглядов. По учению Будды смерть и самоубийство – не прекращение жизни, а переселение души из одного состояния в другое. По религии древних германцев, счастливая загробная жизнь уготована только мужчинам, а также женщинам, покончившим жизнь самоубийством. В нашем веке вера переживает свой кризис и уже не является таким мощным регулятором поведения людей, который мог бы повлиять на суицид, как на приемлемый или неприемлемый способ действий.

В Российской Федерации частота суицидов занимает 7 место по причинам смерти и составляет 38 случаев на 100 тысяч населения (В.Г. Косенко). При этом по данным ВОЗ уровень суицидности 20 на 100 тысяч населения является критическим в плане сохранения нации. Кроме этого покушение на самоубийство часто приводит к утрате трудоспособности и влечет за собой необратимые нарушения здоровья.

### ***6.2.1. ОПРЕДЕЛЕНИЕ И ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СУИЦИДА***

Суицидом называется каждый смертный случай, который непосредственно или опосредованно является результатом положительного или отрицательного поступка, совершенного самим пострадавшим, если последний знал об ожидавших его результатах.

Выделяют следующие черты, характеризующие данное явление:

1. Общей целью суицида является нахождение решения. Прежде всего, суицид не является случайным действием. Он никогда не будет бессмысленным или бесцельным. Самоубийство является решением проблемы, дилеммы, брошенного кому – либо вызова, выходом из затруднений, психологического кризиса или невыносимой ситуации. Ему свойственна своя непогрешимая логика и целесообразность. Суицид является ответом – единственно доступным для человека ответом на труднейшую задачу: как из этого выбраться? Цель каждого суицида состоит в поиске разрешения проблемы, стоящей перед человеком и причиняющей ему страдания. Чтобы понять причину самоубийства, нужно, прежде всего, знать проблемы, которые должен решить индивид.

2. Общая задача суицида состоит в прекращении сознания. Свообразным образом суицид является одновременно движением к чему-то и бегством от чего-либо. То, к чему движется человек, общая практическая задача суицида состоит в полном прекращении сознания невыносимой душевной боли. У отчаявшегося человека возникает мысль о возможности прекращения сознания как ответе или достойном выходе из невыносимой ситуации при наличии у него чрезмерного душевного волнения, сильного уровня тревоги и высокого летального потенциала – трёх обязательных составных частей суицида, - после этого возникает иницирующая искра, провоцирующая начало активного суицидального сценария.

3. Общим стимулом к совершению суицида является невыносимая психическая (душевная) боль. Если прекращение потока сознания – это то, к чему движется суицидальный человек, то душевная боль – это то, от чего он стремиться убежать. Никто не совершает самоубийства от радости: его не может вызвать состояние блаженства. В клинической суицидологии существует правило: снизьте интенсивность страдания и человек выберет жизнь.

4. Общим стрессором при суициде являются фрустрированные психологические потребности. Суицид следует понимать не как необоснованный поступок – любое самоубийство на основании логических предпосылок, образа мышления и сосредоточенности на определённом круге проблем кажется логичным человеку, – а как реакцию на фрустрированные психологические потребности человека. Прежде всего, суицид совершается из-за нереализованных или неудовлетворенных потребностей.

5. Общей суицидальной эмоцией является беспомощность – безнадежность. В суицидальном состоянии возникает преобладающее чувство беспомощности – безнадежности: «Я ничего не могу сделать (кроме совершения самоубийства) и никто не может мне помочь (облегчить боль, которую я испытываю)».

6. Общим внутренним отношением к суициду является амбивалентность. З.Фрейд обратил внимание на такую психологическую истину, когда нечто может одновременно являться Я и не - Я. Один и тот же человек может нам нравиться и не нравиться. Амбивалентность является

совершенно естественным состоянием при самоубийстве: человек чувствует, что должен совершить его, и одновременно желает и даже планирует посторонние вмешательства.

7. Общим состоянием психики при суициде является сужение когнитивной сферы. Суицид можно охарактеризовать как преходящее аффективное сужение сознания с ограничением использования интеллектуальных возможностей. Синонимом сужения является «туннельность», т.е. резкое ограничение вариантов выбора поведения. В обыденной речи потенциальный самоубийца проявляется в использовании слов, отражающих пресуицидальное дихотомическое мышление («все или ничего»). Далее возникает отчаяние, порожденное ограниченным видением только двух альтернатив.

8. Общим действием при суициде является бегство (эгрессия). Эгрессией называется преднамеренное стремление человека удалиться из зоны бедствия или места, где он пережил несчастье. К числу вариантов бегства относятся, например, уход из дома или семьи, увольнение с работы. Самоубийство является предельным, окончательным бегством. Смыслом самоубийства является радикальная и окончательная смена декораций: действием, приводящим к этому, и является бегство.

9. Общим коммуникативным действием является сообщение о своем намерении. Люди, намеревающиеся совершить самоубийство, несмотря на амбивалентное отношение, сознательно или безотчетно подают сигналы бедствия, жалуются на беспомощность, взывают о помощи, ищут возможности спасения. Примечательно, что общим коммуникативным действием при самоубийстве является не вражда, ярость или разрушение и даже не уход от других людей внутрь себя, а именно сообщение о своих суицидальных намерениях. Внимание к таким сообщениям и своевременное распознавание их является незаменимым способом превенции суицидов.

10. Общей закономерностью является соответствие суицидального поведения общему жизненному стилю поведения в течение жизни. Когда мы сталкиваемся с суицидом, то нас поначалу сбивает с толку тот факт, что он по природе своей представляет собой поступок, которому нет аналогов в предшествующей жизни человека. Но ему можно найти глубокие соответствия в стиле и характере человека в течение всей жизни. Необходимо вернуться к предыдущим состояниям душевного волнения, оценить способность человека переносить психическую боль, наличие у него тенденций к суженному (дихотомическому) мышлению, попытаться найти уже использовавшиеся парадигмы бегства. Таким образом, существует преемственность с тем, как человек раньше справлялся с подобными трудностями.

Исходя из всего сказанного, самоубийство можно понимать как действия человека с целью самоуничтожения в ответ на возникшие проблемы, трудности, протекающие на фоне определенных эмоциональных и психологических состояний.

## 6.2.2. КЛАССИФИКАЦИЯ САМОУБИЙСТВ

Говоря о суицидах, нужно иметь в виду, что существует несколько видов, которые зависят от нескольких факторов:

- особенностей самого человека, избравшего данный способ уйти из жизни,
- причин, их вызывающих (причины самоубийств не во всех случаях одинаковы; иногда они по природе своей совершенно противоположны: различные причины приводят к различным результатам).

Виды самоубийств:

1. Эгоистическое. Этот вид самоубийства, известный еще с античных времен, особенно распространен в настоящее время. Выделяют две разновидности эгоистического самоубийства:

- Для первого характерно состояние томительной меланхолии, парализующей всякую деятельность человека. Всевозможные дела, общественная служба, полезный труд, даже домашние обязанности внушают ему только чувство безразличия и отчуждения. Ему невыносимо соприкосновение с внешним миром. Закрывая глаза на все окружающее, человек обращает внимание на состояние своего сознания; он избирает его единственным предметом своего анализа и наблюдений. Но в силу этой исключительной концентрации он только усугубляет ту пропасть, которая отделяет его от окружающего мира; с того момента, как индивид начинает заниматься только самим собой, он уже не может думать о том, что не касается только его, и, углубляя это состояние, увеличивает свое одиночество. Тот же самый характер носит и финал, являющийся логическим последствием этого морального состояния. Развязка не заключает в себе в данном случае ничего порывистого и страстного. Человек точно определяет час своей смерти и задолго наперед составляет план ее выполнения; медленный способ не отталкивает его; последние моменты его жизни окрашены спокойной меланхолией, иногда переходящей в бесконечную мягкость.
- Для второго типа эгоистического суицида характерна более вульгарная форма. Субъект часто вместо того, чтобы грустно размышлять о своей судьбе, относится к ней весело и легкомысленно. Он сознает свой эгоизм и логически вытекающие из него последствия, но он заранее принимает их и продолжает жить, как дитя или животное, с той только разницей, что он отдает себе отчет в том, что он делает. Он задается одной задачей – удовлетворять свои личные потребности, даже упрощая их для того, чтобы наверняка быть в состоянии удовлетворять их. Зная, что ни на что другое он не может надеяться, он ничего другого и не требует, всегда готовый в случае, если он будет в состоянии

достигнуть этой единственной цели, разделаться со своим бессмысленным существованием. Таким образом, здесь философская мечтательная меланхолия уступает место скептическому и рассудочному хладнокровию, особенно проявляющемуся в час последней развязки. Здесь человек наносит себе удар без ненависти, без гнева, но и без того болезненного удовлетворения, с которым интеллеktуал смакует свое самоубийство; первый еще бесстрастнее второго; его не поражает тот исход, к которому он пришел. Это событие в более или менее близком будущем он хорошо предвидел; поэтому он не затрудняет себя долгими приготовлениями, а только, следуя желаниями своего внутреннего «Я», старается уменьшить свои страдания. Таким обыкновенно бывает самоубийство хорошо поживших людей, которые с наступлением неизбежного момента, когда становится невозможно продолжать свое легкое существование, убивают себя с ироническим равнодушием, спокойствием и своеобразной простотой.

2. Альтруистическое. В отличие от эгоистических суицидов, характеризующихся упадком сил, альтруистические происходят с проявлением энергии. Энергия вкладывается в распоряжение разума или воли. Человек убивает себя, потому что так велит ему сознание; поэтому его поступок характеризуется по преимуществу той ясной твердостью, которую рождает чувство исполняемого долга. В других случаях, когда альтруизм принимает особенно острые формы, самоубийство носит более страстный и менее рассудочный характер. Здесь имеет место порыв веры и энтузиазма, который толкает человека на смерть.

3. Аномическое. Этот тип самоубийств, отличается от эгоистического тем, что совершение его всегда носит характер страстности, а от альтруистического – тем, что вдохновляющая его страсть совершенно иного происхождения. Здесь не может быть речи об энтузиазме, религиозной вере, морали или политики, ни о какой-нибудь военной доблести; здесь играет роль гнев и все то, что обыкновенно сопровождает разочарование. К этой группе, очевидно, относятся самоубийства, являющиеся как бы дополнением предварительно совершенного убийства; человек лишает себя жизни, убив перед этим того, кого он считает отравившим ему жизнь. Нигде отчаяние самоубийцы не проявляется так сильно, как в этих случаях; ведь тут оно обнаруживается не только в словах, но и в поступках. Если человек считает себя ответственным за то, что случилось, то гнев его обращается против него самого; если виноват не он, то – против другого. В этом случае самоубийство может следовать за убийством или за каким-нибудь другим проявлением насилия. Чувство в обоих случаях одно и то же, изменяется только его проявление. В таких случаях человек всегда лишает себя жизни в гневном состоянии, если даже его самоубийству и не предшествовало никакого убийства.

Виды самоубийств не всегда наблюдаются в жизни в чистом виде: часто случается, что они комбинируются между собой и дают начало сложным видам. Причиной этого явления служит то обстоятельство, что различные причины самоубийства могут одновременно оказывать свое действие на одного и того же индивида, и таким образом результаты их перемешиваются.

В зависимости от возраста, типа личности суицидента, ситуации, провоцирующей суицид, выделяют различные варианты суицидального поведения:

- Суицидальное поведение по типу «протеста» - предполагает нанесение ущерба, мести обидчику, т.е. тому, кто считается причиной суицидального настроения («Вам будет хуже после моей смерти»). Такая попытка несет в себе стеничность, агрессию. Конфликты при этом носят острый характер и чаще всего затрагивают жилищно-бытовую сферу. Такой вид самоубийств чаще всего встречается у молодых мужчин, склонных к злоупотреблению алкогольными напитками, нередко страдающие органическими заболеваниями ЦНС.
- Суицидальное поведение по типу «призыва» - возникает остро или подостро, чаще способом самоотравления. Основной смысл такого суицида состоит в активации помощи извне с целью изменения ситуации. Такого рода самоубийства чаще встречаются у молодых женщин с инфантильным личностным складом, которому присущи эгоцентризм, негативизм, эмоциональная неустойчивость.
- Суицидальное поведение по типу «избегания» - проявляется в ситуациях угрозы наказания. Смысл суицида заключается в попытке избегания угрозы или при ожидании психического или физического страдания. Характерен для старших возрастных групп (старше 30 лет) – это обычно инвалиды, разведенные или вдовы, чаще в трезвом состоянии.
- Суицидальное поведение по типу «самонаказания» - определяется переживанием реальной вины или при патологическом чувстве вины. Такой тип поведения характерен для женщин с высоким образовательным, общественно-социальным уровнем и обостренным чувством совести.
- Суицидальное поведение по типу «отказа» от жизни. В этом случае цель и мотивы деятельности полностью совпадают. Этот тип суицидального поведения связан с потерей личностного смысла существования (потеря значимого близкого человека, неизлечимая болезнь) и невозможностью исполнять прежние, высоко значимые роли. Такое поведение характерно для зрелых, глубоких личностей, чаще для мужчин старше 40 лет. Этот тип поведения может наблюдаться и при депрессиях различной нозологии, у лиц с расстройствами личности по астеническому типу.



### 6.2.3. МОТИВЫ СУИЦИДА

Суицидальное поведение – разновидность общеповеденческих реакций человека в экстремальных ситуациях, свойственная не только душевнобольным, но и здоровым людям, а также лицам с пограничными расстройствами психики. Конфликт или неблагополучие в чем-либо порождают психологический кризис, который, в первую очередь, выражается в нарушении внутреннего эмоционального баланса. Характер и протекание психической реакции зависят не столько от содержания суицидогенной ситуации, сколько от ее восприятия индивидом.

Чаще всего суицидальное поведение определяют следующие мотивы:

1. Психические заболевания. В частности, даже у душевнобольных, на долю которых приходится около 25% от общего числа лиц, покончивших с собой или покушавшихся на свою жизнь, влияние психотической симптоматики на поведение в большей мере опосредовано системой личностных характеристик больного и особенностями его взаимоотношений с ближайшим окружением. Душевнобольные лишают себя жизни не обязательно по бредовым мотивам. Их может побудить к этому оскорбительный статус «сумасшедшего», «ненормального», «психа» и отношение к ним как к неполноценным членам общества. Мотивом иногда выступает осознание того, что состояние может ухудшиться вплоть до появления дефекта и это повлечет за собой необходимость многомесячного пребывания в стационаре в обществе больных, зачастую более тяжелых.

2. Межличностные конфликты (конфликты в быту, учебе или на работе). В этой группе конфликтов отдельно выделяют личностно-семейные конфликты (развод, внутрисемейный конфликт). В случаях межличностных конфликтов лишение себя жизни рассматривается либо как бегство от травмирующей ситуации, либо как последний и самый веский аргумент в столкновении сторон, доказывающий правоту суицидента. В случаях неразделенной любви решение о самоубийстве нередко принимается под влиянием литературных образов или стереотипов, создаваемых СМИ.

3. Внутрличностный конфликт (одиночество, усталость от жизни, неудачная любовь, болезнь или смерть близких, творческий тупик). Основой суицидального поведения у больных, пожилых и старых людей является не только физическое недомогание, но и мысль о том, что они обременяют собой других членов семьи.

4. Конфликты, связанные с антисоциальным поведением (возможная уголовная ответственность, опасения другого наказания или позора).

5. Физические страдания (пьянство, алкоголизм, наркотики, тяжелые соматические заболевания, уродства, аномалии развития, дефекты опорно-двигательного аппарата, сексуальные проблемы). Так, при невыносимом болевом синдроме или других симптомах патологического процесса, когда применяемая терапия не оказывает эффекта, в качестве способа избежать страдания больные используют добровольный уход из жизни.

## 6. Материально-бытовые трудности.

7. Подражание модным поведенческим образам. Это может быть подражанием, копированием поведенческих образов, демонстрируемых с экранов телевизоров, присутствующих на страницах литературных произведений. Изображая самоубийц исключительно как лиц с тонкой душевной организацией, побуждаемых к этому шагу логикой неумолимых обстоятельств, СМИ романтизируют самоубийство, придают ему таинственно – привлекательный смысл, делают символом подлинных страданий, твердости характера, чести, долга. Руководствуясь подобными стереотипами, суициденты рассматривают посягательство на свою жизнь не с точки зрения общественной морали, а с позиций эффективности действий в разрешении жизненных коллизий. Оставшись в живых, покушавшиеся раскаиваются не в том, что совершили безнравственный поступок, а в том, что выбрали неразумный способ.

Независимо от мотива суицидальной попытки прежде чем решиться на подобный поступок, человек мысленно перерабатывает альтернативные варианты выхода из кризисной ситуации. Поводы для суицидального решения по сути дела включают всю совокупность жизненных проблем и трудностей, с которыми встречаются люди с отроческих лет и до глубокой старости.

Легче всего суицидальные модели поведения усваиваются и воспринимаются социально незрелыми людьми, а среди них – подростками как наиболее восприимчивыми к новым поведенческим образцам. Большинство людей находит адекватные способы реагирования.

Существуют данные, что каждый шестой суицидент оставляет посмертную записку. Тексты представляют собой вариации нескольких тем, повторяются одни и те же словесные выражения, стиль и аргументация. Самоубийца отвергает не саму жизнь, а ее нежелательный вариант, предлагаемый судьбой. При этом внимание суицидента сконцентрировано на проблемах текущей жизни.

Записки, в которых в качестве доминирующего мотива указывается на какое-нибудь совершившееся несчастье, неблагополучие, внутренний разлад, отличаются от тех, что написаны в ситуациях коммуникативного срыва. В них отражается состояние смятения, усталости от жизни, угнетение от надвигающейся беды и вывод о полной бесперспективности существования.

В ситуации одиночества, изоляции от мира, когда не сохранились или разорваны связи с близкими людьми, самоубийцы изредка оставляют записки без конкретного адресата, в которых стремятся высказать обиду или претензии к жизни.

#### 6.2.4. ГЕНЕЗ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Существует прямая связь социально-психологической дезадаптации с суицидальным поведением. Процесс социально-психологической адаптации протекает по всем четырем видам человеческой деятельности: познавательному, преобразовательному, целостно-ориентационному и коммуникативному.

В норме все направления адаптации образуют целостную динамическую систему, в которой каждое гармонично сочетается с остальными. Значительная часть адаптационных возможностей обычно не используется, образуя резервный фонд. Этот фонд мобилизуется для адаптации в экстремальных условиях. Однако в экстремальных условиях не все личности одинаково перестраивают свою приспособительную тактику. Одни сохраняют прежний уровень адаптации, другие снижают этот уровень без существенной деформации по всем четырем направлениям деятельности.

В этих случаях, если дезадаптация и наступает, то носит временный характер, является лимитирующей (непатологической). Однако возможен и патологический вид дезадаптации. Каждый из видов может быть парциальным и тотальным. Объективно социально-психологическая дезадаптация проявляется в поведении, субъективно - в широкой гамме психоэмоциональных сдвигов.

К формированию суицидальных тенденций может привести любой вид дезадаптации. При этом сам суицид может считаться патологическим и представлять результат психического заболевания, а может быть отнесен к числу поведенческих актов практически здоровой личности.

При оценке тяжести или глубины социально-психологической дезадаптации личности к среде принимают во внимание три основных компонента:

- Серьезность нарушений привычных условий жизни (внешние обстоятельства или состояние здоровья);
- Интерпретация индивидом изменившихся условий жизни (жизненный крах, личностная катастрофа);
- Желание или готовность индивида проявлять усилия, чтобы приспособиться к новым условиям жизни.

Среди факторов, релевантных суициду, целесообразно выделить две большие группы – интрапсихические и средовые влияния.

К интрапсихическим влияниям, дезадаптирующим индивида относятся:

- акцентуированные черты личности и искажения познавательной деятельности;
- нарушения нормальных форм психологической адаптации, что характерно для больных с психическими заболеваниями;
- несложившаяся адаптационная система, что наблюдается в возрастной категории подростков

- ограничения адаптационной системы у лиц старческого возраста, неизлечимых больных.

Существенным фактором риска суицидальности являются черты личности, к которым относятся три основные свойства, характеризующие личность:

- Характер потребностей характеризуется напряженностью потребностей, излишне выраженным, ригидным желанием достижения цели, во что бы то ни стало, при этом психологическое напряжение не исчезает до удовлетворения потребности.
- Отношения с людьми, которые характеризуются повышенной потребностью в эмоциональной близости. Независимость в принятии и осуществлении решений, отсутствие конформности сочетается с невозможностью обходиться без близких, чувственно окрашенных контактов. В отношении суицидентов с близкими это свойство превращается в эмоциональную зависимость с потерей своего Я, когда вся жизнь строится на сверхзначимых отношениях.
- Низкая способность суицидентов к образованию любого рода компенсаторных механизмов, неумение ослабить негативное воздействие фрустрации. Слабость личностной психологической защиты дополнительно снижается в ситуации конфликта и дезадаптации.

Эмоциональная сфера таких личностей характеризуется нестабильностью, лабильностью, эмоциональной вязкостью, ригидностью аффекта, а также торпидностью эмоциональных переживаний.

Все перечисленные особенности личности суицидентов создают определенный стиль поведения в преодолении трудностей. Их поведению свойственно настойчивое стремление к поставленной цели, попытки преодолеть сложную ситуацию вне зависимости от объективных обстоятельств, неумение отступить или найти компромиссное решение.

В качестве средовых влияний дезадаптирующих индивида чаще всего встречается психотравмирующее воздействие:

- одиночества,
- падения статуса,
- миграции,
- творческих неудач,
- несостоятельности карьеры
- урбанизация населения,
- влияние средств массовой информации,
- заразительность и коллективность самого феномена самоубийства,
- ослабление института семьи и разрушение ее внутренней гармонии,
- национальные и религиозные традиции.

Связь “общество”-“микросоциум”-“я” во временном пространстве “прошлое - настоящее - будущее” в большей или меньшей степени можно проследить во всей истории общественного развития человека. 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 нормы заложены в общественных нормах, правилах поведения и неписаных кодексах чести. Добровольное принесение себя в жертву богам во имя общественных интересов в древности существовало практически у всех народов. В голодные годы старики ради сохранения жизни рода лишали жизни себя; нередко жертвы приносились ради прекращения войн, эпидемий, стихийных бедствий. Человеческая жизнь считалась лучшей гарантией успешности многих крупнейших мероприятий, начиная от военных действий и кончая строительством городов.

Другим видом самоубийств, непосредственно связанным с социальными причинами, является тот случай, когда общественное положение какой-либо группы людей или конкретного индивида по независимым от них причинам настолько тяжело и невыносимо, что суицид становится одним из реальных путей избавления от страданий.

Существует мнение, что в технически высокоразвитых странах вероятность самоубийств резко возрастает, также процент самоубийств в городах в 2 раза больше, чем в сельской местности. В целом, научно-технический прогресс, увеличивающий разделение труда и дифференциацию различных слоев общества, способствует развитию процесса отчуждения у человека и зачастую вызывает ощущение “винтика” в огромной машине цивилизации, не обладающего ценностью собственной жизни.

В динамике обеих форм социально-психологической дезадаптации, ведущей к суициду, выделяется две фазы: **предиспозиционная и суицидальная**. Первая фаза относительно неспецифична для суицида. Во второй, начинающейся с зарождения суицидальных тенденций и продолжающейся до их реализации, дезадаптационный процесс идет по общему пути, сводящему к нулю все выработанные ранее формы адаптации.

Решающее значение для перехода предиспозиционной фазы в суицидальную имеет конфликт, наличие которого необходимо для появления суицидальных тенденций и в условиях которого значительно усиливаются нарушения процесса адаптации. Наиболее суицидоопасными являются внутренние конфликты, вызванные противоположными равносильными тенденциями и относящиеся к ценностно-значимым для индивида сферам. Каждое из указанных обстоятельств и, особенно, их совокупность способствуют тому, что в условиях предиспозиционной дезадаптации данный конфликт начинает оцениваться субъектом как неразрешимый, а суицид – как единственный способ его устранения.

Суицидогенный конфликт, аналогично дезадаптации, проходит в своем развитии две фазы:

1. Предиспозиционная – является лишь предпосылкой суицидального акта. Эта фаза может быть обусловлена различными причинами:

- вполне реальными,
- заключающимися в дисгармонической структуре личности,
- психотическими («псевдореальными») при патологических (аффективных, бредовых, галлюцинаторных) переживаниях.

Однако, несмотря на различие причин, конфликт для субъекта имеет характер реальности.

2. Парадоксальный процесс устранения конфликта за счет саморазрушения субъекта.

С точки зрения генеза суицида важно отметить, что неспецифическая predispositional фаза дезадаптации и конфликта переходит в суицидальную через так называемый критический пункт, имеющий две основные характеристики:

1. Значительное ограничение (или сведение к нулю) количества известных субъекту вариантов разрешения конфликта;

2. Субъективная оценка известных вариантов решения как неэффективных или неприемлемых. Вследствие этого конфликт приобретает характер неразрешимости и резко возрастает вероятность суицидального поведения.

Итак, при анализе суицида в структурном плане важно выявить соотношение между двумя основными составляющими суицидального процесса – дезадаптацией и конфликтом, а в плане генеза – между двумя его фазами: predispositional и суицидальной.

Существует два варианта этих соотношений:

1. Конфликт, попадая на дезадаптированную почву, усугубляет дезадаптацию, переводя ее через «критический пункт» из predispositional фазы в суицидальную.

2. Конфликт, возникая вследствие реальных психотравмирующих обстоятельств и сохраняя некоторое время свою актуальность, сам порождает процесс дезадаптации, смысловое содержание которого отличается неприятием субъективно непереносимой ситуации.

Несмотря на указанные различия, сочетание дезадаптации и конфликта остается необходимым условием суицидального поведения.

### 6.2.5. ОПРЕДЕЛЕНИЕ РИСКА СУИЦИДАЛЬНОСТИ

Выявленные характеристика, свойственные суицидентам, позволили сотрудникам отделения психопрофилактики НИИ им. Бехтерева (Санкт-Петербург) составить карту риска суицидальности. Карта составлена для определения степени риска совершения суицида в следующих случаях:

- у лиц, оказавшихся в тяжелой жизненной ситуации,
- у пациентов, имевших в анамнезе острые аффективные реакции на фоне акцентуации характера,
- у лиц без выраженной характерологической патологии, оказавшихся в условиях жизненного кризиса

В карту включен 31 фактор риска суицида, наличие одного или нескольких, из которых необходимо выявить у обследуемого. Карту должны заполнять специалисты (психологи, психотерапевты), хорошо знакомые с анамнезом и личностью пациента. При заполнении карты необходимо исходить не из субъективной самооценки пациента, а из впечатлений специалиста, полученных во время тщательного изучения анамнеза.

После выявления всех параметров, каждому из них присваивается «вес» в соответствии с таблицей. Так, большинство параметров (8; 9; 11-31) при их наличии у обследуемого лица оцениваются баллом 1. Некоторые, наиболее значимые факторы – баллами 2 (5-7) и 3 (1-4; 10). В случае неявной выраженности какого-либо свойства ему присписывается «вес», равный половине от 1, 2 или 3. При отсутствии любого из 31 параметра он оценивается баллом -0,5. Невыявленными по разным причинам могут быть не более 2-3 факторов. Их «вес» равен 0. Нулем также оцениваются характеристики 7 и 10 у лиц, не достигших среднего возраста начала половой жизни (17 лет) и вступления в брак (21 год).

Затем вычисляется алгебраическая сумма «веса» всех факторов. Если полученная величина меньше, чем 8,86 – риск суицида незначителен. Если эта величина колеблется в пределах от 8,86 до 15,48, то имеется риск суицидальной попытки. В случае, когда сумма «веса» факторов превышает 15,48, риск суицида у обследуемого велик, а в случае наличия в анамнезе попытки самоубийства, значителен риск ее повтора.

«Вес» фактора риска суицида в зависимости от его наличия, выраженности и значения.

Характеристика наличия фактора	Номера факторов		
	8,9,11-31	5-7	1-4,10
Отсутствует	-0,5	-0,5	-0,5
Слабо выражен	0,5	1,0	1,5
Присутствует	1,0	2,0	3,0
Наличие не выявлено	0	0	0

## Факторы риска суицидальности.

### 1. Данные анамнеза

1. Возраст первой суицидальной попытки - до 20 лет.
2. Раньше имела место суицидальная попытка.
3. Суицидальная попытка у родственников.
4. Развод или смерть одного из родителей (до 18 лет).
5. Недостаток тепла в семье в детстве и юности.
6. Полная или частичная безнадзорность в детстве.
7. Начало половой жизни – до 18 лет.
8. Ведущее место в системе ценностей принадлежит любовным отношениям.
9. Производственная сфера не играет важной роли в системе ценностей.
10. В анамнезе имел место развод

### 2. Актуальная конфликтная ситуация

11. Ситуация неопределенности, ожидания.
12. Конфликт в области любовных или супружеских отношений
13. Продолжительный конфликт
14. Подобный конфликт имел место ранее.
15. Конфликт, отягощенный неприятностями в других сферах жизни.
16. Субъективное чувство непреодолимости конфликтной ситуации.
17. Чувство обиды, жалости к себе.
18. Чувство усталости, бессилия.
19. Суицидальные высказывания, угрозы суицида.

### 3. Характеристика личности

20. Эмоциональная лабильность.
21. Импульсивность.
22. Эмоциональная зависимость, необходимость чрезвычайно близких эмоциональных контактов.
23. Доверчивость.
24. Эмоциональная вязкость, ригидность аффекта.
25. Болезненное самолюбие.
26. Самостоятельность, отсутствие зависимости в принятии решений.
27. Напряженность потребностей (сильно выраженное желание достичь своей цели, высокая интенсивность данной потребности).
28. Настойчивость.
29. Решительность.
30. Бескомпромиссность.
31. Низкая способность к образованию компенсаторных механизмов, вытеснению фрустрирующих факторов.



## 6.2.6. ПРЕВЕНЦИЯ САМОУБИЙСТВА

Суицидальная превенция представляет собой процесс прекращения акта саморазрушения. Она заключается в контакте лицом к лицу с отчаявшимся человеком и оказании ему эмоциональной поддержки и сочувствия в социальном и психологическом кризисе.

Никто из людей не является абсолютно суицидальным. Даже самое страстное желание умереть по своей психологической сущности является амбивалентным. Часть личности хочет жить, другая стремится уйти. Суицидальная настроенность является преходящей – эти чувства могут появляться, исчезать, возникать снова. Эта закономерность является основой суицидальной превенции.

К основным принципам превенции суицида относятся:

1. Распознавание признаков грядущего суицида. К таким признакам можно отнести следующие:

- суицидальные угрозы,
- предшествующие попытки самоубийства,
- депрессии,
- значительные изменения поведения или личности человека,
- приготовления к последнему волеизъявлению.

2. Восприятие суицидента как личность. Нельзя считать, что он не способен и не сможет решиться на самоубийство. Если возникает мысль о том, что кому – либо угрожает опасность самоубийства, необходимо действовать в соответствии со своими собственными убеждениями.

3. Установление заботливых взаимоотношений. Можно сделать гигантский шаг вперед, если встать на позицию уверенного принятия отчаявшегося человека. В дальнейшем очень многое зависит от качества взаимоотношений. Их следует выражать не только словами, но и невербальной эмпатией. В этих обстоятельствах уместнее не морализирование, а поддержка. Для человека, который чувствует, что он бесполезен и не любим, забота и участие отзывчивого человека являются мощными ободряющими средствами.

4. Необходимо быть внимательным слушателем. Суициденты особенно страдают от сильного чувства отчуждения. В силу этого они бывают не настроены принять советы. Гораздо больше они нуждаются в обсуждении своей боли, фрустрации и того, о чем говорят: «У меня нет ничего такого, ради чего стоило бы жить». Если человек страдает от депрессии, то ему нужно больше говорить самому, чем беседовать с ним. Можно оказать неоценимую помощь, выслушав слова, выражающие чувства этого человека, будь то печаль, вина, страх или гнев. Иногда, достаточно просто молча посидеть с ним, и это явится доказательством заинтересованного и заботливого отношения.

5. Нельзя спорить, а также проявлять раздражительность и агрессию. Столкнувшись с суицидальной угрозой, друзья и родственники часто отвечают: «Подумай, ведь ты живешь гораздо лучше других людей; тебе бы следовало благодарить судьбу». Этот ответ сразу блокирует дальнейшее обсуждение. Такие высказывания вызывают у несчастного и без того человека еще большую подавленность. Желая помочь, таким образом, близкие способствуют обратному эффекту. Ни в коем случае нельзя проявлять агрессию при разговоре с потенциальным самоубийцей. Надо постараться не выражать потрясения от услышанного. Вступая в дискуссию с подавленным человеком, можно не только проиграть спор, но и потерять его самого.

6. Необходимо задавать вопросы. При задавании таких косвенных вопросов, как: «Я надеюсь, что ты не замышляешь самоубийства?», в них подразумевается ответ, который вам бы хотелось услышать. Если близкий человек ответит: «Нет», то вам, скорее всего, не удастся помочь в разрешении суицидального кризиса. Лучший способ вмешаться в кризис, это заботливо задать прямой вопрос: «Ты думаешь о самоубийстве?». Он не приведет к подобной мысли, если у человека ее не было. Наоборот, когда он думает о самоубийстве и, наконец, находит кого-то, кому небезразличны его переживания и кто согласен обсудить эту запретную тему, то он часто чувствует облегчение и ему дается возможность понять свои чувства. Следует спокойно спросить о тревожащей ситуации, например: «С каких пор вы считаете свою жизнь столь безнадежной?», «Как вы думаете, почему у вас появились эти чувства?», «Есть ли конкретные соображения как покончить с собой?». Согласие выслушать и обсудить то, чем хочет поделиться отчаявшийся человек, будет для него большим облегчением.

7. Нельзя предлагать неоправданных утешений. Причина, по которой суицидент посвящает в свои мысли, состоит в желании вызвать беспокойность его ситуацией. Если вести с ним беседу с любовью и заботой, то это значительно снизит угрозу самоубийства. В противном случае его можно довести до суицида банальными утешениями, тогда как он отчаянно нуждается в искреннем, заботливом и откровенном участии в его судьбе. Суицидальные люди с презрением относятся к замечаниям типа: «Ничего, ничего, у всех есть такие же проблемы, как у тебя» - и другим аналогичным клише, т.к. они резко контрастируют с их мучениями. Эти выводы лишь минимизируют, уничижают их чувства и заставляют ощущать себя еще более ненужными и бесполезными.

8. Необходимо предлагать конструктивные подходы. Вместо того чтобы говорить суициденту: «Подумай, какую боль причинит твоя смерть близким?» лучше попросить поразмыслить об альтернативных решениях, которые, возможно, не приходили ему в голову. Одна из наиболее важных задач профилактики суицида состоит в том, чтобы помочь определить источник психического дискомфорта. Наиболее подходящими вопросами могут быть: «Что с вами случилось за последнее время?», «Когда вы

почувствовали себя хуже?». Потенциального самоубийцу следует подтолкнуть к тому, чтобы он как можно точнее определил проблему, и то, что ее усугубляет. Если кризисная ситуация и эмоции выражены, то следует выяснить, как человек разрешал сходные ситуации в прошлом. Они могут быть полезны для разрешения настоящего конфликта.

9. Необходимо вселять потенциальному самоубийце надежду. Саморазрушение происходит, если люди утрачивают последние капли оптимизма. Когда люди полностью теряют надежду на достойное будущее, они нуждаются в поддерживающем совете, в предложении какой-то альтернативы: «Как бы вы могли изменить ситуацию?», «К кому вы могли бы обратиться за помощью?». Надежда помогает человеку выйти из поглощенности мыслями о самоубийстве.

В недавней истории примером может служить поведение евреев во время холокоста, когда Гитлер стремился их полностью истребить. Перед 1940 годом среднемесячное число самоубийств составляло 71,2. В мае того года, сразу после вторжения нацистов, оно возросло до 371. Люди шли на самоубийства из-за страха попасть в концентрационные лагеря. Евреи, которые не избежали этой кошмарной участи, вначале сохраняли веру в освобождение или воссоединение семей. Пока оставалась хотя бы искра надежды, происходило сравнительно мало суицидов. Когда же война стала казаться бесконечной и начали доходить слухи о расправах гитлеровцев над миллионами людей, то суициды среди узников лагерей приняли форму эпидемии. Еще одна волна самоубийств прокатилась в самом конце войны, когда люди узнали о смерти своих близких или в полной мере прониклись ужасом смертников, содержащихся в лагере.

Надежда возникает не из оторванных от реальности фантазий, а из существующей способности желать и достигать. Умерший любимый человек не может возвратиться, как ни надеяться и ни молиться. Но его близкие могут открыть для себя новое понимание жизни. Поскольку суицидальные лица страдают от внутреннего эмоционального дискомфорта, все окружающее кажется им мрачным. Но им важно открыть, что не имеет смысла застревать на одном полюсе эмоций. Человек может любить, не отрицая, что иногда испытывает откровенную ненависть; смысл жизни не исчезает, даже если она приносит душевную боль. Тьма и свет, радости и печали, счастье и страдание являются неразделимо переплетенными нитями в ткани человеческого существования. Таким образом, основания для реалистичной надежды должны быть представлены честно, убедительно и мягко. Очень важно укрепить силы и возможности человека, внушив ему, что кризисные проблемы обычно преходящи, а самоубийство бесповоротно.

10. Следует оценить степень риска самоубийства. Ведь намерения могут различаться, начиная с мимолетных, расплывчатых мыслей о такой возможности и кончая разработанным планом суицида. Неоспоримым фактом является то, что чем более разработан метод самоубийства, тем выше его потенциальный риск. Очень мало сомнений в серьезности ситуации

остается, например, если депрессивный подросток, не скрывая, дарит кому-то свой любимый магнитофон, с которым он ни за что бы не расстался.

11. Нельзя оставлять человека одного в ситуации высокого суицидального риска. Необходимо оставаться с ним до тех пор пока не разрешится кризис или не прибудет помощь. Для того чтобы показать человеку, что окружающие заботятся о нем, и создать чувство жизненной перспективы, можно заключить с ним так называемый суицидальный контракт – попросить об обещании связаться с вами перед тем, как он решится на суицидальные действия в будущем для того, чтобы еще раз обсудить возможные альтернативы поведения.

12. При возможности необходимо обратиться за помощью к специалистам. При суицидальной угрозе не следует недооценивать помощь психиатров и клинических психологов. Благодаря своим знаниям, умениям и психотерапевтическому влиянию эти специалисты обладают уникальными способностями понимать сокровенные чувства, потребности и ожидания человека. Во время психотерапевтической консультации отчаявшиеся люди глубже раскрывают свое страдание и тревоги.

13. Важно сохранять поддержку и заботу. Если критическая ситуация миновала, то нельзя расслабляться. За улучшение часто принимают повышение психической активности человека. Бывает так, что накануне самоубийства депрессивные люди бросаются в водоворот деятельности. Они просят прощения у всех, кого обидели. Это может вызвать у других обманчивое чувство облегчения и ослабить бдительность. Но эти поступки могут свидетельствовать о решении рассчитаться со всеми долгами и обязанностями, после чего можно покончить с собой.

Эмоциональные проблемы, приводящие к суициду, редко разрешаются полностью, даже когда кажется, что худшее позади. Поэтому никогда не следует обещать суициденту полной конфиденциальности. Оказание помощи не означает, что необходимо соблюдать полное молчание. Как правило, подавая сигналы возможного самоубийства, отчаявшийся человек просит о помощи. И, несомненно, ситуация не разрешится до тех пор, пока суицидальный человек не адаптируется в жизни.

### **Контрольные вопросы:**

1. Перечислите общие черты, характеризующие суицид, как явление.
2. Назовите классификацию самоубийств.
3. Перечислите мотивы, определяющие суицидальное поведение.
4. Опишите факторы риска суицидальности.
5. Что понимают под термином «превенция самоубийства»?
6. Что относят к основным принципам превенции самоубийства?

## 7. МЕХАНИЗМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ И СОВЛАДЕНИЯ

Психологическая защита — система механизмов, направленных на минимизацию отрицательных переживаний, связанных с конфликтами, которые ставят под угрозу целостность личности.

Подобные конфликты могут провоцироваться как противоречивыми установками в самой личности, так и рассогласованием внешней информации и сформированного у личности образа мира и образа Я. В ситуациях, когда интенсивность потребности возрастает, а условия её удовлетворения отсутствуют, поведение регулируется с помощью механизмов психологической защиты. Подобное состояние наблюдается в условиях болезни, когда патологический процесс приводит к ограничению свободы выбора при сохраненных потребностях, т.е. заболевание выступает в роли психологической травмы.

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. В этом случае люди по-разному реагируют на свои внутренние трудности.

Одни, отрицая их существование, подавляют склонности, которые доставляют им неудобства, и отвергают некоторые свои желания как нереальные и невозможные. Приспособление в этом случае достигается за счёт изменения восприятия. Сначала, человек отрицает то, что нежелательно, но постепенно может привыкнуть к такой ориентации, действительно забыть болезненные сигналы и действовать так, как если бы их не существовало.

Другие люди преодолевают конфликты, пытаясь манипулировать беспокоящими их объектами, стремясь овладеть событиями и изменить их в нужном направлении.

Третьи находят выход в самооправдании и снисхождении к своим побуждениям, а четвёртые прибегают к различным формам самообмана. Личностям с особенно жёсткой системой принципов поведения было бы особенно трудно и подчас невозможно действовать в разнообразной и изменчивой среде, если бы защитные механизмы не оберегали их психику.

Защитные механизмы начинают действовать, когда достижение цели нормальным способом невозможно или когда человек полагает, что оно невозможно. Важно подчеркнуть, что это не способы достижения желаемой цели, а способы организации частичного и временного душевного равновесия с тем, чтобы собрать силы для реального преодоления возникших трудностей, т. е. разрешения конфликта соответствующими поступками.

За счет реализации психологических механизмов, как правило, достигается лишь относительное личностное благополучие. Но нерешенные проблемы приобретают хронический характер, так как человек лишает себя возможности активно воздействовать на ситуацию, чтобы устранить источник отрицательных переживаний. Наиболее позитивную роль психологическая защита имеет тогда, когда возникающие проблемы малозначимы и не стоят того, чтобы ими вообще заниматься или когда требуется сохранить психическое здоровье с целью дальнейшего преодоления проблемы.

В случае болезни индивида трудности, вызванные заболеванием, приводят к актуализации защитных механизмов личности, необходимости вытеснения неприятных переживаний, использованию компенсаторных приемов для уменьшения дефектов внешности. Действия защитных механизмов помогает адаптации к болезни.

Выделяют более 40 механизмов психологической защиты. К примитивной защите, возникающей у человека в детстве и проявляющейся в течение всей жизни относят перцептивные механизмы: отрицание, расщепление (расщепление объекта), проективную идентификацию, парциальную перцепцию, двигательную активность.

*Отрицание* сводится к тому, что информация, которая тревожит и может привести к конфликту, не воспринимается. В этом случае имеется в виду конфликт, возникающий при появлении мотивов, противоречащих основным установкам личности, или информации, которая угрожает самосохранению, престижу, самооценке. Этот способ защиты вступает в действие при конфликтах любого рода, не требуя предварительного обучения, и характеризуется заметным искажением восприятия действительности.

Отрицание формируется ещё в детском возрасте и зачастую не позволяет человеку адекватно оценивать происходящее вокруг, что, в свою очередь, вызывает затруднение в поведении.

*Расщепление* - своеобразное явление, когда внутри личностного Я сосуществуют две парадоксальные психические установки по отношению к внешней реальности: первая учитывает реальность, вторая – ее игнорирует.

З. Фрейд считал, что расщепление является не только защитой Я, но и способом сосуществования двух защитных механизмов, один из которых предполагает защиту (отказ) от реальности, а другой – защиту от влечений. Патологическим вариантом расщепления, по мнению З. Фрейда, является

запрет личности на компромиссы и сохранение обеих установок одновременно.

Расщепление как защитный механизм личности от тревоги, негативных переживаний способствует формированию другого защитного механизма – проективной идентификации (в терминологии М. Кляйн, 1946 г.).

*Проективная идентификация* - защитный механизм, изученный М. Кляйн. Она предполагала, что расщепление на "хорошее Я" и "плохое Я", начиная с младенческого возраста, есть попытка защитить свои хорошие части от плохих, избавиться от непереносимых качеств собственного Я, обратить их в собственных "преследователей". У взрослых людей механизм проективной идентификации вызывает страхи преследования, смерти, различные фобии, паранойю и др. В повседневной жизни это может проявляться в ситуации экзамена в виде страха перед преподавателем, во враждебности представителей разных национальностей, неприятию взглядов и позиций других людей, боязни медицинского обследования и др.

Таким образом, в процессе работы психолога с клиентами, они регрессируют к самым примитивным механизмам психологической защиты, в том числе и к расщеплению и проективным идентификациям, которые именно здесь обнаруживают манипулятивный характер. Это выражается, в частности, в бессознательном "давлении" на психолога. Например, такие клиенты могут не выполнять задания, опаздывать на беседу, проявлять агрессию, стремясь превратить последнего в своего преследователя.

*Парциальная перцепция* - защитный механизм, характеризующийся тем, что субъект склонен воспринимать только то, что ему хочется, нравится, выгодно, ценностно или значимо. Остальная информация индивидом не фиксируется, формируя тем самым своеобразные ограниченные представления об окружающем мире и о себе, основанные преимущественно на "нужном" материале, "вырезая" все остальное из своего восприятия.

Этот механизм складывается в раннем детстве, но "работает" и у взрослых людей, являясь довольно распространенным и в профессиональной деятельности, и в повседневной жизни.

Например, один из учащихся 10 класса (Михаил Б.) неоднократно "доставлял неприятности" учителю математики. После бесед с психологом Михаил понял некорректность своего поведения и старался измениться. Но педагог не замечал этого и по-прежнему оценивал Михаила только с негативной стороны.

*Двигательная активность* - понижение беспокойства, вызванного запретным побуждением, путем разрешения его прямого или косвенного выражения без развития чувства вины.

Двигательная активность входит в кластер регрессии и развивается в раннем детстве для сдерживания чувств неуверенности в себе и страха неудачи, связанных с проявлением инициативы. Регрессия предполагает возвращение к более незрелым паттернам поведения и удовлетворения.

Двигательная активность включает непроизвольные действия для снятия напряжения.

Двигательная активность – защитный механизм, который предполагает и противодействие. Оно возникает в тех ситуациях и при тех защитах, когда другим людям не только приписываются собственные мотивы (проекция), но и следуют нападения. Этот механизм часто проявляется у людей с асоциальной активностью – хулиганов, насильников, бандитов и др.

Существуют более сложные механизмы психологической защиты, формирующиеся во взрослом возрасте. К ним относят: вытеснение, проекцию, идентификацию, рационализацию, включение, замещение, изоляцию, трансформацию, формирование реакции, образование симптомов, мартиризацию, агрессию, юмор, эмоциональное выгорание, обесценивание, компенсацию, сублимацию, экранирование, интеллектуализацию, уход, регрессию, оглушение и др.

*Вытеснение* – наиболее универсальный способ избежания внутреннего конфликта путём активного выключения из сознания неприемлемого мотива или неприятной информации. Вытеснение представляет собой бессознательный психологический акт, при котором неприемлемая информация или мотив отвергаются цензурой на пороге сознания. Ущемлённое самолюбие, задетая гордость и обида могут породить декларирование ложных мотивов своих поступков, чтобы скрыть истинные мотивы не только от других, но и от себя.

Истинные, но не приятные мотивы вытесняются с тем, чтобы их заместили другие, приемлемые с точки зрения социального окружения и поэтому не вызывающие стыда и угрызений совести. Ложный мотив в этом случае может быть опасен тем, что позволяет прикрывать общественно приемлемой аргументацией личные эгоистические устремления. Вытесненный мотив, не находя разрешения в поведении, сохраняет свои эмоциональные и вегетативные компоненты. Несмотря на то, что содержательная сторона травмирующей ситуации не осознается и человек может активно забыть сам факт того, что он совершил некоторый неблагоприятный поступок, тем не менее, конфликт сохраняется, а вызванное им эмоционально-вегетативное напряжение субъективно может восприниматься как состояние неопределенной тревоги. Поэтому вытесненные влечения могут проявляться в невротических и психофизиологических симптомах.

*Проекция* – бессознательный перенос собственных чувств, желаний и влечений, в которых человек не хочет себе сознаться, понимая их социальную неприемлемость, на другое лицо. Когда человек по отношению к кому-то проявил агрессию, у него нередко возникает тенденция понизить привлекательные качества пострадавшего. Человек, постоянно приписывающий другим собственные стремления, противоречащие его моральным нормам, получил специальное название – ханжа.



*Идентификация* – бессознательный перенос на себя чувств и качеств, присущих другому человеку и не доступных, но желательных для себя. У детей – это простейший механизм усвоения норм социального поведения и этических ценностей. Так, мальчик бессознательно старается походить на отца и тем самым заслужить его тепло и уважение. Благодаря идентификации достигается также символическое обладание желаемым, но не достигаемым объектом.

*Рационализация* – псевдоразумное объяснение человеком своих, желаний, поступков, в действительности вызванных причинами, признание которых грозило бы потерей самоуважения. В частности, она связана с попыткой снизить ценность недоступного. Рационализация, используется человеком в тех особых случаях, когда он, страшась осознать ситуацию, пытается скрыть от себя тот факт, что в своих действиях побуждается мотивами, находящимися в конфликте с его собственными нравственными стандартами.

*Включение* является близким к рационализации способом психологической защиты, при котором также переоценивается значимость травмирующего фактора. Для этого используется новая глобальная система ценностей, куда прежняя система входит как часть, и тогда относительная значимость травмирующего фактора понижается на фоне других, более мощных. Примером защиты по типу включения может быть катарсис – облегчение внутреннего конфликта при сопереживании. Если человек наблюдает и сопереживает драматические ситуации других людей, существенно более тягостные и травмирующие, чем те, которые тревожат его самого, он начинает смотреть на свои беды по-другому, оценивая их по сравнению с чужими.

*Замещение* – перенос действия, направленного на недоступный объект, на действие с доступным объектом. Замещение разряжает напряжение, созданное недоступной потребностью, но не приводит к желаемой цели.

Когда человеку не удаётся выполнить действие, необходимое для достижения поставленной перед ним цели, он иногда совершает первое попавшееся бессмысленное движение, дающее какую-то разрядку внутреннему напряжению. Такое замещение часто видно в жизни, когда человек срывает своё раздражение, гнев, досаду, вызванные одним лицом, на другом лице или на первом попавшемся предмете .

*Изоляция или отчуждение* – обособление внутри сознания травмирующих человека факторов. При этом неприятные эмоции блокируются от доступа к сознанию, так что связь между каким-то событием и его эмоциональной окраской не отражается в сознании. Этот вид защиты напоминает “синдром отчуждения”, для которого характерно чувство утраты эмоциональной связи с другими людьми, ранее значимыми событиями или собственными переживаниями, хотя их реальность и осознаётся. Феномены

дереализации, деперсонализации и расщепления личности могут быть связаны с такой защитой.

*Уход* - механизм психологической защиты, когда индивид неосознанно избегает психотравмирующей ситуации. В литературе этот тип защиты иногда называют "страусиным". Уход от психотравмы дает личности кратковременное облегчение, но при этом существенные потребности и желания остаются неудовлетворенными, цели – не реализованными, что и составляет причину дальнейших душевных исканий и переживаний. Примеры таких защит – необдуманные разводы, переезды, ссоры близких друзей и их расставания, уход из значимого для человека коллектива только из-за ссор с одним сотрудником, "уход в болезнь" и др.

*Регрессия* (от лат. движение назад) в наиболее распространенном значении – процесс, механизм, результат возвращения человека к ранее пройденным (возможно, детским) этапам, состояниям, формам и способам функционирования эмоциональной и интеллектуальной деятельности, объектных отношений, моделей поведения, психологических защит.

*Интеллектуализация* - механизм психологической защиты, основанный на вербализации человеком собственных эмоций и противоречий, посредством которого субъект стремится выразить в дискурсивном виде свои конфликты и переживания. Этот механизм, основанный на фактах, излишне "умственный" способ переживания конфликтов и их обсуждения, без переживания связанных с ним аффектов. Путем пространственных рассуждений, гипотез, теоретизирования индивид пытается объяснить неудачи в своей жизни не зависящими от него условиями.

Часто этот термин употребляется в более узком негативном смысле как преобладание абстрактных рассуждений над аффективной сферой. Это возможно благодаря жесткому контролю над эмоциями путем рассуждений по их поводу вместо непосредственного переживания. При этом субъект демонстрирует "объективное" отношение к ситуации, чрезмерно рассудочный способ решения конфликтных тем.

Интеллектуализация как форма психологической защиты очень часто встречается в жизни: ученик объясняет неудачи в учебе тем, что учитель плохо преподает предмет сам, а со школьников спрашивает очень строго, к тому же предвзято, необъективно относится к нему... Многие люди пытаются собственный неуспех объяснить наступлением "черной полосы", невезучестью (с женой, мужем, детьми, начальником, сотрудниками, коллегами, социальными условиями, погодой и др.).

*Экранирование* - временное отгораживание человеком от психических нагрузок, страхов, беспокойств, вынесение этих переживаний в сферу предсознания. Экранирование по своему механизму сходно с вытеснением. При вытеснении человек переводит энергию негативных переживаний в бессознательную сферу, а при экранировании перевод энергии происходит из сознательной сферы в предсознание. Благодаря своей локализации в

предсознании, экранирование позволяет отгораживаться от психических нагрузок в очень короткий срок, так как экранирование для удержания устраненной информации не требует большой энергии (в отличие от вытеснения). Экранирование, как и любой механизм психологической защиты, имеет свои преимущества и недостатки. С помощью экранирования возможно отгораживание от психических нагрузок, депрессивных настроений, страхов, беспокойства происходит в короткий срок. Возникает преходящее чувство покоя, стабильности, расслабления, уравновешенности и, как следствие, – удовлетворительное временное освобождение. В современной специальной литературе содержатся представления о том, что экранирование является формой психологической защиты, когда для снятия психотравмирующих переживаний принимаются транквилизаторы. Они помогают при тревоге, навязчивости, психологических зависимостях, имеют эффект релаксации. Такой способ экранирования создает видимость благополучия, но нерешаемые вопросы остаются, углубляются и становятся причиной психологических срывов, депрессии, личностной деструкции, так как человек продолжает вести себя прежним способом. Вместе с тем, частое использование данного способа освобождения от негативных переживаний приводит к тому, что симптомы исчезают без устранения вызвавших их причин. Это приводит к накоплению отрицательных переживаний, что может стать причиной возникновения различных неврозов. Таким образом, экранирование позволяет человеку отгораживаться от негативных воздействий извне неким "защитным экраном", который "отражает" их и не допускает нанесения "психологического вреда". Поставив этот "экран", человек моментально отвлекается от отрицательных переживаний и забывает про них, не прилагая никаких усилий, никакой энергии для этого. Но стрессорные, аффектогенные факторы окружают его повсюду. Ослабив внимание к "отраженным" ранее или под воздействием новых человек вновь подвергается негативным переживаниям. Для того чтобы отгородиться от тревоги, требуется уже дополнительная энергия.

*Трансформация* - форма психологической защиты, при которой вытесненные негативные черты характера в сознании человека превращаются в позитивные. Так, свою жадность человек может объяснить экономностью и бережливостью, некорректное отношение к другим, несдержанность – эмоциональностью, постоянные "разборки" в коллективе – желанием сделать его работу эффективной, конфликтность – всем сделать добро и др., заменяя истинные причины иллюзорными, ложными, но удобными для себя.

*Формирование реакции* - защита, с помощью которой вместо вытесненной в бессознательное неприятной информации проявляются и воспринимаются прямо противоположные представления. Чаще всего черты характера, высоко коррелирующие с тревожностью (стыдливость, застенчивость и др.), связаны с такими свойствами как нерешительность, боязнь, излишняя скромность, но возможно и инверсионные действия –

показная грубость, повышенная агрессивность и др. Это поведение формируется у людей со слабым личностным Я и действующей защитной агрессией на фрустратор. Кроме того, указанные черты характера, такие как стыдливость, застенчивость связаны с "обратным" поведением по отношению к желаемому, с завуалированием способов проявления своих искренних чувств. В качестве иллюстрации приведем пример, описанный М.Е. Литваком. Мальчик всячески обижает девочку, к которой испытывает симпатию. Происходит это часто неосознанно. Не сумев добиться взаимности, мальчик испытывает чувство обиды. Последняя вместе с чувством симпатии вытесняется в бессознательное и вместо этого в сознании возникает чувство неприязни, которое проявляется в соответствующем поведении. Да и девушки часто выставляют на посмешище тех юношей, к которым испытывают влечение. При такой форме защиты восстанавливается чувство самоуважения, но человек лишается необходимого ему тепла и любви. Если сюда еще примешиваются такие формы защиты, как рационализация и интеллектуализация, происходит теоретическое обоснование жесткого, вплоть до садизма, отношения к близким, но может, и напротив, наблюдаться и заласкивание детей, которых по-настоящему не любят. Противоположные реакции встречаются не только в личной жизни, но и на производстве. Осознавание индивидом этого факта довольно часто ничего не меняет в поведении, а только увеличивает страдания. Установлено, что противоположные реакции хорошо уживаются с заниженной самооценкой индивида и он бессознательно снижает статус человека, к которому "не равнодушен". Образование такого типа реакций начинается в раннем детстве. *Мартиризация* - психологический механизм, с помощью которого личность добивается желаемых результатов путем драматизации ситуации, плача, стонов, припадков, вызывания жалости у окружающих, "работая на публику". Одним из примеров крайних случаев проявлений мартиризации является, так называемый, ложный суицид.

*Образование симптомов* - своеобразная психологическая защита личности, характеризующаяся возникновением различных симптомов психосоматических расстройств, активирующихся во время действия психотравмирующих факторов. Например, молодой человек устраивается на работу, побеждая в большом конкурсе. Но он начинающий профессионал, и у него нет опыта работы. Это, естественно, волнует и беспокоит его. Накануне выхода на работу еще с вечера он чувствовал себя нормально, но ночью заболело горло, поднялась температура, появился озноб – все признаки психосоматического заболевания. Но все эти симптомы исчезли, когда он пришел на работу, и там все складывалось благоприятно. Симптомы могут быть различны: головные боли, боли в желудке, кишечнике, насморк, кашель, неприятные ощущения в области сердца и др. Но при самом тщательном исследовании работы внутренних органов обратившегося за помощью человека, у него не выявляется никаких отклонений в их функционировании. Причина возникновения тех или иных симптомов скрыта

от индивида, и он не сразу может обратить на это внимание. Но если психосоматическая симптоматика возникает часто, да еще и периодически, следует искать детерминанту – ожидаемое психотравмирующее событие.

*Агрессия* - форма защиты личности от психического напряжения путем использования разнообразных видов нападения на фрустратор или объект его замещающий.

*Идеализация* - психический механизм защиты, смысл которого заключается в приписывании себе или другим людям несвойственных им совершенных качеств, свойств, достоинств, черт характера.

*Юмор* - защитный психический механизм, проявляющийся как скрытие индивидом от себя и окружающих вытесненных в бессознательное недостигнутых целей.

*Эмоциональное выгорание* - выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций в ответ на психотравмирующие воздействия. Он проявляется как состояние физического и психического истощения, вызванного эмоциональным перенапряжением, которое снижается за счет формирования личностью стереотипа эмоционального поведения. Нередко эмоциональное выгорание рассматривается как следствие феномена профессиональной деформации в сфере профессий человек-человек или в случае психического истощения при тяжелом прогрессирующем заболевании.

*Обесценивание* - защитный механизм личности, основанный на снижении ценности целей, достижений других людей и собственных неудач во избежание неприятных переживаний.

*Компенсация* - механизм психологической защиты, направленный на исправление или восполнение собственной реальной или воображаемой физической или психической неполноценности, когда неполноценные функции организма "выравниваются".

*Сублимация* - защитный механизм психики, с помощью которого вытесненная в бессознательное энергия нереализованной потребности превращается в другую активность путем изменения ее направленности. Например, энергия вытесненных комплексов может быть сублимирована в творческую активность, общественную и политическую деятельность, хобби, спорт и др.

*Оглушение* - механизм устранения конфликтов, страхов, фрустрации, связанных с психотравмой и достижения ощущения силы и спокойствия благодаря воздействию фармакологических веществ (алкоголь, наркотики и др.). Это обусловлено тем, что алкоголь и наркотики изменяют состояние сознания, вызывают приятные эмоции, успокоение и при больших дозах сигналы неблагополучия перестают доходить до сознания. Более того, существует и такая отрицательная сторона этого защитного механизма – формирование алкоголизации и наркомании, как свойства личности и организма.

Психологической защитой обусловлена и избирательность отношения человека к группе и коллективу. Она является своеобразным фильтром, включающимся при существенном рассогласовании собственной системы ценностей и оценкой своего поступка или поступков близких людей, отделяющих желательные воздействия от нежелательных, соответствующие убеждениям, потребностям и ценностям личности от несоответствующих.

Надо иметь в виду, что воздействие психологической защиты может способствовать сохранению внутреннего комфорта человека даже при нарушении им социальных норм и запретов, поскольку, снижая действенность социального контроля, она задаёт почву для самооправдания.

Если человек, относясь к себе в целом положительно, допускает в сознание представление о своем несовершенстве, о недостатках, проявляющихся в конкретных действиях, то он становится на путь их преодоления. Он может изменить свои поступки, а новые поступки преобразуют его сознание и тем самым всю его последующую жизнь.

Если же информация о несоответствии желаемого поведения, поддерживающего самоуважение, и реальных поступков в сознание не допускается, то сигналы конфликта включают механизмы психологической защиты и конфликт не преодолевается, т. е. человек не может встать на путь самоусовершенствования. Только переводя неосознаваемые импульсы в сознание, можно достигнуть контроля над ними, приобретая большую власть над своими поступками и повышая уверенность в своих силах.

Знание специалистами методов психологической защиты и причин срыва важно для понимания некоторых форм пограничной психической и психосоматической патологии, поведенческих реакций, а также для планирования психогигиенических, психопрофилактических мер и психотерапевтической работы, особенно с проблемной личностью.

### **Контрольные вопросы:**

- 1. Что понимают под термином «психологическая защита»?*
- 2. Какие механизмы психологической защиты возникают у человека еще в детстве и проявляются в течение всей жизни?*
- 3. Какие механизмы психологической защиты относятся к более сложным и формируют во взрослом возрасте.*

## 8. ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ С ПРОБЛЕМНОЙ ЛИЧНОСТЬЮ

### 8.1. СОСТАВЛЯЮЩИЕ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ БОЛЬНОГО

Психика больного с начала заболевания оказывается в необычном состоянии. Все наши знания, наше поведение в процессе лечебной деятельности, более того, и само лечение будет неудовлетворительным, если в основу его не будут положены целостное понимание человеческого организма, учет всей сложности его физических и психических проявлений. Общение специалиста с проблемной личностью требует определенных знаний и навыков, которые включают следующие разделы:

- психодиагностику,
- психологическую поддержку,
- психопрофилактику,
- психологическую коррекцию,
- психотерапию.

Такой подход к состоянию больного на основе целостного понимания его организма должен учитывать сложные взаимоотношения, которые существуют между психическим состоянием человека и его заболеванием.

В соответствии с внутренней картиной болезни специалист должен создать для больного новую жизненную установку обязательно с учетом его возможностей, особенностей его социально-психологического взаимодействия. Составляющими социально-психологического взаимодействия больного являются:

- взаимодействие больного и медицинского работника,
- взаимодействие больного с членами семьи,
- взаимодействие больного с другими больными.

#### Взаимодействие больного социального или медицинского работника.

Например, эталон медицинского работника у людей, больных неврозами, был связан с определенными личностными качествами. Это такие качества медицинского работника, как ум, внимательность, увлеченность работой, чуткость, тактичность, терпеливость, чувство долга, спокойствие, серьезность, чувство юмора. При этом, для женщин наиболее значимыми оказались особенности темперамента и характера врача, которые обеспечивают хороший, эффективный эмоциональный контакт. Было обнаружено, что предпочтительным оказался так называемый сопереживающий тип общения. А для мужчин главным качеством врача был профессиональный опыт при эмоционально-нейтральном типе общения. Наоборот, у больных, страдающих разными видами невроза, обнаружили

определенные отличия в эталоне врача. Например, больные истерией предпочитали сопереживающий тип общения. Люди, больные неврастенией, предпочитали нейтральный тип общения. А люди, больные психастенией, отдавали предпочтение волевым качествам врача.

Подмечено, что разным типам пациентов импонируют разные врачи. Например, скромные люди предпочитают властных, грустные — жизнерадостных, эмоционально-холодные — отзывчивых, вздорные и хаотичные натуры — упорядоченных и дисциплинированных. Больные мужчины лучше себя чувствуют с врачом своего пола, для женщин пол врача существенного значения не имеет. Однако и мужчины, и женщины предпочитают врачей более пожилого возраста.

Можно сказать, что в последнее время предпочтительным считается не авторитетный тип взаимоотношений, а партнерство медицинского работника и больного в процессе лечения. То есть, врач и пациент вместе намечают и обсуждают план лечения и его ожидаемые результаты. Пациент перестает быть только объектом тех или иных лечебных, в том числе и психотерапевтических манипуляций, но принимает в них самое активное участие. Это достигается включением его в различные формы социального взаимодействия в стационаре. Ответственность за правильные отношения между врачом и больным целиком лежит на враче. Обычно они складываются самой ситуацией, так как больной сам идет к врачу, он ищет его помощи и ждет ее, готовый чрезвычайно эмоционально реагировать на все хорошее, что получит от него, но также и на то, что вызывает его неудовлетворенность или разочарование.

Иногда агрессивное отношение больного может свидетельствовать о большой внутренней напряженности и настойчивости в стремлении добиться выздоровления, а иногда является следствием раздражительности — усталости от заболевания. Такое поведение требует особого внимания и часто оказывается оправданным теми или иными причинами. Отрицательное отношение к врачу может формироваться в случае плохого психологического контакта, связанного с безразличием и формальным отношением к пациенту. Следует отметить, что в случае неправильно сложившихся отношений между врачом и больным, больной должен иметь возможность и право переменить своего лечащего врача.

Тактика персонала при общении с такими лицами должна быть сугубо индивидуальной.

Для нормализации отношений достаточно бывает психотерапевтической беседы медицинского работника или психолога. Таких больных в палате не должно быть более одного. Целесообразно под каким-либо благовидным предлогом разместить их в разных палатах. При выраженных декомпенсациях состояния необходимы консультация психиатра, назначение медикаментозных средств. Проблемные личности режима, как правило, не нарушают, однако на фоне основного заболевания у них могут развиваться повышенная эмоциональная лабильность, обостриться



навязчивые или ипохондрические переживания, которые также требуют внимания медицинского персонала.

Для специалиста важно при общении с таким больным сохранить максимум терпения, выдержки. Следует помнить, что больной нуждается в лечении, и медицинский работник, несмотря на все трудности, обязан оказать ему необходимую помощь.

*Взаимодействие больного и его семьи.* Как правило, болезнь одного из членов семьи нарушает нормальное функционирование всей семьи. Вся эта ситуация неизбежно отражается на взаимодействии других членов семьи, часто приводя к перераспределению социальных ролей.

Заболевший член семьи вынужден «играть» роль больного, физическая беспомощность которого иногда резко противоположна его обычному положению в семье и жизненным позициям. Эта ситуация делает человека непривычно зависимым от отношения родных и создает определенные трудности для адаптации. Трудности, с другой стороны, усиливаются тем, что для самой семьи тяжелый больной — близкий человек представляет большую психологическую нагрузку: вместо обычной, получаемой от него поддержки, в том числе материальной, и другой помощи.

Все это положение создает необходимость определенной перестройки в отношениях и обязанностях всех членов семьи. При этом для создания и поддержания эмоционального равновесия больного человека очень важен определенный микроклимат в семье. Он создается или поддерживается хорошими дружелюбными отношениями в семье» А спокойная забота, предъявление разумных и выполнимых требований к больному в семье, даже посильный труд, способны поддерживать оптимизм и душевное равновесие больного гораздо более, чем чрезмерные страхи, гиперопека и другие негативные факторы.

Надо отметить, что паническая тревога и преувеличения вполне могут индуцировать больного и мешать его выздоровлению или реабилитации.

Так же неблагоприятно могут действовать на больного эмоционально неуравновешенные, нетактичные родственники, друзья или знакомые. Часто бывает так, что, навещая больного человека, близкого им по тем или иным причинам, дома или в больнице, эти люди могут травмировать заболевшего, взволновать, непродуманным поведением, вопросами, замечаниями или сведениями, которые им самим кажутся пустяковыми — незначущими, но для больного приобретают особое значение.

Следует подчеркнуть, что любая психологическая работа с родными больных может быть и должна быть необходимой. Это дает не только положительный эффект для лечения, выздоровления, реабилитации, но это дает много сведений о больном, помогает наладить взаимоотношения между больным и членами его семьи в нужное русло, а также помогает включить всех людей из близкого окружения больного в систему психотерапевтических воздействий.

Взаимодействие больного и других больных. Проблематика таких взаимоотношений важна не только для амбулаторных больных, но и в случаях госпитализации больного. Дело в том, что в больнице, госпитале контакт с чужими и незнакомыми людьми становится близким, даже где-то интимным. И в этом случае даже для здорового человека существует проблема психологической совместимости. Следует понять, насколько актуальной становится она для больного человека, часто утратившего в той или иной степени душевное равновесие и поэтому особенно нуждающегося в душевном тепле, психологической поддержке, эмпатии.

Вопрос о группировке больных в палате, при групповых занятиях или лечебно-реабилитационных мероприятиях является очень важным. Положительным примером оптимизации взаимоотношений между больными может служить обычай, когда медицинская сестра либо другой больной вместе с новыми пациентами обходят все здание лечебного или реабилитационного учреждения, показывают различные службы, знакомят прибывшего больного с другими пациентами. Такая практика может облегчать для человека первый момент его пребывания в новых условиях и дальнейшую психологическую адаптацию. Следует отметить, что, как правило, в больничной палате создается свой коллектив с определенным микроклиматом: гармоничным или напряженным. Больные вступают друг с другом в различные взаимоотношения. Например, ходячие помогают лежащим и т.д. В процессе общения обсуждаются течение болезней, результаты лечения, политика, увлечения, семейные заботы и др. Определяется лидер. Часто им может оказаться хронический больной, уже имеющий опыт пребывания в больнице. Так как он лучше других осведомлен о ее порядках и разбирается во всех делах. Отметим, что от личностных особенностей и позиции лидера может зависеть эмоциональное благополучие палаты. При появлении психологической несовместимости между больными рождается недовольство, это очень вредит лечебному процессу.

Причиной психологической несовместимости может являться различия темпераментов, характеров, личностных установок, привычек, образовательного уровня, интеллекта или разного культурного уровня. Поводом для конфликтов могут быть совершенно любые события больничной жизни.

Одним из возможных способов устранения трений между больными и одновременно методом групповой психотерапии является беседа специалиста в палате. Темой беседы могут служить порядки, сложившиеся в палате, привычки больных, их дисциплина, проблема приспособления к жизни и др. Такие беседы помогают разрешить определенные проблемы, наладить отношения, улучшить микроклимат. В тех случаях, если это не удается, рекомендуется по возможности перегруппировать больных, не открывая им настоящей причины этого события. Однако, более рациональным может являться короткий анкетный или устный опрос в конце

каждой недели с единственным вопросом. Например: «С кем бы Вы хотели находиться в палате?». Психологически может быть желательно удовлетворение этих пожеланий по возможности до появления конфликтов. При решении такого вопроса, как группировка больных, следует избегать помещения эмоционально лабильных лиц в одной палате с очень тяжелыми или умирающими больными.

## **8.2. ОСОБЕННОСТИ ОБЩЕНИЯ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКИ РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ**

Для того, чтобы помочь родителям детей-инвалидов необходимо попытаться понять, что происходит с человеком, когда его ребенку устанавливается инвалидность, как это влияет на его психологию и отношение к жизни.

Появление в семье ребенка-инвалида, это всегда стресс, оставляющий глубокий психотравмирующий след на всех членов семьи. Первое, что необходимо отметить - это момент возникновения у членов семьи психологической травмы. Как ни странно, этим моментом является не время заболевания ребенка, получения травмы или иного события повлекшего детскую инвалидность, а момент назначения инвалидности комиссией МСЭ. Абсурдная ситуация изменения мироощущения родителей и, как следствие, самого ребенка меняются в один миг после выдачи заключения МСЭ. Причем, все это происходит безотносительно здоровья ребенка. Ребенок, как правило, длительно болел до установления инвалидности и с большой долей вероятности можно сказать, что будет нездоров еще какое-то время. Следовательно, травмирует не болезнь ребенка, а статус ребенка-инвалида. Чем же так травмирует ничего сам по себе незначительный статус, почему родители боятся этого статуса, почему иногда даже не оформляют инвалидность больному ребенку.

До момента установления ребенку инвалидности остается надежда, что все изменится, ребенок поправится и болезнь - это временные трудности. Выдача заключения МСЭ в понимании родителей ребенка-инвалида - это официальный вердикт на невозможность нормальной жизни и, как следствие, необходимость пересмотра жизненных устоев, жизненных ценностей, самого стиля жизни. Все это незнакомо, пугающе, угрожающе неотвратимо. По сути, для родителей инвалидность ребенка является крахом надежд, крахом естественной родительской мечты на исключительного ребенка, самого-самого...

Страшно для родителей само слово “инвалид”, т.к. оно воспринимается как клеймо, тавро, причем стоящее не только на ребенке-инвалиде, а, прежде всего, на его родителях. Отличительной особенностью

российских родителей детей-инвалидов является “чувство вины”. Корни этих двух явлений лежат в бытующем мнении о том, что больные дети рождаются в семьях алкоголиков, асоциальных личностей или неполноценных родителей. Именно отсюда идут все проблемы детей-инвалидов и их родителей. Это та проблема, с которой должны сообща бороться педагоги, медики, социальные работники, но, прежде всего, психологи. И главное условие здесь - не навредить.

Специалист, работающий с семьей ребенка-инвалида, должен хорошо понимать психологию этих людей, быть готовым к длительной и кропотливой работе. В работе с этой категорией населения невозможны быстрые результаты. Изменение психологии родителей детей-инвалидов - длительный процесс, и главная задача специалиста - сделать этот процесс менее болезненным и травмирующим психику.

Необходимо отметить, что наиболее значительную трансформацию претерпевает психология именно матери ребенка-инвалида, исходя из физиологических, психологических особенностей женского организма, а так же культурных традиций и социальных особенностей нашего общества. Бремя детской инвалидности психологически, чаще всего, ложиться на мать. Это несостоявшаяся карьера, подчинение собственных интересов интересам ребенка, хроническое отсутствие времени “на себя”, на свое самообразование, личностный рост.

Сложности отца семейства - в потере значимости его роли в семье. На первый план выходит будущее ребенка-инвалида. Опыт показывает, что не всегда мужчина может справиться с этой потерей, и пока на практике существуют два варианта выхода отцов детей инвалидов из психологического кризиса:

I вариант - поднятие собственной значимости путем решения всех материальных проблем семьи, перераспределение на себя части психологической нагрузки матери, сопричастность в беде и готовность жертвовать своими интересами ради интересов ребенка. II вариант - отец не готов к трудностям, не соглашается с потерей значимости своих интересов, не собирается ничего менять в своей жизни. Возникает конфликт между родителями, который зачастую приводит к распаду семьи. Ситуация нередкая и, в любом случае, негативно влияющая на реабилитацию ребенка-инвалида.

Если рассматривать эволюцию отношения матери к инвалидности ребенка, можно выделить три стадии:

I стадия - никому не скажу об инвалидности ребенка, меня никто не поймет, меня осудят.

II стадия - всем расскажу о своей беде, потому что «нет сил носить в себе эту боль».

III стадия - узнают или не узнают об инвалидности моего ребенка - мне все равно. Каким бы он ни был, это мой ребенок, и я его люблю таким, какой он есть.

На эволюцию восприятия детской инвалидности в семье уходят годы. Это время, когда можно и нужно помочь семье. И первое, что уместно сделать в этом случае - это успокоить родителей, попытаться убедить их в том, что они невиновны в болезни ребенка, что они хорошие родители и только от них двоих зависит будущее их ребенка. Не единожды слышала от матерей детей-инвалидов “Больные дети - это божьи дети. Быть родителем больного ребенка - это особая миссия, данная человеку свыше и, поэтому, выполнять ее нужно достойно”. Безобидная и очень полезная для родителей детей инвалидов философия, реально помогающая жить и поднимающая самооценку родителей детей-инвалидов. Другая божественная философия очень вредна и опасна: “Дети расплачиваются за грехи предков”. Эта философия несет в семью страх, подозрительность, увеличивает “чувство вины”.

Психологию ребенка-инвалида прежде всего строят его родители, поэтому так важна психологическая работа с родителями детей инвалидов. Это необходимо для воспитания неущербного, самодостаточного члена общества. Но для решения проблем детей инвалидов мало решить психологические проблемы ребенка и его родителей. Главная проблема адаптации детей инвалидов лежит в обществе, в его отношении к детям-инвалидам как равноправным членам общества. Показателем этого служит создание множества специальных учебных заведений для детей-инвалидов, подготовка специалистов по работе с такими детьми, организация реабилитационных центров и д.т.

### **8.3. ОСОБЕННОСТИ МЕДИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРОБЛЕМНОГО БОЛЬНОГО**

Без понимания психологических особенностей больного, его отношения к болезни, оценки преморбидного фона личности и т.д. невозможно строить взаимоотношения с больным, оказать ему психологическую помощь, что в итоге неблагоприятно сказывается на процессе лечения или реабилитации. С этой целью применяют медико-диагностическое исследование, базисом которого является психологическая диагностика.

Клинико-психологическая диагностика имеет следующие функции: описание, классификация, объяснение, прогноз, оценка. Эти функции могут относиться как к отдельным индивидам, так и к межличностным системам (партнерам, семьям, группам, организациям). В зависимости от функции и цели выбираются разные диагностические концепции и процессы, а также не в последнюю очередь разные методы обследования.

- **Описание**. Это исходный базис всех остальных функций. В описании определяется проблема (проблемы), или расстройство (расстрой-

ства) одного индивида или межличностной системы, а также тип, выраженность и т. д. этих проблем или расстройств. При этом на практике приходится переводить непрофессиональные высказывания (жалобы) в специфические диагностические вопросы. В зависимости от теоретической ориентации и целей диагностирующей проблема описывается и рассматривается тем или иным образом. Описание фактического состояния надо отличать от описания изменения; последнее чаще всего представляет собой описание изменений в состоянии, которые появились за определенный промежуток времени, но возможно и прямое измерение изменения (например, «Головная боль у меня сильнее/слабее/такая же, как три недели назад»).

- **Классификация.** На основе описания предпринимается упорядочение по системам классификации (например, МКБ-10; DSM-IV). На практике под классификацией чаще всего понимается отнесение пациента к какой-то диагностической единице, но процесс классификации не ограничивается только этим (например, может быть упорядочение в отношении интервенции).

- **Объяснение.** Клинико-психологическая диагностика вносит свой вклад в объяснение психических расстройств или особенностей, предоставляя для этого по возможности исчерпывающие и точные необходимые данные, которые помогают подкрепить или исключить возможные объяснения.

- **Прогноз.** В процессе клинико-психологической диагностики прогнозируется течение психических расстройств или особенностей, причем как с учетом интервенций, так и без них. В первом случае прогноз течения содержит высказывания о вероятности успеха терапии. Теоретические рамки для прогноза - это теории возникновения, поддержания и изменения психических расстройств. Здесь принимаются во внимание признаки пациента, психотерапевта, ситуации и интеракции.

- **Оценка.** В клинической практике оценки играют особенно большую роль и для отдельных интервенций, и для систем обеспечения. В исследовании интервенции оценки базируются в основном на измерениях изменений.

Методы исследований психических особенностей соматических больных медицинская психология заимствует у психодиагностики и общей психологии, а оценку адекватности или девиантности поведения человека - у психиатрии, психологии развития и возрастной психологии.

Основными методами медико-психологического исследования являются беседа, наблюдение и эксперимент.

Помимо основных методов, беседы с больным и наблюдения за его поведением, в медицинской психологии используется тестирование, а также проективные методы исследования личности.

### 8.3.1. ВЕРБАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРОБЛЕМНОЙ ЛИЧНОСТИ

Для психодиагностических целей в рамках работы с проблемной личностью для исследования свойств личности широко применяются вопросники (вербальные методы).

Вопросники позволяют судить о личностных свойствах лишь по материалам самооценки. Практически все вопросники оснащены контрольными шкалами (шкалами достоверности), которые определяют надежность полученных данных и установку испытуемых в отношении процедуры обследования.

В клинических условиях данные, получаемые в результате использования вопросников, могут представлять интерес и самостоятельно, и при корреляции с материалами объективного анамнеза или наблюдения. Сочетание этих методов способствует объективизации результатов при использовании опросников.

Наиболее распространенными для оценки личности являются опросники Кеттелла, Айзенка и Миннесотский многофакторный метод исследования личности ММРІ. Группа американских психологов во главе с Кеттеллом в результате исследований и их математической обработки выделили 18 основных факторов, характеризующих определенные личностные черты:

Фактор А – «замкнутость - общительность»

Фактор Б – «интеллект»

Фактор С – «эмоциональная неустойчивость – эмоциональная устойчивость»

Фактор Е – «подчиненность – доминантность»

Фактор G – «подверженность чувствам – высокая нормативность поведения»

Фактор H – «робость – смелость»

Фактор I – «жестокость – чувствительность»

Фактор L – «доверчивость – подозрительность»

Фактор M – «практичность – развитое воображение»

Фактор N – «прямолинейность – дипломатичность»

Фактор O – «уверенность в себе – тревожность»

Фактор Q1 - «консерватизм – радикализм»

Фактор Q2 – «конформизм – нонконформизм»

Фактор Q3 – «низкий самоконтроль – высокий самоконтроль»

Фактор Q4 – «расслабленность – напряженность»

На основе количественного и качественного анализа содержания личностных факторов и их взаимосвязей выделяют следующие блоки факторов: интеллектуальные особенности: факторы В, М, Q2; эмоционально-волевые особенности: факторы С, G, I, O, Q3, Q4; коммуникативные свойства

и особенности межличностного взаимодействия: факторы А, Н, F, Q2, N, L, Е.

На основе выше указанных факторов были созданы специальные методики – личностные факторные вопросники с вариантами для испытуемых различных возрастных групп. Опросник, включающий 128 вопросов, ориентирован на испытуемых с очень маленьким словарным запасом и с образованием 3-4 класса. Опросник, включающий 105 вопросов, предназначен для испытуемых с образованием 5-7 классов. Опросник, состоящий из 187 вопросов, рассчитан на учащихся старших классов и студентов. Для взрослых испытуемых при меняется 16-ти факторный личностный опросник (16PF). Из 18 факторов в него вошли факторы, используемые в детском и подростковом вариантах. Способ работы с опросником сводится к тому, что испытуемый заносит ответы на специальный опросный лист, не раздумывая долго над каждым и стараясь реже прибегать к неопределенным ответам. Каждому вопросу теста Кеттела предлагается три варианта ответов, два из которых по своей сути полярны и один неопределенный. Опросники Кеттела являются популярными и эффективными в исследовании пограничных состояний.

Другой не менее известный факторный опросник Айзенка, дает оценку личности по двум переменным (схема 1).

В отличие от многофакторного опросника Кеттела он не обеспечивает характеристику черт личности с должной полнотой и систематичностью.

Изучая литературу, характеризующую свойства личности в норме и патологии, Айзенк заметил, что большинство последователей, хотя и по-разному, выделяли и описывали два основных типа личности. Это – экстраверсивный – интроверсивный и эмоционально-волевая нестабильность – стабильность (нейротизм).

Айзенк придал интерпретации типов свой оттенок – он в основном выделял поведенческие проявления. Подвергнутые факторному анализу исследования Айзенка послужили подтверждением существования ранее указанных типов личности, которые и легли в основу его двухфакторной модели личности.

Для измерения личностных особенностей в континууме между полярными личностными свойствами (экстраверсия-интроверсия; эмоционально-волевая стабильность-нестабильность) Айзенком были составлены специальные опросники. Наиболее популярен опросник EPI, предложенный в 1963 г., добавление к шкалам EPI психотерапевтических шкал привело к появлению опросника PEN в 1968 г. Опросник содержит 101 вопрос, на которые испытуемый должен ответить «да» или «нет».



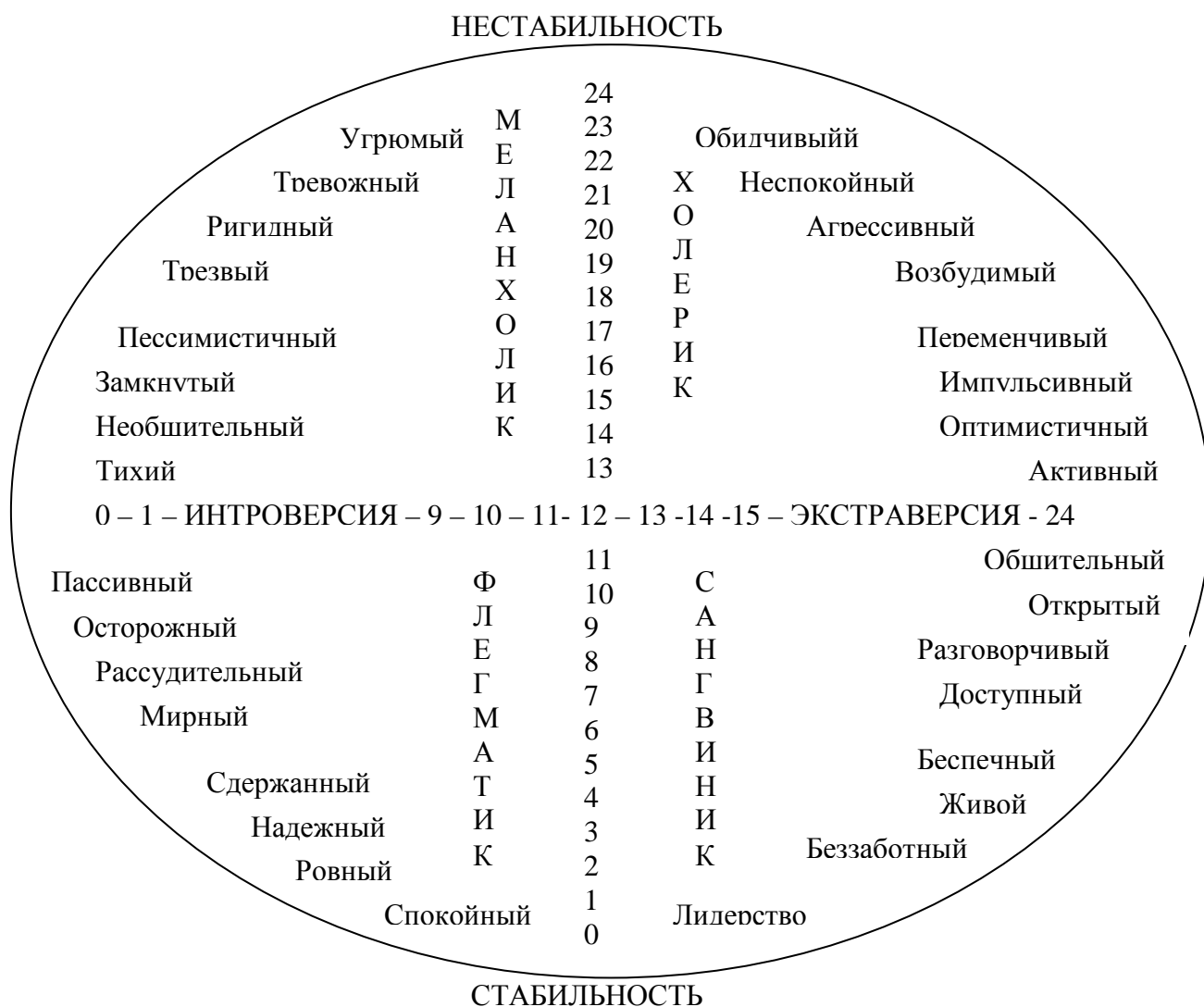


Схема 1. «Круг Азенка». Модель, выявляющая связь четырех классических типов темперамента с результатами современных методов факторно-аналитического описания личности.

Следующим широко используемым тестом является Миннесотский многомерный (многофакторный) метод исследования личности. Методика этого теста разработана в 1942-1949 гг. американскими психологами Маккинли и Хатэуэн. В середине 60-х гг. ММРІ был адаптирован и в нашей стране. Оригинальный вариант метода содержит 566 вопросов, адаптированный и модифицированный состоит из 384 утверждений. Этот вариант ограничен входящими в 10 базисных и в 3 контрольных шкалы утверждениями.

Методика имеет взрослый и подростково-юношеский варианты. Последний применяется на контингенте 13-15-летних представителей мужского и женского пола. Работа с методом предъявляет определенные требования к контингенту обследуемых лиц в плане их общего развития и уровня интеллекта. По этой причине взрослый вариант методики применяется лишь в отношении испытуемых, достигших 16 лет и имеющих образование не ниже 8-9 классов средней школы, при отсутствии:

1. признаков явного интеллектуального недоразвития,
2. снижения интеллекта,
3. грубой нервно-психической патологии с потерей ориентации в собственном «Я» и окружающей обстановке.

Корректность процедуры обследования имеет большое значение для получения наиболее достоверных результатов. Обследование должно проводиться в комфортных условиях, в отдельном помещении, где ничего не отвлекает внимание испытуемого. Необходимым условием работы является самостоятельность выполнения задания. Начинается обследование с того, что экспериментатор дает испытуемому ряд необходимых пояснений:

1. необходимость искренне давать ответы, не раздумывая при этом,
2. руководствоваться своим собственным мнением в понимании и оценке утверждений методики.

Работа с регистрационным листом заключается в следующем: при оценивании себя, если ответ испытуемого «верно», в клеточке проставляется крестик выше номера утверждения, если ответ «неверно» - ниже номера утверждения. В случае, если не представляется возможность дать конкретный ответ, номер утверждения обводится кружком.

Одним из достоинств методики Миннесотского теста является наличие оценочных шкал, т.е. шкал достоверности, которые определяют валидность полученных данных и установку испытуемых в отношении процедуры обследования. Это шкала «лижи» - L, собственно шкала «достоверности» - F и шкала «коррекции» - K.

Основные базисные шкалы методики:

1. (Hs) – шкала «ипохондрия»
2. (D) – шкала «депрессия»
3. (Hy) – шкала «истерия»
4. (Pd) – шкала «психопатия»
5. (Mf) – шкала «мужественности – женственности»
6. (Pa) – шкала «паранойя»
7. (Pt) – шкала «психастения»
8. (Sc) – шкала «шизофрения»
9. (Ma) – шкала (гипомания)
0. (Si) – шкала «интраверсия»

Исходя из результатов, полученных по шкалам, строится профиль личности, характеризующий психическое состояние испытуемого, его личностные психологические особенности.

ММРІ популярен в клинике при исследовании пограничных состояний, к которым можно отнести различные неадекватные варианты внутренней картины болезни, а также реактивные состояния, связанные с психотравмирующим действием болезни или инвалидизации.

Из отечественных методов исследования проблемной личности наиболее известны:

- Патохарактерологический опросник А.Е.Личко (ПДО), который предназначен для определения в возрасте 14-18 лет типов акцентуации характера и типов психопатии, а также сопряженных с ними личностных особенностей. К таким личностным особенностям относятся психологическая склонность к алкоголизации, девиантному поведению, повышенной откровенности, диссимуляции черт своего характера и системы своих личностных отношений, а также оценка соотношений черт мужественности – женственности, высокого риска депрессии и социальной дезадаптации.
- Опросник для определения депрессивных состояний (ОДС), разработанный в институте имени Бехтерева, состоящий из утверждений ММРІ. Методика представляет серию шкал, каждая из которых создавалась путем сопоставления не только групп патологий с нормой, но и двух патологических групп между собой (например, депрессия при маниакально-депрессивном психозе – невротическая депрессия). Это определяет преимущества ОДС перед ММРІ, т.к. в отличие от Миннесотского теста дифференцирует невротические и эндогенные формы душевного дискомфорта
- Личностный опросник института имени Бехтерева (ЛОБИ) разработан с целью диагностики типов отношения к болезни и других, связанных с болезнью личностных отношений, у больных с хроническими соматическими заболеваниями. Ценность метода заключается в том, что диагностика типов отношения к болезни необходима для использования дифференцированных психотерапевтических и реабилитационных программ.
- Шкала оценки нервно-психического напряжения, разработанная Т.А. Немчиным. Диагностическая цель использования шкалы - изучить степень нервно-психической напряженности индивида. Методика предназначена для людей старше 18 лет без ограничений по образовательным, социальным и профессиональным признакам.
- Оценка психической активации, интереса, эмоционального тонуса, напряжения и комфортности. Данная методика разработана на факультете психологии Ленинградского государственного университета Л.А. Курганским с сотрудниками. Диагностическая ценность заключается в определении особенности психического состояния человека по показателям психической активации, эмоционального тонуса напряжения и комфортности. Методика предназначена для людей старше 14 лет без ограничений по образованию, социальным и профессиональным признакам.
- Опросник диагностики состояния стресса. Методика позволяет выявить особенности переживания стресса: степень самоконтроля и эмоциональной лабильности в стрессовых условиях, предназначена

для людей старше 18 лет без ограничений по образовательным, социальным и профессиональным признакам.

### *8.3.2. ПРОЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ЛИЧНОСТИ БОЛЬНОГО*

Проективные методики представляют собой специальную технику клинико-экспериментального исследования тех особенностей личности, которые наименее доступны непосредственному наблюдению и опросу. По сравнению с вопросниками, проективные методы являются качественно иным средством исследования и оценки личности. При использовании таких методов изучению и оценке подвергаются результаты самовыражения или творческой деятельности испытуемого, который не подозревает, что исследуется его личность. Вопросники, как метод исследования личности, адресованы к сознательному аспекту личности обследуемого, тогда как проективные методы направлены на изучение подсознания.

Цель проективных методов заключается в выявлении своеобразных «субъективных отклонений», «личностных интерпретаций», которые не всегда объективны, но всегда личностно значимы.

Наиболее часто в оценке личности больного используются следующие проективные методы:

- «Тематический апперцептивный тест» (ТАТ) впервые был использован Л.Френком в 1939 г. для объединения психологических методик, способных отражать, как на экране, наиболее существенные аспекты личности в их взаимосвязанности и целостности функционирования. ТАТ состоит из стандартного набора таблиц с изображением человеческих фигур, чувств и действий в реальных ситуациях. При этом действия изображенных выражены с различной степенью ясности, что предоставляет большую свободу и разнообразие ответов. Часть таблиц нарисована специально по указанию психологов, остальные являются репродукциями различных картин, иллюстраций или фотографий. Несмотря на то, что каждая таблица допускает возможность неоднозначных интерпретаций, выделяют таблицы, провоцирующие депрессию и суицид, агрессию и сексуальные перверсии, доминирование и подчинение, сексуальные и семейные конфликты и т.д. Часть таблиц предъявляется и женщинам, и мужчинам, часть – только женщинам или мужчинам. При работе с подростками используют адаптированные возрастные таблицы. Каждому испытуемому предлагается набор из 20 таблиц (в первый день – первые 10 таблиц, во второй день – остальные). Исследование проводится в 2 сеанса с перерывом в один день. Во время первого сеанса дается стандартная инструкция: «Вам будут

показаны картины, по каждой из них вы должны придумать рассказ». В начале второго сеанса испытуемому напоминают инструкцию со следующим добавлением: «В прошлый раз вы придумали очень хорошие рассказы; сегодня вы будете делать то же самое, только ваши рассказы должны быть более драматичными. Дайте волю своей фантазии, пусть ваши рассказы будут похожи на сказку, сон или миф». Инструкция на 16-ую таблицу (пустой бланк): «Посмотрите на этот бланк, представьте себе какую угодно картинку и опишите ее в деталях». ТАТ, опосредованно моделируя некоторые жизненные ситуации и отношения, исследует личностные особенности, выступающие прямо или косвенно в форме различных личностных установок, что важно при психодиагностике психосоматических и невротических расстройств.

- Тест чернильных пятен предложен швейцарским психиатром Германом Роршахом в 1921 г., который считал, что существует связь между фантазиоподобной продукцией и типом личности. Метод основан на образной интерпретации испытуемых неопределенных «чернильных пятен». Он состоит из стандартного набора десяти симметричных пятен, каждое из которых является отдельной таблицей. Пять пятен черно-белые, остальные выполнены в черно-красном цвете. Таблицы предъявляются испытуемому последовательно в стандартном положении. Предъявление первой таблицы сопровождается инструкцией: «Что это такое? На что это может быть похоже?» В дальнейшем ходе опроса в задачу экспериментатора входит получение как можно большего количества подробных сведений, таких как локализация ответа, форма, движение, цвет, оттенки. Ответы испытуемого шифруются, а потом интерпретируются. Научная и диагностическая особенность метода заключается в попытке через изучение относительно элементарных особенностей перцептивной деятельности раскрыть структуру личности во взаимоотношении ее когнитивных и эмоциональных аспектов.
- Методика незаконченных предложений заключается в том, что испытуемому предъявляется серия незаконченных предложений, с тем, чтобы он закончил их одним или более словами. Заданность в методиках определенных тем позволяет затронуть важные аспекты личности и жизненного опыта. Строятся методики по-разному. Одни касаются исключительно чувств испытуемого, его отношения к семье, друзьям, сослуживцам и др. Другие предназначены для выявления потребностей обследуемого, его мотивов и сил среды, действующей на него. Третьи обнаруживают некоторые механизмы психологической защиты личности, такие как изоляция, уход от ответственности. Методики достаточно информативны, т.к.

позволяют отвечать более, чем одним словом, что предполагает гибкость и большое разнообразие ответов, позволяющих судить о личностных особенностях испытуемого.

- Тест отношения цвета Люшера. Автор теста считал, что достаточно полное представление о личности испытуемого можно составить на основе предпочтения им одних цветов и отвержения других. Иными словами метод базируется на дифференцированном восприятии цветов в зависимости от индивидуально-личностных свойств человека и его состояния. Современный адаптированный вариант теста включает 18 вариантов цветов. Испытуемому предлагается выбрать из расположенных на белом фоне цветowych таблиц самый приятный цвет, не соотнося его с одеждой или чем-либо другим, а сообразуясь только с тем, насколько он предпочитаем в сравнении с другими при данном выборе и в данный момент. Выбранный цветовой эталон убирается, номер его записывается психологом. Далее испытуемому предлагается выбрать наиболее приятный цвет из оставшихся, и так каждый раз пока все цвета не будут отобраны. Через несколько минут, в другом порядке, еще раз перед испытуемым раскладывают цветowych таблицы и повторяют процедуру тестирования. При этом необходимо сказать, что исследование не направлено на изучение памяти испытуемого и он волен заново выбирать понравившиеся ему цвета. Первый выбор отражает желаемое, второй действительное положение дел. Далее первый и второй выбор сравниваются и проводится группировка цветов. Интерпретируя результаты выбора цветов, можно судить об эмоционально-волевой сфере личности.

Для полной оценки личностных особенностей проблемных больных в процедуру обследования целесообразно включать как проективные методы, так и опросники. Это продиктовано тем, что методики удачно дополняют друг друга. Сравнительный анализ результатов использования проективных методов с данными вербального клинико-психологического опросника дает возможность изучения взаимоотношений между сознательным и бессознательным, т.е. возможность проследить характер взаимосвязи между осознаваемыми и неосознаваемыми компонентами психического отражения сознания индивида.

### **Контрольные вопросы:**

1. *Перечислите функции клинико-психологической диагностики, относящиеся как к отдельным индивидам, так и к межличностным системам (партнерам, семьям, группам, организациям).*
2. *Перечислите вербальные методы исследования проблемной личности.*
3. *Что представляют собой проективные методики исследования особенностей личности?*

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бойко О.В. Охрана психического здоровья: уч. пособие для студентов ВУЗов. – М. – Изд. центр «Академия», 2004. – 168 с.
2. Клиническая и медицинская психология: Практическое руководство /Менделевич В.Д. – М.: МЕДпресс, 1998.
3. Клиническая психология: Учебник.3-е изд./ Под ред. Б.Д.Карвасарского. – СПб.: Питер, 2008. – 960 с.
4. Медицинская психология: Учебник / Лакосина Н.Д., Ушаков Г.К. – 2-е изд. перераб. и доп.- М.: Медицина, 1998. – 427 с. Психиатрия: Учебник /Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е., Сергеев И. - 2-е изд., доп., перераб. – М.: МЕДпресс-информ, 2002. – 576 с.
5. Медицинская психология для медсестер и фельдшеров: Учебное пособие /Косенко В.Г., Смоленко Л.Ф., Чебуракова Т.А. - Ростов на Дону: «Феникс», 2002. – 416 с.
6. Общая и медицинская психология: Учебное пособие /Шкуренко Д.А. - Ростов на Дону: «Феникс», 2002. – 352 с.
7. Психофизиология: учебник для ВУЗов/ под. ред. Ю.И. Александрова – 3-е издание, доп. и перераб. – СПб.: Питер, 2006. – 464 с.
8. Психологическое и социальное сопровождение больных детей и детей-инвалидов: уч. Пособие/ под. ред. С.М. Безух, С.С. Лебедевой – СПб.: Речь, 2006 – 112 с.
9. П.Т. Петрюк, И.А. Якущенко. Психосоматические расстройства: вопросы дефиниции и классификации//Вестник психиатров Украины. – 2003. – №3-4. – С. 133-140.
10. Специальная психология: Учебное пособие для студентов высших учебных заведений/ под ред. В.И.Дубровского. – 3-е изд., стер. – М.: Издательский цент «Академия», 2006. -464 с.

**Учебное издание**

Бакулин В.С., Грецкая И.Б., Петрова В.В.

## **Психология болезни и инвалидности**

Ответственные за выпуск:

проректор по учебной работе, доцент Сергеев В.Н.  
проректор по научно-исследовательской работе, профессор Москвичев Ю.Н.

Подписано в печать 22.01.2010 г.

Усл. печ. листов – 7,6.

Тираж 200 экз. Заказ № \_\_\_\_\_

Отпечатано на множительной технике.

---

Издательство  
ФГОУ ВПО «Волгоградская государственная академия физической культуры»  
400005, г.Волгоград, пр.Ленина, 78.