

МИНИСТЕРСТВО ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ УКРАИНЫ
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ
ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ СТУДЕНТОВ

**Под редакцией профессора
В. А. Абрамова**

Донецк
«Каштан»
2008

ББК

К

УДК

Авторы: проф. Абрамов; доц. Т.Л. Ряполова; доц. А.К. Бурцев; доц. С.Г. Пырков;
доц. Е.М. Выгевская; к.м.н. А.Ю. Васильева; к.м.н. О.И. Осокина; асс.
Е.М. Денисов.

Рецензенты: И.Д. Спирина; д.м.н., проф. И.А. Бабюк, д.м.н., проф. А.Н. Скрипников;

К Медицинская психология: Учебное пособие / Абрамов В.А., Бурцев О.К.,
Ряполова Т.Л. и др.; Под ред. Проф. В.А. Абрамова. – Донецк: Каштан, 2008. –

ISBN

Учебное пособие составлено на основе утвержденной Министерством здравоохранения Украины программы учебной дисциплины « Медицинская психология» и предназначена для студентов высших медицинских учебных заведений III – IV уровней аккредитации. Пособие рассчитано для управляемой самоподготовки студентов, обучающихся по специальностям «лечебное дело», «педиатрия», «медико-профилактическое дело».

ISBN

© Коллектив авторов, 2008

Содержание

Введение	4
Раздел 1. Предмет, задачи и методы исследования в медицинской психологии. Понятие о психическом здоровье	5
Раздел 2. Личность и болезнь. Внутренняя картина болезни	25
Раздел 3. Состояние психических функций и болезнь	47
Раздел 4. Психология медицинских работников	72
Раздел 5. Психология лечебно-диагностического процесса	93
Раздел 6. Психосоматические расстройства	123
Раздел 7. Психологические особенности больных с различными заболеваниями.....	156
Раздел 8. Психологические аспекты зависимого, суицидального поведения, Танатологии и эвтаназии	180
Раздел 9. Психогигиена, психопрофилактика, психотерапия	227
Приложение 1	271
Приложение 2	275
Приложение 3	297
Приложение 4	298
Приложение 5	299
Приложение 6	300
Приложение 7	301
Приложение 8	302
Приложение 9	303
Приложение 10	304
Приложение 11.....	306

ВВЕДЕНИЕ

Учебное пособие по медицинской психологии написано с учётом программы учебной дисциплины «Медицинская психология» для студентов высших медицинских учебных заведений II – IV уровней аккредитации по специальностям:

7.110101 «Лечебное дело»

7.110104 «Педиатрия»

7.110105 «Медико-профилактическое дело»

Содержание обучения соответствует учебно-квалификационной характеристике и учебно-профессиональной программе подготовки специалистов, утверждённых приказом Минздрава Украины № 239 от 16.04.03, а также:

А) основывается на изучении студентами основ общей психологии, анатомии и физиологии человека, патоморфологии и патофизиологии, деонтологии в медицине и интегрируется с этими дисциплинами

Б) Закладывает основы изучения студентами психиатрии, наркологии и других клинических дисциплин, что предусматривает интеграцию с этими дисциплинами

В) Обеспечивает формирование умений применять знания по медицинской психологии в процессе дальнейшего обучения и в профессиональной деятельности;

Г) Закладывает основы познания врачём психологии больного человека, формирование здорового способа жизни и профилактики нарушения психических функций в процессе жизнедеятельности и при разных заболеваниях.

Учебное пособие используется при организации учебного процесса по кредитно-модульной системе в соответствии с требованиями Болонского процесса.

Учебная информация, представленная в учебном пособии, обеспечивает достижения конечных целей обучения:

- Демонстрировать владения принципами медицинской деонтологии,
- Использовать средства психогигиены, психопрофилактики и основные методы психотерапии в медицинской практике
- Определять психосоматические и соматопсихические взаимовлияния у больных
- Определять психическое состояние и уровень социально-психологической адаптации больных при помощи методов психологического исследования
- Демонстрировать умение общаться с коллегами, больными и их родственникам с учётом их психологических особенностей, способствовать созданию здорового психологического климата в медицинской среде

ПРЕДМЕТ ЗАДАЧИ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ. ПОНЯТИЕ О ПСИХИЧЕСКОМ ЗДОРОВЬЕ.

Актуальность темы: Прогресс медицины, сопровождающийся появлением сложных эффективных методов исследования и терапии, имеет и теневую сторону. Все отчетливее проявляется тенденция к узкой специализации врачей, все внимание которых приковано к результатам технически сложных инструментальных методов диагностики и лечения, а особенности функционирования целостного организма, своеобразие личности больного, его психическое состояние и влияние их на характер и динамику заболевания учитываются недостаточно. Для преодоления этого негативного явления будущему врачу необходимо овладеть основами психологических знаний, изучить психологию больного, приобрести навыки психотерапевтического воздействия на него.

Психику можно определить, как свойство высокоорганизованных живых существ активно отражать окружающую действительность. Как наука, психология изучает отражение человеком объективной действительности в виде психических процессов, состояний и свойств. Она раскрывает сущность психической деятельности человека, различные ее проявления, закономерности и механизмы.

Возрастает интерес к психологическим исследованиям и значение внедрения психологических технологий в отрасли деятельности, которые характеризуются постоянным взаимодействием человека с другими людьми.

К таким областям, безусловно, относится и медицина. В ближайшем будущем и в более отдаленной перспективе, дальнейший прогресс медицины в направлении повышения качества жизни пациентов преимущественно связан с максимальной индивидуализацией подхода к диагностике и лечению каждого отдельного пациента, реализации принципа «лечить не болезнь, а больного».

Общая цель обучения: Уметь определять предмет, цели и задачи медицинской психологии, ее методы и критерии психического здоровья.

<u>Конкретные цели:</u> уметь	<u>Цели исходного уровня:</u> уметь
1. определять место психологии в ряду других психологических дисциплин;	1. определять анатомический субстрат высших психических функций (кафедра нормальной анатомии);
2. определять предмет и задачи медицинской психологии;	2. определять основные психофизиологические понятия (кафедра нормальной физиологии);
3. определять показания к основным методам исследования в медицинской психологии	3. определение предмета общей психологии, психических процессов, состояний и свойств (курс общей психологии);
4. критерии здоровья;	

Для оценки исходного уровня знаний предлагается выполнить следующие задания:

Задание №1. Медиальное коленчатое тело является частью:

- А) слухового анализатора
- В) зрительного анализатора
- С) кожно-кинестетического анализатора
- Д) лимбической системы
- Е) пирамидного пути

Задание №2. «Динамическая саморегулирующаяся организация, все составные элементы которой взаимодействуют для получения полезного для организма приспособительного результата» - это:

- А) функциональная система по П.К.Анохину
- В) принцип доминанты А.А. Ухтомского
- С) принцип «общего конечного пути» Ч.С.Шеррингтона
- Д) концепция «физиологии активности» Н.А.Бернштейна
- Е) принцип гомеостаза У. Кеннона

Задание №3. Целостное отражение предметов, ситуаций и событий, возникающее при непосредственном воздействии физических раздражителей на рецепторные поверхности органов чувств - это:

- A) восприятие
- B) ощущение
- C) представление
- D) воспоминание
- E) воображение

Если при выполнении приведенных выше заданий возникли затруднения, необходимо обратиться к следующей литературе:

1. Вітенко Н.В. Загальна та медична психологія. - К., 1996, стор.76-89.
2. Василенко В.Х. Внутренние болезни. - М., 1978, стр. 22-31, 46-54, 68-79.
3. Маклаков А.Г. Общая психология. – СПб., 2000, 592с.

СОДЕРЖАНИЕ ОБУЧЕНИЯ

Граф логической структуры темы «Предмет задачи и методы исследования медицинской психологии. Понятие о психическом здоровье» представлен на следующей странице.

В наше время психология является разветвленной системой научных дисциплин, основу которой составляет общая психология.

Общая психология изучает общие закономерности возникновения, развития и проявления психики, выявляет основные особенности психической деятельности, используемые в человеческой практике.

Сейчас невозможно представить себе какую-либо сферу деятельности человека, где активно не применялись бы психологические знания. В связи с этим интенсивно развиваются и функционируют такие прикладные психологические дисциплины, как социальная, педагогическая, юридическая, пенитенциарная, военная, инженерная, а также медицинская психология.

Медицинская психология изучает особенности общения медицинских работников и больных, психику человека, страдающего соматическими или психическими расстройствами, а также психологические средства воздействия на человека в целях

ΓΡΑΦ 1

профилактики и лечения различных заболеваний (психогигиена, психопрофилактика, основы психотерапии).

Предметом медицинской психологии служат, по определению Н.Д.Лакосиной и Г.К.Ушакова, «многообразные особенности психики больного и их влияние на здоровье и болезнь, а также обеспечение оптимальной системы позитивных психологических воздействий с учетом всех обстоятельств, сопутствующих обследованию и лечению больного, в частности, в системе взаимоотношений врач-медработник-пациент.

Объект медицинской психологии – человек с трудностями адаптации и самореализации, связанными с его физическим, социальным и духовным состоянием.

Целью медицинской психологии является повышение психических ресурсов и адаптационных возможностей человека, гармонизация психического развития, охрана здоровья, профилактика и преодоление недугов, психологическая реабилитация.

В число задач медицинской психологии входят:

- диагностика психических процессов, состояний, личностных свойств пациентов различного профиля, а также изучение психосоциальных характеристик различных аспектов медицинской деятельности;
- разработка новых психодиагностических подходов и методик;
- участие в осуществлении различного рода экспертной деятельности (медико-социальной, военной, судебной и др.).
- разработка и проведение коррекционных, профилактических, реабилитационных и консультативных мероприятий для лиц с различными проблемами в области соматического и психического здоровья;
- профилактика и коррекция профессиональных ошибок и деструкций, оптимизация профессионального развития личности работника медицинской сферы;
- участие в разработке психогигиенических рекомендаций и мер первичной психопрофилактики соматических и нервно-психических расстройств.

Клиническая (медицинская) психология самым тесным образом связана со всеми клиническими дисциплинами и знание ее основ должно быть одной из важнейших составляющих в профессиональной подготовке врача

Клиническая (медицинская) психология, не подменяя собой психиатрию, тем не менее тесно связана с ней, прежде всего с такими разделами, как пограничные психические расстройства и общая психопатология. При этом, несмотря на обширную зону общих интересов и взаимосвязь клинической психологии и психиатрии, у каждой

дисциплины имеют свои задачи, методы исследования, в какой-то мере — свои понятия и терминология.

Без знания и использования основ медицинской психологии, раскрывающей психологические особенности и возможные изменения психики людей, включенных в лечебно-диагностический процесс (пациентов и медицинских работников), невозможен подлинно врачебный уровень оказания медицинской помощи, даже при совершенном владении навыками и капитальном усвоении теоретических основ избранной медицинской специальности.

МЕСТО КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ СРЕДИ ДРУГИХ ДИСЦИПЛИН

Клиническая психология имеет свой предмет исследования и является до известной степени самостоятельным разделом как психологических, так и медицинских знаний. Она тесно связана с целями и задачами практической медицины. Без такой связи она не только беспомощна, но и неприемлема. Содержание клинической психологии становится действенным лишь при условии ее взаимодействия со всеми отраслями медицинских знаний вообще и с каждым конкретным разделом медицины в частности. Изучение клинической психологии невозможно без знания основ клинической медицины, а также смежных дисциплин, например, анатомии, общей патологии, гигиены и др.

В свою очередь, каждый частный раздел медицинской практики, лишенный присущих ему медико-психологических аспектов, остается в рамках лишь медицинского практицизма, что исключает целостное восприятие больного, понимание его индивидуальных личностных проблем, связанных с заболеванием, и неблагоприятно отражается на лечебно-диагностическом процессе. Владение основами клинической психологии — одно из обязательных условий обследования и лечения больного на врачебном, а не фельдшерском уровне.

Наряду с этим, клиническая психология никогда не утрачивает связи с родственными ей другими психологическими и общественными дисциплинами — общей психологией, социологией, этикой и др. Будущий врач-клиницист должен быть знаком с основными психологическими категориями и понятиями, знать и уметь распознавать проявления всех сторон психической сферы человека в границах индивидуально-психологической нормы. Для этого ему необходимо иметь представления о наиболее часто встречающихся и доступных методах психологической диагностики.

Реагирование больного на свою болезнь далеко не всегда ограничивается нормальными психическими проявлениями во всех их вариациях. Нередко реакции носят психопатологический характер. Медицинская психология помогает определить психические нарушения, наиболее часто встречающиеся при соматических заболеваниях,

и определить влияние психических факторов на возникновение и динамику указанных состояний и реакций.

Весьма значимыми разделами клинической (медицинской) психологии являются *психогигиена, психопрофилактика, психологическое консультирование и методы экспериментально-психологической оценки психического состояния больного, психокоррекция и психотерапия*, обеспечивающие предупреждение и устранение психических расстройств у больного.

Из основных проблем психогигиены, с клинической точки зрения, особое значение имеют:

- психология медико-генетического консультирования;
- психогигиена семьи, и в первую очередь той, в составе которой имеются лица с неблагоприятно текущими заболеваниями;
- психогигиена в кризисные периоды жизни человека, включая пубертатный и климактерический периоды;
- психогигиена брака и половой жизни;
- психогигиена обучения, воспитания и труда медицинских работников;
- психогигиена режима лечебных учреждений;
- психогигиена взаимоотношений врача и больного.

Частная клиническая психология раскрывает основные аспекты

психологии врачебной деятельности при общении с больными, страдающими определенными болезнями. Основное внимание при этом обращают на:

- особенности психологии больного с пограничными формами психических расстройств, которые фактически являются объектом деятельности врача любой специальности;
- особенности психологии больных, страдающих различными заболеваниями внутренних органов (сердечно-сосудистыми, легочными, желудочно-кишечными, инфекционными, эндокринологическими, неврологическими);
- психологию больных хирургического профиля на этапах подготовки, проведения хирургических вмешательств и в послеоперационном периоде (в том числе онкологических больных, больных с травмами и ожоговой болезнью, урологических больных);

- особенности клинической психологии в акушерстве и гинекологии;
- психологию больных с дефектами тела, органов чувств и аномалиями развития (слепота, глухота, глухонмота и др.);
- клиническую психологию в педиатрии;
- проблемы психического здоровья и психологические аспекты работы с больными, имеющими выраженную психическую патологию, страдающими психическими заболеваниями, алкоголизмом, наркоманиями.

КРАТКАЯ ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОЙ (КЛИНИЧЕСКОЙ) ПСИХОЛОГИИ

Медицинская психология как самостоятельное научное направление сформировалась лишь в XX веке, но ее истоки восходят к глубокой древности.

Мыслители Древнего Рима сформулировали общечеловеческие взгляды на отношения между людьми. Цицерону принадлежат слова: «Существуют два первоначала справедливости: никому не вредить и приносить пользу обществу». Слова эти представляют одну из основных заповедей современного врачевания.

Врачи Древнего Египта при обследовании больных большое значение придавали анамнестическим данным и душевному состоянию пациента; в этом можно разглядеть зачатки медико-психологического и психогигиенического подходов. В донаучную эру практиковалось магическое воздействие на человека, в том числе и на заболевшего, словом, мимикой, пантомимическим действием с целью внушения (суггестии). В реликтовых египетских папирусах обнаружены тексты целебных заклинаний от различных заболеваний.

Свод законов Хаммурапи (Месопотамия, ок. 2000 лет до н.э.) включал положения о медицинской этике. Деятельность врача ценилась очень высоко, а врачебная этика поддерживалась не только значительными размерами вознаграждения, но и системой наказаний, которым подвергали врачей, совершивших проступки или обнаруживших невежество. Уже в этот период были сформулированы законы, направленные на охрану здоровья, т.е., по сути дела, регламентирующие гигиенические, в том числе и психогигиенические, основы оздоровления населения.

Традиционная медицина Востока большое внимание уделяла взаимоотношениям души и тела, создав, тем самым, основу современной психосоматической медицины.

Величайшим медиком и философом Древней Греции был Гиппократ, которого справедливо называют отцом медицины. Он первым описал типологию темпераментов человека, заложил основы медицинской этики и деонтологии (знаменитая «клятва Гиппократа» остается основой профессиональной присяги медиков во всем мире).

В эпоху преобладания эмпирического подхода в медицине (период Средневековья и Возрождения) в трудах наиболее замечательных врачей этого времени (Авиценны, Маймонида, Агриппы Нестгеймского и др.) нередко акцентируется внимание на психологических истоках многих болезней, особенностях личности пациентов.

Период Новой истории знаменовался преобладанием позитивистских философских концепций во всех естественных науках и медицине. При этом психологические феномены упрощенно рассматривались через призму вульгарно-материалистического подхода, низводившего психологию к исключительно физиологическим трактовкам.

В начале XX века своеобразной реакцией на засилье анатомо-физиологического понимания как здоровой, так и больной психики, стало возникновение психоанализа З.Фрейда, «индивидуальной психологии» А.Адлера, «аналитической психологии» К.-Г. Юнга, «экзистенциального анализа» Л. Бинсвангера и других направлений клинической психологии, определяющих ее современный облик.

Отечественная медицина на протяжении всего своего существования была носителем психологического подхода к пониманию этиологии, патогенеза и клиники как соматических, так и нервно-психических заболеваний (М.Я. Мудров, Г.А. Захарьин, С.П. Боткин, С.С. Корсаков и др.). В.М. Бехтерев, выдающийся невролог и психиатр, заложил основы отечественной школы медицинской (клинической) психологии. В 1885 году он основал одну из первых в мире экспериментально-психологических лабораторий при клинике. В дальнейшем его ученики и последователи – сотрудники Научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М.Бехтерева в Санкт-Петербурге В.Н. Мясищев, М.М. Кабанов, А.Е. Личко, Б.Д. Карвасарский стали ключевыми фигурами в развитии советской клинической психологии. Современные концепции этиологии и патогенеза неврозов, их лечения методом личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии, учения об акцентуациях характера у подростков, основные принципы медико-психологической реабилитации, интегративный подход в изучении внутренней картины болезни – вот далеко не полный перечень достижений коллектива этого института.

Трудно переоценить вклад Л.С. Выготского в формирование и развитие всех направлений отечественной психологии, включая клиническую; его концепции формирования психики, структурно-функциональных соотношений высших психических

функций, послужили основой развития многих направлений современной клинической психологии. А.Р. Лурия, П.К. Анохин, Н.П. Бехтерева и др. создали теорию системной динамической локализации психических функций, ставшую основой нейропсихологии, превратившейся из раздела клинической психологии в самостоятельную новую отрасль психологической науки. Н.А. Бернштейн сформулировал положение о существовании «моделей потребного будущего» в организации движений; использование этой модели позволило создать эффективные приемы восстановления нарушений функций при лечении и реабилитации раненых в период Великой Отечественной войны. Б.В. Зейгарник выступила основателем патопсихологии, как особой отрасли психологической науки и медицинской психологии в частности.

В Украине большой вклад в развитие клинической психологии, патопсихологии внесли Л.И. Завилянская, В.М. Блейхер, И.В. Крук. В настоящее время дальнейшему развитию отечественной медицинской психологии, психодиагностики, психокоррекции и психотерапии служит научная деятельность Л.Ф. Бурлачука и его сотрудников.

МЕТОДЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ.

Для определения психологических особенностей пациента и имеющих у него психических изменений, в том числе патологического характера, в общемедицинской практике используется прежде всего клинический метод, основой которого является наблюдение и целенаправленная психологическая беседа.

Указанный метод в психологии разработан школой Ж.Пиаже на основе метода психиатрического обследования, которым Пиаже первоначально овладел в клинике Е.Блейлера. В отечественной психологии, преимущественно в патопсихологии, последователями Пиаже в использовании клинического метода являлись Л.С.Выгодский Б.В.Зейгарник.

Основой метода является клиническая беседа, позволяющая изучить не только внешние признаки, структуру и содержание психических проявлений, но и понять генез многих из них, наметить методы коррекции выявленных нарушений. Психологи образно называют метод клинической беседы умственной «перкуссией» и «аускультацией». При помощи этого метода можно обследовать и психически здоровых людей, что позволяет выявить мнимую патологию (индуцированные, симулятивные нарушения).

Проведение клинической беседы сопряжено для врача с рядом трудностей. Одна из главных трудностей и одновременно недостаток клинической беседы заключается в искушении врача или клинического психолога повести пациента за собой, косвенно своими вопросами и комментариями внушить ему те или иные собственные мысли,

касающиеся отдельных его психических проявлений, психического состояния в целом, возможных причин, вызвавших эти проявления и состояние.

Клиническая беседа не имеет строго структурированной схемы, она всегда индивидуальна. Врач должен иметь лишь общий план беседы, который может меняться в зависимости от особенностей контакта с пациентом, его ответов. Беседа обычно включает выслушивание жалоб пациента, сбор анамнестических сведений, наблюдение за ним, формулировку первичной гипотезы имеющихся расстройств или заключение об их отсутствии, объяснение предстоящих диагностических и лечебных мероприятий. В беседе должны задаваться не только прямые вопросы, но и косвенные (прожективные), вопросы общего характера. Существуют моменты, касающиеся личной (интимной) жизни пациента, состояния его здоровья, прогноза, о которых нельзя сразу спрашивать прямо, чтобы не нанести моральную или психическую травму пациенту и чтобы он не ушел от ответа. Надо суметь в процессе беседы подвести его к значимым и болезненным для него вопросам, чтобы он заговорил о них сам или согласился обсуждать актуальную тему по инициативе врача, отвечая на вопросы последнего.

Врачу важно в процессе беседы постараться соединить два, на первый взгляд, взаимоисключающих момента: дать свободу пациенту в выражении своих переживаний, своего мнения по вопросам, касающимся состояния его здоровья, в том числе психического, и при этом умело направлять беседу, с тем, чтобы не упустить ничего важного.

В беседе имеет значение не только вербальное (речевое) общение, но и мимическое. Врач должен улавливать выражение глаз пациента, его мимические реакции, которые часто бывают весьма красноречивы и достаточно информативны. При этом он должен в определенной степени контролировать свою мимику. Одинаково негативно могут восприниматься пациентом как отсутствие эмоциональных и мимических реакций у врача (маска отрешенности или безразличия), так и чрезмерно бурные реакции, будь то возмущение, удивление, восхищение, которые не всегда уместны, а иногда и просто недопустимы. Во время беседы врач должен быть доброжелательным, но в то же время сохранять необходимую дистанцию.

Грамотно построенная клиническая беседа, помимо получения необходимых сведений о пациенте, оценки его общего и психического состояния, личностных качеств, несет в себе мощный психотерапевтический потенциал и определяет эффективность дальнейших взаимоотношений врача и больного.

Беседа врача с пациентом (в последнее время ее часто называют медицинским интервью) обычно начинается с приветствия, которое должно соответствовать возрасту,

полу, социальному статусу пациента и подкрепляться невербальными знаками внимания и уважения -рукопожатием, кивком головы, улыбкой и т.д. При первой встрече с пациентом необходимо представиться ему.

В процессе беседы с больным врач должен получить сведения, касающиеся истории жизни и заболевания (анамнез), выслушать жалобы больного, чтобы предварительно оценить характер болезненного состояния. Начинать беседу целесообразно с общих вопросов. Следует, особенно при выяснении жалоб больного, избегать суггестивных (подсказывающих, внушающих ответ) вопросов типа «У Вас бывает...», особенно если пациент повышенно внушаем, склонен к ипохондрии либо проявляет тенденции к аггравации или симуляции. Несмотря на дефицит времени, часто мешающий всестороннему изучению врачом пациента, необходимо дать последнему возможность самому сформулировать свои жалобы и описать развитие болезни. При сборе анамнеза возможны две крайности: неуправляемый монолог больного или ограничение врачом его высказываний (он не может рассказать то, что он считает важным). В первом случае врач теряет много времени и не получает при этом нужной ему информации, во втором — больной остается неудовлетворенным, так как его не выслушали.

Беседа должна быть управляемой. Однако в начале следует дать больному некоторое время для свободного изложения своих проблем. За это время врач сможет уже составить приблизительное впечатление о характере, интеллекте и культурном уровне человека. Далее следует направлять беседу в нужное русло для получения необходимых сведений. Врач должен уметь тактично и вовремя прерывать многословного пациента, задавать уточняющие вопросы. При этом не следует злоупотреблять медицинской терминологией. Для того чтобы тональность и форма беседы шли в нужном ключе, необходимо уметь слушать пациента, демонстрируя свое внимание к его высказываниям мимикой, кивком головы, короткими фразами. Выражение лица, тембр и сила голоса врача должны изменяться в соответствии с эмоциональным состоянием больного и содержанием беседы.

При психологической оценке жалоб следует учитывать манеру и последовательность их изложения. Имеет значение то, как предъявляются жалобы: с робостью, неловкостью, застенчивостью, тревожной напряженностью или, наоборот, спокойно, открыто, излишне «обнаженно». Если жалобы больного не соответствуют представлению врача о его состоянии, то надо искать причины этого. Важно, как больной их интерпретирует, на чем больше акцентирует внимание. Во время выслушивания и оценки жалоб выясняется, как больной реагирует на свои патологические ощущения.

Исходя из этого, врач может составить представление об особенностях внутренней картины болезни и таким образом выяснить, как больной понимает, переживает свою болезнь: адекватно, недооценивает, преувеличивает, воспринимает как угрозу жизни и т.д.

При оценке анамнестических сведений важно учитывать наследственность больного. Следует выяснить особенности социальной среды, в которой находился больной в течение жизни, взгляды на болезни, существовавшие в ней. В одних семьях болезнями часто пренебрегают, в других им уделяется повышенное внимание. В последнем случае легче формируются патологические реакции личности на болезнь.

Результаты изучения анамнеза жизни и болезни дополняются обследованием пациента. При осмотре, помимо специальных методов, позволяющих выявлять соматическую патологию, важное значение имеет наблюдение за больным. Оценивают поведение, высказывания, касающиеся болезни, которые позволяют судить о его психическом состоянии и отношении к заболеванию.

Определяя психологические особенности больного, врач в первую очередь оценивает его интеллект, эмоционально-волевые качества и поведение. Об интеллекте судят в частности по умению оперировать имеющейся информацией, по способности логично излагать свои мысли, соблюдать последовательность в суждениях. Следует обращать внимание на отсутствие системы в изложении какой-либо информации, поверхностный анализ фактов, необоснованные умозаключения. Оценка интеллекта позволяет определить способность пациента к интрапсихической переработке болезненных проявлений, т.е. к их истолкованию и созданию собственной концепции болезни. Представления об эмоционально-волевых качествах пациента складываются из оценки преобладающего фона настроения, его стабильности; имеют значение склонность к пессимизму, слезливость, раздражительность, импульсивные действия или, наоборот, оптимизм, спокойствие. Эмоциональное состояние больного находит отражение в вегетативных реакциях (вазомоторные реакции, наличие или отсутствие общего и дистального гипергидроза, устойчивость или лабильность пульса и др.). Отношение больного к заболеванию, как уже отмечалось, в значительной мере проявляется в его поведении, в частности в реагировании на предложения о проведении сложных диагностических исследований, оперативных вмешательств и т.д.

Обследование не следует сопровождать комментариями диагностического характера, особенно с использованием медицинских терминов и сленгов. Подлинное отношение к болезни позволяет выявить также наблюдение за больным во время его пребывания в лечебном учреждении. Анализируются переживания, которыми он делится с врачом, медперсоналом, родственниками, отдельные поступки и поведение в целом.

Постоянно уточняется психологическое состояние больного, чему помогают регулярные беседы с его родными и близкими, данные клинического наблюдения. Обращается внимание на мимику, жестикуляцию, манеру держаться, отвечать на вопросы. Выясняется, как он соблюдает режим, каковы его взаимоотношения с соседями по палате и персоналом, как участвует в жизни отделения. Изучается отношение к ситуации, сложившейся в результате заболевания. Оно может быть гиперболизированным с акцентом на тех симптомах или последствиях заболевания, которые суживают профессионально-трудовые и другие возможности или ведут к их утрате. Психологический кризис, связанный с болезнью, может стать причиной появления суицидальных тенденций в поведении больного.

МЕТОДЫ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

В работе врача общей практики основным, безусловно, является клинический метод, включающий беседу с больным (клиническое интервью), а также наблюдение за ним в течение всего лечебно-диагностического процесса. Однако, чтобы лучше ориентироваться в вопросах диагностики и оказания помощи больным с психологическими проблемами, психическими расстройствами, психосоматическими и другими нарушениями, входящими в компетенцию клинического психолога или врача психиатра, врач общей практики должен иметь представление о наиболее распространенных методах психологического и патопсихологического исследования.

Одним из разделов психологии, в том числе и клинической, является психодиагностика; в число ее основных задач входят:

- выявление личностных особенностей человека;
- определение актуального психического состояния и отдельных сторон психической деятельности;
- оценка эффективности психокоррекционной работы.

Для этого психодиагностика располагает определенным набором методов исследования, которые можно разделить на основные и вспомогательные.

В качестве основных методов психодиагностики используются *наблюдение* и *эксперимент*. Преимуществом наблюдения является естественность ситуаций, предполагающих непреднамеренное поведение субъекта или группы испытуемых. К его

недостаткам относятся, помимо трудоемкости, сложность улавливания типических черт и недостаточность для достоверной оценки фиксации единичных проявлений.

Экспериментальное исследование существенно дополняет и исправляет недостатки наблюдения. Значение эксперимента состоит в том, что он дает возможность проследить зависимость того или иного психического явления от условий проведения самого эксперимента, которые можно моделировать. Различают *лабораторный* и *естественный эксперимент*. При помощи, например, лабораторного эксперимента можно изучать и оценивать состояние психических процессов памяти, внимания и др. Естественный эксперимент, позволяющий исключить искусственность лабораторной обстановки, целесообразно применять при исследовании психических явлений в обычных условиях урока, игры или иной деятельности, в том числе и профессиональной.

В качестве вспомогательных могут использоваться методы самонаблюдения и самооценки (в виде дневников) для изучения, например, динамики психической работоспособности, изменений настроения и др. Эти методы должны использоваться и интерпретироваться только с помощью специалистов.

Широко применяется в психологии метод тестирования. Тестирование (*test* в переводе с англ. означает «проба», «испытание») — это целенаправленное, одинаковое для всех испытуемых обследование, проводимое в строго контролируемых условиях, при помощи которого достигается количественная оценка отдельных составляющих психического состояния индивидуума или межличностных отношений. Преимуществами метода тестирования являются простота, доступность, возможность автоматизации. Существует много вариантов методик тестирования (опросники, проективные методики и др.). Чтобы полученные при помощи тестов данные имели диагностическую ценность, а сами тесты не были дискредитированы в мнении испытуемого и самого исследователя, последний должен хорошо владеть как методикой проведения самого тестирования, так и интерпретацией полученных результатов. Основные психологические тесты, применяемые в медицинской психологии, представлены в **Приложении 1**.

ПОНЯТИЕ ЗДОРОВЬЯ. ОСНОВНЫЕ КРИТЕРИИ ЗДОРОВЬЯ

Профессионалы-специалисты ВОЗ и широкая общественность во многих странах мира считают, что здоровье не является абсолютным количеством. В 1947 г. ВОЗ определила здоровье как «состояние полного физического, психического и социального благополучия», а не просто отсутствие заболевания или неполноценности. Здоровье — это

динамический процесс, который определяется субъективно и объективно. Это умение заботиться о себе. Здоровье — целостность личности с оптимальным функционированием организма в целом и умственной деятельности, адаптация к стрессам, вызванным болезнью, смертью, разводом, а также процессы непрерывного роста и становления личности.

Под «здоровьем» А. Перри и П. Поттер понимают состояние, при котором человек использует во внешних условиях свои адаптационные способности. Здоровье — это не только отсутствие болезни. Здоровый человек имеет хорошее самочувствие в рамках физического, психосоциального и духовного аспекта.

Существует много различных моделей, связанных с понятием «здоровье — болезнь».

На состояние здоровья человека могут оказывать влияние факторы риска различных заболеваний, настоящее и предшествующее состояния, самочувствие в конкретный момент.

Согласно одной из моделей, здоровым считается человек, у которого нет болезни. Самочувствие человека всегда субъективно. Так, например, болезненный от природы великий философ Иммануил Кант в своей работе «О власти души» писал, что воспринимает слабости и недуги своего тела так, как будто они его не касаются, он их просто игнорирует и ведет себя как совершенно здоровый человек.

Понятия «здоровье — болезнь» относительны. Вспомним, что ранняя потеря слуха, зрения, зубов прежде считалась естественным процессом старения. Сегодня благодаря современным методам профилактики и лечения удается сохранить или восстановить эти функции.

Многие люди через средства массовой информации узнают сведения о новых медицинских технологиях и предъявляют более высокие требования к уровню своего здоровья. Некоторые, несмотря на достаточно серьезное заболевание или нетрудоспособность, настаивают на том, что они «здоровы». Существуют и те, кто настаивает на том, что «нездоровы», хотя и не имеют никакого заболевания.

Другая модель здоровья — это модель «высокого уровня хорошего самочувствия», при котором используется наиболее полно потенциал всей жизни. Это возможно с учетом единства разума, тела и духа.

Поведение человека обусловлено в значительной степени его отношением к своему здоровью или болезни, представлением о ценности здоровья.

В современном понимании здоровье определяется как полное физическое, психическое и социальное благополучие.

Эти три компоненты здоровья неразрывно связаны. Утрата одного из них изменяет равновесие остальных. И если основным критерием социальности является соотношение личного и общественного в человеке, то нарушая привычный образ жизни и все то, что обеспечивает ощущение безопасности, болезнь может приводить к гипертрофии «Я», изменять обычное для личности соотношение личных и общественных мотивов. На этом фоне больной человек переживает изменения в привычных социальных связях, т. е. обращение к врачу, общение с медперсоналом и другими больными, отрыв от работы и производственных отношений, а в случае госпитализации — отрыв от семьи. Формирование психического настроя человека в значительной степени зависит от того, что несет с собой эти новые социальные связи.

Принято отмечать, что для здоровья наиболее типичными являются несколько главных признаков:

- Структурная и функциональная сохранность систем и органов человека.
- Свойственная человеку индивидуальная высокая приспособляемость организма к типичной для него физической и общественной (социальной) среде.
- Сохранность привычного для него самочувствия, которое всегда оказывается наиболее тонким барометром душевного и социального благополучия.

Вопрос о конкретных критериях психического здоровья изучен далеко не полно. Однако в самых общих чертах к ним правомерно в первую очередь относить: причинную обусловленность психических явлений, их необходимость, упорядоченность, соответственную возрасту человека зрелость чувств, постоянство места обитания, максимальное приближение субъективных образов отражаемым объектам действительности; гармонию между отражением обстоятельств действительности и отношением человека к ней. Также отмечается: соответствие реакций физических и психических силе и частоте внешних раздражений. критический подход к обстоятельствам жизни; способность самоуправления поведением в соответствии с нормами, установившимися в разных коллективах; адекватность реакций на общественные обстоятельства, социальную среду; чувство ответственности за потомство и близких членов семьи; чувство постоянства и идентичности переживаний в однотипных обстоятельствах; способность изменять способ поведения в зависимости от смены жизненных ситуаций; самоутверждение в обществе без ущерба для остальных его членов; способность планировать и осуществлять свой жизненный путь и др.

Психическое здоровье - это состояние душевного благополучия, характеризующееся отсутствием болезненных психических проявлений и обеспечивающее адекватную условиям окружающей действительности регуляцию поведения, деятельности.

Необходимо отметить, что содержание понятия «психическое здоровье» не исчерпывается медицинскими и психологическими критериями. В нем также всегда отражены общественные и групповые нормы и ценности, регламентирующие духовную жизнь человека.

К основным критериям психического здоровья относят: соответствие субъективных образов отражаемым объектам действительности и характера реакций — внешним раздражителям, значению жизненных событий; адекватный возрасту уровень зрелости эмоционально-волевой и познавательной сфер личности; адаптивность в микросоциальных отношениях; способность к самоуправлению поведением, разумного планирования жизненных целей, поддержания активности в их достижении и др.

Если перечислить наиболее часто называемые критерии психического здоровья, то можно сгруппировать их в соответствии с видами проявления психической, деятельности т. е. свойства, состояния, процессы.

Среди *свойств* чаще всего называют — оптимизм, сосредоточенность, уравновешенность, нравственность, адекватный уровень притязаний, чувство долга, умение прощать обиды, непраздность, независимость, естественность, ответственность, чувство юмора, доброжелательность, терпеливость, самоконтроль и т. д.

Сфера психических состояний: самообладание (эмоциональная устойчивость); зрелость чувств соответственно возрасту; умение совладать с такими негативными эмоциями, как страх, гнев, жадность, зависть и пр.; естественное и свободное проявление чувств и эмоций, сохранность оптимального самочувствия.

Психические процессы: максимальное приближение субъективных образов к отражаемым объектам действительности, то есть адекватность психического отражения; адекватное восприятие самого себя, способность концентрации внимания на предмете; удержание информации в памяти, способность к логической обработке информации; критичность мышления; способность к творчеству; интеллектуальные умения; познание себя; управление мыслями.

С целью оценки успешности усвоения вышеизложенного материала предлагается решить следующие задания:

Задание №4. Медицинская психология является:

- А) Частью психиатрии
- В) Разделом общей психологии
- С) Частью нейропсихологии
- Д) Разделом медицинской этики и деонтологии
- Е) Частной психологической дисциплиной

Задание №5. К предмету медицинской психологии не относится :

- А) Изучение особенностей психики больного
- В) Изучение влияния психики больного на здоровье и болезнь
- С) Изучение физиологических механизмов высших психических функций.
- Д) Обеспечение оптимальной системы позитивных психологических воздействий, сопутствующих обследованию и лечению больного
- Е) Изучение системы взаимоотношений врач - медработник - пациент

Задание №6. Больной Н. 55 лет, в течение 20 лет страдающий гипертонической болезнью, жалуется на выраженную рассеянность, связанную с этим забывчивость.

Для исследования внимания у Н. можно применить:

- А) Методику «Прогрессивные матрицы Равена»
- В) Коррекционную пробу
- С) Тест Векслера
- Д) Методику Зунга
- Е) Тест Амтхауэра

Задание №7. Ф. 30 лет, отмечает в течение последнего месяца периодическую бессонницу, снижение аппетита. К числу типичных признаков здоровья не относятся:

- А) Структурная сохранность систем и органов человека
- В) Функциональная сохранность систем и органов человека
- С) Профессиональный и карьерный рост
- Д) Высокая приспособляемость организма к типичной для него физической и общественной среде
- Е) Сохранность привычного для него самочувствия

Если Вы сомневаетесь в правильности решения или Вас что-то беспокоит, ещё раз прочитайте данный раздел информации и снова попробуйте решить задания. Только

правильное их решение говорит о том, что информация Вами усвоена, и Вы можете переходить к изучению следующего материала.

ЛИЧНОСТЬ И БОЛЕЗНЬ. ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ.

Актуальность темы: Проблема личности - одна из основных в науке о человеке. Она охватывает исторический, философский, педагогический и т.п. аспекты. В структуре индивидуальности личность занимает высшую ступень иерархической лестницы. В отличие от типов темперамента и черт характера, являющихся практически неизменными параметрами индивидуальности, качества личности могут меняться в течение жизни, что особенно важно в наше сложное, постоянно изменяющееся время.

Личность может быть описана со стороны своих мотивов и стремлений, составляющих содержание ее уникальной системы смыслов, индивидуальных способов упорядочения внешних впечатлений и внутренних переживаний. Личность рассматривается как система черт - относительно устойчивых, внешне проявляемых характеристик индивидуальности, которые запечатлены в суждениях субъекта о самом себе, а также в суждениях других людей о нем.

Личность – это индивид, как субъект социальных отношений и сознательной деятельности; системное качество индивида, определяемое включенностью в общественные отношения и формирующееся в совместной деятельности и общении.

Личность есть понятие социальное, она выражает все, что есть в человеке надприродного, возникает в результате культурного и социального развития.

В психологии, как общей, так медицинской, личность является центральным понятием, несмотря на отсутствие единой, всеобъемлющей теории личности. Знания основных концепций личности, их подходов к решению проблемы структурных компонентов личности способствует в чисто практическом аспекте, более полному познанию как "другого", так и самого себя. С точки зрения врача, в качестве "другого" выступает, прежде всего пациент, познание граней личности которого помогает формированию лучшей программы помощи ему.

В настоящее время достигнуты успехи в терапии острых соматических заболеваний, но вместе с тем, в последние десятилетия отмечается повсеместный рост числа затяжных и хронических форм, в патогенезе которых психический компонент имеет огромное значение. Диагностика типов отношения к болезни или, другими словами, внутренней картины болезни, необходимая для построения дифференцированных психотерапевтических, психокоррекционных реабилитационных программ, требует, помимо владения традиционными методами расспроса и

обследования больного, ещё и навыка работы со специально разработанным психодиагностическим опросником для выявления типов отношения к болезни.

Цель обучения (общая): уметь выявить тип акцентуации личности, уметь выявлять тип отношения больного к своему соматическому заболеванию.

Конкретные цели: уметь	Цели исходного уровня: уметь
1. Уметь использовать в своей деятельности тест-опросник Леонгарда-Шмишека	1. Проводить исследование темперамента используя методику (Айзенка) (курс общей психологии).
2. Уметь использовать опросник для выявления типа отношения к болезни и интерпретировать полученные данные.	2. Уметь собирать анамнестические данные, выявлять жалобы и проводить объективное исследование больного, а также оценивать тяжесть заболевания (каф.пропедевтической и факультетской терапии).

Для оценки исходного уровня знаний предлагается выполнить следующие задания:

Задание №8. У испытуемого по методике Айзенка по шкале нейротизма показатель 19 б; по шкале экстраверсии - 5 б; по шкале коррекции - 10 б.

Это свидетельствует о том, что определен:

- А) Сангвинический темперамент
- В) Холерический темперамент
- С) Меланхолический темперамент
- Д) Флегматический темперамент
- Е) Результат не подлежит интерпретации

Задание №9. Больной Х., 50-ти лет обратился с жалобами на сердцебиение, периодическую боль в предсердечной области, головную боль, преимущественно в затылочной области. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, чистые. Над легкими везикулярное дыхание, тоны сердца звучные, акцент второго тона на

аорте. Пульс 80 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Стул обычной консистенции. АД - 170/110 мм рт.ст.. В программу дальнейшего обследования, помимо общего обязательного комплекса лабораторных и инструментальных исследований, включены: ЭКГ; ультразвуковое исследование почек; доплерография сосудов шеи; анализ мочи по Аддис-Каковскому.

Предположительный диагноз - артериальная гипертензия.

Достаточно ли обоснован этот диагноз, и достаточен ли объем дополнительных исследований? Варианты ответа:

- А) Предположительный диагноз достаточно обоснован, дополнительные исследования не требуются
- В) Диагноз поставлен без достаточных оснований
- С) Предположительный диагноз и план обследования не обоснованы
- Д) Предположительный диагноз поставлен правильно, но дополнительные исследования намечены в недостаточном объеме
- Е) Дополнительные исследования намечены неправильно

Если при выполнении приведенных выше заданий возникли затруднения, необходимо обратиться к следующей литературе:

1. Вітенко Н.В. Загальна та медична психологія. - К., 1996, стор.76-89.
2. Василенко В.Х. Внутренние болезни. - М., 1978, стр. 22-31, 46-54, 68-79.
3. Маклаков А.Г. Общая психология. – СПб., 2000, 592с.

СОДЕРЖАНИЕ ОБУЧЕНИЯ

ГРАФ ЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ТЕМЫ: "ЛИЧНОСТЬ".(1)



ГРАФ 2

Под индивидуальностью понимается неповторимость, уникальность сочетания различных свойств и качеств человека. Ядром психической индивидуальности считается темперамент (биологическая составляющая психической индивидуальности). На его основе формируется характер (психологическая составляющая).

Темперамент - характеристика индивида со стороны динамических особенностей его психической деятельности, т.е. темпа, ритма и интенсивности психических процессов.

Характер - совокупность индивидуальных, сложившихся в процессе социализации и ставших устойчивыми стереотипами поведения, стиля мышления, привычек, манеры взаимоотношения с окружающими.

Гармоническая личность - индивид, который в процессе социализации, осознанно сформировался как человек, обладающий ответственностью за собственную судьбу и совершаемые поступки, руководствуется в своей жизни нравственными законами.

В курсе клинической психологии будущему врачу необходимо подробнее ознакомиться с понятием **«акцентуации личности» (характера)**, которыми обозначаются крайние варианты психической нормы. Акцентуации личности — пограничное состояние между нормальной (гармоничной) личностью и патологической (психопатической).

Понятие «акцентуированная личность» было предложено профессором Берлинского университета К.Леонгардом (1964) для обозначения людей с чрезмерно усиленными (акцентуированными) свойствами характера и темперамента, не выходящими однако за рамки нормы. Отечественный психиатр профессор А.Е.Личко разработал систематику акцентуаций характера у подростков, так как считал, что данное понятие более применимо к подростковому и юношескому возрасту, когда личность еще не вполне оформилась. В клинической практике понятие «акцентуация характера» используется и применительно к более старшим возрастным группам, наряду с понятием «акцентуация личности».

При акцентуациях характера признаки, характерные для психопатий, отсутствуют или же могут иметь место лишь отдельные из них. Главное — акцентуация характера не приводит к явному нарушению социальной адаптации или, если таковая наблюдается, то она бывает временной и непродолжительной. Особенности характера при акцентуациях могут проявляться не постоянно, а лишь в некоторых ситуациях, в определенной обстановке и почти не обнаруживаться в обычных условиях. Если при психопатиях при любых психических травмах, в самых разнообразных сложных для личности ситуациях, а иногда и без видимой причины может происходить декомпенсация в виде острых аффективных и психопатических реакций и связанная с нею социальная дезадаптация, то

в случаях акцентуаций личности нарушения возникают только при определенном рода психических травмах.

Характер и содержание психических травм или трудных для личности ситуаций является патогенным лишь в случаях, когда они задевают «места наименьшего сопротивления» данного типа характера, являются как бы «ключом к замку», по определению Э.Кречмера). Другие трудности и потрясения, не задевающие наиболее уязвимых сторон характера конкретной личности, могут не приводить к каким-либо заметным нарушениям. Для каждого типа акцентуации имеются свойственные ему «уязвимые места».

Систематика акцентуаций характера по А.Е.Личко (1985):

1. *Гипертимный тип акцентуации* характеризуется неугомонностью, подвижностью, общительностью, склонностью к озорству, неусидчивостью, приподнятым настроением. Стремление к активной деятельности сочетается с легкомыслием и недисциплинированностью. Подросткам данного типа свойственна переоценка своих способностей. У них обычно рано пробуждается сексуальное влечение, интерес к наркотикам и алкоголю. Имеет место стремление к компаниям, подчас асоциальным, конформность в поведении.

2. Для *лабильного типа* характерна крайняя неустойчивость настроения, меняющегося по ничтожным поводам. Это люди настроения, сиюминутного каприза, чуткие к знакам внимания, чрезмерно зависимые от близких.

3. *Циклоидному типу* свойственна склонность к колебаниям настроения: периоды подъема, проявляющиеся активностью, шутливостью, алкоголизациями (до 1—2 недель) чередуются с субдепрессиями, во время которых тяжело переносятся даже мелкие неприятности. Появляются вялость, скука, разбитость, стремление к одиночеству. Могут возникать суицидальные мысли.

4. *Лабильный циклоид* во многом близок к лабильному типу, но в данном случае реактивность не носит столь выраженного характера - настроение не меняется по незначительным причинам. От настоящего циклоида отличается значительно более короткими фазами — несколько «хороших дней» сменяются несколькими «плохими днями». Смена настроения обычно вызвана соответствующими событиями.

5. *Психастенический тип* выражается в повышенной склонности к самоанализу и самобичеванию, робости, тревожной мнительности, «умственной жвачке», нерешительности, моторной неловкости. В поведении подчеркнуто вежливы и педантичны, стремятся к соблюдению дисциплины.

6. *Шизоидному типу* свойственны «раздвоенность» в чувствах и поступках. Внешняя отгороженность, замкнутость нередко сочетаются со склонностью к вычурным фантазиям, символике, непродуктивному увлечению глобальными проблемами бытия. Эмоциональная холодность, отсутствие способности к сопереживанию создают трудности в межличностных отношениях. В качестве коммуникативного допинга шизоиды иногда используют алкоголь. У них часто обнаруживаются неуклюжесть и вычурность в психомоторной сфере.

7. Для *эпилептоидного типа* акцентуации характерны злобность, гневливость и жестокость, уживающиеся с бережливостью, аккуратностью и педантизмом. Взаимоотношения с партнерами отличаются повышенной ревнивостью, стремлением к властвованию, садомазохистическими наклонностями. Алкогольное опьянение усиливает склонность к агрессии и может сопровождаться беспамятством.

8. *Сенситивный тип* отличается впечатлительностью, тягой к интеллектуально-эстетическим увлечениям. Из-за повышенной робости и застенчивости, иногда из чувства собственной неполноценности такие личности стараются избегать шумных компаний, малознакомых людей. В качестве компенсации своей неуверенности могут «надевать на себя маску развязности». Возможны аффективные вспышки в ответ на грубость окружающих.

9. *Астеноневротический тип* проявляется капризностью, раздражительностью, повышенной утомляемостью, плохим сном и аппетитом, склонностью к опасениям и навязчивостям, ипохондричностью.

10. *Неустойчивый тип* отличается безволием, легкой подчиняемостью, безынициативностью. Этим лицам свойственны стремление к получению удовольствий, жажда развлечений и тяга к праздности, в связи с чем они часто попадают в сомнительные компании, склонны к мелким правонарушениям, азартным играм.

11. *Конформный тип* акцентуации характеризуется «растворением» личности в окружающих. Эти лица «мимикрируют» под любое окружение. Поэтому, попав в благополучный микросоциальный коллектив, они могут стать неплохими исполнительными работниками, а в ином случае нарушают нормы поведения, «за компанию» начинают употреблять алкоголь, наркотики, легко встают на криминальный путь.

12. *Истероидный тип* отличается эгоцентризмом, стремлением во что бы то ни стало обратить на себя внимание. Такие люди любят выслушивать похвалу в свой адрес и не терпят претензий. Они часто претендуют на роль лидера. Однако чувства их неглубоки, воля ослаблена, авторитет невысок, тем более, что они склонны к неумеренному

фантазированию и лжи. Если на первое место у истероидных личностей выступают стремление вызвать удивление и почитание, демонстративность поступков, то можно говорить о демонстративной (по К.Леонгарду) разновидности этого типа акцентуации. Во всех поступках личностей такого типа наблюдаются явная наигранность, неестественность и позерство, даже в интимных отношениях у них много игры и театральности.

13. Паранойяльная акцентуация, характеризующаяся чрезмерной подозрительностью, напряженностью, недоверчивостью, патологической стойкостью аффекта (аналог застревающего типа акцентуации личности, по К.Леонгарду), по мнению А.Е.Личко, в подростковом возрасте практически не встречается. Однако взрослые лица, имеющие данные черты характера, могут создавать большие трудности для окружающих, в том числе для врача и среднего медицинского персонала.

В зависимости от выраженности выделяют две степени акцентуации характера: явную и скрытую. Явная акцентуация — это крайний вариант личностной нормы с приемлемой адаптацией, но с постоянной выраженностью заостренных черт характера, вследствие чего под действием психогенных факторов, задевающих «места наименьшего сопротивления», могут наступать временные нарушения адаптации, отклонения в поведении. Скрытая акцентуация — обычный вариант нормы со слабовыраженной заостренностью черт характера, которая проявляется лишь в стрессовых ситуациях, предъявляющих повышенные требования к «месту наименьшего сопротивления» в характере. Так, для гипертимной личности особенно тяжела изоляция от друзей, близких, связанная, например, с болезнью, вынужденное безделье при строгом режиме. Для шизоидной личности наибольшие трудности представляет незнакомое окружение, необходимость устанавливать с людьми (в том числе с врачами) неформальные эмоциональные контакты.

Несмотря на то, что акцентуация характера не является психиатрическим диагнозом, для врача важно констатировать тип акцентуации у пациентов, поскольку она может оказывать влияние на возникновение и динамику определенных физических и психических расстройств. С психопатическими личностями в качестве пациентов встречаются врачи самых разных специальностей. Поэтому оценка врачом характерологических особенностей больного, возможного реагирования и форм поведения поможет ему лучше разобраться в картине заболевания и найти подход к нему в процессе обследования и лечения. Знание законов формирования личности позволяет врачу в известной мере исправлять ее аномальные качества, прибегая к оптимальным приемам психотерапии и воспитания. Особенно это важно в работе врачей педиатров.

Богатство индивидуальности и разнообразие личностных особенностей обуславливают многообразие взаимоотношений между больным и врачом. Личностные качества пациента и врача могут способствовать их взаимопониманию, а в случае аномальных отклонений становится существенным тормозом в налаживании и закреплении отношений врач—больной. Знание особенностей личности больного и его родственников позволяет правильно построить беседу и отношения с ними, определить характер внутренней картины болезни, спланировать психотерапевтическую тактику.

В клинической практике оценка характера и личности больного проводится на основании наблюдения за его поведением, высказываниями, самооценкой, а также сведениями, полученными от родственников, медицинского персонала, соседей по палате и др. Поэтому врач должен не только теоретически (изучая специальную литературу), но и практически, в повседневном общении с больным, постоянно изучать его характер и личность, уметь подмечать те особенности индивидуальности, которые обеспечат максимальное проникновение в мир его болезненных переживаний, что позволит оказать своевременную и, по возможности, более совершенную помощь страдающему человеку. В то же время нужно не менее тонко подмечать сохранные, здоровые установки личности и разумно использовать их для коррекции аномальных проявлений.

Знание особенностей собственных темперамента, характера и личности поможет студентам и врачам строить отношения с пациентами, коллегами и медицинским персоналом. Умение контролировать свои эмоции и высказывания, занятия самовоспитанием являются важными составляющими профессионализма врача, успешности его лечебно-диагностической работы, гармоничности отношений с пациентами и коллегами.

Согласно К.Леонгарду - присущие личности черты могут быть основными и дополнительными. Основные черты составляют "ядро" личности. В случае яркой выраженности основные черты становятся акцентуациями характера, и занимают место между психопатией (расстройством личности) и нормой.

Выделенные Леонгардом 10 типов акцентуированных личностей разделены на две группы: акцентуации характера (демонстративный, педантичный, застревающий, возбудимый) и акцентуации темперамента (гипертимический, дистимический, тревожно-боязливый, циклотимический, эмотивный).

1. Д е м о н с т р а т и в н ы й т и п. Характеризуется повышенной способностью к вытеснению, демонстративностью поведения, живостью, подвижностью, легкостью в установлении контактов. Склонен к фантазерству, лживости и притворству, направленным на приукрашивание своей персоны, авантюризму, артистизму и позерству.

Им движет стремление к лидерству, потребность в признании, жажда постоянного внимания к своей персоне, жажда власти, похвалы; перспектива быть незамеченным отягощает его. Он демонстрирует высокую приспособляемость к людям, эмоциональную лабильность (легкую смену настроений) - при отсутствии действительно глубоких чувств, склонность к интригам (при внешней мягкости манеры общения). Отмечается беспредельный эгоцентризм, жажда восхищения, сочувствия, почитания, удивления. Обычно похвала других в его присутствии вызывает у него особо неприятные ощущения, он этого не выносит. Стремление к компании обычно связано с потребностью ощутить себя лидером, занять исключительное положение. Самооценка сильно далека от объективности. Может раздражать своей самоуверенностью и высокими притязаниями, сам систематически провоцирует конфликты, но при этом активно защищается. Обладая патологической способностью к вытеснению, он может полностью забыть то, о чем он не желает знать. Это расковывает его во лжи. Обычно лжет с невинным лицом, поскольку то, о чем он говорит, в данный момент, для него является правдой; по-видимому, внутренне он не осознает свою ложь, или осознает очень неглубоко, без заметных угрызений совести. Способен увлечь других неординарностью мышления и поступков.

2. **З а с т р е в а ю щ и й т и п.** Его характеризует умеренная общительность, занудливость, склонность к нравоучениям, неразговорчивость. Часто страдает от мнимой несправедливости по отношению к нему. В связи с этим проявляет настороженность и недоверчивость по отношению к людям, чувствителен к обидам и огорчениям, уязвим, подозрителен, отличается мстительностью, долго переживает происшедшее, не способен "легко отходить" от обид. Для него характерна заносчивость, часто выступает инициатором конфликтов. Самонадеянность, жесткость установок и взглядов, сильно развитое честолюбие часто приводят к настойчивому утверждению своих интересов, которые он отстаивает с особой энергичностью. Стремится добиться высоких показателей в любом деле, за которое берется и проявляет большое упорство в достижении своих целей. Основной чертой является склонность к аффектам (правдолюбие, обидчивость, ревность, подозрительность), инертность в проявлении аффектов, в мышлении, в моторике.

3. **П е д а н т и ч н ы й т и п.** Характеризуется ригидностью, инертностью психических процессов, тяжестью на подъём, долгим переживанием травмирующих событий. В конфликты выступает редко, вступая скорее пассивной, чем активной стороной. В то же время, очень сильно реагирует на любое проявление нарушения порядка. На службе ведет себя как бюрократ, предъявляя окружающим много

формальных требований. Пунктуален, аккуратен, особое внимание уделяет чистоте и порядку, скрупулезен, добросовестен, склонен жестко следовать плану, в выполнении действий нетороплив, усидчив, ориентирован на высокое качество работы и особую аккуратность, склонен к частым самопроверкам, сомнениям в правильности выполненной работы, брюзжанию, формализму. С охотой уступает лидерство другим людям.

4. В о з б у д и м ы й т и п. Недостаточная управляемость, ослабление контроля над влечениями и побуждениями сочетаются у людей такого типа с властью физиологических влечений. Для него характерна повышенная импульсивность, инстинктивность, грубость, занудство, угрюмость, гневливость, склонность к хамству и брани, к трениям и конфликтам, в которых сам и является активной, провоцирующей стороной. Раздражителен, вспыльчив, часто меняет место работы, неуживчив в коллективе. Отмечается низкая контактность в общении, замедленность вербальных и невербальных реакций, тяжеловесность поступков. Для него никакой труд не становится привлекательным, работает лишь по мере необходимости, проявляет такое же нежелание учиться. Равнодушен к будущему, целиком живет настоящим, желая извлечь из него массу развлечений. Повышенная импульсивность или возникающая реакция возбуждения гасятся с трудом и могут быть опасны для окружающих. Он может быть властным, выбирая для общения наиболее слабых.

5. Г и п е р т и м и ч е с к и й т и п. Людей этого типа отличает большая подвижность, общительность, болтливость, выраженность жестов, мимики, пантомимики, чрезмерная самостоятельность, склонность к озорству, недостаток чувства дистанции в отношениях с другими. Часто спонтанно отклоняются от первоначальной темы в разговоре. Везде вносят много шума, любят компании сверстников, стремятся ими командовать. Они почти всегда имеют очень хорошее настроение, хорошее самочувствие, высокий жизненный тонус, нередко цветущий вид, хороший аппетит, здоровый сон, склонность к кревоугодию и иным радостям жизни. Это люди с повышенной самооценкой, веселые, легко-мысленные, поверхностные и, вместе с тем, деловитые, изобретательные, блестящие собеседники; люди, умеющие развлекать других, энергичные, деятельные, инициативные. Большое стремление к самостоятельности может служить источником конфликтов. Им характерны вспышки гнева, раздражения, особенно когда они встречают сильное противодействие, терпят неудачу. Склонны к аморальным поступкам, повышенной раздражительности, прожектерству. Испытывают недостаточно серьезное отношение к своим обязанностям. Они трудно переносят условия жесткой дисциплины, монотонную деятельность, вынужденное одиночество.

6. **Д и с т и м и ч е с к и й** т и п. Люди этого типа отличаются серьезностью, даже подавленностью настроения, медлительностью, слабостью волевых усилий. Для них характерны пессимистическое отношение к будущему, заниженная самооценка, а также низкая контактность, немногословность в беседе, даже молчаливость. Такие люди являются домоседами, индивидуалистами; общества, шумной компании обычно избегают, ведут замкнутый образ жизни. Часто угрюмы, заторможены, склонны фиксироваться на теневых сторонах жизни. Они добросовестны, ценят тех, кто с ними дружит и готовы им подчиниться, отличаются обостренным чувством справедливости, а также замедленностью мышления.

7. **Т р е в о ж н ы й** т и п. Людям данного типа свойственны низкая контактность, минорное настроение, робость, пугливость, неуверенность в себе. Дети тревожного типа часто боятся темноты, животных, страшатся оставаться одни. Они сторонятся шумных бойких сверстников, не любят чрезмерно шумных игр, испытывают чувство робости и застенчивости, тяжело переживают контрольные, экзамены, проверки. Часто подчиняются опеке старших, нотации взрослых могут вызвать у них угрызения совести, чувство вины, слезы, отчаяние. У них рано формируется чувство долга, ответственности, высокие моральные и этические требования. Чувство собственной неполноценности стараются замаскировать в самоутверждении через те виды деятельности, где они могут в большей мере раскрыть свои способности.

Свойственные им с детства обидчивость, чувствительность, застенчивость мешают сблизиться с теми, с кем хочется, особо слабым звеном является реакция на отношение к ним окружающих. Непереносимость насмешек, подозрения сопровождаются неумением постоять за себя, отстоять правду при несправедливых обвинениях. Редко вступают в конфликты с окружающими, играя в них в основном пассивную роль, в конфликтных ситуациях они ищут поддержки и опоры. Они обладают дружелюбием, самокритичностью, исполнительностью. Вследствие своей беззащитности, нередко служат "козлами отпущения", мишенями для шуток.

8. **Э к з а л ь т и р о в а н н ы й** т и п. Яркая черта этого типа - способность восторгаться, восхищаться, а также влюбчивость, ощущение счастья, радости, наслаждения. Эти чувства у них могут часто возникать по причине, которая у других не вызывает большого подъема, они легко приходят в восторг от радостных событий и в полное отчаяние - от печальных. Им свойственна высокая контактность, словоохотливость, влюбчивость. Такие люди часто спорят, но не доводят дела до открытых конфликтов. В конфликтных ситуациях они бывают как активной, так и пассивной стороной. Они привязаны к друзьям и близким, альтруистичны, имеют

чувство сострадания, хороший вкус, проявляют яркость и искренность чувств. Могут быть паникерами, подвержены сиюминутным настроениям, порывисты, легко переходят от состояния восторга к состоянию печали, обладают лабильностью психики.

9. Э м о т и в н ы й т и п. Этот тип родственен экзальтированному, но проявления его не столь бурные. Для них характерны эмоциональность, чувствительность, тревожность, боязливость, глубокие реакции в области тонких чувств. Наиболее сильно выраженная черта - гуманность, сопереживание другим людям или животным, отзывчивость, мягкосердечность, со радование чужим успехам. Они впечатлительны, слезливы, любые жизненные события воспринимают серьезнее, чем другие люди. Подростки остро реагируют на сцены из фильмов, где кому-либо угрожает опасность, сцена насилия может вызвать у них сильное потрясение, которое долго не забудется и может нарушить сон. Редко вступают в конфликты, обиды носят в себе, не "выплескиваются" наружу. Им свойственно обостренное чувство долга, исполнительность. Бережно относятся к природе, любят выращивать растения, ухаживать за животными.

10. Ц и к л о т и м н ы й т и п. Характеризуется сменой гипертимных и дистимных состояний. Им свойственны частые периодические смены настроения, а также зависимость от внешних событий. Радостные события вызывают у них картины гипертимии: жажда деятельности, повышенная говорливость, скачка идей; печальные - подавленность, замедленность реакций и мышления, так же часто меняется их манера общения с окружающими людьми.

В подростковом возрасте можно обнаружить два варианта циклотимической акцентуации: типичные и лабильные циклоиды. Типичные циклоиды в детстве обычно производят впечатление гипертимных, но затем проявляется вялость, упадок сил, то, что раньше давалось легко, теперь требует непомерных усилий. Прежде шумные и бойкие, они становятся вялыми домоседами, наблюдается падение аппетита, бессоница, или, наоборот, сонливость. На замечания реагируют раздражением, даже грубостью и гневом, в глубине души, однако, впадая при этом в уныние, глубокую депрессию; не исключены суицидальные попытки. Учатся неровно, случившееся упущения наверстывают с трудом, порождают в себе отвращение к занятиям. У лабильных циклоидов фазы смены настроения обычно короче, чем у типичных циклоидов. "Плохие" дни отмечаются более насыщенными дурным настроением, чем вялостью. В период подъема выражены желания иметь друзей, быть в компании. Настроение влияет на самооценку.

Личность и болезнь. Внутренняя картина болезни. (ВКБ)

Основными факторами, действующими на личность в ситуации подострой или хронической болезни, являются:

- непосредственное воздействие болезни (биологические, физико-химические, соматические изменения), которое приводит к возникновению различных новых неприятных и мучительных переживаний в виде боли, более или менее выраженной слабости, повышенной утомляемости, в некоторых случаях – в нарушениях локомоторной функции и т.д.;
- интрапсихические конфликты, или, другими словами, противоречия между разнонаправленными тенденциями внутри личности, которые обостряются или заново возникают, когда человек заболевает; иногда они существенно ухудшают прогноз основного заболевания и искажают отношение к болезни: например, довольно часто люди, перенесшие тяжелые ишемические атаки, будучи до болезни деятельными, стараются искусственно ограничивать свою активность, что приводит к перевозбуждению симпатического отдела вегетативной нервной системы и вызывает усиление тревожности и другие аффективные нарушения;
- социально-психологические факторы болезни: "болезнь как роль", вторичные преимущества от болезни (рентные установки, снижение прессинга межличностных отношений на больного, утрата или ограничение связей с близким и более дальним окружением, лечение как социальный процесс (взаимодействие с медицинским персоналом и другими больными).

Личностные механизмы формирования ВКБ.

Реагируя на воздействие описанных выше групп факторов, личность болеющего человека использует ряд механизмов:

- чувственный (неприятные ощущения, боль, утрата или затруднение физиологических функций, являющиеся содержанием жалоб соматического характера, которые создают тот или иной чувственный образ болезни; некоторые из них запечатлелись в образных старых названиях болезней – грудная жаба, рак, сухотка, чахотка). Этот механизм формирует сенсорную сферу ВКБ;
- эмоциональный (аффективные реакции в виде страха, тревоги, подавленности, агрессивности и др. на фоне болезни). Этот механизм формирует эмоциональную сферу ВКБ;
- интрапсихической переработки (защитные механизмы - вытеснение, регресс, гиперкомпенсация, рационализация и др.);

- поведенческий (в силу наличия характерологических особенностей, формирующихся в ходе семейного воспитания, принадлежности к той или иной культуральной общности пациенты по разному «исполняют» разные социальные роли, в том числе и роль «человека болеющего»). Формирует волевую сферу ВКБ ;

- интеллектуальный (представление о болезни, норме и лечении на основании знаний, собственного опыта; степень адекватности рассудочной концепции болезни при этом зависит не столько от формального уровня образования, сколько от личного опыта). Формирует рациональную сферу ВКБ.

Выделяют три основных вида внутренней картины болезни:

1) нормозогностический (гармоничный, с адекватной субъективной оценкой болезни);

2) гипозогностический - недооценка (вплоть до отрицания самого факта болезни – анозогностический вариант) серьёзности состояния;

3) гиперзогностический - с переоценкой степени тяжести заболевания и его последствий.

На формирование внутренней картины заболевания, помимо доболезненных личностных характеристик, большое влияние оказывают такие характеристики самой болезни, как тип течения, тяжесть проявлений, прогноз. При подостром и хроническом течении формирующееся отношение к болезни становится более многоаспектным и разработанным; оно включает в себя не только тот или иной эмоционально-чувственный образ болезни, но и определенный стиль исполнения социальной роли «человека болеющего», опирающегося как на семейные, так и культуральные традиции, а также интеллектуально-информационную модель (концепцию) болезни.

Волевая (поведенческая) сфера внутренней картины болезни включает в себя различные социально-психологические стереотипы, имеющие как гендерные истоки (например: «настоящий мужчина должен уметь терпеть любую боль»), так и национальные традиции («джентльмен никого не отягощает своими проблемами»). Поведение больного также, в значительной степени, зависит от обстоятельств его жизни: одинокие больные в своем поведении отличаются от имеющих семью, большое значение имеет уровень материального благополучия, социальной защищенности, востребованности обществом пациента как личности.

Интеллектуально-информационная (рациональная) сфера внутренней картины болезни безусловно зависит от общего интеллектуального уровня пациента, его образовательного ценза, степени охваченности санитарно-просветительской информацией. Следует отметить, что в настоящее время существует большой риск

возникновения зависимости даже у достаточно образованных пациентов от различных ненаучных (псевдонаучных), нередко откровенно шарлатанских идей относительно происхождения и, соответственно, профилактики и лечения часто встречающихся заболеваний. Увлеченность «альтернативной медициной» нередко приводит к хронизации патологии, а, иногда, и к фатальной потере времени для оптимального начала научно обоснованного лечения. Формированию неадекватной интеллектуальной концепции болезни, прогностических ожиданий, способов лечения способствует, наряду с вышеперечисленными причинами, и отсутствие адекватного собственного опыта перенесения болезни, пребывания в атмосфере лечебного учреждения, общения с другими больными, медиками.

К разновидностям гипернозогностического варианта отношения к болезни (внутренней картины болезни) можно отнести нозофильное и утилитарное.

Нозофильное отношение связано с появлением во время болезни ощущений уюта, покоя, отдохновения; больного избавляют от выполнения его обычных обязанностей; дети, например, не ходят в школу и могут играть, смотреть телевизор, а взрослые – заняться своим хобби, чтением. В семье болеющему уделяется больше внимания, все относится к нему с большей заботой, участием.

Утилитарное отношение можно рассматривать как максимально выраженную степень нозофильного. Оно имеет тройную мотивацию: а) получение симпатии, привлечение к себе большего внимания медиков; б) поиск выхода из неприятных ситуаций, таких, например, как заключение, военная служба, нелюбимая работа, необходимость выплачивать алименты; в) получение материальной пользы: пенсии, дополнительный отпуск, приобретение возможности в свободное время извлекать дополнительные экономические выгоды. Утилитарное отношение к болезни может быть более или менее преднамеренным. Основанием его служит более или менее серьезное заболевание, но иногда оно искусственно создается в отсутствие реальной патологии.

Утилитарное отношение к болезни реализуется в виде различных форм поведения больного – *аггравации, симуляции и диссимуляции, госпитализма*.

Аггравация – это преувеличение тяжести своего состояния, симптомов болезни. Такое преувеличение иногда бывает сознательным, преднамеренным, а в других случаях обусловлено более глубокими эмоциональными причинами (страх, неуверенность, чувство одиночества, подозрение, что врач не верит больному). Возможны в различных пропорциях сочетания осознанных и неосознанных причин аггравации.

Симуляция – это попытки изобразить те или иные симптомы болезни, произвести впечатление больного человека. Симуляция встречается реже, чем аггравация. Как

правило, симулируют очень примитивные личности, но иногда это бывают и весьма опытные, авантюристичные и безответственные субъекты.

Диссимуляция – поведение, направленное на сокрытие факта болезни или ее симптомов. Чаще всего она отмечается в психиатрической практике у психотических больных. Встречаются также случаи, когда больные опасаясь возможного выявления у себя какой-либо серьезной патологии, скрывают те или иные симптомы, не предъявляют жалоб при опросе, избегают профосмотров.

Госпитализм проявляется в развитии у пациента зависимости от лечения в стационаре. как правило, он возникает при неоправданно длительном пребывании в стенах отделения. Пациенты постепенно отучиваются решать свои самые элементарные житейские проблемы. Происходит так называемое «обучение искусственной беспомощности». В рамках таких нозофильных установок больные настаивают на госпитализации при возникновении любых бытовых неурядиц, семейных проблем, всячески преувеличивая и подчеркивая свое нездоровье при отсутствии объективных признаков ухудшения их состояния.

Не вызывает сомнения необходимость коррекции неадекватных типов отношения к болезни. Ее успешное осуществление должно всегда базироваться на глубоком изучении и понимании личностных особенностей пациента, всестороннем «вчувствовании» в его конкретную жизненную ситуацию. Наиболее профессионально подготовленными для проведения такой диагностической работы являются специалисты, получившие психологическое образование и обязанные владеть навыками применения экспериментально-психологических методик, личностных опросников, проективных методик. Дефицит такого рода очевиден в отечественной медицине на протяжении многих десятилетий. Неизбежно выступающий в роли стихийного психолога врач-практик чаще всего опирается в своих суждениях на собственный опыт, интуицию, свои эмпатические способности (способность к сопереживанию). С целью приближения характера оценки отношения пациента к своей болезни к профессиональному его пониманию практикующими врачами психологами Ленинградского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М.Бехтерева была разработана психодиагностическая методика, моделирующая работу квалифицированного психолога, но технически доступная для выполнения любому врачу, не имеющему специальной подготовки.

На основании клинико-психологического анализа отношений к болезни описано 12 типов отношения к болезни (А.Е. Личко, Н.Я. Иванов, 1980, 1983)

1. Гармоничный (Г). Трезвая оценка своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть и без склонности видеть всё в мрачном свете, но и без недооценки тяжести болезни. Стремление во всём активно содействовать успеху лечения. Нежелание обременять других тяготами ухода за собой. В случае неблагоприятного прогноза в смысле инвалидизации – переключение интересов на те области жизни, которые останутся доступными больному. При неблагоприятном прогнозе - сосредоточение внимания, забот, интересов на судьбе близких, своего дела.

2. Эргопатический (Р). "Уход от болезни в работу". Даже при тяжести болезни и страдания-стремление, несмотря на это, продолжать работу. Характерна сверхответственность, одержимое, стеничное отношение к работе, в ряде случаев выражено ещё в большей степени, чем до болезни. Избирательное отношение к обследованию и лечению, обусловленное стремлением во что бы то ни стало сохранять профессиональный статус и возможность продолжения активной трудовой деятельности.

3. Анозогнозический (З). Активное отбрасывание мысли о болезни, о возможных её последствиях. Отрицание очевидного. Приписывание проявлений болезни случайным обстоятельствам или другим несерьёзным заболеваниям. Отказ от обследования и лечения. Желание обойтись "своими средствами". При эйфорическом варианте этого типа - необоснованно повышенное настроение. Пренебрежение, легкомысленное отношение к болезни и лечению. Надежда на то, что "само всё обойдётся". Желание продолжать получать от жизни всё, несмотря на болезнь. Лёгкость нарушений режима, пагубно сказывающихся на течении болезни.

4. Тревожный (Т). Непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности и даже опасности лечения. Поиск новых способов лечения, жажда дополнительной информации о болезни и методах лечения, поиск "авторитетов". В отличие от ипохондрического типа в большей степени выражен интерес к объективным данным о болезни (результат анализов, заключение специалистов), чем фиксация на субъективных ощущениях. Поэтому - предпочтение слушать высказывания других, чем без конца предъявлять свои жалобы. Настроение тревожное, угнетённость - вследствие этой тревоги. При обсессивно - фобическом варианте этого типа - тревожная мнительность прежде всего касается опасений не реальных, а маловероятных осложнений болезни, неудач в лечении, а также возможных (но малообоснованных) неудач в жизни, работе, семейной ситуации в связи с болезнью. Воображаемые опасности волнуют более, чем реальные. Защитой от тревоги становятся приметы и ритуалы.

5. Ипохондрический (И). Сосредоточение на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях. Стремление постоянно рассказывать о них окружающим. На их основе преувеличение действительных и выискивание несуществующих болезней и страданий. Преувеличение побочного действия лекарств. Сочетание желания лечиться и неверия в успех, требование тщательного обследования и боязни вреда и болезненности процедур.

6. Неврастенический (Н). Поведение по типу "раздражительной слабости". Вспышка раздражения, особенно при болях, при неприятных ощущениях, при неудачах лечения. Раздражение нередко изливается на первого попавшегося и завершается раскаянием и слезами. Непереносимость болевых ощущений. Нетерпеливость. Неспособность ждать облегчения. В последующем - раскаяние за беспокойство и несдержанность.

7. Меланхолический (М). Удручённость болезнью, неверие в выздоровление, в возможное улучшение, в эффект лечения. Активные депрессивные высказывания вплоть до суицидальных мыслей. Пессимистический взгляд на всё вокруг. Неверие в успех лечения даже при благоприятных объективных данных.

8. Апатический (А). Полное безразличие к своей судьбе, к исходу болезни, к результатам лечения. Пассивное подчинение процедурам и лечению при настойчивом побуждении со стороны. Утрата интереса к жизни, ко всему, что ранее волновало.

9. Сенситивный (С). Чрезмерная озабоченность о возможном неблагоприятном впечатлении, которое могут произвести на окружающих сведения о своей болезни. Опасения, что окружающие станут избегать, считать неполноценным, пренебрежительно или с опаской относиться, распускать сплетни или неблагоприятные слухи о причине и природе болезни. Боязнь стать обузой для близких из-за болезни и неблагоприятного отношения с их стороны в связи с этим.

10. Эгоцентрический (Я). " Уход в болезнь". Выставление напоказ близким и окружающим своих страданий и переживаний с целью полностью завладеть их вниманием. Требование исключительной заботы - все должны забыть и бросить всё и заботиться только о больном. Разговоры окружающих переводятся на "себя". Другие люди, также требующие внимания и заботы, рассматриваются только как "конкуренты", отношение к ним - неприязненное. Постоянное желание показать другим своё особое положение, свою исключительность в отношении болезни.

11. Паранояльный (П). Уверенность, что болезнь - результат чьего-то злого умысла. Крайняя подозрительность к лекарствам и процедурам. Стремление приписывать возможные осложнения или побочные действия лекарств халатности или злему умыслу врачей и персонала. Обвинения и требования наказаний в связи с этим.

12. Дисфорический (Д). Доминирует мрачно-озлоблённое настроение, постоянный угрюмый вид. Зависть и ненависть к здоровым. Требование особого внимания к себе и подозрительность к процедурам и лечению. Деспотическое отношение к близким - требование во всём угождать.

Для диагностики типа отношения к болезни применяется методика, разработанная научно-исследовательским психо-неврологическим институтом им.В.М.Бехтерева, текст которой представлен в Приложении2..

С целью оценки успешности усвоения вышеизложенного материала предлагается решить следующие задания:

Задание №10. Испытуемый Х. 16 лет, в беседе производит впечатление очень общительного, легко находящего доверительный контакт с собеседником, многословен, чрезмерно разговорчив, нередко перескакивает с одной темы на другую. Как правило, находится в хорошем настроении. При более глубоком контакте оказывается достаточно поверхностным в своих знаниях, трудно переносит необходимость заниматься монотонной деятельностью. У испытуемого можно предположить наличие акцентуации по:

- А) Возбудимому типу
- В) Эмотивному типу
- С) Экзальтированному типу
- Д) Гипертимному типу
- Е) Циклотимному типу

Задание №11. Испытуемая Б., 17 лет, склонна к лидерству в компании, жива, подвижна, легко устанавливает контакты, любит демонстрировать свои музыкальные способности, активно участвует в работе самодеятельной драматической студии, в рассказах о своих достижениях склонна к фантазированию, с невинным лицом рассказывает о совершенно нереальных событиях, якобы имевших место в ее жизни. У Б. можно предположить акцентуацию по:

- А) Демонстративному типу
- В) Эмотивному типу
- С) Экзальтированному типу
- Д) Гипертимному типу
- Е) Возбудимому типу

Задание № 12. Больной В., страдающий хронической почечной недостаточностью и находящийся на лечении в отделении экстракорпорального гемодиализа, нарушает питьевой режим, заявляя, что это на его состояние не влияет. Употребляет домашние спиртовые настойки, ссылаясь на то, что "его дед пил и до 90 лет дожил". Между сеансами гемодиализа занимается тяжелой физической работой по дому.

Тип отношения к болезни у В.:

- А) Анозогностический
- В) Сенситивный
- С) Гармонический
- Д) Эгоцентрический
- Е) Дисфорический.

Задание № 13. У больного П., 36-ти лет, страдающего хроническим гастритом, которому назначено эндоскопическое исследование, высказывает опасение, что при зондировании часть эндоскопа может остаться в желудке. Настаивает на том, чтобы его направили на консультацию к известному зарубежному специалисту, о приезде которого в страну узнал из передачи. Тревога перед исследованием несколько уменьшилась после того, как ему навстречу попала уборщица с полным ведром. У больного:

- А) Тревожный тип отношения к болезни
- В) Ипохондрический
- С) Меланхолический
- Д) Паранойяльный
- Е) Сензитивный

Если Вы сомневаетесь в правильности решения или Вас что-то беспокоит, ещё раз прочитайте данный раздел информации и снова попробуйте решить задания. Только правильное их решение говорит о том, что информация Вами усвоена, и Вы можете переходить к изучению следующего материала.

СОСТОЯНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ И БОЛЕЗНЬ

Актуальность темы: Роль психики больного в успешном проведении лечебно-диагностических мероприятий неопределима. Психическое состояние человека зачастую обуславливает особенности течения заболевания, определяет прогноз и успех лечебных воздействий. Правильный подход врача к пациенту, основанный на знании его индивидуально-психологических качеств, а также особенностей протекания его психической деятельности во время заболевания является гарантией правильного распознавания и понимания динамики болезненного процесса. Влияние врача на больного в процессе лечения, его высказывания и внушения могут коренным образом видоизменить картину болезни и в значительной мере изменить ее течение. Этим определена актуальность изучения данной проблемы.

Цель обучения (общая): Уметь исследовать психическое состояние больного с использованием методов медицинской психологии и оценивать влияние болезни на психические процессы.

Конкретные цели – уметь:	Цели исходного уровня:
1. Определять влияние болезни на ощущения, восприятие, внимание, эмоционально-волевую сферу;	1. Собирать анамнестические данные, выявлять жалобы, проводить объективное по принципам медицинской этики и деонтологии (каф. пропедевт. Тер)
2. Оценивать во время беседы особенности познавательных психических процессов, речи, интеллекта, эмоционально-волевой сферы;	
3. Оценивать влияние особенностей интеллекта и нарушенной речи на лечебно-диагностический процесс	
4. Определять влияние болезни на формирование нозогений;	
5. Оценивать во время беседы состояние сознания и самосознания с учетом знания их уровневой структуры и критериев ненарушенного сознания;	
6. Исследовать психические процессы с использованием психологических методик;	

Для оценки исходного уровня знаний предлагаются следующие задания:

Задание №14. Больная 21 г., предъявляет жалобы на ноющие боли внизу живота и в поясничной области, общую слабость, болезненное мочеиспускание. Объективно: гиперстенического телосложения, кожные покровы чистые, обычной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, Т тела 36,9 °С. Над легкими дыхание везикулярное, хрипов нет. Деятельность сердца ритмичная, шумовой мелодии не определяется. АД 130/80 мм рт.ст., пульс 75 уд./мин. Живот мягкий, умеренно болезненный в нижних отделах. Отрезки кишечника обычных пальпаторных свойств. Печень у края реберной дуги, безболезненная. Симптом Пастернацкого слабо положительный с обеих сторон. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести больной для установления диагноза?

- А) Общий анализ крови, биохимический анализ крови, цистоскопия
- В) Общий анализ крови и мочи, внутривенная урография
- С) Общий анализ крови и мочи, определение креатинина и мочевины крови
- Д) Общий анализ мочи, анализ мочи по Земницкому, КТ почек
- Е) Общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови, УЗИ органов малого таза и брюшинного пространства

Задание №15. Больной 23 лет предъявляет жалобы на головную боль, головокружение, тошноту, возникшие сразу после перенесенной черепно-мозговой травмы. Врач-терапевт во время объективного обследования не выявил патологии со стороны внутренних органов. АД 110/50 мм рт.ст., пульс 93 уд./мин. Врач назначил сдачу анализов крови и мочи, предположил диагноз: сотрясение головного мозга – и назначил соответствующее лечение. Достаточно ли данных для постановки диагноза в данном случае?

- А) Недостаточно. Необходимо провести рентгенографию черепа и назначить консультацию невропатолога в плановом порядке
- В) Достаточно
- С) Недостаточно. Необходимо провести УЗИ внутренних органов и исследовать внутричерепное давление
- Д) Недостаточно. Необходимы консультации невропатолога, травматолога и снятие ЭЭГ головного мозга

Е) Недостаточно. Необходимы консультации невропатолога, окулиста, хирурга, проведение КТ головного мозга для дифференциальной диагностики и выявления возможных осложнений

Если при выполнении приведенных выше заданий возникли затруднения, необходимо обратиться к следующей литературе:

1. Вітенко Н.В. Загальна та медична психологія. - К., 1996, стор.76-89.
2. Василенко В.Х. Внутренние болезни. - М., 1978, стр. 22-31, 46-54, 68-79.
3. Маклаков А.Г. Общая психология. – СПб., 2000, 592с.

Психическая деятельность человека включает психические свойства, психические процессы и психические состояния. К психическим процессам, позволяющим человеку познавать окружающую действительность относят: ощущение, восприятие, мышление, память и внимание. Эти процессы называют познавательными. Кроме того, к психическим процессам относятся эмоции (чувства), мотивационно-волевая сфера, речь, интеллект (ум), представление, воображение, сознание (**Приложение 3**).

Чувственное познание (сенсорно-перцептивная деятельность) включает два психических процесса: ощущение и восприятие, физиологической основой которых являются функции анализаторов, состоящих из периферического отдела (рецептор), проводящей части и центрального (коркового отдела), а также функции коры головного мозга.

Ощущением называют форму непосредственного отражения в сознании человека отдельных свойств предметов и явлений реальной действительности. Это начальный, самый элементарный акт психической деятельности, результат воздействия информации на органы чувств. Ощущения свойственны и животным, и человеку. Примеры ощущений: красный, круглый, острый, гладкий, соленый, кислый и т.п.

По контакту с раздражителем выделяют *дистантные ощущения* (обонятельные, зрительные, слуховые) и *контактные ощущения* (кинестетические, вкусовые, тактильные).

По расположению рецептора выделяют: *интероцептивные ощущения* – ощущения, сигнализирующие о внутреннем состоянии организма; *проприоцептивные ощущения* – сигнализируют о положении различных частей тела в пространстве; *экстероцептивные ощущения* – сигнализируют о различных характеристиках внешнего мира.

Влияние болезни на изменение ощущений: Необычные внутренние ощущения часто оказываются первыми сигналами о болезненных изменениях в организме, а описание их составляет большую часть жалоб больного. Качественные характеристики interoцептивных ощущений, звучащие в жалобах больного (боль - ноющая, колющая, сжимающая, тупая; жжение; зуд и т. п.), способствуют более глубокому пониманию врачом состояния пациента и во многом определяют диагностические моменты.

Изменения ощущений чрезвычайно многообразны и их следует учитывать во взаимоотношениях врача и больного. Так, у больных соматическими формами патологии (н-р инфекционных заболеваний, интоксикациях) часто отмечается обостренная чувствительность к раздражителям обычной силы (*гиперестезия*), когда больного начинают раздражать громкие разговоры, хлопанье двери, свет из оконного проема и т.п. Такие состояния, как депрессия, оглушение могут сопровождаться низкой чувствительностью к привычным раздражителям (*гипестезия*), когда окружающие предметы лишены красок, выглядят блекло, расплывчато. Такие изменения в сфере ощущений преобразуют индивидуальную манеру поведения больного, приносят видоизменения в его представления о болезни и могут служить основанием для недооценки или неточной оценки состояния больного врачом.

Восприятие – это отражение в сознании человека предметов и явлений окружающего мира в целом, в совокупности всех их свойств при непосредственном воздействии раздражителей на органы чувств. Однако, образ восприятия не сводится к простой сумме ощущений. В каждое восприятие включаются функции мышления, эмоциональные компоненты, прошлый опыт.

Основными свойствами восприятия являются:

1. *Предметность* – проявляется в том, что объект воспринимается нами как обособленное в пространстве и во времени отдельное физическое тело.
2. *Целостность* – т.е. восприятие предмета в целом, в совокупности всех его свойств.
3. *Константность* – относительное постоянство величины, формы и цвета предмета при изменяющихся условиях его восприятия (например, при большем или меньшем удалении предмета от глаза).
4. *Избирательность* – проявляется в преимущественном выделении одних объектов по сравнению с другими.
5. *Инвариантность* – способность выделять постоянные, неизменные особенности объекта.
6. *Осмысленность* – осознание воспринимаемого предмета или явления, тесно связанное с мышлением и пониманием сущности предмета.

7. *Структурность* – восприятие абстрагированной от простой суммы ощущений обобщенной структуры.

Осязание – вид восприятия, складывающийся на основе тактильного и двигательного ощущений.

Эйдети́зм – способность удержания исключительно четких и ярких образов виденных предметов.

Наблюдательность – способность замечать в воспринимаемом малозаметные, но существенные детали.

Влияние болезни на изменение восприятия: Болезненные изменения процессов восприятия, выступающие в форме иллюзий, галлюцинаций, психосенсорных расстройств, своевременно не распознанные врачом, могут внести дополнительные, иногда очень значительные осложнения в мироощущения больного, а, следовательно, и во взаимопонимание между врачом и пациентом. Более того, сложные изменения и расстройства восприятия нередко становятся основанием для неадекватной оценки болезненных переживаний, для гротескно усиленных (гипернозогнозия) или необоснованно недооцениваемых (анозогнозия) представлений больным изменений, происходящих в организме.

Внимание – направленность и сосредоточенность психической деятельности на определенном объекте или виде деятельности. Это процесс сознательного или бессознательного отбора одной информации, поступающей через органы чувств при одновременном игнорировании другой.

Свойства внимания:

1) *избирательность* – возможность успешной настройки (при наличии помех) на восприятие информации, относящейся к сознательной цели;

2) *переключаемость* – способность перевода сосредоточенности с одного объекта на другой без существенной потери свойства концентрации;

3) *устойчивость* – способность в течение длительного времени концентрировать внимание на каком-то объекте, предмете деятельности, не отвлекаясь и не ослабляя внимание;

4) *объем* – количество информации, которая одновременно способна сохраняться в сфере внимания человека.

В зависимости от участия воли в процессе сосредоточения выделяют следующие **виды внимания:**

- активное (произвольное) – возбуждение в коре головного мозга происходит с участием волевого усилия, вызвано самим человеком.

- пассивное (непроизвольное) – внимание сосредотачивается самопроизвольно, без дополнительного усилия со стороны человека; источником внимания являются непосредственно действующие извне раздражители.

Влияние болезни на изменение внимания: При соматических заболеваниях, сопровождающихся интоксикацией, астенией, сильными болевыми ощущениями внимание больного становится истощаемым, появляются трудности в длительной концентрации внимания, снижается объем внимания, появляется рассеянность. В процессе общения врача с пациентом, последний быстро истощается и устает от беседы. Таким больным требуется дополнительный отдых после незначительных физических или умственных нагрузок. Поэтому сбор жалоб и анамнестических сведений у данных пациентов будет продуктивным при проведении его в несколько этапов.

Память – психический процесс организации и сохранения прошлого опыта, делающий возможным его повторное использование в деятельности и возвращение в сферу сознания.

Основные функции памяти:

- 1) *запоминание* – процесс запечатления информации, протекающий как в произвольной, так и в непроизвольной формах;
- 2) *сохранение* – процесс длительного удержания в памяти информации;
- 3) *воспроизведение* – процесс произвольного или непроизвольного восстановления в памяти полученной ранее информации;
- 4) *забывание* – процесс, характеризующийся постепенным уменьшением возможности припоминания и воспроизведения информации. Считается, что забыванию в первую очередь, подвержена та информация, которая не играет существенной роли в дальнейшей деятельности человека.

По характеру психической активности, преобладающей в деятельности выделяют двигательную, образную (зрительную), словеснологическую (слуховую) и эмоциональную память.

В зависимости от характера целей деятельности, участия воли в процессе запоминания выделяют произвольную и непроизвольную память.

По продолжительности сохранения и закрепления информации выделяют кратковременную, долговременную и оперативную память.

Влияние болезни на изменение памяти: Снижение способности к запоминанию новой информации может иметь место как при соматической патологии (чаще при наличии в структуре болезни астенического синдрома), так и при банальном утомлении. Эти проявления обычно самостоятельно устраняются при выздоровлении или отдыхе, и не

требуют специфической терапии. Необходимость в медикаментозной коррекции оправдана при наличии стойкого или прогрессирующего снижения памяти, обусловленного наличием органического заболевания головного мозга (церебральный атеросклероз, инсульт, тяжелая черепно-мозговая травма и др.) или нервно-психической патологии, где ведущим симптомом является нарушение мнестической сферы.

Мышление – психический процесс опосредованного и обобщенного познания окружающей действительности. Мышление способствует возникновению новых знаний и творчеству.

Выделяют следующие **виды мышления**:

1) *Наглядно-действенное* – наиболее простое, элементарное мышление, при котором познание реальности происходит в процессе взаимодействия человека с предметами. Например, ребенок, получив в подарок игрушку, не только рассматривает, ощупывает, пробует ее на вкус, но и спрашивает: „что это?“, и пытается произвести с ее помощью и при ее участии разнообразные действия. Извлекая опыт из данного взаимодействия, человек формирует представление о предмете (явлении) и может далее опосредованно и обобщенно познавать иные предметы и явления окружающего мира.

2) *Наглядно-образное* – процесс познания окружающей действительности происходит посредством преобразования образов восприятия в образы – представления.

И наглядно-действенное и наглядно-образное мышление относятся к *конкретному* мышлению, связанному с конкретной ситуацией, не способному к широким обобщениям и отвлечениям.

3) *Понятийное (абстрактное)* - мышление, способное оперировать определенными отвлеченными, непосредственно не связанными с предметами или явлениями понятиями. Человек выполняет мыслительные операции в уме, используя приобретенные ранее понятия, суждения и умозаключения.

К основным **операциям мышления** относятся:

- *анализ* – операция по расчленению целого предмета, явления, ситуации на части и выявление составляющих их элементов.

- *синтез* – восстановление разбитого анализом целого, вскрывая более или менее существенные связи и отношения, выделенные анализом. Таким образом, анализ расчленяет проблему, а синтез по новому объединяет данные для ее разрешения.

- *сравнение* – установление сходства и различия предметов и явлений, позволяющих отнести объекты к одной группе.

- *обобщение* – способность выделить наиболее главное, существенное в познаваемом предмете или явлении.

- *конкретизация* – мыслительная операция, обратная обобщению: из общего определения понятия выводится суждение о принадлежности единичных вещей и явлений определенному классу.

- *абстрагирование* – операция выделения и фиксации устойчивых свойств предметов и явлений, которые в действительности не существуют; проявляется в способности личности мыслить отвлеченными категориями.

- *построение суждений и умозаключений* – заключительный этап мыслительного процесса, приводящий к новому знанию.

Влияние болезни на изменение мышления: У пациентов пожилого возраста вследствие атеросклеротических изменений, а также у лиц, имеющих достаточно серьезную органическую патологию головного мозга (эпилепсия, тяжелая травма черепа, хроническая интоксикация алкоголем, серия перенесенных инсультов) можно наблюдать замедление скорости ассоциативной деятельности, так называемая вязкость, тугоподвижность мышления. Для таких пациентов характерно чрезмерно подробное, детальное, обстоятельное изложение жалоб и анамнестических данных, что требует от врача терпеливого, внимательного отношения, необходимого не только для правильной постановки диагноза, но и для установления доверительных взаимоотношений с больным в процессе лечения. Наиболее глубокую дезорганизацию ассоциативной деятельности можно наблюдать у больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, что более подробно изложено в разделе „общей психопатологии”.

Речь – специфически человеческая форма психической деятельности, использующая средства языка, находящаяся в единстве с мышлением и возникающая в процессе общественно-трудовой деятельности.

Влияние нарушенной речи на лечебный процесс. Одним из видов дефекта речи является *заикание*, частым клиническим признаком которого становится страх речи (логофобия). Он нарушает коммуникативную сторону жизни человека, приводит к нежеланию общаться с окружающими. Такие больные отличаются некоторой застенчивостью, стараются избегать длительного общения. Еще одним нарушением речи является *мутизм* (*mutus* – лат. молчание), который часто имеет место в детском и подростковом возрасте, и проявляется парализацией речевых центров в присутствии незнакомых людей, а во взрослом возрасте может являться одним из проявлений истерических расстройств.

Правильный психологический подход врача к данным пациентам, включающий эмпатийное сопереживание, доброжелательность, сдержанность, эмоциональную поддержку помогает установлению открытых, доверительных взаимоотношений в

системе «врач-больной» и способствует более полному раскрытию больным своих жалоб, переживаний и ощущений. Это во многом определяет правильную оценку статуса больного, диагностику и лечение.

Интеллект (ум) не является частной функцией психической деятельности, а включает в себя совокупность всех познавательных процессов и является основой функционирования мышления. Психологи рассматривают интеллект, как совокупность врожденной скорости психических реакций и приобретенных знаний, умений, способность к логическому мышлению, оригинальности, находчивости. Природа интеллекта неизвестна.

Влияние особенностей интеллекта на лечебный процесс. Интеллектуальные особенности могут создавать трудности во взаимоотношении врача и больного. Наиболее значительные изменения интеллекта проявляются в состояниях разной степени выраженности *олигофрении* (врожденной интеллектуальной недостаточности) или *деменции* (приобретенного слабоумия). Малые степени недостаточности интеллекта приводят к неполному, неглубокому осмысливанию обстоятельств медицинского обследования и лечения, к трудности усвоения абстрактных категорий, суждений и умозаключений. Массивные состояния слабоумия вызывают беспомощность в решении даже простейших, обыденных вопросов жизни, в том числе и обстоятельств медицинского вмешательства. Больному со сниженным интеллектом необходимо умело и в доходчивой, простой форме излагать вопросы, инструкции и рекомендации. Особым видом остановки развития личности на ювенильной ступени является *психический инфантилизм*. Такие больные отличаются, в первую очередь, незрелостью эмоций, неустойчивостью настроения, плохо контролируемые влечениями, недостаточностью сознательной и целевой активности, поверхностностью суждений. Они легко попадают под чужое влияние, в силу своей психической незрелости склонны недооценивать тяжесть своего состояния, в связи с чем могут нарушать предписания врача, диету, общий внутрибольничный режим.

Эмоции – это субъективное отношение человека к объективной действительности и к самому себе, удовлетворенность или неудовлетворенность собственными действиями.

По степени удовлетворения или неудовлетворения потребности эмоции делятся на *положительные* (радость, счастье) и *отрицательные* (гнев, страх, злость).

По степени сложности различают эмоции *биологические* (*низшие, протопатические*), исходящие из подкорковых образований, связанные с удовлетворением или неудовлетворением жизненно важных потребностей и формирующиеся на основе инстинктов (пищевого, полового, оборонительного) и *высшие* (*корковые, эпикритические*), присущие только человеку эмоции, связанные с

удовлетворением или неудовлетворением духовных потребностей: интеллектуальных (любопытность, пытливость), нравственных (чувство долга, совести, уважения, чести), эстетических (восприятие чего-то прекрасного и безобразного, созерцание произведений искусства).

Выделяют эмоции возбуждающие, повышающие жизнедеятельность и активность, – *стенические* (гнев, ярость, бурная радость) и понижающие жизнедеятельность *астенические эмоции* (горе, тоска, скука).

По механизму возникновения эмоции могут быть *реактивными*, то есть возникающими в ответ на какой-либо внешний раздражитель, и *витальными* – внутренне обусловленными, эндогенными.

По силе и длительности переживания эмоции делятся на *эмоциональные реакции* (аффект) и *эмоциональные состояния* (настроение, страсть).

Аффект – кратковременная и бурно протекающая эмоциональная реакция, сопровождающаяся двигательными и вегетативными проявлениями. Кратковременность данной реакции обусловлена ее высокой интенсивностью, вследствие чего происходит достаточно быстрое истощение нейрогуморального звена регуляции функций. Выделяют два вида аффекта – физиологический и патологический. *Физиологический аффект* адекватен ситуации, соизмерим с силой вызванного раздражителя, протекает на фоне ясного состояния сознания, вследствие чего эмоции и поведение полностью контролируются сознанием. *Патологический аффект* – протекает на фоне суженного состояния сознания, и поэтому неконтролируем с его стороны, он неадекватен самой ситуации и обстоятельствам, значительно интенсивнее, чем вызвавший его раздражитель, возникает на болезненной «почве», поведение не поддается управлению со стороны человека, завершается значительным истощением нервной системы и амнезией происшедшего.

Настроение – относительно длительное эмоциональное состояние, слабой или умеренной интенсивности. Ему присуща сравнительная устойчивость в течение довольно длительного периода времени.

Страсть – достаточно сильное и стойкое, длительное чувство, доминирующее в сознании, захватывающее и владеющее человеком. Сюда можно отнести страсть к коллекционированию, к антиквариату, к деньгам, к азартным играм. Ради удовлетворения своей потребности человек может нарушить закон, пойти на кражу, убийство.

Проблема неотреагированных эмоций. О задержанных (*неотреагированных*) эмоциях говорят в том случае, когда в силу тех или иных причин (чаще социальных) человек вынужден их подавлять.

Многие люди по разным причинам отрицают те части своего «я», которые они не способны принять, особенно часто это касается отрицательных эмоций или тех переживаний, которые ставят под угрозу престиж и положение личности в обществе. Они контролируют свои эмоциональные проявления, такие как гнев, страх, обида, доверие, любовь – и прибегают к другим заблокированным или неполным эмоциям, таким как озабоченность, уныние, смущение и др.

Некоторые психологи (К. Рождерс, Э. Шостром) призывают отказаться от манипулятивных паттернов поведения, честно и открыто проявлять свои чувства, отказаться от реагирования с позиции ожидания других людей. Подобное умение обращаться со своими эмоциями обеспечивает конгруэнтность между бессознательными, сознательными и коммуникативными процессами. Энергия неотрагированных эмоций на фоне несостоятельности психологической защиты может привести к перенапряжению, срыву адаптационных механизмов и вызвать психическое расстройство.

Влияние болезни на эмоциональное состояние человека. Эмоции могут существенно преобразовать облик больного и усложнять процедуру его взаимоотношений с медицинским работником. Некоторые соматические болезни сопровождаются состоянием *депрессии* – это одно из проявлений таких заболеваний как спастический и язвенный колиты. Эти больные часто подавлены, мрачны, малоактивны. Они испытывают тревогу в ранние предутренние часы, разбитость и слабость. Формируется пессимистический взгляд на обстоятельства жизни, чувство безысходности и нередко болезненно обостренная самокритика.

При подъеме настроения, которое выражается в *эйфории* (мнимое благополучие), все психические проявления больного приобретают более оживленный, ускоренный характер. На высоте таких состояний оценка больным обстановки оказывается поверхностной, фрагментарной. Сопутствующее субъективное чувство приятного, радужного настроения приводит к тому, что представления о собственных болезненных переживаниях сглаживаются, больной недооценивает свое состояние, критика к болезни понижается. В этом состоянии больные иногда нарушают режим приема медикаментов и общий режим отделения.

Наряду с такими растянутыми во времени состояниями измененной эмоциональности у отдельных больных приходится наблюдать *аффекты* (бурно протекающие эмоциональные изменения). На высоте этих состояний сознание нередко сужается, результатом чего оказывается неполная, несовершенная оценка ситуации, а в связи с этим – неправильные поступки и действия (патологический аффект).

При соматических заболеваниях, сопровождающихся изнурительным болевым синдромом, у пациентов могут отмечаться неврастеноподобные состояния, что проявляется *раздражительной слабостью*, лабильностью эмоций. В процессе беседы при утомлении больные могут дать реакцию раздражения, заплакать, отказаться от дальнейшей беседы. Иногда такое поведение может выглядеть неадекватным, так как беседа не носила эмоционально значимого характера для больного.

На фоне наличия соматического заболевания психическая деятельность пациентов может отреагировать появлением *тревоги* – то есть ожидания неопределенной опасности, неблагоприятного развития событий. Наиболее ярко выражена тревога у больных кардиального профиля.

Эти данные указывают на то, что лечебно-профилактические мероприятия соматических заболеваний должны включать не только этиопатогенетическое лечение основного заболевания, но и нормализацию эмоционального фона, обусловленного соматическим состоянием в виде проведения психотерапевтических бесед (и других методов) и приема успокоительных, седативных средств.

Двигательно-волевая активность (поведение) человека детерминирована социальными и биологическими механизмами и складывается из отдельных действий: инстинктивных, волевых, автоматизированных.

Инстинкт – целенаправленная приспособительная деятельность, обусловленная врожденными механизмами и характеризующаяся постоянством ответных реакций на действие определенных раздражителей. На основе инстинктов формируются влечения, обеспечивающие реализацию биологических потребностей. Влечения являются филогенетически более старой функцией, чем воля и возникают на базе пищевого, оборонительного и полового инстинктов.

Воля – это сознательная и целенаправленная психическая активность, связанная с преодолением препятствий и регуляцией деятельности человека. Волевое действие – всегда действие сознательное, целенаправленное, посредством которого человек планомерно осуществляет стоящую перед ним цель, подчиняет свои движения, поступки сознательному контролю, изменяет окружающую действительность в соответствии со своим замыслом. Часто повторяясь, волевое действие превращается в автоматизированное.

Волевые процессы возникают при реализации какой-либо потребности, стремления, нужды в чем-либо. Но одно дело – испытывать стремление, а другое – его осознавать. В зависимости от меры осознания потребность выражается в виде:

Влечения – это неосознанное и беспредметное, не связанное с представлением цели стремление, которое либо не развивается, угасает, либо, становясь осознаваемым, реализуется в форме конкретного *желания*.

Желания – осознанная потребность, влечение, направленное на конкретный объект.

Этапы волевого процесса.

Выделяют простые и сложные волевые акты. В простом волевом акте побуждение к действию почти непосредственно переходит в действие.

Выделяют 4 основных этапа сложного волевого акта: 1) возникновение побуждения и предварительная постановка цели; 2) обсуждение и борьба мотивов; 3) принятие решения; 4) исполнение решения.

Волевые качества личности: 1) инициативность; 2) самостоятельность, независимость; 3) решительность (в принятии решения); 4) настойчивость в исполнении решения; 5) самоконтроль, выдержка, самообладание; 6) последовательность и принципиальность.

Эти личностные качества во многом определяют поведение больного в процессе диагностики и лечения, помогают в борьбе с заболеванием наряду с медикаментозными средствами. Такие пациенты способны трезво оценивать обстоятельства, касающиеся состояния здоровья; умеют принимать осознанные решения, получив исчерпывающую информацию от медицинских работников; их эмоциональные проявления адекватны ситуации; они не сидят, сложа руки, а приняв решение – незамедлительно приступают к его осуществлению, проявляя настойчивость при достижении цели; их действия последовательны и целенаправленны.

Сознание – высшая форма отражения человеком окружающей действительности, представляющая собой совокупность психических процессов, позволяющих носителю сознания ориентироваться в действительности, времени и собственной личности. Оно включает самосознание и сознание окружающего. Ясное сознание возможно при полной или относительной сохранности всех психических процессов, необходимым условием которого является правильное функционирование соответствующих нервных образований и проводящих путей.

Доказана роль подкорковых образований и ретикулярной формации в поддержании тонуса сознания, уровня бодрствования. При относительно низких уровнях бодрствования, например во сне, сознание в полном объеме своих функций не выявляется. Именно поэтому сон предлагается квалифицировать как измененное состояние сознания. В то же время при очень сильном эмоциональном напряжении, когда уровень бодрствования достигает наиболее высоких значений, содержание сознания начинает

страдать, происходит его своеобразное «сужение». Наконец, существует «ясное сознание», т.е. такое состояние, когда человек свободно реализует все функции сознания, и принятые им решения наиболее осознанны.

Критериями ненарушенного сознания считаются *осознание человеком самого себя (собственной личности, самосознание), осознание пространства и времени*, в котором в данный момент он существует.

Самосознание – одна из сторон сознания, включающая осознание человеком себя как личности с присущими ей интересами, целями, мотивами, мировоззрением. Осознание человеком собственной личности является существенным признаком психической нормы. Многие психические заболевания могут нарушать процесс самосознания и приводить к тому, что человек осознает себя не тем, кем является в реальности.

Уровни самосознания: (Приложение 4)

1) Органический (природный): отражение субъекта в системе его органической активности, выделение субъекта из среды, переживание субъектной отнесенности своих действий. Возникает до появления речи и включает мышечное чувство – общее переживание комфорта или дискомфорта.

2) Социальный (индивидуальный): отражение субъекта в системе его коллективной, предметной деятельности и детерминированных ею отношениях. Возникает при появлении речи. Включает восприятие себя, которое формируется при сравнении себя с другими, разграничение «я» и «не я», «моё» и «чужое».

3) Личностный: отражение субъекта в системе его личностного развития, связанного с такими феноменами, как осознание своей социальной ценности и зрелости, смысла своего бытия, места в обществе, оценку своих социальных и личностных достижений в прошлом, настоящем и возможных перспектив своего развития.

Существование уровней самосознания отвечает следующим принципам: а) каждый из уровней развития того или иного процесса или структуры является необходимым для последующего; б) каждый из уровней развития имеет свою собственную природу, т.е. образован существенно различными связями, отношениями; в) каждый из нижележащих уровней до определенной степени является условием развития вышележащего; г) вышележащий уровень управляет нижележащим; д) имманентное развитие каждого уровня не прекращается с появлением вышележащего.

Измененные состояния сознания (ИСС). Особенности сознания накладывают отпечаток на качество и полноту самочувствия больного человека. Разные уровни ясности сознания существенно видоизменяют как целостность сознания и самосознания себя и окружающего мира, так и глубину контакта между врачом и пациентом.

Под ясным сознанием понимается такое состояние, при котором личность правильно и *полностью ориентирована в месте, времени и собственной личности*.

Можно выделить физиологические ИСС характерные для психики здоровых людей, сознание которых «изменяется», но не достигает выраженных степеней, характерных для любых нарушений психики, а также патологические состояния сознания.

Физиологические ИСС являются неотъемлемым элементом бодрствования здорового человека, имеют разнообразные причины, недолго продолжаются, сменяются нормальным бодрствованием, либо иным ИСС. Сюда относят ИСС спонтанно возникающие, при обычных для данного человека условиях (засыпание или перенапряжение) или в необычных, но естественных обстоятельствах (нормальные роды, экстремальные условия); искусственно вызываемые (сенсорная изоляция или сенсорная перегрузка); обусловленные психотехническими приемами (методами психической саморегуляции или гипноза, религиозными обрядами и др.)

Патологические ИСС подробно обсуждаются в курсе клинической психиатрии. Однако, следует отметить, что нарастающие состояния *оглушенности* сознания, максимумом развития которых являются *сопорозные* и *коматозные* состояния, прогрессивно снижают ориентировку больного в месте, времени, собственной личности. Все внешние обстоятельства с большим трудом ассимилируются во внутренних переживаниях больного, тогда как все внутренние, субъективные переживания с не меньшими затруднениями приобретают внешнюю выразительность. При этих состояниях отсутствуют галлюцинаторные переживания, бредовые идеи и другие признаки психических расстройств.

Другая форма помрачения сознания – *сумеречное расстройство* – представляет собой преходящее болезненное сужение поля сознания, при котором ограничено поступление раздражителей и объектов из воспринимаемого больным пространства с последующей полной амнезией пережитых событий.

При таких расстройствах сознания как *делирий* (алкогольный психоз) и *онейроид* (грезоподобное состояние) наблюдается не только дезориентировка в собственной личности или окружающем, но и галлюцинаторные, фантастические образные переживания.

Таким образом, все патологические развернутые состояния сознания грубо нарушают ориентировку, восприятие и оценку реальной ситуации больным, в том числе изменяется понимание самой болезни и обстоятельств медицинского обследования и лечения, что выражается в болезненных высказываниях пациентов, их неадекватном поведении. Подобное состояние требует своевременного распознавания и правильной

врачебной тактики. Указанные ИСС нередко встречаются у больных соматическими расстройствами, в связи с чем знание врача критериев ясного и патологически измененных состояний сознания представляется актуальным.

Нозогении (психогенные реакции) - клинически завершённые психические расстройства, обусловленные влиянием психотравмирующих событий, связанных с соматическим заболеванием.

Появление нозогений обусловлено единством „психики” и „соматики”. Так, появление у человека соматического заболевания влечёт за собой изменения в психической деятельности, которые могут быть в виде невротических синдромов, синдромов нарушения эмоций и характера.

При гипертрофированной оценке переживаний, связанных со здоровьем, у соматически больных могут возникнуть страхи и тревожные опасения по поводу своего нездоровья, чувство безнадежности, пессимистическое видение болезни, ипохондрия (преувеличенное представление о тяжести соматического заболевания, уверенность в его неизлечимости, неблагоприятном исходе, негативных социальных последствиях).

При низкой субъективной значимости переживаний телесного неблагополучия у пациентов с соматической патологией может возникнуть демонстративно-пренебрежительное отношение к лечению, проблемам прогноза и исхода заболевания. Однако за фасадом наигранного оптимизма имеется страх нарушения жизненно важных функций организма. Соответственно пациенты охотно соглашаются выполнять лечебные процедуры, соблюдают рекомендации.

Иногда у пациентов с соматическими заболеваниями имеет место эйфория, неадекватно-оптимистическая оценка как настоящего состояния, так и последствий болезни (такие явления нередко наблюдаются при туберкулезе и рассеянном склерозе). Такие больные, игнорируя уговоры родственников и медицинского персонала, нарушают режим, «забывают» о необходимости приема лекарств и, несмотря на неблагоприятный прогноз, строят радужные планы на будущее.

У больных с угрожающей жизни патологией (злокачественные новообразования, острый инфаркт миокарда) нередко можно наблюдать отрицание тех аспектов болезни, которые имеют угрожающий смысл. Так, исключается возможность летального исхода.

Понимание врачом психического состояния соматически больного человека необходимо для правильной трактовки жалоб пациента, адекватной оценки тяжести его состояния, объяснения мотивов его поступков и предвосхищения возможных нежелательных последствий поведения пациента в период болезни.

Исследование психического состояния пациента.

Исследование психического состояния следует начинать с краткого описания внешнего вида больного, обращая особое внимание на опрятность в одежде, причёску, макияж. Признаки запущенности и неряшливости могут наблюдаться при многих психических заболеваниях (депрессивных расстройствах, деменции, шизофрении).

Дальше необходимо описать поведение больного по отношению к врачу. Охотно ли он вступает в контакт? Дружелюбно ли держится? Настроен ли он подозрительно или негативно? Сохраняет ли он чувство дистанции при обращении к врачу (обращается на «Вы» или на «ты»)?

При оценке двигательной активности следует обращать внимание на выражение лица, мимику, позу, походку пациента. Необходимо отмечать быстроту движений, их количество, наличие патологических движений. Бывает слишком мало движений, при которых отмечается бедность произвольных движений, мимики; заторможенность, при которой все движения замедленны; абулия – состояние безволия, при котором у больного отсутствуют спонтанные побуждения к деятельности; ступор, при котором пациент полностью обездвижен на фоне сохраненного сознания. Может отмечаться повышение уровня двигательной активности (гиперактивность), при которой движений слишком много; двигательное беспокойство, неусидчивость, связанные с тревогой; акатизия – неусидчивость, связанная с побочным действием нейролептиков. У пациента могут быть непроизвольные движения в виде тиков, хореических движений, а также, возникающие при приеме нейролептиков острая дистония (болезненная скованность и спазмы в теле), тремор и поздняя дискинезия, проявляющаяся повторяющимися и мучительными движениями.

Для оценки состояния сознания и самосознания пациента необходимо проверить его ориентировку в месте (Где мы сейчас находимся? Как называется это учреждение? В каком городе мы находимся?), времени (Какой сегодня день недели? Какое сегодня число, месяц и год? Какое время года?) и собственной личности (Как Вас зовут? Сколько Вам лет? Назовите свой год рождения, место рождения). Ответы больного необходимо дословно записывать, фиксируя любые данные о нарушении ориентировки.

Полная ориентировка в месте, времени и собственной личности свидетельствует о ясном состоянии сознания. Нарушение какого-либо вида ориентировки свидетельствует о частичной ориентировке или дезориентировке, что является главным признаком помрачения сознания (часто встречается при делирии, аменции, онейроиде).

Мышление пациента следует оценивать посредством его речи (или письма).

К количественным изменениям речи относится изменение ее темпа: замедленность речи (встречается при депрессии) характеризуется задержкой речи в начале высказывания

(пациент отвечает на вопросы после некоторой паузы), а также замедленным темпом высказываний; ускоренность речи отражает быстрый поток идей («скачка идей»), часто такую речь трудно прервать (встречается при маниакальном состоянии). Обеднение разговорной речи может отмечаться при деменции (слабоумии), при которой больной либо говорит мало, либо очень много, но при этом его высказывания малосодержательны, умственной отсталости, при которой имеет место ограниченный словарный запас или же при педагогической запущенности.

Для оценки качественных характеристик мышления следует обращать внимание на последовательность и связность речи. При нормальном течении ассоциативной деятельности высказываемые одна за другой идеи логически связаны и направлены к цели. Нарушение логической последовательности идей часто встречается при шизофреническом расстройстве мышления. Так, соскальзывающая речь характеризуется переходом от одной темы к другой без достижения конечной цели разговора, а о разорванном мышлении следует говорить, когда предложения, следующие одно за другим в речи больного, вообще не имеют между собой связи. При крайних формах расстройства речь может превращаться в набор не связанных между собой слов («словесная окрошка»).

Следует обращать внимание на любые темы, к которым пациент многократно обращается во время беседы. Если не обнаруживается явных признаков чрезмерной озабоченности, можно спросить:

Что Вас больше всего волнует?

У Вас есть какие-либо мысли, которые Вы не в состоянии выбросить из головы?

Вполне естественна озабоченность, которая адекватна жизненным обстоятельствам человека, однако, озабоченность бывает и патологической. Например, «умственная жвачка» - повторяющиеся мысли и темы (чаще неприятного содержания), которые больной может обдумывать в течение длительного времени и не может от них избавиться (встречается при навязчивых состояниях). Бесконечные раздумья могут быть связаны с идеями виновности, низкой самооценкой, ипохондрией (убежденность больного в наличии у него тяжелого, неизлечимого заболевания).

Наличие у больного ложных суждений и умозаключений, не поддающихся разубеждению, носят название бредовых идей, которые будут подробно рассмотрены в курсе общей психопатологии.

Суицидальные мысли имеют особое значение для жизни больного. У пациента, который сказал, что жизнь его не стоит того, чтобы ее продолжать, следует спросить:

У Вас когда-нибудь возни кали мысли покончить с жизнью?

Вы планировали, что именно Вы должны сделать?

Суицидальные мысли наиболее распространены при депрессии, однако не ограничиваются только этим расстройством.

Для оценки нарушений мышления используются различные психодиагностические методики: методика классификации предметов, методика исключения предметов (**Приложение 5, 6**). При проведении указанных методик можно выявить нарушения мышления, при котором страдают его основные операции, такие как анализ, синтез, сравнение, обобщение, конкретизация, построение суждений и умозаключений.

О разноплановом мышлении можно говорить в том случае, когда пациент находит несколько логически обоснованных с его точки зрения вариантов решения задачи, характеризующихся, однако, опорой на латентный признак.

Исследование абстрактного мышления проводится для выявления его расстройств посредством понимания больным переносного смысла одной или двух пословиц.

Можно начать с примера:

Пословицы – это выражения, которые имеют переносное, обобщенное значение. Вы слышали, говорят: «Яблоко от яблони недалеко падает»? Что это означает?

Следует записать ответ; если он правилен – предложите более трудное задание:

Теперь объясните мне смысл пословицы «не руби сук, на котором сидишь».

Анализируя полученные ответы, можно обнаружить признаки конкретного мышления (встречается при сниженном интеллекте, при органическом поражении головного мозга), а также качественные нарушения мышления (которые могут указывать на шизофрению).

Исследование эмоционального состояния больного включает: субъективную оценку настроения и эмоциональных реакций данные объективного наблюдения, изучение функций вегетативной нервной системы.

Субъективная оценка больным своего настроения определяется при постановке открытого вопроса:

Какое у Вас настроение было в последнее время?

Если больной описывает депрессивное настроение («печальное», «грустное», «плохое»), необходимо задавать вопросы, направленные на уточнение характера депрессивного настроения, а также на выявление возможных суицидальных намерений:

Чувствуете ли Вы просто тоску, или же присутствует тревога, или апатия? Бывает ли у Вас ощущение «камня на душе»? (вопрос для выявления витального характера депрессии).

О чем Вы обычно думаете, когда у Вас такое настроение? Что Вы думаете о своем будущем? Бывает ли у Вас ощущение полной безнадежности, так как будто жизнь не стоит того, чтобы продолжать существование?

Настроение может быть повышенным, эйфоричным, что проявляется в соответствующем выражении лица, позе, степени подвижности.

Следует также обратить внимание на то, в какой степени колеблется настроение во время беседы, адекватны ли эти колебания содержанию беседы. Может иметь место эмоциональная лабильность, характеризующаяся выраженными, слишком быстрыми колебаниями настроения в соответствии с обстоятельствами и с утратой контроля (встречается при деменции, органических поражениях головного мозга).

Следует обращать внимание на возможное наличие раздражительности, внутреннего напряжения, тревоги, страха, апатии. Аффективные изменения обычно сопровождаются неустойчивостью функций нервной системы, повышение которых типично для всех психических расстройств, связанных с тревогой или страхом. Свидетельством этого являются холодные, влажные от пота ладони, учащенное сердцебиение и дыхание, сухость во рту.

Психодиагностическое исследование эмоционального состояния пациента включает достаточно широкий спектр психодиагностических методик. Нами приводятся две краткие шкалы оценки настроения, позволяющие определить наличие у пациента тревоги и депрессии (**Приложение 7**).

Для исследования внимания пациента (концентрационной функции, устойчивости, переключаемости), а также выявления истощаемости внимания, ему можно предложить следующие задания:

Назовите мне дни недели в обратном порядке, начиная с субботы.

Назовите мне месяцы года в обратном порядке, начиная с декабря.

Необходимо дословно записывать ответы больного, отмечая продолжительность выполнения каждого теста. При отсутствии у испытуемого нарушений внимания, он, как правило быстро и без ошибок выполняет эти задания.

Следующее задание отличается от предыдущих тем, что его выполнение в большей степени зависит от интеллектуальных способностей и уровня образования пациента:

Из ста вычитайте последовательно по семь и говорите результат.

Если пациента сообщает, что это слишком сложно, попросите его вычитать по три от двадцати.

Исследование памяти включает в себя субъективную оценку больным состояния своей памяти, для чего необходимо задать прямой вопрос: *«Как Вы оцениваете свою*

память?» и исследование с помощью психодиагностических тестов как кратковременной, так и долговременной памяти.

Психодиагностика кратковременной памяти включает:

1. Фразы Стенфорда-Бине – тест на запоминание и непосредственное воспроизведение, в котором принимается во внимание интеллект. Объясните пациенту суть задания:

Я попрошу Вас запомнить предложение. Внимательно выслушайте и затем повторите как можно точнее.

Медленно прочитайте одно из приведенных ниже предложений, выбрав наиболее подходящее для данного больного, исходя из предполагаемого уровня интеллекта. Затем попросите пациента тут же повторить прочитанное. При неверном воспроизведении подберите более легкое предложение, при точном – предложите более трудное. Читайте предложение только один раз, медленно и четко. Ответ записывайте дословно.

Вот предложение, которое рассчитано на взрослых со сниженным интеллектом (оно успешно запоминается одиннадцатилетними в 50% случаев):

Вчера мы прокатились на машине по дороге, проходящей через мост.

Следующее предложение предназначено для взрослых с умеренно выраженным снижением интеллекта (успешно запоминается тридцатилетними в 50% случаев):

Самолет приземлился точно на подготовленной для него посадочной площадке.

Для взрослых со средним интеллектом:

Красноголовые дятлы подняли ужасный шум, когда пытались прогнать мальчишек от своего гнезда.

Для взрослых с высоким интеллектом:

В конце этой недели газеты опубликовали подробный отчет об экспериментах, проведенных выдающимся исследователем.

2. «Имя-адрес-цветок» - тест на запоминание, непосредственное воспроизведение и кратковременную память.

Объясните пациенту задание:

Я назову Вам имя и адрес воображаемого человека, а также название цветка, который ему нравится. Это обычное исследование памяти, которое проводится с каждым пациентом. Я хочу, чтобы Вы постарались запомнить все, что я скажу, и повторили сразу же, как только я закончу. Вот эти данные: Светличная Ирина; Харьков, улица Пушкинская, 118. Цветок – желтый нарцисс.

Теперь повторите все это.

Запишите имя и адрес, названные Вами больному, и его непосредственный ответ. Обратите внимание, что нужно запомнить девять единиц информации. При выборе имени и адреса избегайте очень распространенных имен (например, Иван Петров) или местных адресов, хорошо известных пациенту. Если больной сделал ошибку, прочитайте еще раз те же данные, и попросите повторить их снова. Продолжайте это до тех пор, пока больной не повторит все точно, и зарегистрируйте количество сделанных попыток. После того, как больной воспроизвел нужную информацию правильно, скажите ему:

Постарайтесь, пожалуйста, запомнить это имя и адрес – позже я опять попрошу Вас назвать их.

Затем начните проводить исследование памяти на отдаленные события, а через две минуты попросите больного повторить имя и адрес. На этот раз не исправляйте никаких ошибок. Еще через три минуты снова предложите повторить, каждый раз записывая ответы.

Большинство испытуемых могут безошибочно повторять имя и адрес немедленно после прослушивания и пять минут спустя. Три и более ошибки при повторении через пять минут дают серьезные основания предполагать клинически значимое нарушение памяти.

Психодиагностика долговременной памяти:

Можно исследовать память на недавние события, расспрашивая пациента о том, что происходило в его жизни на протяжении последних нескольких дней, а также о впечатлениях за этот период. Например, спросите:

Сколько времени Вы находитесь в больнице?

Кто Вас сюда доставил?

Вы можете рассказать о телевизионных передачах, которые Вы смотрели вчера вечером?

Проверьте память на отдаленные события, задавая вопросы о некоторых фактах из биографии больного, например:

Вы можете сказать, как называлось последнее оконченное Вами учебное заведение? А кто им руководил? Как его фамилия? Назовите дату Вашей свадьбы.

Ответы на вопросы о событиях общего характера, происходивших в прошлом (например, датах начала и окончания второй мировой войны или имена последних президентов), характеризуют скорее всего общую эрудицию, чем состояние долговременной памяти, и зависят от интеллекта и образования в той же степени, что и от памяти. Обычно используются следующие вопросы:

Вы можете перечислить мне пять крупных городов Украины?

А названия пяти фруктов?

Как фамилия премьер-министра?

Исследование интеллекта. В процессе беседы с пациентом складывается определенное впечатление об уровне интеллектуальных способностей на основе используемого им словарного запаса, сложности высказываемых концепций и правильно воспроизводимых фраз Стенфорда-Бине соответствующей степени сложности. Если все эти показатели согласуются с известным нам из анамнеза уровнем образования, а при выполнении описанных выше тестов не выявлено никаких признаков снижения памяти, то вряд ли будет целесообразно проводить специальное исследование интеллекта.

Если есть основания предполагать умственную отсталость, целесообразно применить простые тесты на сообразительность, например:

Сколько будет трижды девять?

Шестнадцать разделить на четыре?

Чем отличается забор от стены?

Если флаг развивается в сторону запада, то откуда дует ветер?

Серьезные затруднения при выполнении заданий может вызвать неграмотность.

Если есть основания сомневаться в грамотности испытуемого, спросите у него:

Вы учились читать и писать в школе?

Вы не против прочитать мне отрывок из этой газеты?

Для выявления органического поражения головного мозга можно использовать Ньюкаслскую шкалу (**Приложение 8**).

Осознание и оценка пациентом своего психического состояния (критика к болезни), а также его причин редко бывают полными, могут быть частичными, а зачастую могут совершенно отсутствовать. С целью выяснения этого обстоятельства можно задать следующие вопросы:

Считаете ли Вы себя больным или здоровым человеком?

Нужно ли Вам, на Ваш взгляд, лечиться в данной больнице?

Правильно ли то, что Вы проходите здесь лечение?

Какая помощь, по Вашему мнению, Вам нужна сейчас?

Оценка степени осознания пациентом своего психического состояния очень важна с точки зрения организации его лечения. Больной, который не признает, что его суицидальные мысли являются симптомом излечимого заболевания с хорошим прогнозом, гораздо более склонен действовать в соответствии с ними - следовательно, он нуждается в усиленном наблюдении в условиях стационара. Если пациент с бредовыми идеями преследования не осознает, что его страхи обусловлены заболеванием, - он может

стать опасным для окружающих и более сильно подвержен риску травматизма. И напротив – от пациента, разделяющего мнение врача по вопросам лечения, можно ожидать, что он будет сознательно участвовать в лечебном процессе.

Общая схема исследования психического состояния пациента приведена в **приложении 9**.

С целью оценки успешности усвоения вышеизложенного материала предлагается решить следующие задания:

Задание №16. При исследовании психологом памяти б-го Д., 43 л., по методике «запоминание 10 слов» при пятикратном повторении получены следующие результаты: 5 – 5 – 6 – 7 – 6 – 7 слов, через 1 час – 6 слов. Какая функция памяти нарушена?

- А) сохранение информации
- В) воспроизведение информации
- С) забывание информации
- Д) память не нарушена
- Е) запоминание информации

Задание №17. Пациент З., 33 л., предъявляет жалобы на плохое настроение, тяжесть на душе, плохой сон и аппетит, связывая это состояние с сокращением на работе. Какой из психологических методик необходимо отдать предпочтение психологу для правильной оценки психического состояния больного?

- А) методика Ч. Д. Спилбергера
- В) корректурная проба
- С) методика запоминания 10 слов
- Д) методика классификации предметов
- Е) методика В. Зунга

Задание №18. Целью проведения психологического исследования б-го К., 29 л., предъявляющего жалобы на общую слабость, рассеянность, трудность усвоения новой информации, является оценка его внимания. Какой из перечисленных методик необходимо воспользоваться?

- А) методика Ч. Д. Спилбергера
- В) методика В. Зунга

- С) методика запоминания 10 слов
- Д) методика классификации предметов
- Е) корректурная проба

Задание №19. При осмотре б-го Н., 22 л., врач-психиатр заподозрил заболевание шизофренического спектра. С целью дифференциальной диагностики назначил целенаправленное исследование мышления больного. Какая из перечисленных методик решит поставленную задачу?

- А) корректурная проба
- В) методика запоминания 10 слов
- С) методика В. Зунга
- Д) методика классификации предметов
- Е) методика Ч. Д. Спилбергера

Задание №20. При обследовании пациента Н. 45 лет с помощью Ньюкаслской шкалы были получены такие результаты: семь баллов из десяти. Про что свидетельствуют данные результаты?

- А) Наличие депрессии
- В) Наличие тревожного расстройства
- С) Расстройства мышления
- Д) Расстройства внимания
- Е) Наличие органического поражения головного мозга

Если Вы сомневаетесь в правильности решения или Вас что-то беспокоит, ещё раз прочитайте данный раздел информации и снова попробуйте решить задания. Только правильное их решение говорит о том, что информация Вами усвоена, и Вы можете переходить к изучению следующего материала.

ПСИХОЛОГИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ.

Актуальность темы: Профессия медицинского работника относится к категории «человек-человек». На эффективность деятельности этого специалиста значительное влияние оказывают психологические факторы, связанные как с врачом, так и, с пациентом и его родственниками. Знание этих факторов, влияющих на постановку диагноза, проведение лечения и реабилитации позволит значительно повысить эффективность этих мероприятий

Медицина является наиболее сложной формой человеческой деятельности, требующей кроме специальных знаний и практических навыков, еще интуиции и высоких душевных качеств. При обращении за медицинской помощью человек рассчитывает на получение квалифицированной и качественной услуги. Это означает, что в соответствии с заболеванием помощь должен оказывать врач, имеющий соответствующую профессиональную подготовку, в соответствующем объеме и с использованием правильных, доброкачественных средств.

Профессиональная деятельность медицинских работников предполагает эмоциональную насыщенность, психофизическое напряжение и высокий процент факторов, вызывающих стресс. Стрессовые ситуации на работе - это обычное и часто возникающее явление. Влияет ли профессия врача на внутреннюю, психическую его жизнь? Возможны ли вообще изменения под влиянием профессии? Может, правдой является утверждение, что личностные особенности человека влияют на характер осуществления им той или иной профессиональной деятельности? Может быть, только "железные" и "толстокожие" занимаются психиатрией или хирургией, а, например, любящие поучать и занимать главенствующую позицию — педагогикой? Хотелось бы попытаться ответить на эти вопросы именно потому, что, если влияние профессии неизбежно, необходимо знать особенности этого влияния и возможности построения определенных механизмов защиты, если это влияние негативно.

Психологические условия деятельности медицинских работников, а также деонтологические принципы их работы формируют особые требования, как к их поведению, так и к личности. Знание основных требований, предъявляемых к личности медицинского работника, позволят планировать мероприятия по отбору кандидатов в медицинские вузы и по развитию необходимых профессиональных характеристик у молодых специалистов в период их профессиональной адаптации. С другой стороны, длительное осуществление врачебной деятельности приводит не только к

совершенствованию определенных профессиональных навыков, но и к ряду неблагоприятных изменений, как для самой личности медицинского работника, так и успешности его деятельности. Например, проблемы профессиональной деформации и эмоционального выгорания, возникающие у работников «помогающих» профессий.

Знание этих психологических явлений, умение проводить их своевременную диагностику и коррекцию позволяет повысить не только эффективность труда медицинских работников, но и их удовлетворенность своей деятельностью, таким образом, изучение этих состояний представляется актуальной проблемой.

Цель обучения (общая): уметь интерпретировать и анализировать психологические особенности личности медицинского работника, а также оценить их влияние профессиональную социализацию.

Конкретные цели: уметь	Цели исходного уровня: уметь
1. Определять мотивы выбора профессии медицинского работника. Уметь составлять профессиограмму врача.	1. Применять на практике навыки общения с коллегами и пациентами, пользуясь правилами этики и деонтологии (кафедра психологии и педагогики).
2. Различать понятия: врачебный долг, врачебная тайна; врачебная ошибка, несчастный случай, профессиональные правонарушения.	2. Выделять основные требования к личности врача (кафедра истории медицины).
3. Научиться выявлять профессиональные деформации, «синдром эмоционального выгорания».	3. Иметь навыки работы с правовыми документами и Конституцией Украины (кафедра политологии).
4. Определять особенности межличностного общения и уметь применять их на практике.	4. Применять навыки психологического обследования человека (кафедра психологии и педагогики).

Для оценки исходного уровня знаний предлагается выполнить следующие задания:

Задание №21. Руководить людьми легче всего человеку, имеющему темперамент:

- А) сангвиник
- В) холерик
- С) флегматик
- Д) меланхолик
- Е) –

Задание №22. Ятрогении обусловлены:

- А) трудностями врачебной профессии
- В) недостаточной профессиональной квалификацией врача
- С) недостаточными моральными качествами врача
- Д) дефектами организационного характера
- Е) –

Задание №23. Соблюдение врачебной тайны – это:

- А) инициатива врача
- В) рекомендация Всемирной медицинской ассоциации
- С) этическая необходимость
- Д) требование статей закона Украины
- Е) –

Задание №24. Адаптация включает в себя:

- А) адаптацию психофизиологическую
- В) адаптацию социально-психологическую
- С) адаптацию профессиональную
- Д) адаптацию познавательную
- Е) все перечисленное

Задание №25. Исходя из теории жидкостей организма (Гиппократ), какой из методов лечения душевных расстройств представляется наиболее обоснованным:

- А) гипноз
- В) очищение
- С) трепанация
- Д) электросудорожная терапия
- Е) ничего из перечисленного

Если при выполнении приведенных выше заданий возникли затруднения, необходимо обратиться к следующей литературе:

1. Вітенко Н.В. Загальна та медична психологія. К., 1996, стор.76-89.
2. Василенко В.Х. Внутренние болезни. М., 1978, стр. 22-31, 46-54, 68-79.
3. Маклаков А.Г. Общая психология . – СПб., 2000, 592с.

Граф 3

При выборе профессии человек может руководствоваться следующими мотивами: материальный, родительские установки, интерес к профессии, общественный престиж, полоролевые факторы, возможность продвижения по службе.

Все мотивы можно разделить на внутренние и внешние. *Внутренние мотивы* выбора профессии врача — индивидуально-психологические особенности личности, ее социально-психологические установки, система ее ценностных ориентаций, общественная и личная значимость профессии, удовлетворение, которое приносит работа благодаря ее творческому характеру, возможность общения, оказания помощи людям и т.д. Внутренняя мотивация возникает *из потребностей самого человека*, поэтому на ее основе человек трудится с удовольствием, без внешнего давления.

Внешняя мотивация — престиж профессии, ее востребованность и оплачиваемость, предмет труда, объективная возможность поступления в конкретный вуз, влияние семьи (выражающееся в преемственности труда от родителей и их влиянии на процесс принятия решения об окончательном выборе профессии). Внешние мотивы можно разделить на положительные и отрицательные. К положительным мотивам относятся: материальное стимулирование, возможность продвижения по службе, одобрение коллектива, престиж, т.е. стимулы, ради которых человек считает нужным приложить свои усилия. К отрицательным мотивам относятся воздействия на личность путем давления, наказаний, критики, осуждения и других санкций негативного характера.

В реальной жизни выбор профессии обусловлен действием многих разнонаправленных факторов. Преобладание внутренних мотивов и положительной внешней мотивации наиболее эффективно с точки зрения удовлетворенности трудом и его производительности. Например, довольно распространенное мнение о престижности профессии врача нашло подтверждение лишь у 2,9 % респондентов. Решающим мотивом выбора профессии врача у 50 % опрошенных стал интерес к выбранной специальности, у 8 % — возможность заботиться о здоровье своих близких, выбор 1,5 % обусловила семейная традиция, а 8 % мечтали совершенно о другой карьере, но вынуждены были уступить воле родителей.

Успешность и профессионализм врача зависят в первую очередь от уровня знаний и навыков, которыми он обладает, но столь же важно наличие определенных личностных характеристик. Основные *требования*, предъявляемые к *личности* медицинских работников следующие: 1) терпимость и выдержанность; 2) доброжелательность и приветливость; 3) ответственность; 4) аккуратность; 5) тактичность; 6) оптимистичность; 7) внимательность; 8) готовность в любое время

оказать нужную медицинскую помощь; 9) бескорыстность, 10) коммуникативность и чувство юмора.

Необходимые *профессиональные качества* врача:

1) Коммуникативная компетентность:

- знания в области общей психологии (типы темперамента и личности, особенности поведенческих реакций, понимание психологической ситуации, в которой находится больной и его родственники);

- наличие коммуникативных навыков (умение устанавливать контакт, читать невербальные знаки, правильно подать себя – уверенная манера поведения);

- эмпатийность.

2) Эмоциональный самоконтроль и толерантность (умение оставаться в своей профессиональной роли, переносить неприятные для него особенности личности и поведения пациента).

3) Аффилиативная потребность (способность переносить значительные психоэмоциональные перегрузки, связанные не только с типом нервной системы, но и со степенью выраженности стремления взаимодействовать с другими людьми).

4) Способность к рефлексии.

5) Стремление к профессиональному росту.

6) Высокий уровень общей культуры.

Выбор профессии – одна из самых сложных жизненных задач. Активизацией человека в формировании психических, интеллектуальных и физических качеств, необходимых для той или иной профессии, занимается профессиональная ориентация. *Профессиональная ориентация* - комплекс специальных мер содействия человеку в профессиональном самоопределении и выборе оптимального вида занятости с учетом его потребностей, интересов и возможностей, в соответствии с социально-экономической ситуацией на рынке труда. В работе по профориентации важное значение имеет: профессиональное просвещение, профессиональная информация, профессиональная пропаганда. Полнота и объективность материала способствуют формированию у будущего специалиста сведений о привлекательных сторонах профессии, трудностях ее освоения, о творчестве и радости трудовых достижений, почему важны не только профессиональные качества, но и личностные, интеллектуальные. *Профессиография* - описание профессии с точки зрения требований, предъявляемых к человеку. Охватывает различные стороны конкретной профессиональной деятельности: социально-экономические, технические, правовые, медико-гигиенические, психологические и др. Результаты изучения профессии оформляются в профессиограмме, важной составной

частью которой является психограмма. *Психограмма* - краткая сводка требований, предъявляемых к психике человека как перечень необходимых профессиональных способностей.

Профессиограмма должна содержать все сведения о профессии:

- название и подразделение на специальности;
- операции, приемы и действия, выполняемые специалистом;
- необходимые общие и специальные знания;
- знание психофизиологических процессов применительно к данной профессии (памяти, внимания, мышления, речи, эмоциональных восприятий, воли, выносливости, индивидуальных особенностей);
- профессиональные вредности и опасные моменты;
- материальные и моральные стимулы, возможности повышения квалификации и продолжения образования;
- психологические, анатомо-физиологические и санитарно-гигиенические противопоказания;
- указания о том, где и как можно получить данную профессию.

Этика - это наука о нравственности, учение о нормах поведения людей в том, или ином обществе. Врачебная этика воспитывает в каждом враче, в каждой медицинской сестре личное сознание профессионального долга и профессиональной моральной ответственности. Чувства, сознание долга - первые нравственные акции личности. Категория долг отражает единство общественного и личного в понятиях морали. Когда человек подчиняется императивному повелению чувство долга, мотив его поступка свободен от соображений выгоды. Где человек действует в согласии с сознанием долга, он действует бескорыстно. *Долг* означает определенный круг профессиональных и общественных обязательств и исполнение своих обязанностей, сложившихся на основе профессиональных или общественных отношений. Понятие долг довольно емкое. Чтобы правильно выполнить долг, его необходимо до конца осознать, у человека появляется потребность обоснованно выполнять свои обязанности. Выполнение долга неразрывно связано с моральными качествами личности, уровнем общественного сознания. Медицинский работник, обладающий высокими моральными качествами и хорошо знающий свой долг, выполняет его четко и качественно. Долг может пониматься формально из-за боязни нарушить законность, опасения понести общественное или административное порицание. Выполнение морального долга перед обществом зависит от социально - политической сущности господствующего класса его идеологии. Моральный долг каждого медика

сочетает в себе патриотизм и принципы интернационализма. Так, медики оказывают бескорыстную медицинскую помощь, народам многих развивающихся стран. *Долг медицинского работника* - никогда и не под каким предлогом не участвовать в действиях, направленных против физического и психического здоровья людей либо угрожающих их жизни. Медицинский работник, никогда не под каким предлогом не имеет права ускорить наступление смерти даже безнадежного больного, он должен всеми возможными способами уменьшить страдания больного и бороться за каждый час его жизни. Назначение медика - продлевать, а не укорачивать жизнь человека. Исполняя профессиональный долг, возлагая на себя ответственность, врач переводит социальные требования в мотивы своего поведения.

Приход больного человека к врачу - событие само по себе священное, которое можно сравнить с тайной исповеди. Собирая от больного сведения для сугубо медицинских целей, врач вольно или невольно сталкивается с глубоко личной или даже сокровенной информацией. Врач становится свидетелем того, что пациенты скрывают даже от близких им людей. Взамен пациенты ожидают от врачей не только профессиональной помощи и сострадания, но и, как само собой разумеющееся, конфиденциальности. Так, ежедневной реальностью медицинского работника становится врачебная тайна.

Врачебная тайна - информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина, диагнозе его болезни и иные данные, полученные при его обследовании и лечении. Не допускается разглашение сведений, в т.ч., лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении профессиональных, служебных и иных обязанностей, кроме случаев, когда в соответствии с законодательством и с согласия гражданина допускается передача таких сведений в определенных целях, а также случаев, когда они предоставляются в соответствии с законодательством без согласия гражданина.

Из выше сказанного следует:

1. Каждый пациент имеет право на сохранение личной тайны, и врач, равно как и другие лица, участвующие в оказании медицинской помощи, обязан сохранять врачебную тайну даже после смерти пациента, как и сам факт обращения за медицинской помощью, если больной не распорядился иначе.

2. Тайна распространяется на все сведения, полученные в процессе обращения и лечения больного (диагноз, методы лечения, прогноз и др.).

3. Медицинская информация о пациенте может быть раскрыта:

- по ясно выраженному письменному согласию самого пациента;

- по мотивированному требованию органов дознания, следствия, прокуратуры и суда;

- если сохранение тайны существенным образом угрожает здоровью и жизни пациента и (или) других лиц (опасные инфекционные заболевания);

- в случае привлечения к лечению других специалистов, для которых эта информация является профессионально необходимой.

4. Врач должен следить за тем, чтобы лица, принимающие участие в лечении больного, также соблюдали профессиональную тайну.

5. Лица, пользующиеся правом доступа к медицинской информации, обязаны сохранять в тайне все полученные о пациенте сведения.

6. В процессе научных исследований, обучения студентов и усовершенствования врачей должна соблюдаться врачебная тайна. Демонстрация больного возможна только с его согласия.

На протяжении веков к представителям медицинской профессии предъявлялись требования о недопущении ошибок. Врач ошибается т.к. имеет дело с очень сложным человеческим организмом, работая в условиях недостатка времени и объективной информации. Кроме этого, сама медицинская наука несовершенна. Юридически, принято делить неблагоприятные последствия лечения на: врачебные ошибки, несчастные случаи и профессиональные правонарушения (наказуемые упущения) основной критерий их разделения - правильность и ошибочность действий с одной стороны, и, с другой стороны, - вызвавшие эти ошибки причины.

Врачебная ошибка - это неправильные действия или бездействие при выполнении своей работы. *Виды врачебных ошибок: диагностические* - связанные с постановкой диагноза, *лечебно-тактические* - ошибка в выборе методов исследования и оценке их результатов, *лечебно-технические* – неполное обследование больного и ошибки диагностических или лечебных манипуляций, организационные (неправильная организация рабочего места и лечебного процесса), ошибки *ведения медицинской документации*, ошибки *поведения медицинского персонала*. По данным Classen лидирующими являются ошибки при выборе лекарственного препарата и его дозы - 56%. Второе место занимают ошибки, связанные с некорректным изменением дозы и длительностью применения медикаментов - 34%. Врачебные ошибки были, есть и будут существовать всегда, они неизбежны. Важно понять их причины и сущность, чтобы свести их долю к минимуму. *Причины* врачебных ошибок можно разделить на две большие группы: это *объективные* (непостоянство медицинских концепций, проблемы с техническим обеспечением, организационные трудности) и *субъективные* (низкий

профессионализм врача, не совершенствование врачом своих знаний, не соблюдение принципов деонтологии). На долю субъективного фактора приходится 60 - 70% причин диагностических ошибок. На практике нередки случаи оказания неквалифицированной помощи неудовлетворительного качества, последствием которой может явиться безрезультатное лечение или причинение вреда жизни и здоровью пациента. В этом смысле неквалифицированное лечение (не в соответствии с тем, как это принято делать в современной медицине) равнозначно причинению вреда, и возможно привлечение виновных медицинских работников к ответственности. Среди объективных причин и обстоятельств врачебных ошибок выделяют:

- отсутствие надлежащих условий оказания помощи (врач вынужден был оказывать помощь в таких условиях, где невозможно было оказать ее в соответствии со стандартами профессии), плохая материально-техническая оснащенность ЛПУ;

- несовершенство медицинских методов и знаний (когда болезнь изучена медицинской наукой неполно, и ошибка является следствием неполноты знаний не данного врача, а медицины в целом);

- недостаточный уровень профессионализма врача, без элементов небрежности в его действиях (врач старался сделать все, что мог, но его знания и умения оказались недостаточны для правильных действий).

Выделяют также важные *обстоятельства*, которые могут играть основную роль в наступлении негативных последствий:

- чрезвычайная атипичность, редкость или злокачественность данного заболевания или его осложнения;

- исключительность индивидуальных особенностей организма пациента;

- ненадлежащие действия самого пациента, его родственников, других лиц (позднее обращение за медицинской помощью, отказ от госпитализации, уклонение, противодействие при осуществлении лечебно-диагностического процесса, нарушение режима лечения).

- особенности психофизиологического состояния медицинского работника (болезнь, крайняя степень переутомления).

Эти обстоятельства могут выступать и в качестве фона, на котором осуществляются ненадлежащие действия медицинских работников, обусловленные причинами субъективного характера.

Несчастный случай - неблагоприятный исход врачебного вмешательства. Такой результат, который не удастся предвидеть, а, следовательно, и предотвратить из-за

объективно складывающихся случайных обстоятельств (хотя врач действует правильно и в полном соответствии с медицинскими правилами и стандартными методами лечения).

Профессиональные правонарушения (преступления) - небрежные или умышленные действия медицинского работника, повлекшие причинение вреда жизни и здоровью пациента.

Различие между врачебной ошибкой и правонарушением заключается в причинах и условиях их возникновения. Врачебные ошибки обычно допускаются в силу сложившихся объективных причин и обстоятельств (отсутствие надлежащих условий оказания помощи, дефицит времени, недостаточно квалифицированный персонал). Поэтому отличительной чертой врачебных ошибок является добросовестность действий медперсонала. Законодательством Украины установлено, что лечебно-профилактические учреждения не могут нести ответственность за диагностические ошибки, обусловленные сложностью заболевания и не зависящие от внимания и добросовестности персонала. Если же эти ошибки явились результатом недобросовестного отношения к работе медицинского персонала, то лечебное учреждение обязано возместить вред, причиненный здоровью больного по вине его работников.

Описано четыре психологических типа врача, составляющих альтернативные пары: *«сопереживающий»* или *«эмоционально-нейтральный»*, *«директивный»* или *«недирективный»*.

В понятие «сопереживающего» типа врача включают такие качества как способность глубоко понять и вчувствоваться в проблемы пациента, эмпатировать, сопереживать совместно с больным колебания его состояния, разделять его психологические проблемы, нередко принимать концепцию болезни, выдвинутую пациентом.

Тип врача, называемый «эмоционально-нейтральным», подразумевает сочетание таких качеств как эмоциональная дистанцированность врача от глубинных проблем пациента, ориентация на симптомы, нежелание поддерживать пациента в его «субъективных» эмоциональных кризисах с ориентацией на технократический подход к лечению.

Под «директивным» психологическим типом врача понимается врач, выступающий в роли учителя, указующего как следует поступать и что делать в ситуации болезни. «Директивный» врач не склонен дискутировать с пациентом на профессиональные темы. Он выстраивает неравноправные взаимоотношения, определяя себе более значимую роль. В своей деятельности он руководствуется паттерналистской

моделью медицины, которая рассматривает взаимоотношения врача и пациента как отношения учителя и ученика, родителя и ребенка. «Директивный врач» исключает возможности сомнений пациента в его возможностях, негативно относится к перепроверке диагнозов у иных врачей, склонен обижаться и давать негативные эмоциональные реакции на пациента в случаях критики его действий.

«Недирективный» психологический тип врача противоположен «директивному». Он включает ориентацию на партнерство в отличие от ориентации на руководство, склонен принимать к рассмотрению точку зрения больного, как при диагностике, так и при выборе методов и способов терапии.

Представленные пары качеств врача могут составлять четыре типа: *сопереживающий недирективный, сопереживающий директивный, эмоционально-нейтральный недирективный и эмоционально-нейтральный директивный.*

Ориентация пациента на тот или иной эталон типа врача связана с личным опытом взаимодействия с рядом авторитетных лиц в различные периоды жизни. У пациента при поиске идеала происходит сличение образа врача с образами любимых родителей, уважаемого учителя и других значимых людей.

Деформация личности профессиональная — изменение качеств личности (стереотипов восприятия, ценностных ориентации, характера, способов общения и поведения), которые наступают под влиянием длительного выполнения профессиональной деятельности. Самое большое влияние профессиональная деформация оказывает на личностные особенности представителей тех профессий, работа которых связана с людьми (чиновники, руководители, работники по кадрам, педагоги, психологи). Крайняя форма профессиональной деформации личности у них выражается в формальном, сугубо функциональном отношении к людям. Высокий уровень профессиональной деформации наблюдается у медицинских работников, военнослужащих и сотрудников спецслужб.

Профессиональная деформация личности может носить эпизодический или устойчивый, поверхностный или глобальный, положительный или отрицательный характер. Она проявляется в профессиональном жаргоне, в манерах поведения, даже в физическом облике.

Различают 4 уровня профессиональной деформации:

- 1) общепрофессиональный (делает работников одной профессии узнаваемыми, похожими);
- 2) специальный профессиональный (у прокурора – обвинительность, у терапевта – угрожающие диагнозы, у хирурга – циничность);

3) профессионально-типологический (деформация направленности личности, деформация на основе каких-либо способностей, на основе черт характера);

4) индивидуализированный (сверхответственность, гиперактивность, трудовой фанатизм).

Необходимо отделять понятие профессиональной деформации от так называемого синдрома выгорания. Оба эти состояния связаны с работой в сфере «человек-человек», т.е. с «помогающими» профессиями. Различие заключается в том, что о синдроме выгорания принято говорить в контексте профессиональной деятельности, а профессиональная деформация относится в основном к жизни вне работы. Используя условную оппозицию "Профессионал - Человек", можно более наглядно представить разницу между этими двумя феноменами. Синдром выгорания можно представить как потерю контролирующей роли "Я профессионального", и внедрение "Я человеческого" в область профессиональной компетенции. На работе специалисты «почеловечески» устают и испытывают раздражение на своих клиентов. Профессиональная деформация, напротив, представляется как расширение господства "Я профессионального" в область деятельности "Я человеческого". Придя домой, человек продолжает вести себя как специалист.

Профессиональная деформация — явление, заметное только окружающим. Учитель, у которого потребность учить, давать оценки и всех контролировать становится второй натурой; военный, который даже дома не может избавиться от привычки всех «строить»; врач, воспринимающий всех людей как своих потенциальных клиентов и мысленно ставящий всем диагноз — не случайно «деформируются» представители социально-экономических профессий.

В профессиональной деформации можно предположить два компонента:

1. *Изначальные склонности.* Еще до соприкосновения со своей будущей работой у человека уже есть черты характера и особенности личности, присущие представителям этой профессии. Они могут осознаваться их обладателем, приниматься как желательные и вызывать чувство гордости (например, желание помогать людям) или, напротив, быть неосознанными, подавляться и скрываться (например, интерес к частной жизни других людей).

2. *Собственно профессиональная деформация.* Профессиональная деятельность развивает эти личностные особенности, очерчивает и рельефно выпячивает их. Иногда (в случае с вытесненными и непринятыми чертами) профессиональная деятельность оправдывает их, дает им право на существование и проявление.

Несомненно, изначальные склонности и мотивы влияют на выбор соответствующей профессии. Они представляют собой «благоприятный» фон, почву, на которой в последующем разворачивает свою деформирующую деятельность профессия. Такая «деформация» начинается уже во время учебы, когда у студентов разрушаются обыденные установки и стереотипы и формируется профессиональная картина мира. Что же в этом плохого? Действительно, благодаря учебе и дальнейшей работе личность человека преобразается, он приобретает массу коммуникативных навыков, начинает лучше понимать себя и т.д. Эти явно позитивные изменения описываются выражением «личностный рост», и о них не идет здесь речь. Нас интересует «профессиональная деформация», т.е. нечто негативное, «ломающее» личность.

Выделяются следующие *признаки профессиональной деформации* врачей:

Обездвиживающее, лишающее спонтанности самонаблюдение. Знания, подчерпнутые из многочисленных книг, описывающих какую-либо норму (как то, физиологическую, психологическую, психическую и пр.) или другие идеализированные варианты бытия, призывают человека постоянно «отслеживать» свое поведение, речь, мысли, соматическое состояние с целью самодиагностики и «своевременной терапии».

Гнет профессиональных обязанностей и навыков. Дав клятву Гиппократу, даже находясь вне работы, человек чувствует на себе особую ответственность за психологическое и физическое состояние окружающих его людей. Если человек знает, как помочь другому, и у него есть такая физическая возможность, он начинает слышать внутри себя императив: "Ты должен бросить все свои дела и прийти на помощь!" Если же он по каким-то причинам не может этого сделать, то его голова заполняется самообвинениями, уничижающими оценками и самооправданиями.

Поиск людей, нуждающихся в медицинской помощи. Не всегда профессиональные навыки гнетут и являются помехой в личной жизни. Иногда человек испытывает удовольствие от своей «опытности», от переполнения знаниями о том, как помочь людям, и ищет поводы для того, чтобы их проявить на деле. «На деле» это может проявляться по-разному, например, в раздаче советов. В связи с этим пунктом вспоминается фрагмент из детского стихотворения А.Барто:

Санитарам не везет: есть и вата, есть и йод, не хватает пустяков нет ни ран, ни синяков... Наконец нашлась работа и для Красного Креста! Наконец ушибся кто-то. Санитары, на места!

Потеря способности удивляться. За время своей работы практикующий врач встречает тысячи различных житейских ситуаций, общается с огромным количеством самых разных людей. Нормальной реакцией является овладение этим потоком информации: ограничение восприятия, построение типологий и др. Это накладывает отпечаток, как на профессиональную деятельность, так и на личную жизнь специалиста. Встречая, что-либо новое на своем жизненном пути, человек редко удивляется этому, поскольку это для него не является новым, с этим или подобным этому он уже встречался. Жизнь он наблюдает сквозь координатную сетку классификаций.

Профессиональный цинизм. Обилие тяжелых жизненных ситуаций, с которыми встречается медицинский работник, развивает способность к «невовлечению» в их переживание, а точнее — способность отстранения к ним относиться. Такой взгляд со стороны освобождает эти ситуации от эмоционального груза и позволяет выполнять с ними разные манипуляции, например, помещать их в другой контекст, наполнять другим эмоциональным содержанием (иногда очень веселым). Одни считают, что это — цинизм, подразумевая нечто неприемлемое для «воспитанного человека», другие считают, что это — защитная реакция, третьи считают это эффективной социальной стратегией, позволяющей «проще относиться к жизни». Из опыта работы автора в психоневрологической клинике:

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

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

— "награждение" пациентов обидными прозвищами ("эти тупые призывники", "этот слабоумный старик" и т.д.).

Можно утверждать, что профессиональная деформация - это, прежде всего, следствие снижения профессиональной мотивации и, что «выгорание» и сохранение увлеченности работой - это два полюса взаимоотношений человека и профессии. Целым рядом исследований показано, что постепенно развивающаяся профессиональная деформация у медицинских работников достаточно часто приводит к тому, что при высокой степени «выгорания» нарастает тенденция к негативному, нередко даже скрыто-агрессивному отношению к пациентам, общению с ними в односторонней

коммуникации путем критики, оценок, давления, от чего, естественно, страдают обе стороны. Но вопрос о том, что здесь первично, а что является следствием, пока открыт. В отличие от профессиональной деформации, психическое выгорание можно отнести к случаю полного регресса профессионального развития.

Сама профессиональная деятельность медицинских работников предполагает эмоциональную насыщенность и высокий процент факторов, вызывающих стресс. Эмоции, как правило, амбивалентны: удовлетворение по поводу успешно проведенной операции или лечения, чувство собственной значимости, сопричастности другим людям, одобрение и уважение коллег; но и сожаление, угнетение из-за неправильного диагноза или ошибки в лечении, зависть к преуспевающим коллегам, разочарование в профессии и т.п.

- навязчивые мысли (уволиться, отомстить и т.п.).

Поведенческие

- уклонение от работы (прогулы, ожидание конца рабочего дня и т.п.);
- уменьшение количества непосредственных контактов с пациентами и коллегами;
- стереотипное негибкое поведение;
- привычные проволочки в работе;
- девиантные формы поведения (употребление алкоголя/наркотиков, супружеские измены, кражи из магазинов);

Соматические

- утомляемость, сонливость;
- нарушения сна;
- учащение случаев несерьезных заболеваний (головная боль, боль в спине).

Эмоциональное выгорание — это выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций (понижения их энергетики) в ответ на избранные психотравмирующие воздействия. Эмоциональное выгорание — динамический процесс и возникает поэтапно, в полном соответствии с механизмом развития стресса.

Эмоциональное выгорание представляет собой приобретенный стереотип эмоционального, чаще всего профессионального, поведения. «Выгорание» отчасти функциональный стереотип, поскольку позволяет человеку дозировать и экономно расходовать энергетические ресурсы. В то же время, могут наступать его дисфункциональные следствия, когда выгорание отрицательно сказывается на исполнении профессиональной деятельности,

Ганс Селье, основоположник учения о стрессе, рассматривал его как неспецифическую (то есть всеобщего действия) защитную реакцию организма в ответ на психотравмирующие факторы разного свойства. При эмоциональном выгорании налицо все три фазы стресса: 1) *нервное (тревожное) напряжение* — его создают хроническая психоэмоциональная атмосфера, дестабилизирующая обстановка, повышенная ответственность, трудность контингента; 2) *резистенция, то есть сопротивление*, — человек пытается более или менее успешно оградить себя от неприятных впечатлений; 3) *истощение* — оскудение психических ресурсов, снижение эмоционального тонуса, которое наступает вследствие того, что проявленное сопротивление оказалось неэффективным. Соответственно каждому этапу, возникают отдельные признаки, или симптомы, нарастающего эмоционального выгорания.

Симптомы выгорания (Maslach & Jackson 1986)

Эмоциональные:

- утрата чувства юмора (или чрезмерное использование черного юмора);
- раздражительность, чувство обиды, грусть;
- стойкий депрессивный фон настроения;
- чувство несостоятельности, вины, осуждения;
- апатия, пассивность.

Когнитивные

- трудности концентрации внимания;
- ригидность, сопротивление изменениям;
- подозрительность, недоверчивость;
- стереотипное мышление;
- формальное и отстраненное мышление.

Эффективное функционирование любой службы здравоохранения требует, чтобы поддерживалось хорошее состояние здоровья ее сотрудников.

Для профилактики развития синдрома выгорания медицинские работники должны обучаться приемам аутогенной тренировки, использовать метод прогрессивной мышечной релаксации еще лучше иметь в штате ЛПУ психолога с целью поддержания у персонала должной физической, психической и профессиональной активности. По возможности в ЛПУ должны быть выделены комнаты психологической разгрузки.

Благоприятный социально-психологический климат является условием повышения производительности труда, удовлетворенности работников трудом и коллективом. Социально-психологический климат возникает спонтанно. Но хороший климат не является простым следствием провозглашенных девизов и усилий отдельных

руководителей. Он представляет собой итог систематической воспитательной работы с членами коллектива, осуществление специальных мероприятий, направленных на организацию отношений между руководителями и подчиненными. Формирование и совершенствование социально-психологического климата – это постоянная практическая задача руководителей любого ранга. Создание благоприятного климата является делом не только ответственным, но и творческим, требующим знаний его природы и средств регулирования, умения предвидеть вероятные ситуации во взаимоотношениях членов коллектива. Формирование хорошего социально-психологического климата требует, особенно от руководителей и психологов, понимания психологии людей, их эмоционального состояния, настроения, душевных переживаний, волнений, отношений друг с другом.

В психологию понятие «климат» пришло из метеорологии и географии. Сейчас это установившееся понятие, которое характеризует невидимую, тонкую, деликатную, психологическую сторону взаимоотношений между людьми. В отечественной социальной психологии впервые термин «психологический климат» использовал Н.С. Мансуров, который изучал производственные коллективы. Одним из первых раскрыл содержание социально-психологического климата В.М. Шепель. *Психологический климат* – это эмоциональная окраска психологических связей членов коллектива, возникающая на основе их близости, симпатии, совпадения характеров, интересов, склонностей. Он считал, что климат отношений между людьми состоит из трех климатических зон. *Первая климатическая зона* – социальный климат, который определяется тем, насколько в данном коллективе осознаны цели и задачи общества, насколько здесь гарантировано соблюдение всех конституционных прав и обязанностей работников как граждан. *Вторая климатическая зона* – моральный климат, который определяется тем, какие моральные ценности в данном коллективе являются принятыми. Третья климатическая зона – психологический климат, те неофициальные отношения, которые складываются между работниками, находящимися в непосредственном контакте друг с другом. Психологический климат – это климат, зона действия которого значительно локальнее социального и морального климата.

Благоприятный климат переживается каждым человеком как состояние удовлетворенности отношениями с товарищами по работе, руководителями, своей работой, ее процессом и результатами. Это повышает настроение человека, его творческий потенциал, положительно влияет на желание работать в данном коллективе, применять свои творческие и физические силы на пользу окружающим людям.

Неблагоприятный климат индивидуально переживается как неудовлетворенность взаимоотношениями в коллективе, с руководителями, условиями и содержанием труда. Это сказывается на настроении человека, его работоспособности и активности, на его здоровье.

Характеристики благоприятного социально-психологического климата:

1. В коллективе преобладает бодрый, жизнерадостный тон взаимоотношений между работниками, оптимизм в настроении; отношения строятся на принципах сотрудничества, взаимной помощи, доброжелательности; членам коллектива нравится участвовать в совместных делах, вместе проводить свободное время; в отношениях преобладают одобрение и поддержка, критика высказывается с добрыми пожеланиями.

2. В коллективе существуют нормы справедливого и уважительного отношения ко всем его членам, здесь всегда поддерживают слабых, выступают в их защиту, помогают новичкам.

3. В коллективе высоко ценят такие черты личности как принципиальность, честность, трудолюбие и бескорыстие.

4. Члены коллектива активны, полны энергии, они быстро откликаются, если нужно сделать полезное для всех дело, и добиваются высоких показателей в труде и профессиональной деятельности.

5. Успехи или неудачи отдельных членов коллектива вызывают сопереживание и искреннее участие всех членов коллектива.

6. В отношениях между группировками внутри коллектива существует взаимное расположение, понимание, сотрудничество.

Характеристики неблагоприятного социально-психологического климата:

1. В коллективе преобладают подавленное настроение, пессимизм, наблюдаются конфликтность, агрессивность, антипатии людей друг к другу, присутствует соперничество; члены коллектива проявляют отрицательное отношение к более близкому отношению друг с другом; критические замечания носят характер явных или скрытых выпадов, люди позволяют себе принижать личность другого, каждый считает свою т.з. главной и нетерпим к мнению остальных.

2. В коллективе отсутствуют нормы справедливости и равенства во взаимоотношениях, он заметно разделяется на «привилегированных» и «пренебрегаемых», здесь презрительно относятся к слабым, нередко высмеивают их, новички чувствуют себя лишними, чужими, к ним часто проявляют враждебность.

3. Такие черты личности, как принципиальность, честность, трудолюбие, бескорыстие, не в почете.

4. Члены коллектива инертны, пассивны, некоторые стремятся обособиться от остальных, коллектив невозможно поднять на общее дело.

5. Успехи или неудачи одного оставляют равнодушными остальных членов коллектива, а иногда вызывают нездоровую зависть или злорадство.

6. В коллективе возникают конфликтующие между собой группировки, отказывающиеся от участия в совместной деятельности.

7. В трудных случаях коллектив не способен объединиться, возникают растерянность, ссоры, взаимные обвинения; коллектив закрыт и не стремится сотрудничать с другими коллективами.

С целью оценки успешности усвоения вышеизложенного материала предлагается решить следующие задания:

Задание №26. Юноша К., 16 лет. Окончил школу с оценками «хорошо». Увлекается компьютерами, техникой. Из школьных предметов легко усваивал материал таких предметов как алгебра, геометрия, черчение, физика. Отец молодого человека занимает должность главного врача городской больницы, мать – работник медицинского ВУЗа. К. собирается поступать в медицинский институт. Какими мотивами выбора профессии руководствовался К. при принятии такого решения:

- А) положительными
- В) отрицательными
- С) внешними
- Д) внутренними
- Е) родительскими установками

Задание №27. В купейном вагоне скоростного поезда, в числе пассажиров, находился врач-стоматолог, который неоднократно в разговорах подчеркивал свое мастерство специалиста. Во время движения, в соседнем вагоне у женщины начались роды. Врач-стоматолог заперся в своем купе и сообщил, что плохо себя чувствует, поэтому не сможет оказать необходимую помощь. Оцените действия врача:

- А) врачебная ошибка
- В) профессиональное правонарушение
- С) несчастный случай
- Д) ошибка поведения врача
- Е) низкий уровень морально-этических качеств

Задание №28. На приеме к терапевту обратилась больная Н, 40 лет, данное обращение 5-ое в течение последнего месяца, с жалобами на головные боли, головокружения, перебои в работе сердца, одышку. Пациентка настаивает на госпитализации. Инструментально и объективно патологии не выявлено. Выражаясь нецензурными словами, врач направил больную на консультацию к психиатру. Ранее подобного в поведении врача не наблюдалось. Оцените поведение врача:

- А) синдром эмоционального выгорания
- В) профессиональная деформация
- С) нервное напряжение
- Д) профессиональный цинизм
- Е) низкий уровень морально-этических качеств

Задание №29. Врач Р., имеющая двоих детей до 16 лет, требует полный отпуск в разгар отпускной кампании. Главный врач отказывается подписывать заявление, оперируя нехваткой работников в этот период. Какая зона социально-психологического климата коллектива описана:

- А) первая
- В) вторая
- С) третья
- Д) четвертая
- Е) первая и четвертая

Если Вы сомневаетесь в правильности решения или Вас что-то беспокоит, ещё раз прочитайте данный раздел информации и снова попробуйте решить задания. Только правильное их решение говорит о том, что информация Вами усвоена, и Вы можете переходить к изучению следующего материала.

ПСИХОЛОГИЯ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

Актуальность темы: Психологические особенности пациента в условиях лечебных взаимоотношений и взаимодействия приходят в соприкосновение с психологическими особенностями медицинского работника (врача, психолога, медицинской сестры, социального работника). Целью контактов между этими двумя людьми является помощь, оказываемая одним из участников общения по отношению к другому. Исходя из основной цели лечебного взаимодействия, можно было бы предположить о неоднозначности ценностей контактов в системе «медицинский работник-пациент». Однако, не следует думать о заинтересованности в таком, взаимодействии лишь со стороны пациента. Медицинский работник в не меньшей степени заинтересован в оказании качественной помощи больному, ведь эта деятельность является его профессией, а значит у него есть собственные мотивы и интересы взаимодействовать с пациентом, позволившие выбрать данную профессию.

Для того, чтобы процесс взаимоотношений пациента и медицинского работника был эффективным, необходимо познать его психологические основы. Мотивы и ценности врача, его представление об идеальном пациенте, а также ожидания самого пациента от процесса диагностики, лечения, профилактики и реабилитации, поведения врача или медицинской сестры. Особенности взаимодействия между мед.работником и пациентом в значительной степени влияет на качество лечебно-диагностического процесса, течение и исход заболеваний.

Цель обучения (общая): уметь определять и оценивать психологические особенности общения участников лечебно-диагностического процесса для обеспечения терапевтически эффективного и бесконфликтного взаимодействия медицинских работников с пациентом.

Конкретные цели: уметь	Цели исходного уровня: уметь
1. Определять содержание понятия «коммуникативная компетентность».	1. Собирать анамнестические данные, выявлять жалобы и проводить объективное исследование больного, интерпретировать данные инструментального обследования (каф.пропедевтической и факультетской терапии).

2. Определять психологические особенности этапов диагностического процесса.	2. Проводить исследование личности у здорового человека (каф.психологии).
3. Определять психологические основы и виды общения в лечебном процессе.	
4. Выявить и анализировать типы конфликтов в медицинской среде.	
5. Освоить способы разрешения и предупреждения конфликтов в медицинской среде.	

Для оценки исходного уровня знаний предлагаются следующие задания:

Задание №30. У испытуемого по методике Айзенка по шкале нейротизма показатель – 10 баллов, по шкале экстраверсии – 17 баллов, по шкале коррекции – 6 баллов.

Эти данные свидетельствуют о том, что у испытуемого:

- А) Сангвинический темперамент
- В) Холерический темперамент
- С) Меланхолический темперамент
- Д) Флегматический темперамент
- Е) Результаты не подлежат интерпретации

Задание №31. Больная М., 40 лет. Предъявляет жалобы на боли в области сердца, периодически появляющееся ощущение нехватки воздуха, плохой сон. Объективно: кожные покровы чистые, обычной окраски. Над легкими везикулярное дыхание. Деятельность сердца ритмичная, тоны чистые. АД 90/60 мм.рт.ст. PS 80 уд. в 1 мин., удовл.-х. св-в. Живот мягкий, б/болезненный при пальпации. В программу дальнейшего обследования, помимо общего обязательного комплекса лабораторных исследований, включены: ЭКГ, УЗИ сердца. Предположительный диагноз – вегето-сосудистая дистония. Достаточно ли обоснован этот диагноз, и достаточен ли объем дополнительных исследований? Варианты ответа:

- А) Предположительный диагноз достаточно обоснован, дополнительные исследования не требуются

- В) Диагноз поставлен без достаточных оснований
- С) Предположительный диагноз и план обследования не обоснованы
- Д) Предположительный диагноз поставлен правильно, но дополнительные исследования намечены в недостаточном объеме
- Е) Дополнительные исследования намечены неправильно

Если при выполнении приведенных выше заданий возникли затруднения, необходимо обратиться к следующей литературе:

1. Вітенко Н.В. Загальна та медична психологія. К., 1996, стор.76-89.
2. Василенко В.Х. Внутренние болезни. М., 1978, стр. 22-31, 46-54, 68-79.
3. Маклаков А.Г. Общая психология . – СПб., 2000, 592с.

СОДЕРЖАНИЕ ОБУЧЕНИЯ

Граф логической структуры темы «Психология лечебно-диагностического процесса» представлен на следующей странице.

Важной психологической составляющей лечебно – диагностического процесса является коммуникативная компетентность медицинских работников.

Коммуникативная компетентность - способность устанавливать и поддерживать необходимые контакты с другими людьми, что подразумевает достижение взаимопонимания между партнерами по общению, лучшее понимание ситуации и предмета общения. Коммуникативная компетентность рассматривается также как система внутренних ресурсов, необходимых для построения эффективной коммуникации в определенном круге ситуаций межличностного взаимодействия.

В первую очередь, коммуникативная компетентность является профессионально значимой характеристикой врача, медицинской сестры, психолога или социального работника. Однако, несмотря на то, что в условиях клиники пациент вынужден обращаться за помощью к врачу, коммуникативная компетентность важна для обеих сторон. Это связано с тем, что некомпетентность в общении хотя бы с одной стороны способна нарушить диагностический и лечебный процесс и не привести к желаемым результатам. Неумение пациента наладить контакт с врачом столь же опасно, сколь нежелание врача установить эффективный контакт с любым пациентом.

Граф 4

Коммуникативная компетентность врача — профессионально значимое качество. Профессия врача предполагает в той или иной степени выраженное интенсивное и продолжительное общение: с больными, их родственниками, медицинским персоналом — от медицинских сестер и санитарок до главных врачей, руководителей медицинских учреждений. От умения общаться, устанавливать и развивать взаимоотношения с людьми во многом зависит профессиональная успешность врача. Хороший психологический контакт с больным помогает точнее собрать анамнез, получить более полное и глубокое представление о больном. Умение общаться, или *коммуникативная компетентность*, обеспечивает взаимопонимание, доверие в отношениях, эффективность в решении поставленных задач. Если пациент доверяет своему врачу, не сомневаясь в правильности диагностики и адекватности терапии, то он будет выполнять назначения, пройдет все необходимые диагностические и терапевтические процедуры. При отсутствии психологического контакта пациент, возможно, не станет придерживаться врачебных рекомендаций и назначений, проконсультируется у других врачей или просто у своих знакомых, займется самолечением, обратится к представителям альтернативной медицины.

Психологическая сторона отношений «врач-больной» важна и в условиях платной медицины, когда пациент выступает в роли «заказчика» и оплачивает услуги. В этом случае он ориентируется не только на «профессионализм», но и на чисто человеческие, личностные качества врача: насколько он внушает доверие и уважение, внимателен и отзывчив, располагает к себе, вызывает желание общаться. Возможно даже, что в отдельных случаях психологические качества врача для больного более важны, чем профессиональные знания, умения, навыки.

Коммуникативная компетентность предполагает не только наличие определенных психологических знаний (например, о типах личности, о способах переживания и реагирования на стресс у разных людей в зависимости от типа темперамента, о специфике связи между типами телосложения и особенностями психического склада личности и т. п.), но и сформированность некоторых специальных навыков: умения устанавливать контакт, слушать, «читать» невербальный язык коммуникации, строить беседу, формулировать вопросы. Важно также владение врачом собственными эмоциями, способность сохранять уверенность, контролировать свои реакции и поведение в целом. Адекватная коммуникация предполагает правильное понимание больного и соответствующее реагирование на его поведение. Независимо от того, в каком душевном состоянии находится пациент, испытывает ли он гнев или печаль, беспокойство, тревогу

или отчаяние, врач должен уметь с ним взаимодействовать, адекватно строить отношения, добиваясь решения профессиональных задач.

В связи с этим профессионально значимым качеством медицинского работника является *коммуникативная толерантность* (как один из аспектов коммуникативной компетентности) — терпимость, снисходительность и др. Коммуникативная толерантность показывает, в какой степени врач переносит субъективно нежелательные, неприемлемые для него индивидуальные особенности пациентов, отрицательные качества, осуждаемые поступки, привычки, чуждые стили поведения и стереотипы мышления. Больной может вызывать разные чувства, нравиться или не нравиться, может быть приятен или неприятен врачу, но в любом случае психологическая подготовка последнего должна помочь справиться с ситуацией и не только предотвратить конфликт, но способствовать формированию у пациента положительной терапевтической перспективы. Коммуникативная компетентность в профессиональной деятельности врача означает умение не только психологически правильно строить отношения с больным, но и способность в процессе этих отношений оставаться в рамках профессиональной роли.

Психологические характеристики, формирующие коммуникативную компетентность. Умение общаться, устанавливать и развивать взаимоотношения с другими людьми формируется в процессе взаимодействия с окружающими, по мере накопления опыта отношений в различных социальных ситуациях, выполнения разных видов деятельности. В основе формирования коммуникативной компетентности лежит такая психологическая характеристика личности, как стремление находиться вместе с другими людьми, принадлежать к какой-либо социальной группе, устанавливать эмоциональные взаимоотношения с окружающими, быть включенным в систему межличностных взаимоотношений. В конфликтных ситуациях, в случае обострения взаимоотношений присутствие рядом эмоционально близких людей стабилизирует картину мира и самооценку, укрепляет позиции, позволяет более точно и адекватно реагировать на происходящие события.

В работе врача, отличающейся длительностью и интенсивностью разнообразных социальных контактов, эта черта помогает сохранить живое заинтересованное отношение к пациентам, стремление помогать им и сотрудничать с ними, а также защищает от профессиональных деформаций, равнодушия и формализма, удерживает от такого подхода к больному, когда он начинает рассматриваться как безличное анонимное «тело», часть которого нуждается в терапии.

Другая психологическая характеристика, обеспечивающая коммуникативную компетентность врача, — это *эмоциональная стабильность*, уравновешенность при

отсутствии импульсивности, чрезмерной эмоциональной экспрессивности, с сохранением контроля над эмоциональными реакциями и поведением в целом. Эмоциональная стабильность помогает врачу во взаимоотношениях с больными избегать «психологических срывов», конфликтов. Душевное равновесие врача, его спокойная доброжелательность, эмоциональная стабильность вызывают у пациента чувство надежности, способствуют установлению доверительных отношений.

Психологическим качеством, обеспечивающим адекватную коммуникацию в системе взаимоотношений «врач-больной», является также *эмпатия* - способность к сочувствию, сопереживанию, состраданию, своеобразная психологическая «включенность» в мир переживаний больного. Современное понимание эмпатии как постижения эмоционального состояния, проникновения, вчувствования во внутренний мир другого человека предполагает наличие трех видов эмпатии: эмоциональной эмпатии, основанной на механизмах отождествления и идентификации; когнитивной (познавательной) эмпатии, базирующейся на интеллектуальных процессах (сравнения и аналогии), и предикативной эмпатии, проявляющейся в способности к прогностическому представлению о другом человеке, основанном на интуиции. Эмоциональное соучастие помогает установить психологический контакт с больным, получить более полную и точную информацию о нем, о его состоянии, внушить уверенность в компетентности врача, в адекватности осуществляемого им лечебно-диагностического процесса, вселить веру в выздоровление. Эмпатические качества врача могут быть полезны в случаях несоответствия предъявляемых больным субъективных признаков тех или иных симптомов объективной клинической картине заболевания: при аггравации, диссимуляции и анозогнозии, а также в случае симулятивного поведения.

Психологической характеристикой, участвующей в формировании коммуникативной компетентности врача, является и *сенситивность к отвержению*. Способность воспринимать негативное отношение окружающих, в частности, пациентов, которое может возникать на определенных этапах лечения, предоставляет врачу своеобразную «обратную связь», позволяющую ему корректировать свое поведение во взаимоотношениях с больным. В то же время сенситивность к отвержению не должна быть слишком высокой. В противном случае она способствует снижению самооценки врача, блокирует его аффилиативную потребность и в целом снижает адаптивные и компенсаторные возможности. Высокая чувствительность к негативному отношению со стороны больного заставляет врача сомневаться в своей профессиональной компетентности.

Психологические особенности, снижающие коммуникативную компетентность врача. Профессиональная деятельность врача связана с разработкой стратегии и тактики терапевтического воздействия и, следовательно, требует умения прогнозировать события, предвосхищая возможные варианты развития заболевания, осложнения, последствия фармакологического лечения. В связи с этим важно наличие у врача такой характеристики, как *тревожность*, которая влияет на его прогностические возможности, выполняя в зависимости от степени выраженности как адаптивную, так и дезадаптивную роль.

Тревожность в качестве свойства личности позволяет врачу чутко реагировать на изменения в состоянии пациента и вовремя принимать необходимые меры. Больным это воспринимается как понимание со стороны лечащего врача, его не только профессиональная, но и эмоциональная поддержка, что повышает эффективность коммуникации «врач-больной». Однако интенсивная степень эмоции тревоги (страх, паника, ужас) выполняет по отношению к познавательной деятельности дезорганизующую, разрушающую функцию, парализуя продуктивную работу психических процессов. Интенсивная тревога мешает адекватно оценить ситуацию, определить возможные варианты ее развития и выбрать наиболее правильное при данных обстоятельствах решение. Страх, паника у врача прерывают его коммуникацию с пациентом, разрушают психологический контакт между ними. Тревога врача «передается» больному и дополнительно дезорганизует его.

Другой характеристикой врача, способной разрушить его коммуникацию с пациентом, может быть *депрессивность*. Если эмоция тревоги направлена в будущее, то депрессия связана с переживанием прошлого, когда в воображении вновь и вновь возникают образы пережитых конфликтов, психотравмирующих событий. Прошлое представляется сплошной цепью неудач и неприятностей, формируя ощущение безысходности, безнадежности, которое проецируется в будущее. Утрачивается перспектива, жизнь окрашивается переживанием собственной ущербности, неполноценности. Врач, имеющий склонность к депрессивным реакциям, не вызывает доверия больного.

Еще одна психологическая характеристика, затрудняющая установление доверительных отношений «врач-больной» — глубокая *интровертированность* врача. Как правило, интровертированность сопровождается недостатком интуиции, чуткости, тактичности в межличностных отношениях, низким уровнем эмпатии с недостаточной способностью откликаться на боль и страдание другого, отзываться на беспокойство и тревогу. Эти качества способны снизить коммуникативную компетентность врача,

выступая в роли «коммуникативного барьера», препятствующего эффективному общению. Интровертированность, выраженная в значительной степени, затрудняет установление психологического контакта с больным, взаимодействие с ним, не обеспечивает необходимой степени эмоциональной поддержки.

Общение врача и пациента можно назвать вынужденным общением, т.к. основным мотивом встречи и беседы становится появлением у одного из участников взаимодействия проблем со стороны здоровья — болезненных симптомов. Со стороны врача вынужденность выбора субъекта общения обусловлена его профессией. Если обращение пациента к врачу диктуется поиском помощи, то заинтересованность врача в пациенте объясняется соображениями профессионального роста и материального подкрепления.

Мотивы обращения к врачу могут быть разнообразными. Во-первых, человек может быть нацелен на обследование у врача с целью *«исключить наличие расстройств и заболевания»*. Он рассчитывает подтвердить собственную версию о том, что испытываемый им дискомфорт обусловлен какими-либо внешними неболезненными причинами и не требует медицинского вмешательства. Во-вторых, мотивация может носить противоположный характер — *«обнаружение симптомов и подтверждение предполагаемого диагноза заболевания»*. Цель обследования и ожидания от него результатов оказываются иными. В первом случае несовпадение реальности и экспектаций (т.е. обнаружение заболевания при готовности получить подтверждение здоровья) способно вызвать более негативную аффективную реакцию со стороны пациента, чем во втором, когда расхождение прогноза и реальности будет не столь существенным. Обнаружение симптомов болезни пациент не воспримет как неожиданность, и вследствие этого его эмоциональные реакции не будут носить запредельного характера.

Выделяют следующие виды общения врача и пациента:

1. «Контакт масок» — формальное общение, когда отсутствует стремление понять и учитывать особенности личности собеседника, используются привычные маски (вежливости, учтивости, скромности, участливости и др.) — набор выражений лица, жестов, стандартных фраз, позволяющих скрыть истинные эмоции, отношение к собеседнику. В рамках диагностического и лечебного взаимодействия он проявляется в случаях малой заинтересованности врача или пациента в результатах взаимодействия. Это может происходить, к примеру, при проведении обязательного профилактического осмотра, в котором пациент чувствует себя несамостоятельным, а врач — не имеющим необходимых данных для проведения объективного и всестороннего обследования и вынесения обоснованного заключения.

2. Примитивное общение, когда оценивают другого человека, как нужный или мешающий объект, если нужен — то активно вступают в контакт, если мешает — отталкивают. Подобный вид общения может встречаться в рамках манипулятивного общения врача и пациента в случаях, когда целью обращения к врачу становится получение каких-либо дивидендов (больничного листа, справки, формального экспертного заключения и пр.). С другой стороны, формирование примитивного вида общения может происходить по желанию врача — в случаях, когда пациент оказывается человеком, от которого может зависеть благополучие врача (к примеру, руководитель). Интерес к участнику контакта в подобных случаях пропадает сразу вслед за получением желаемого результата.

3. Формально-ролевое общение, когда регламентированными оказываются и содержание, и средства общения, и вместо знания личности собеседника обходятся знанием его социальной роли. Подобный выбор вида общения со стороны врача может быть обусловлен профессиональной перегрузкой (к примеру, у участкового врача на приеме).

4. Деловое общение — это общение, учитывающее особенности личности, характера, возраста, настроения собеседника при нацеленности на интересы дела, а не на возможные личностные расхождения. При общении врача с пациентом такой вид взаимодействия становится неравным. Врач рассматривает проблемы больного с позиции собственных знаний и склонен директивно принимать решения без согласования с другим участником общения и заинтересованным лицом.

5. Духовное межличностное общение редко встречается в системе врач-больной. Оно подразумевает возможность затронуть в беседе любую тему, поделиться любой интимной проблемой каждому из участников общения.

6. Манипулятивное общение также как и примитивное направлено на извлечение выгоды от собеседника с использованием специальных приемов. В медицине известен способ, названный «ипохондризацией пациента». Суть его заключается в преподнесении заключения врача о состоянии здоровья пациента в русле явного преувеличения тяжести обнаруженных' расстройств. Целью такой манипуляции может быть: а) снижение ожиданий больного успеха лечения в связи с избеганием медицинским работником ответственности в случае неожиданного ухудшения здоровья пациента, б) демонстрация необходимости дополнительных квалифицированных воздействий со стороны медицинского работника с целью получения вознаграждения.

Важную роль в процессе взаимодействия медицинского работника и пациента играет восприятие и понимание участниками коммуникации друг друга. На эти процессы,

в первую очередь, влияет психологическая установка. Различают три типа установки на восприятие человека человеком: *позитивная, негативная и адекватная*. При *позитивной* установке происходит переоценка положительных качеств и способностей человека, что проявляется в повышенной степени доверия данному лицу, готовность принять на веру все его советы и разделить взгляды на происходящее. Часто позитивная установка на того или иного врача связана с мнением окружающих, паблисити, его профессиональным статусом (профессор, врач высшей категории, народный целитель и т.д.). *Негативная* установка приводит к тому, что воспринимаются в основном негативные качества другого человека, что выражается в недоверчивости, *подо-зрительности*. *Адекватная* установка принимает во внимание возможность сочетания в одном и том же человеке положительных и отрицательных качеств и свойств («Хирург — грубиян, но руки — золотые»).

Существенными являются экспектации (ожидания) участников диагностического и лечебного взаимодействия проявления каких-либо качеств и поведения друг друга. В связи с этим выделяют понятия «идеального» и «реального» врача и пациента. К качествам и свойствам, характеризующим «идеального врача» относят его половозрастные, характерологические и личностные особенности, стиль межличностного взаимодействия, квалифицированность. Предполагается существование пяти факторов, влияющих на процесс взаимодействия врача и пациента — 1) *пола*, 2) *возраста*, 3) *национальности (расы)*, 4) *вероисповедания* и 5) *сексуальной ориентации*.

Исследования соматически больных показало, что все перечисленные факторы оказываются значимыми, однако более существенными являются личностные и характерологические свойства. Пациент расценивает «идеального врача» как *лица одного с ним пола, сексуальной ориентации и более старшего по возрасту*.

Учет фактор пола особенно ярко представлен в сексологической, урологической, кожно-венерологической, проктологической и некоторых иных медицинских областях, что связано с более глубоким уровнем интимности взаимодействия. Отмечается тенденция приписывания качеств «идеального врача» мужчинам в хирургии и женщинам в терапии, что следует трактовать как экстраполяцию на профессию хирурга черт маскулинности (решительности, активности, отсутствие сентиментальности и др.), а на профессию терапевта черт женственности (эмпатичности, нежности, бережности). В акушерско-гинекологической области нередко пациентки склонны выбирать и считать «идеальными» врачей противоположного пола.

Существенное значение фактор возраста играет в медицинских дисциплинах, в которых от врача требуются такие качества как способность к обстоятельному и

неторопливому анализу состояния пациента, опытность, большой запас знаний и практических навыков. К таким медицинским областям относят психиатрию, неврологию, хирургию и многие другие. Во многом ориентация на возраст обусловлена возрастом пациента. В случаях, когда заболевшим является молодой человек, он не склонен придавать существенного значения возрасту врача. Когда же пациентом становится пожилой человек, он ориентируется в оценке «идеального врача» на параметр возраста, также как и на иные параметры.

В последние годы в связи с обострением межнациональных отношений в мире важным во взаимодействии врача и пациента становится их национальная принадлежность. Значимым становится такое качество как национальная терпимость, отсутствие национальных предубеждений. Оценка национальной принадлежности врача базируется на способности пациента различать физиогномические признаки национальности. Как правило, отмечается тенденция к выбору врача собственной или родственной (к примеру, по параметру этнической группы) национальности особенно в тех областях медицины, где требуется большая глубина межличностного контакта.

Фактор вероисповедания становится все более значимым как в связи с ростом числа верующих, так и в связи с определенными требованиями личной гигиены и поведения в случае болезни, существующими в различных конфессиях. Имеется точка зрения о том, что нарушением с позиции веры может считаться обращение за медицинской помощью к врачу иного вероисповедания. Это особенно отчетливо проявляется в отношении женщин-мусульманок.

Сексуальная ориентация человека (гетеросексуальность или гомосексуальность) оказалась существенной для налаживания психологического контакта между врачом и пациентом не так давно. К свойствам «идеального врача» подавляющим большинством гетеро-сексуалов безоговорочно относится и параметр сексуальной ориентации. Предубеждения в данной сфере также сильны, как и в области межнациональных отношений. Гомосексуалисты практически не склонны ориентироваться в процессе лечения на фактор сексуальной ориентации.

Из личностных и характерологических особенностей пациенты отдают предпочтение следующим: уважительность, внимательность по отношению к пациентам, любовь к профессии, доброта вежливость, душевность.

Наиболее существенными в образе «идеального врача» с точки зрения пациента являются способности к эмпатии и стиль общения. Описано четыре психологических типа врача, составляющих альтернативные пары: *«сопереживающий»* или *«эмоционально-нейтральный»*, *«директивный»* или *«недирективный»*. В понятие «сопереживающего»

типа врача включают такие качества как способность глубоко понять и вчувствоваться в проблемы пациента, эмпатировать, сопереживать совместно с больным колебания его состояния, разделять его психологические проблемы, нередко принимать концепцию болезни, выдвинутую пациентом. Тип врача, называемый «эмоционально-нейтральным», подразумевает сочетание таких качеств как эмоциональная дистанцированность врача от глубинных проблем пациента, ориентация на симптомы, нежелание поддерживать пациента в его «субъективных» эмоциональных кризисах с ориентацией на технократический подход к лечению. Под «директивным» психологическим типом врача понимается врач, выступающий в роли учителя, указующего как следует поступать и что делать в ситуации болезни. «Директивный» врач не склонен дискутировать с пациентом на профессиональные темы. Он выстраивает неравноправные взаимоотношения, определяя себе более значимую роль. В своей деятельности он руководствуется патерналистской моделью медицины, которая рассматривает взаимоотношения врача и пациента как отношения учителя и ученика, родителя и ребенка.

В целом, успешная врачебная деятельность определяется такими психологическими особенностями, как высокий уровень коммуникативной компетентности, реализуемой в отношении пациентов, их родственников, а также медицинского персонала; важную роль играют независимость и автономность врача, его уверенность в собственных силах и устойчивость в ситуациях непопулярности и отвержения, в сочетании с гибкостью и пластичностью поведения в изменяющихся нестандартных профессиональных ситуациях, высокая степень устойчивости к стрессу, к информационным и эмоциональным перегрузкам, наличие развитых механизмов адаптации и компенсации с высокой значимостью экзистенциально-гуманистических ценностей, формирующих дальнюю жизненную перспективу.

В понятие «идеального пациента» врач, как правило, включает следующие характеристики: малая осведомленность в медицинских вопросах, вера и отсутствие сомнений в силах и умениях лечащего врача, готовность беспрекословно выполнять назначения, умение кратко и четко излагать проблему и жалобы, отсутствие ипохондрии. Как видно из приведенного списка характеристик, врач нацелен на директивный стиль взаимодействия с больным, не оговаривая особенности эмоционального подкрепления этого процесса. Он готов быть сопереживающим, но не всегда готов к истинному партнерству. Данный факт связан с защитой от психологической установки общества на медицинскую сферу как на сферу обслуживания.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭТАПОВ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА.

Первая встреча врача и больного. Психологическая сторона отношений «врач-больной» важна на всех этапах диагностического и терапевтического процессов, но особенно большое значение она приобретает при первой встрече, установлении психологического контакта, предшествующего диагностике и терапии. Оптимальный психологический контакт, по литературным данным, на 40% обеспечивает успешность, эффективность межличностного взаимодействия. Он может «теряться» в отдельные моменты коммуникации, и тогда врач, чувствуя дистанцированность пациента, «ускользающего» от общения, вновь возвращается к установлению психологического контакта с больным.

Контактная фаза общения. Это первый этап профессионального общения врача и больного. В течение контактной фазы врач знакомится со своим пациентом, между ними устанавливается психологический контакт, складывается первое впечатление друг о друге, формируются предпосылки для последующего межличностного взаимодействия. Первое впечатление больного о враче во многом определяет то, как пациент будет строить свои отношения с лечащим врачом, выполнять его назначения, принимать лекарства, соблюдать диету и режим, какими будут представляться перспективы выздоровления. Наиболее важная задача, стоящая перед врачом в контактной фазе взаимодействия с больным — произвести на больного нужное впечатление. У пациента должно возникнуть представление о том, что врач хочет и может ему помочь. Первое основывается на эмпатических способностях врача, второе — на его уверенной манере поведения. Невербальное поведение врача на этапе установления контакта важнее, чем вербальное поведение. На вербальном уровне взаимодействия, словами врачи говорят практически одно и то же, но невербально, интонациями, жестами, взглядами, они могут передавать совершенно различные сообщения, содержащие определенное отношение к больному и его проблемам. Невербальное сообщение содержит наиболее значимую информацию, на которую реагирует больной при первой встрече с врачом. По наблюдениям психологов, впечатление о человеке возникает в течение 18 с знакомства. К врачу предъявляются повышенные требования, касающиеся как внешнего вида, так и манеры поведения. Ощущение психологического контакта дает такой важный элемент невербального взаимодействия, как контакт глазами (взгляд). Поэтому в первые же секунды профессионального общения врач должен посмотреть в глаза своему пациенту, давая понять, что готов внимательно его выслушать. Убедив взглядом больного в надежности и прочности психологического контакта, врач спрашивает о причинах визита. С этого момента начинается вторая фаза общения — фаза ориентации.

Фаза ориентации. На протяжении контактной фазы врач стремится расположить к себе больного, принимая естественную, асимметричную, открытую позу, контролируя жесты и мимические реакции лица, интонации голоса, громкость, темп и ритм речи. Одновременно он учитывает невербальные особенности поведения пациента, оценивая его позу, мимику, жесты, и это позволяет составить представление об особенностях состояния больного. Контактная фаза очень короткая, она длится несколько секунд и заканчивается с началом вербального контакта между врачом и пациентом. Обычно контактная фаза завершается, когда врач задает свой первый вопрос: «На что Вы жалуетесь?». С этого вопроса начинается вторая фаза общения между врачом и больным — фаза ориентации.

Активное слушание. В ответ на вопрос врача больной начинает излагать свои жалобы, рассказывает о неприятных болевых ощущениях, о характере и времени возникновения боли, о разнообразных переживаниях дискомфорта, связанных для него с его болезненным состоянием. Часто, рассказывая о симптомах заболевания, пациент использует элементы интерпретации, обычно очень субъективные, в которых раскрывается эмоциональная значимость для него симптомов. Прежде чем перебить больного и начать проводить опрос по традиционной схеме, задавая уточняющие вопросы, врачу следует вначале просто послушать то, что пытается передать ему собеседник. Бывает, что, принимая большое количество пациентов каждый день, врач, еще не слыша своего очередного больного, уже заранее предполагает, что именно тот хочет ему сказать. Поэтому так важно, не перебивая некоторое время больного, просто послушать его и постараться услышать в этом свободном речевом потоке то, что хочет сказать пациент. При этом актуализируется такой профессиональный навык врача, как активное слушание, то есть активное восприятие и осознание, с одновременным структурированием речевого сообщения и выделением в нем отдельных смысловых единиц, всей полноты поступающей информации, а не выборочная фиксация фактов, которые настроен услышать врач. Слушая пациента, следует некоторое время не перебивать его, не задавать вопросов и не делать замечаний, которые могут помешать больному излагать свои жалобы, не подсказывать дополнительные детали, внушающие неосознаваемые установки и ожидания врача, способные изменить всю картину в целом. Слушая таким образом больного, врач получает первое представление о нем.

Свободно излагая жалобы такому внимательному и профессиональному слушателю, как врач, больной уже испытывает некоторое облегчение просто от того, что его внимательно, доброжелательно, не прерывая, выслушали. В фазе ориентации врач, предоставляя пациенту возможность свободно высказываться, может в определенной

степени обеспечить реализацию такого терапевтического механизма, как катарсис. Понятие катарсиса ввел еще Аристотель, который утверждал, что через сочувствие и страх трагедия добивается очищения (катарсиса) духа. Как синоним в русском языке употребляется термин «отреагирование». За отреагированием, как правило, следует уменьшение эмоционального напряжения и чувство облегчения. Катарсис в психоанализе определяется как освобождение от негативного эмоционального опыта (негативных эмоциональных переживаний) путем отреагирования этого опыта (этих переживаний). Частичное отреагирование в беседе с врачом отрицательных эмоциональных переживаний, связанных с болью, страданием, физическим дискомфортом, снижает у пациента уровень напряжения и тревоги. Активное слушание жалоб больного в фазе ориентации — элемент психотерапевтического воздействия, знакомый каждому врачу.

Второй психотерапевтический элемент, содержащийся в фазе ориентации — это приобретаемый больным коррективный эмоциональный опыт. Коррективный опыт связан с тем, что больной, не встречая осуждения или оценки со стороны врача, перестает бояться собственных эмоций, связанных с теми или иными болезненными ощущениями, и начинает свободнее их выражать. Часто нивелирование, выравнивание интенсивных эмоциональных реакций приводит к уменьшению интенсивности субъективного восприятия боли. Пациент становится точнее в описаниях своих симптомов, что помогает врачу получить более полное представление о течении его болезни.

Вторая фаза установления профессиональных отношений «врач-больной» также достаточно короткая — 2-3 мин. Но уже на этом этапе общения, когда врач слушает, а пациент свободно излагает свои жалобы, могут формироваться и оказывать своё воздействие на больного специфические психологические феномены, оказывающие и психотерапевтический эффект. Помимо механизмов катарсиса и коррективного эмоционального опыта, к ним относятся проекции и контрпроекции.

Проекции и контрпроекции в отношениях «врач-больной». Как общий механизм восприятия и интерпретации поведения и намерений других людей, проекция означает приписывание им своих собственных психологических черт, перенос вовне, на окружающих, своих проблем. Во взаимоотношениях «врач-больной» пациент склонен приписывать врачу те черты, которые должны помочь справиться с болезнью. Рассматривая личность врача как значимую фигуру, обладающую определенными магическими способностями, пациент может его идеализировать, ожидая быстрого и эффективного излечения от всех недугов, надеясь подчас не только на избавление от соматической болезни, но и, часто бессознательно, на разрешение своих психологических проблем. Это ожидание помощи, не только в избавлении от болезни, но и в

удовлетворении потребностей и надежд, неудовлетворенных ранее (потребностей в нежности, сочувствии, принятии), приводит к формированию *переноса* (трансфера). Больной переносит на врача свой прошлый опыт отношений со значимыми людьми, ожидания и надежды, которые существовали в этих отношениях. В том случае, когда пациент переносит на врача положительные чувства, связанные с позитивным опытом взаимоотношений в прошлом, говорят о *положительном переносе*. Если же больной переносит на врача негативные чувства, связанные с прошлым отрицательным опытом построения отношений, — чувства раздражения, недоверия, враждебности, то говорят об *отрицательном переносе*. Например, это может быть связано с воспитанием в неблагополучной семье, в семье лиц, злоупотребляющих алкоголем или употребляющих наркотики, когда родители мало внимания уделяют ребенку. Во взаимоотношениях с врачом пациент может спроецировать на него *амбивалентный* эмоциональный опыт, переживая по отношению к нему чувства настороженности и нежности, доверия и враждебности. Переносные реакции больного — позитивные, негативные, амбивалентные — усложняют коммуникацию с ним, влияют на эффективность взаимодействия.

Не только больной ассоциирует с образом врача прошлый опыт эмоциональных отношений с другими людьми, но и врач бессознательно переносит на больного свои ожидания, установки, связанные с прошлым общением. Невольно опираясь на этот опыт, врач строит отношения с больным соответствующим образом, ожидает от пациента определенного поведения, эмоциональных реакций. Феномен переноса врачом на больного опыта прошлых эмоциональных отношений с соответствующими ожиданиями, установками в отношении поведения больного, называется *контрпереносом* (антитрансфером). Как и перенос, контрперенос может быть *положительным* или *отрицательным*, в зависимости от того, какие эмоции, негативные или позитивные, какие установки и ожидания врач переносит на своего пациента. Отношения, складывающиеся между врачом и больным, это обычно смесь реальных впечатлений и реакций друг на друга, с одной стороны, и, с другой — разнообразных взаимных реакций переноса, воспоминаний, ассоциаций.

По окончании фазы ориентации врач получает первичное представление о больном, после чего общение «врач — больной» переходит в третью фазу — фазу аргументации.

Фаза аргументации. Основное содержание фазы — получение дополнительной информации, которое может быть вербальным (расспрос больного, разнообразные уточняющие вопросы, которые появляются по ходу беседы, по мере изложения пациентом своих жалоб) и невербальным (осмотр больного). Впечатление, полученное при первом

контакте, остается у врача в процессе последующего общения, в определенном смысле определяя тот угол зрения, под которым он оценивает выявляемые признаки заболевания. Фаза аргументации — наиболее активная фаза общения. Длительность ее может быть различной, в зависимости от состояния больного, от его индивидуально-психологических характеристик, нозологической принадлежности болезни.

Для того, чтобы предварительный диагноз, полученный при расспросе и осмотре пациента в фазе аргументации, стал окончательным, обычно необходимо проведение дополнительных лабораторных исследований. Задача врача — не только выписать соответствующие направления, но и мотивировать больного к прохождению всех необходимых диагностических процедур. Для этого, во-первых, необходимо убедить больного в том, что результаты исследований необходимы для правильной постановки диагноза, назначения соответствующей терапии, быстрого улучшения самочувствия, эффективного излечения. Во-вторых, если диагностическая процедура неприятна и болезненна (фиброгастроскопия, бронхоскопия), следует в общих чертах рассказать больному, в чем заключается исследование, предупредить о возможных неприятных ощущениях, с которыми тем не менее возможно и необходимо справиться.

Фаза корректировки. Встреча с больным должна иметь завершение не только в профессиональном плане, но и в психологическом. Важно, какими словами врач заканчивает беседу. Известный в психологии «эффект края» говорит о том, что лучше всего запоминаются начало и конец встречи. В памяти больного должны сохраниться самые первые и последние слова врача, внушающие надежду. Последняя фаза общения «врач-больной», завершающая встречу, несет в себе лишь психологическую нагрузку. Задача этой фазы — оказать больному эмоциональную поддержку, внушить надежду на быстрый и благополучный исход событий. В фазе корректировки, как и в контактной фазе, невербальное поведение врача — его поза, жесты, взгляд, мимические реакции, интонации голоса — имеют большое значение. Важно содержание заключительной фразы, например, «Сделаем все возможное, чтобы Вам помочь», или «Теперь нас с Вами трое: Вы, я и Ваша болезнь. Если Вы будете на моей стороне, то мы ее победим». У каждого врача со временем вырабатывается своя собственная заключительная фраза, привычно завершающая встречи с больным. Она является частью профессионального «имиджа», произносится спокойным и уверенным голосом, сопровождается доброжелательным взглядом, жестом, провожающим и одновременно приглашающим пациента на следующую встречу.

Важной стороной взаимодействия медицинского работника и пациента является этика и деонтология — учения о нравственных основах поведения человека, в том числе в

условиях диагностического и лечебного взаимодействия. Наиболее важными этическими проблемами считаются проблемы: *врачебной тайны, эвтаназии, сообщения пациенту истинного диагноза его заболевания, патернализм* и другие.

Конфиденциальность в традиционном понимании подразумевает неразглашение сведений о больном, сохранение тайны болезни практически во всех без исключения случаях. В противном случае, если не будет гарантирована конфиденциальность, т.е. будут нарушены основополагающие этические принципы и к врачам многих специальностей добровольно не станут обращаться или при вынужденном обращении будут скрывать от них важные для диагностики и лечения сведения.

Сегодня законодательно ограничены ситуации, при которых допустимо нарушать принцип конфиденциальности — случаи непосредственной опасности для окружающих, связанной с симптоматикой заболевания. Однако за рамками закона остаются многие ситуации, не носящие характер непосредственной социальной опасности. К примеру, ситуация с *сообщением без согласия больного его родственникам, диагноза заболевания*. Что признать этически оправданным, «добродетельным» — сообщение жене о шизофрении, распознанной у ее мужа или укрытие этого факта? Добродетель в отношении кого более справедлива — в отношении больного мужа, который не хотел бы потерять семью, вследствие реакции жены на диагноз, или в отношении жены, которая на основании знаний об истинном диагнозе болезни мужа могла бы строить новую жизнь?

Врач решает эту задачу в настоящее время «индивидуально», но часто на основании собственных представлений о благе и вреде. Думается, что этот этический ребус должен всегда решаться в пользу больного. И сообщение близким родственникам диагноза его заболевания должно основываться только на доброй воле пациента.

Другим не менее сложной этической ситуацией считается *информирование больного о диагнозе его болезни*.

Чего же ждет больной от врача? Больной не знает, что с ним случилось, и поэтому хочет услышать название болезни, диагноз: ничто так не питает страх, как неопределенность. Пациент также хочет знать, что ему самому надо сделать, чтобы выздороветь; какими должны быть диета и режим, какие лекарства и процедуры принимать, сколько времени продлится лечение, есть ли перспективы на выздоровление и полное восстановление трудоспособности. Ему необходимы ободрение и эмоциональная поддержка: он хочет услышать, что болезнь его не так уж страшна, как кажется, и что ему можно помочь. Сообщая диагноз, лучше говорить понятным и простым языком, не употребляя терминов, которые имеют устрашающий оттенок.

Конечно, больной может заявить, что он хочет знать всю правду, но смягчить правду милосердием — вот достойная практика. Когда дело идет о том, чтобы сообщить больному его диагноз, такт и человечность должны стоять на первом месте. Лучше сказать о сердечном приступе, чем о тромбозе коронарных артерий; новообразование лучше, чем рак; повышенное давление лучше, чем гипертония. Эти слова не только более щадящие, но и понятны. Проблема сообщения диагноза особенно остро встает при тяжелых, неизлечимых заболеваниях (рак, СПИД).

Подразумевается, что знание больным диагноза своего онкологического заболевания мешает адекватному проведению необходимой терапии вследствие возможной и «высоко вероятной» негативной эмоциональной реакции пациента (вплоть до суицидальных попыток). В то же время неопределенность может нести защитные психологические функции.

Предложенная в литературе трактовка адаптивного влияния неопределенности для пациента, затрагивающей информацию о диагнозе онкологической патологии, прогнозе заболевания и прочих сопутствующих событий, учитывает ситуативное влияние информированности пациента на его психологический статус. В то время, как отдаленные психические последствия действия неопределенности до настоящего времени в научной литературе не нашли своего отражения.

Одна категория больных, догадываясь о тяжести своего состояния, предпочитает делать вид, что ничего страшного не происходит, продолжает принимать лекарства, выполнять назначения врача, вести с ним беседы о возможных сроках выписки. Создается впечатление, что такие пациенты сами начинают в это верить. Часть больных пытается убедить врача, что им необходимо знать правду, пусть самую страшную и безнадежную, они сумеют пережить это известие, чтобы достойно, в отведенные для них сроки, закончить начатые дела, попрощаться с друзьями и родными, психологически подготовить себя к финалу, подведя итоги прожитой жизни. Такая позиция психологически кажется вполне понятной и даже убедительной. Однако в каждом конкретном случае врач задает себе вопрос: «А действительно ли этот пациент хочет знать правду? Может быть, за подобным желанием скрывается тайная надежда, что врач пощадит его чувства, успокоит и обнадежит?» Возможно, на самом деле больной, таким образом, требует: «Обещайте мне, что я не умру». В отношении тяжелых, умирающих больных, как правило, врач занимает щадящую позицию и, даже сообщая о неизлечимой болезни, делает это так, чтобы сохранить у пациента надежду, рассказывая о возможности длительной ремиссии или о недавно предложенном новом лекарственном средстве, оказывающем терапевтическое действие, способное замедлить течение болезни и даже

привести к полному излечению. Поступая таким образом, врач не обманывает своего пациента, так как действительно с полной уверенностью не может прогнозировать течение и исход заболевания. В то же время, вера больного и его желание выжить действительно могут активизировать защитные силы организма, отдалить исход, или, по крайней мере, придать смысл последним дням его жизни.

В практике могут встречаться еще более трудные в этическом отношении ситуации. Предположим, что к психиатру обращаются родители, усыновившие ребенка и через пять лет после усыновления отмечающие у него психические отклонения. Что считать этически правильным поступком, сообщение им о наличии, к примеру, врожденного и терапевтически резистентного умственного дефекта у ребенка и тем самым невольное подталкивание к возврату ребенка в детский дом или же занятие позиции защиты ребенка и умолчания истинного диагноза заболевания?

Не менее психологически и этически сложными оказываются случаи, при которых сам пациент требует дать ему полную информацию о его психической болезни. Этически оправданным можно считать информирование пациента, но только в такой форме, которая не приведет к ухудшению его психического состояния или суициду.

Патернализм также можно отнести к этическим проблемам медицины. Суть его заключается в этической оценке возможности и допустимости принятия врачом на себя роли человека, диктующего больному, как тому следует поступать в жизни. Зачастую врач распространяет свое влияние на области жизни пациента, которые не имеют непосредственного отношения к его болезни. В частности, врач берет на себя ответственность за категорические рекомендации по поводу замужества и женитьбы, разводов, деторождения, поступления на работу или увольнения с нее. Врач не имеет этического права давать совет, поскольку любой из них будет обосновываться не медицинскими, а его собственными нравственными критериями. Противоположностью патернализма является взаимоотношения врача и пациента на платформе сотрудничества и партнерства.

Конфликты при оказании медицинской помощи

Кардинальные изменения нормативной, организационной, технологической и экономической базы здравоохранения за последние 10 лет обусловили особое внимание к проблемам правоотношений пациентов с государством, конкретными лечебными учреждениями и медицинскими (фармацевтическими) работниками. Этот интерес, главным образом, определяется возрастающей неудовлетворенностью населения качеством медицинской помощи и недостаточным уровнем реализации прав и законных интересов пациентов в сфере здравоохранения.

В Украине эти проблемы (и пути их решения) приобретают ряд специфических особенностей в связи с кризисным состоянием здравоохранения, ростом самосознания граждан и предполагаемым, и вполне реальным внедрением механизмов обязательного социального медицинского страхования. Можно выделить ряд современных тенденций гражданско-правовых отношений в сфере здравоохранения:

- несовершенство правового поля в сфере здравоохранения, в т.ч. по отношению к присоединению Украины к международным правовым актам в этой области;
- многочисленные нарушения законодательных норм в сфере охраны здоровья, особенно в части социальных гарантий и защиты прав и законных интересов пациентов;
- возрастающая ориентированность пациентов к претензиям на низкое качество медицинской помощи и обжалованию ненадлежащих действий медицинского персонала в судебные инстанции;
- прогрессирующий рост гражданских исков к лечебно-профилактическим учреждениям на несоблюдение требований Закона Украины "О защите прав потребителей" при оказании медицинской помощи; превалирование гражданской ответственности медперсонала над уголовной;
- преобладание в содержании исков вопросов этического и правового содержания, материальных претензий, требований возмещения материального и морального ущерба в связи с неудовлетворенностью медицинской помощью;
- возрастание необходимости экспертной оценки объемов и качества медицинской помощи, ее соответствия нормативным стандартам;
- усложнение судебно-медицинских экспертиз по т.н. "медицинским происшествиям"; возросшая профессиональная эрудиция и медико-правовая грамотность участников судебных процессов;
- практически нулевой уровень участия в экспертизе качества медицинской помощи профессиональных медицинских ассоциаций и общественных организаций защиты прав пациента.

В системе правоотношений между медицинскими работниками и их пациентами могут возникать конфликты и, так называемые, медицинские происшествия, требующие медико-правовой и юридической оценки. Статистика медицинских ошибок и вреда, причиненного пациентам медицинским персоналом, не известна. Тем не менее, опыт свидетельствует о том, что "жертвы" медицинского вмешательства желают:

- адекватного объяснения случившегося;
- извинений, если это необходимо;

— уверенности в том, что происшедшее с ними для медработников послужило уроком и подобное не должно повториться с другими;

— своевременной и адекватной компенсации причиненного здоровью вреда.

Предпосылок возникновения конфликта множество. Они могут быть объективными и субъективными. К объективным предпосылкам относятся нарушения медперсоналом деонтологических норм и очевидные дефекты диагностики и лечения. Субъективные предпосылки заключаются в своеобразном психологическом состоянии многих пациентов. Известно, в частности, что процесс оказания медицинской помощи относится к категории "трудных" для больного ситуаций, сопровождающихся стрессогенными влияниями и отрицательными переживаниями. Эти ситуации, как правило, сопровождаются осознанием личностью угрозы здоровью, трудностей, связанных с ограничением режима, препятствий к реализации целей, состоянием психической напряженности, заметным изменением привычных параметров деятельности и общения. С другой стороны, predisпозицией конфликта могут быть определенные личностные особенности пациента в виде претенциозности, повышенной обидчивости, недоброжелательности и т.п.

Суть конфликтов в системе врач (медицинский работник) — пациент заключается в столкновении мнений, взглядов, идей, интересов, точек зрения и ожиданий участников взаимодействия.

Конфликты принято делить на *реалистические (предметные)* и *нереалистические (беспредметные)*. Реалистические конфликты вызваны неудовлетворением требований и ожиданий участников, а также несправедливым, по их мнению, распределением каких-либо обязанностей, преимуществ и направлены на достижение конкретных результатов. Нереалистические конфликты имеют своей целью открытое выражение накопившихся отрицательных эмоций, обид, враждебности, когда острое конфликтное взаимодействие становится не средством достижения конкретного результата, а самоцелью. Первый тип конфликта часто связан с несовпадением ожиданий пациента с реальностью. Поводом может служить несоответствующее представлениям о должном поведении медицинского персонала (грубость, неучтивость), проведение процедур (нерегулярность, непунктуальность, халатность), санитарно-гигиенические условия нахождения в стационаре (грязь, шум, запах), неправильная диагностика или неверное назначение терапии. Второй конфликт нередко обусловлен предвзятым отношением пациента к медицинской службе, в целом или к отдельному врачу, в частности.

Непосредственными причинами конфликтов могут быть следующие обстоятельства:

1. Неудовлетворенность пациента конечным результатом лечения (обоснованная или необоснованная).

2. Деонтологические просчеты мед.персонала самонадеянно-легкомысленного характера, вводящие больного или родственников в заблуждение.

3. Реальные дефекты медицинской помощи, в т.ч. с официально и неофициально произведенным материальным поощрением от больного.

4. Ятрогенные обстоятельства, прямо или косвенно связанные с причинением пациенту вреда, как последствия его взаимодействия с медицинским персоналом во всех ятрогенных сферах — диагностической, тактической, лечебной, лечебно-деонтологической, организационной.

В происхождении конфликтов между медперсоналом и пациентом большую роль играет переработка больным информации, связанной с ситуацией болезни и лечения (внутренняя картина болезни по Р.А.Лурия, 1977). По данным В.В.Николаевой (1987), внутренняя картина болезни (ВКБ) — "это комплекс вторичных психологических по своей природе симптомов заболевания, который в ряде *случаев* может осложнять течение болезни, препятствовать успешности лечения и тормозить ход реабилитации. Этот вторичный комплекс сам по себе может стать источником стойкой инвалидизации больного. Важным ситуационным фактором, формирующим ВКБ, становится вся ситуация лечения: тяжесть и длительность процедур, степень зависимости больного от медицинской аппаратуры и персонала, содержание и стиль взаимоотношений больного с медперсоналом".

Конфликт как результат противостояния пациента и медицинского работника выражается в следующем:

1. Нарастание негативизма больного сталкивается с игнорированием его мнения врачом.

2. В общении превалируют негативные эмоции с формированием "образа врага".

3. Нанесение морального *ущерба* врачом (грубое обращение) усиливает категоричность претензий в исковых заявлениях пациентов.

4. Все ресурсы мобилизуются для победы над оппонентом, а не над недугом.

В ситуации конфликта пациенты используют как достоверную, так и искаженную информацию. Факторы, влияющие на искажение информации, можно сгруппировать следующим образом:

— стресс;

— недостаток информации об оппоненте, который восполняется домыслами обычно негативного характера;

— чем выше уровень мотивов конфликта (жизнь, здоровье), тем выше степень искажения;

— ограниченность кругозора;

— состояние алкогольного или наркотического опьянения.

Наиболее распространенной причиной конфликтов в системе "пациент — медперсонал" являются неблагоприятные последствия (исходы) оказания медицинской помощи.

Психологические аспекты возникновения конфликтов между врачом и пациентом в условиях страховой медицины

Когда медицина переходит к страховой, она перестает быть только видом оказания медицинской помощи и постепенно превращается в сферу цивилизованного предоставления услуг. Некоторые ученые и практики не признают право на существование в медицине понятия "услуга". Врач, считают они, оказывает больному помощь. Услуга, по мнению хранителей традиций, — понятие из сферы быта, оно ассоциируется с рыночными отношениями.

За различиями в понятиях "помощь" и "услуга" скрывается важнейшая психологическая и нравственная проблема обновляющейся медицины. Это проблема противоборства и сосуществования *двух* менталитетов. По—разному работает и общается с пациентами врач, настроенный только на оказание помощи больному, и врач, понимающий, что он при этом еще предоставляет услуги. Точно так отличается поведение и запросы человека, который пришел в клинику за медицинской помощью, и человека, который намерен воспользоваться услугами современного медицинского учреждения.

Менталитет - склад ума, умонастроение — это качественное своеобразие интеллектуальной переработки человеком (совокупностью людей) информации о себе и окружающей действительности.

Неотъемлемым атрибутом менталитета конкретной личности являются понятия, которыми она руководствуется. Вот почему важно оттенить различия понятий "оказание помощи больному" и "предоставление услуг пациенту" и в этом плане привести точку зрения академика В. В. Бойко [22] о том, что любое медицинское вмешательство предполагает помощь больному — устранение причины заболевания, полное или частичное избавление человека от недуга или облегчение его страданий. Помощь оказывают по объективным показаниям. Ее не рекламируют, не продвигают как товар, не предлагают на выбор. Медицинская помощь не рассматривается в контексте конкуренции. Эффективность оказания медицинской помощи определяется на основе разработанных

стандартов. Однако многие, если не все, виды медицинской помощи могут осуществляться в форме услуг.

Услуги предоставляют, продают и оплачивают, поэтому они обладают всеми признаками предмета рыночных отношений. Услуги, как и любой товар, производят, потребляют, рекламируют и продвигают к потребителю. В сфере оказания услуг происходит конкуренция, определяется и прогнозируется спрос. Качество услуг выявляется на основе оценок потребителей, субъективного чувства удовлетворенности. Предоставление услуг сопровождается сервисом — их производитель делает все, чтобы привлечь, а затем удержать потребителя. Медицинская помощь, попавшая в разряд услуг, осуществляется с учетом таких компонентов, которые она сама по себе в обязательном порядке не предполагает — заказной комфорт, выбор пациентом вариантов решения проблемы и достижения индивидуальной эстетики.

Когда оказание медицинской помощи облекается в форму предоставления платных услуг, понятие "больной" становится неточным и узким и потому заменяется более емким — "пациент или "клиент". Смена понятий "больной" на "пациент" — явление лингвистическое, и оно отражает новизну отношений, которые возникают между представителем медицины и человеком, обратившимся к нему за помощью. Это отношения не только между врачом и больным в традиционном значении упомянутых слов, это также отношения производителя и потребителя услуг.

Потребитель услуг обладает правом выбора — где, когда, в каком объеме, у какого врача, по какой цене получить медицинскую помощь. Оплачивая услуги, он автоматически попадает под защиту прав потребителя и может предъявить претензии к медицинскому персоналу и учреждению. При этом важно подчеркнуть, что потребитель услуг вправе высказать недовольство по поводу качества, как лечения, так и обслуживания, потребовать компенсацию за вред, нанесенный здоровью, и за моральный ущерб, нанесенный его личности. Потребитель услуг вправе предъявить требования к личности доктора и деонтологическим аспектам его работы. При получении медицинской помощи об этих категориях больные обычно не размышляют.

Менталитет пациента — потребителя услуг и менталитет больного, нуждающегося в помощи, — разные психологические образования. Многие трудности в сфере платной медицины происходят, прежде всего, потому, что не все врачи настроились на ментальность потребителя услуг и продолжают действовать в расчете на ментальность больного.

Менталитет "среднестатистического" больного в государственном медицинском учреждении можно описать словами — человек "на конвейере" с присущими ему

атрибутами: очередь, принудительное время для лечения, ограниченная возможность выбора врача, неприятное впечатление от санитарного состояния поликлиник и кабинетов, сниженное внимание со стороны персонала, бесполезность предъявления претензий. Непременным атрибутом менталитета больного из уходящей эпохи было осознание своего зависимого положения: по собственному усмотрению врач мог уделить больше или меньше внимания его случаю и личности. Поэтому большинство людей, имеющих опыт больного "на конвейере", не любят появляться у врача. Приходят на прием лишь тогда, когда возникает боль, не имеют привычки регулярно посещать профессиональные осмотры.

Менталитет потребителя услуг выражается краткой, но емкой формулой: "за свои деньги я хочу получить то, что хочу". При этом суть притязаний потребителя не меняется в зависимости от того, сколько он заплатил или готов заплатить — много или мало. В любом случае он хочет, чтобы полностью были учтены его жалобы и пожелания, чтобы ему было оказано исключительное внимание, чтобы с ним детально все согласовали, чтобы ему понятно все разъяснили.

Совсем новое в менталитете потребителя услуг то, что он, взаимодействуя с врачом, свободно проявляет разные свои личностные особенности — интеллект, характер, эмоции, нравственные принципы. Иной пациент демонстрирует свою личность без всякого стеснения, вплоть до того, что искажает договоренности, достигнутые с врачом, привирает в свою пользу и напрасно наговаривает на медицинский и обслуживающий персонал.

Различия в менталитете врача, который настроен лишь оказывать помощь больному, и врача, который понимает, что, кроме того, он предоставляет услуги пациенту — довольно существенны. Это разные персоны, олицетворяющие различные философии и подходы к своей деятельности. Это представители разных культур — "коммунальной" и "персонифицированной". Врач, исповедующий принцип "коммунальное", "конвейерности" во взаимодействии с больными, лечит поточным методом, он — "технарь", возможно, высокого класса. Врач, ориентированный на личность пациента, вносит во взаимодействие с ним гуманистические ценности и одушевляет процесс лечения.

При совпадении менталитетов врача и пациента в их взаимодействии появляется гармония, а в случае различий в ментальностях — напряжение, взаимное непонимание и конфликт. Типичный конфликт происходит не из-за того, что врач плохо знает свое дело, а потому, что он не посчитался с личностной реальностью пациента: не принял во внимание все его пожелания, не учел характер, интеллект, нравственные свойства, не

отреагировал на индивидуальные показатели здоровья. Такое отношение к себе пациент воспринимает как знак принижения его достоинства и потому реагирует в ответ эмоционально. Ситуация буквально взрывается, если врач игнорирует психологически проблемную личность, требования которой могут быть неординарными, а поведение — непредсказуемым.

Перестройка ментальности врачей на предоставление персональных услуг пациенту не исключает издержек, парадоксов и нарушения медицинской этики. Опыт показывает, что некоторые сотрудники частных клиник пришли к выводу: если пациент имеет право выбора врача, то и врач может выбирать себе пациента. Под тем или иным предлогом почти все врачи стараются не иметь дело с проблемными личностями - трудными в общении, привередливыми, неуравновешенными. Задачу видят в том, чтобы своевременно распознать таких пациентов и в корректной форме распрощаться, не приступая к лечению. Способы разные: "напугать" стоимостью, посоветовать обратиться к другому специалисту, дать время на размышление, послать на дополнительное обследование и т.д.

С одной стороны, считает В.В. Бойко, по- человечески докторов можно понять: зачем тратить силы и нервы на взаимодействие с проблемной личностью, если за то же время и за те же деньги можно лечить более приятного пациента. С другой стороны, такая ментальность полностью перечеркивает миссию оказания помощи тому, кто в ней нуждается. Работая в государственном учреждении, врач не может даже подумать о таком. Попробуй он заявить: «Эту дамочку "с приветом" я лечить не хочу и не буду". Ему сразу напомнят о клятве Гиппократы. Частное медицинское учреждение не освобождает врача от медицинской этики и не выдает индульгенцию в случае отступления от нее

Решение отказать пациенту в предоставлении услуг может быть субъективным. Ведь врач и сам может быть проблемной личностью. Наши свойства накладывают отпечаток на выбор партнеров и отношения с ними. Иной врач, руководствуясь своими соображениями, так "профильтрует" пациентов, что среди них останутся только восторженные почитатели его таланта или готовые безропотно выкладывать любые суммы за лечение

Еще большую угрозу нравственности и престижу клиники представляет коллективный настрой на фильтрацию пациентов по признаку "желательный - нежелательный". Доктора делятся «технологией отказа»: как заметить проблемного пациента как его вежливо отправить за порог, как об этом сообщить другому коллеге, чтобы он "не обжегся". Замечено: когда приток посетителей в клиниках снижается,

избирательность врача притупляется — готов взять любого пациента. Если же запись пациентов обеспечена вперед, избирательный подход заостряется.

Как выйти врачам из такой напряженной ситуации, когда личные интересы сталкиваются с медицинской этикой? В конце концов, врач — тоже человек и имеет право позаботиться о своем здоровье.

Во-первых, надо внести решительные коррективы в свой менталитет: принять как должное главный принцип предоставления платных *услуг*, чем выше класс обслуживания, тем выше степень готовности персонала выполнять любые разумные желания клиента, невзирая на его характер и причуды. Условие одно — пусть платит деньги. Обоснованность такой позиции доказывает мировой опыт. В шикарных салонах, элитных отелях и медицинских учреждениях делают все возможное для клиента, в том числе, для нестандартного и привередливого. Более того, гордятся этим. Для врача, работающего в платной медицине, указанный принцип может быть сформулирован так: профессионализм доктора тем выше, чем отчетливее выражена его способность находить подход к самым трудным в психологическом плане пациентам.

Во-вторых, следует позаботиться о повышении порога профессиональной коммуникативной толерантности, т.е. уровня терпимости к пациентам, которые чем-то не нравятся и с которыми трудно работать. Надо быстро и безошибочно научиться распознавать проблемных пациентов. Но не для того, чтобы отказать им в обслуживании, а чтобы правильно взаимодействовать с ними — предупредить возможный конфликт, преодолеть его, если он возник, или защитить себя при помощи мер психологического и юридического содержания.

С целью оценки успешности усвоения вышеизложенного материала предлагается решить следующие задания:

Задание №32. Ощущение психологического контакта дает такой элемент невербального общения как:

- А) взгляд в глаза
- В) жест приветствия
- С) поворот корпуса тела и головы в сторону больного
- Д) кивок головой
- Е) интонаций голоса

Задание №33. Проекция — это:

- А) приписывание больным врачу собственных негативных черт
- В) проецирование в ситуацию взаимоотношений с врачом наиболее значимых психических травм детского возраста
- С) перенос больным на врача прошлого опыта взаимоотношений со значимыми людьми
- Д) перенос больным на врача детских фантазий и мечтаний
- Е) перенос врачом на больного прошлого опыта взаимоотношений со значимыми людьми

Задание №34. Пациент, как правило, расценивает «идеального врача» как лицо:

- А) одного с ним возраста и пола
- В) более младшего возраста и одного с ним пола
- С) более старшего возраста и одного с ним пола
- Д) более младшего возраста и противоположного пола
- Е) более старшего возраста и противоположного пола

Задание №35. Больная Л., 50 лет, находится в онкологическом центре по поводу злокачественного новообразования правой молочной железы. Сестра пациентки попросила врача проинформировать ее про заболевание. Тактика врача в данном случае:

- А) Отказ информирования сестры о заболевании пациентки
- В) Информирование сестры о заболевании без согласия пациентки
- С) Полное информирование сестры о заболевании пациентки
- Д) Информирование сестры только с документацией и историей болезни
- Е) Информировать родственников об онкологической патологии должен зав.отделением.

Задание №36. Больная В., 49 лет, находится на лечении в гинекологическом отделении после операции экстирпации матки и яичников вследствие фибромиомы. Состояние больной удовлетворительное. Муж пациентки потребовал от врача подробного описания оперативного вмешательства. Тактика врача в данном случае:

- А) Полное информирование мужа после получения согласия на это пациентки
- В) Полное информирование мужа без предварительного согласования с пациенткой, т.к. он ее близкий родственник
- С) Категорический отказ в даче информации мужу

D) Информирование мужа после рассмотрения вопроса на ВКК

E) Предложить мужу получить разрешение на информацию через суд

Если Вы сомневаетесь в правильности решения или Вас что-то беспокоит, ещё раз прочитайте данный раздел информации и снова попробуйте решить задания. Только правильное их решение говорит о том, что информация Вами усвоена, и Вы можете переходить к изучению следующего материала.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

Актуальность темы. Термин «психосоматика» впервые был применен в начале XIX в. J.Heinroth (1818). Спустя столетие во врачебный лексикон было введено понятие «психосоматическая медицина». Под понятием «психосоматические» первоначально стали объединять такие заболевания, как ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, бронхиальная астма, псориаз и др., существенную роль в патогенезе которых играют неблагоприятные психические воздействия.

В современной медицине раздел психосоматики представляют клинические, психологические, эпидемиологические и лабораторные исследования, которые освещают роль стресса в этиопатогенезе соматических заболеваний, связь патохарактерологических и поведенческих особенностей с чувствительностью или устойчивостью к определенным соматическим заболеваниям, зависимость реакции на болезнь (поведения в болезни) от типа личностного склада, влияние некоторых методов лечения (хирургические вмешательства, гемодиализ и т. п.) на психическое состояние.

Отношение к психосоматике как самостоятельной области медицины до сих пор весьма неоднозначно. Однако большинство исследователей многие так называемые «болезни цивилизации», т.е. те, которые наиболее характерны для нынешней эпохи, считают психосоматическими. Со второй половины XX века в обществе наблюдается значительный рост психосоматических расстройств. По данным различных авторов, частота психосоматических расстройств (ПСР) составляет от 30% до 57% от общего числа пациентов первичной медицинской сети и колеблется в общей популяции населения от 11 до 52%. Такие различия в данных могут быть объяснены использованием различных диагностических критериев соматизации.

Лечение и профилактика ПСР невозможна без реализации целостного подхода к страдающему человеку, преодолевающего традиционную для прежней отечественной медицины дихотомии психического и соматического. Практическое владение навыками выявления психологических факторов риска развития психосоматической патологии является необходимым для профессиональной деятельности современного врача.

Цель обучения (общая). Уметь выявлять психосоматические расстройства и намечать тактику ведения пациента.

Конкретные цели: уметь	Цели исходного уровня: уметь
1. Определить основные психосоматические концепции в клинической психологии.	1.Сбирать жалобы, анамнестические данные, проводить физикальное обследование больного, интерпретировать данные инструментального обследования (кафедра пропедевтической и факультетской терапии).
2. Диагностировать и корректировать личностные особенности, предрасполагающие к возникновению психосоматических заболеваний.	2.Проводить исследование характерологических особенностей пациентов (кафедра психологии).
3. Знать психологическую характеристику основных психосоматических заболеваний.	
4. Определить основные механизмы психологической защиты.	
5. Обосновать тактику ведения больных с психосоматическими заболеваниями.	

Для оценки исходного уровня знаний предлагаются следующие задания:

Задание №37. У испытуемого по методике Леонгарда-Шмишека получены следующие результаты в сырых баллах: 1) гипертимность - 5б.; 2) тревожность – 4б.; 3) дистимичность – 2б.; 4)педантичность–3б.; 5)возбудимость - 1б.; 6) эмотивность – 3б.; 7) застревание – 6б.; 8)демонстративность – 5б.; 9) циклотимичность – 3б.; 10) экзальтированность – 4б..

Результаты свидетельствуют о том, что:

- А) У испытуемого явная акцентуация по экзальтированному типу
- В) У испытуемого явная акцентуация по застревающему типу
- С) У испытуемого есть тенденции к акцентуации по застревающему типу
- Д) У испытуемого есть смешанная тенденция к гипертимной и застревающей акцентуациям
- Е) У испытуемого нет признаков акцентуаций

Задание №38. У больной И., 15 лет, во время занятий в школе развился приступ удушья, во время которого она испытывала чувство нехватки воздуха, затрудненность выдоха, больная хватала ртом воздух. Во время приступа с окружающими не контактировала. По мнению матери, причиной приступа могла послужить конфликтная ситуация, возникшая у И. с учителем, на уроке которого и развилась одышка. Сама больная считает, что приступ у нее возник из-за сильного запаха мастики, которой накануне был натерт пол в классе. Из анамнеза известно, что в детстве мать рано перестала кормить больную грудью, с раннего детства у И. отмечался дерматит. Предположительный диагноз - бронхиальная астма. В программу дальнейшего исследования включено проведение аллергических проб на специфические аллергены, определение уровня IgE в сыворотке крови, Рo-графия ОГК.

Достаточно обоснован ли предварительный диагноз и достаточен ли объем дополнительных обследований?

- А) Предположительный диагноз достаточно обоснован, объем исследований достаточен
- В) Диагноз поставлен без достаточных оснований
- С) Диагноз и план обследования необоснованны
- Д) Диагноз поставлен правильно, но исследования назначены в недостаточном объеме
- Е) Дополнительные исследования назначены неправильно

Если при выполнении приведенных выше заданий возникли затруднения, необходимо обратиться к следующей литературе:

1. Вітенко Н.В. Загальна та медична психологія. К., 1996, стор.76-89.
2. Василенко В.Х. Внутренние болезни. М., 1978, стр. 22-31, 46-54, 68-79.
3. Маклаков А.Г. Общая психология . – СПб., 2000, 592с.

СОДЕРЖАНИЕ ОБУЧЕНИЯ

Граф логической структуры темы «Психосоматические расстройства» представлен на следующей странице.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ ПОДХОД В МЕДИЦИНЕ.

Представление о тесной взаимосвязи самочувствия человека с его психическим, прежде всего эмоциональным, состоянием является одним из важнейших в современной медицине и медицинской психологии.

Граф 5

Психосоматический подход сложился в связи с распространением представлений о том, что многие болезни возникают на почве множественных этиологических факторов и предполагает выявление роли и учет психологических феноменов, сопутствующих в той или иной степени формированию любого расстройства. Изучение психологических механизмов и факторов возникновения и течения болезней, поиск связей между характером психического стрессового фактора и поражением определенных органов и систем лежат в основе психосоматического направления в медицине.

Современные представления о **биопсихосоциальной концепции болезни**, сменившей в 70-е годы биомедицинскую модель, соответствуют положениям, высказанным еще в 40-х годах Р.А. Лурия, который писал о том, что «по существу вся медицина является психосоматической», имея в виду тот факт, что психологические, психосоциальные факторы в большей или меньшей степени включены в этиопатогенез любого заболевания, соматического или нервно-психического, влияя в той или иной мере на ход течения и исход болезни. «Нет только психических и только соматических болезней», - отмечает автор, - «а есть лишь живой процесс в живом организме; его жизненность и состоит в том, что он объединяет в себе и психическую, и соматическую сторону болезни».

Психосоматическая медицина представляет собой современную концепцию, науку о взаимоотношениях психических и соматических процессов, которые тесно связывают человека с окружающей средой. Она учитывает комплексные соматопсихосоциальные взаимодействия при возникновении, течении и терапии заболеваний.

В последние годы наибольшую популярность приобретает психосоматический подход к любым заболеваниям, охватывающий проблемы внутренней картины здоровья, конверсионных, соматогенных, соматизированных психических и ипохондрических расстройств, реакций личности на болезнь, умирание, смерть, отрыв от семьи, симуляцию, а также искусственно продуцируемые расстройства, в том числе синдромы Мюнхаузена (симуляция болезней, которые приводят к операции) и _ере (искусственное причинение болезни ребенку его собственной матерью) (Исаев Д.Н.,1996).

В настоящее время психосоматическая медицина решает три важных вопроса:

- 1) вопрос о пусковом механизме патологического процесса и начальной стадии его развития;
- 2) почему один и тот же сверхсильный психологический фактор у одних людей вызывает яркую эмоциональную реакцию и соответствующий комплекс вегетовисцеральных сдвигов, а у других людей эти сдвиги вообще отсутствуют;
- 3) почему психическая травма у одних людей вызывает заболевание сердечно-

сосудистой системы, у других – пищеварительного аппарата, у третьих – дыхательной системы, у четвертых – эндокринной системы и т.д. (проблема «выбора органа»).

ВАРИАНТЫ ВЗАИМОСВЯЗИ СОМАТИЧЕСКИХ И ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Три национальных школы внесли наибольший вклад в разработку проблемы психосоматической медицины: американская школа (F. Alexander, H. Dunbar, I. Weises, и G. Engel), разрабатывающая теоретические основы психосоматики на основе психоаналитических концепций; немецкая школа (W. Von Krehl, von Weizsacker, von Bergman), отдающая предпочтение разработке философских основ психосоматики, и отечественная школа, в которой основой изучения психосоматических расстройств является учение И. П. Павлова о высшей нервной деятельности. К настоящему времени с учетом соотношения соматических и психических расстройств возможно выделение следующих вариантов:

- соматическое и психическое заболевания могут сосуществовать у одного и того же больного независимо друг от друга;
- соматическое заболевание может быть непосредственным признаком появления тех или иных психических расстройств (делирий у больного сыпным тифом, депрессии у больного карциномой, о которой он не осведомлен);
- предыдущий вариант, но с присоединением невротической или депрессивной реакции больного на возникновение соматической болезни (при инфаркте миокарда, СПИДе, лучевой болезни). В этом случае речь идет о «второй болезни» (по Г. Е. Сухаревой, 1959 г.), или о нозогении, «нозогенной реакции» (по А. Б. Смулевичу, 1995 г.) и др.;
- соматические и психические изменения вследствие генетических изменений или раннего постнатального поражения мозга (соматические стигмы при психопатиях, невропатиях, врожденном сифилисе);
- дезинтеграция соматического функционирования (вплоть до маразма) вследствие тяжелого психического заболевания (при прогрессивном параличе, фебрильной или гипертоксической шизофрении).

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТРЕСС – КАК ФАКТОР ЭТИОПАТОГЕНЕЗА ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ.

Одной, из основополагающих проблем клинической психологии считается проблема реакций личности на психологический стресс. **Стресс** можно определить как неспецифическую реакцию организма на ситуацию, которая требует большей или

меньшей функциональной перестройки организма, соответствующей адаптации к данной ситуации.

Центральными вопросами становятся вопросы о механизмах формирования связанных со стрессом нарушений, выбором невротического или психосоматического пути синдроменеза, а также преморбидных индивидуально-психологических особенностях, способствующих и препятствующих появлению расстройств.

Считается, что в условиях воздействия на человека психической травмы возникает альтернатива: либо в связи со стрессоустойчивостью и под влиянием методов психологической защиты человек остается психически и соматически здоровым, либо он заболевает невротическим расстройством или психосоматическим заболеванием. Причем, по мнению некоторых ученых, альтернатива существует и внутри патогенного пути, и «психосоматические заболевания возникают у тех, кто в силу особенностей личности не может позволить себе невротический тип реагирования, демонстрацию тревоги или страха, фиксацию на своих ощущениях».

Таким образом, реакцией личности на стресс или фрустрацию могут быть, с одной стороны, невротические расстройства, при которых преобладают психологические и психопатологические проявления, и психосоматические расстройства, проявляющихся, в первую очередь, соматическими эквивалентами психических расстройств, с другой стороны. Эти группы нарушений демонстрируют различные способы переработки внутриличностного конфликта: психический и соматический. Невротический способ может проявляться как в условиях острого, так и в условиях хронического стресса; психосоматический - в большей степени связан с хроническим воздействием фрустрации и стресса. Отличительными особенностями являются и индивидуально-психологические свойства человека, склонного к одному из перечисленных способов переработки конфликта.

Патогенез стресса описал Г. Селье, введя понятие **адаптационного синдрома**, который, протекает различно в зависимости от того, в какой исходной ситуации находится организм. Г. Селье сформулировал понятие о стрессе как совокупности адаптационно-защитных реакций организма на любое воздействие, порождающее психическую или физическую травму. Он установил общий биологический эндокринно-химический механизм напряжения, вызванного травмирующим влиянием. Этот механизм последовательно «включает» три этапа:

- 1) реакцию тревоги («alarm reaction» по Г. Селье) с «фазой шока», «фазой противошока», которые представляют собой генерализованное усилие

- организма приспособиться к новым условиям;
- 2) стадию резистентности, наступающую вследствие перестройки организма в отношении травмирующего агента;
 - 3) стадию истощения, сменяющую состояние «напряженного резистентного покоя» во взаимоотношениях организма и продолжающей свое патогенное воздействие травмы.

Именно в фазе истощения происходит слом регулирующих механизмов с необратимыми соматическими изменениями. Общий адаптационный синдром может быть посредником между психосоциальным стрессом и психосоматическим заболеванием.

Таким образом, **психическая адаптация** человека может быть представлена как результат деятельности целостной самоуправляемой системы, активность которой обеспечивается не просто совокупностью отдельных компонентов (подсистем), а их взаимодействием и «содействием», порождающими новые интегративные качества, не присущие отдельным образующим подсистемам. «Результатом функционирования всей системы и является состояние психической адаптации, которое обеспечивает деятельность человека на уровне «оперативного покоя», позволяя ему не только наиболее оптимально противостоять различным природным и социальным факторам, но и активно и целенаправленно воздействовать на них» (А.А. Ухтомский).

Принципиальным отличием функциональной деятельности системы психической адаптации человека от всех других самоуправляемых систем является наличие механизмов сознательного саморегулирования, в основе которых лежит субъективная индивидуально-личностная оценка природных и социальных воздействий на человека. Благодаря этому осуществляется координирующее, направляющее вмешательство сознательной интеллектуальной активности человека в саморегулирующиеся процессы адаптации.

Адаптированная психическая деятельность является важнейшим фактором, обеспечивающим человеку состояние здоровья. В том случае, когда эти «способности» соответствуют уровню, необходимому для активной жизнедеятельности, или превышают его, можно говорить об адаптированной, «нормальной» психической деятельности человека.

Следует отметить, что любая новая жизненная ситуация вызывает стресс, но далеко не каждая из них бывает критической. Критические ситуации вызывают **дистресс**, который переживается как горе, несчастье, истощение сил и сопровождается нарушением адаптации, контроля, препятствует самореализации личности. Таким образом, дистресс –

это стресс-реакция, при которой защита от повреждающего фактора происходит с ущербом для организма, с ослаблением его возможностей. Чем выше интенсивность и длительность стрессорного воздействия, тем выше вероятность возникновения дистресса.

Признаки стрессового напряжения (по Шефферу):

- 1) невозможность сосредоточиться на чем-либо;
- 2) частые ошибки в работе;
- 3) ухудшение памяти;
- 4) частое возникновение чувства усталости;
- 5) очень быстрая речь;
- 6) довольно частые боли (голова, спина, область желудка);
- 7) повышенная возбудимость;
- 8) работа не доставляет прежней радости;
- 9) потеря чувства юмора;
- 10) резко возросшее число выкуриваемых сигарет;
- 11) пристрастие к алкогольным напиткам;
- 12) постоянное ощущение недоедания;
- 13) потеря аппетита;
- 14) невозможность вовремя закончить работу.

Обычно выделяют два типа кризисных ситуаций. Основа их выделения – возможность, которую они оставляют для человека в реализации последующей жизни.

Кризис первого типа – это серьезное потрясение, сохраняющее определенный шанс выхода на прежний уровень жизни. Например, человек, оставшийся в силу определенных причин без работы, имеет шанс ее найти снова.

Ситуация второго типа – собственно кризис – бесповоротно перечеркивает имеющиеся жизненные замыслы, оставляя в виде единственного выхода из положения модификацию самой личности и ее смысла жизни.

Все критические ситуации от сравнительно легких до самых трудных требуют от человека различной внутренней работы, определенных умений по их преодолению и адаптации к ним.

Различают четыре типа деятельности по преодолению критических ситуаций. В **гедонистическом типе** игнорируется совершившийся факт. Человек внутренне искажает и отрицает его, он говорит: «Ничего страшного не случилось». Далее человек формирует и поддерживает иллюзию благополучия и сохранности нарушенного содержания жизни. По сути, это – защитная реакция инфантильного сознания.

Реалистическое переживание или **реалистический тип** преодоления критических ситуаций базируется на принципе реальности. В его основе лежит механизм терпения, трезвого отношения к тому, что происходит. Человек в конечном итоге принимает реальность случившегося, приспосабливает свои потребности и интересы к новому смыслу жизни.

При этом бывшее содержание жизни, ставшее теперь невозможным, бесповоротно отбрасывается. Человек в данном случае имеет прошлое, но теряет историю.

Ценностный тип преодоления критических ситуаций признает наличие критической ситуации, повреждающий смысл жизни, но отвергает пассивное принятие удара судьбы. По сути, строится новое содержание жизни в связи с понесенной утратой. Например, потерявшая мужа жена стремится полностью заменить детям отца или же завершить начатое им дело. Ценностный тип может достичь и более высокого постижения смысла жизни, если он ориентирован на самоуглубление и самопознание. Человек при этом осмысливает жизнь в большом плане и распознает то, что в ней истинно значимо, приобретает житейскую мудрость. Именно она позволяет человеку сохранить верность ценности вопреки очевидной абсурдности и безнадежности такой позиции. Примером ценностного типа преодоления критических ситуаций может служить нравственное поведение, законом для которого являются собственные моральные принципы, а не внешние обстоятельства, какими бы жестокими они не были.

Другим типом преодоления данных ситуаций является **творческий**, или поведение сложившейся волевой личности, которая в критических ситуациях сохраняет способность сознательно и самостоятельно искать выход из критического поведения, благодаря имеющемуся социальному опыту.

Результатами такого поведения могут быть или восстановление прерванной кризисом жизни, ее возрождение, или перерождение ее в другую, по существу, иную жизнь.

Все описанные типы преодоления критических ситуаций, по сути, являются идеальными и в обычной жизни в чистом виде встречаются редко. Реальный процесс преодоления чаще всего включает в себя несколько типов или их вариантов. При этом степень сохранности личности зависит от того, какой из них доминирует. Гедонистический тип даже в случае успеха может привести к регрессу личности, реалистический удерживает ее от деградации, ценностный и творческий являются исходными для духовного роста и совершенствования личности.

МЕХАНИЗМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ ЛИЧНОСТИ.

Нередко все предпринятые конструктивные попытки не приводят к желаемой цели. Напряжение продолжает расти и человек перестает замечать альтернативные пути. Кроме того, рост напряжения часто сопровождается эмоциональным возбуждением, препятствующим рациональным процессам выбора: человек волнуется, впадает в панику, теряет контроль над собой и появляются разнообразные деструктивные последствия.

Во многих случаях снятие напряжения происходит с помощью [психологических защит](#).

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

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

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

Начиная с З. Фрейда и в последующих работах специалистов, изучавших механизмы психологической защиты, неоднократно отмечается, что привычная для личности в обычных условиях защита, в экстремальных, критических, напряженных жизненных условиях обладает способностью закрепляться, приобретая форму фиксированных психологических защит.

Один из концептуальных подходов к психологическим защитам, представлен Ф.В. Бассиным. Здесь психологическая защита рассматривается как важнейшая форма реагирования сознания индивида на психическую травму. Другой подход содержится в работах Б.Д. Карвасарского. Он рассматривает психологическую защиту как систему адаптивных реакций личности, направленную на защитное изменение значимости дезадаптивных компонентов *отношений – когнитивных, эмоциональных, поведенческих* –

с целью ослабления их психотравмирующего воздействия на Я – концепцию. По их мнению, этот процесс происходит, как правило, в рамках *неосознаваемой* деятельности психики с помощью целого ряда механизмов психологических защит, одни из которых действуют *на уровне восприятия* (например, вытеснение), другие – *на уровне трансформации* (искажения) *информации* (например, рационализация).

Все защитные механизмы обладают двумя общими характеристиками:

- они действуют на неосознаваемом уровне и поэтому являются средствами самообмана;
- они искажают, отрицают, трансформируют или фальсифицируют восприятие реальности, чтобы сделать тревогу менее угрожающей для индивидуума.

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

Функции психологических защит, с одной стороны, можно рассматривать как позитивные, поскольку они предохраняют личность от негативных переживаний, восприятия психотравмирующей информации, устраняют тревогу и помогают сохранить в ситуации конфликта самоуважение. С другой стороны, они могут оцениваться и как негативные. Действие защит обычно непродолжительно и длится до тех пор, пока нужна «передышка» для новой активности. Однако, если состояние эмоционального благополучия фиксируется на длительный период и по сути заменяет активность, то психологический комфорт достигается ценой искажения восприятия реальности, или самообманом.

Механизмы психологической защиты:

1. Вытеснение. Это процесс непроизвольного устранения в бессознательное неприемлемых мыслей, побуждений или чувств. Freud подробно описал защитный механизм мотивированного забывания. Он играет существенную роль в формировании симптомов. Когда действие этого механизма для уменьшения тревожности оказывается недостаточным, подключаются другие защитные механизмы, позволяющие вытесненному материалу осознаваться в искаженном виде. Наиболее широко известны две комбинации защитных механизмов: а) вытеснение + смещение и б) вытеснение + конверсия (соматическая символизация). Первая комбинация способствует возникновению фобических реакций, вторая - образует основу истерических реакций.

2. Регрессия. Посредством этого механизма осуществляется неосознанное нисхождение на более ранний уровень приспособления, позволяющий удовлетворять желания. Регрессия может быть частичной, полной или символической. Большинство

эмоциональных проблем имеют регрессивные черты. В норме регрессия проявляется в играх, в реакциях на неприятные события (например, при рождении второго ребенка малыш первенец перестает пользоваться туалетом, начинает просить соску и т.п.), в ситуациях повышенной ответственности, при заболеваниях (больной требует повышенного внимания и опеки).

3. Проекция. Это механизм отнесения к другому лицу или объекту мыслей, чувств, мотивов и желаний, которые на сознательном уровне индивид у себя отвергает. Нечеткие формы проекции проявляются в повседневной жизни. Многие из нас совершенно не критичны к своим недостаткам и с легкостью замечают их только у других. Мы склонны винить окружающих в собственных бедах. Проекция бывает и вредоносной, потому что приводит к ошибочной интерпретации реальности. Этот механизм часто срабатывает у незрелых и ранимых личностей.

4. Интроекция. Это символическая интернализация (включение в себя) человека или объекта. Действие механизма противоположно проекции. Интроекция выполняет очень важную роль в раннем развитии личности, поскольку на ее основе усваиваются родительские ценности и идеалы. Механизм актуализируется во время траура, при потере близкого человека. С помощью интроекции устраняются различия между объектами любви и собственной личностью. Порой вместо озлобленности или агрессии по отношению к другим людям уничижительные побуждения превращаются в самокритику, самообесценивание, потому что произошла интроекция обвиняемого.

5. Рационализация. Это защитный механизм, оправдывающий мысли, чувства, поведение, которые на самом деле неприемлемы. Рационализация – самый распространенный механизм психологической защиты, потому что наше поведение определяется множеством факторов, и когда мы объясняем его наиболее приемлемыми для себя мотивами, то рационализируем. Бессознательный механизм рационализации не следует смешивать с преднамеренными ложью, обманом или притворством. Рационализация помогает сохранять самоуважение, избежать ответственности и вины. В любой рационализации имеется хотя бы минимальное количество правды, однако в ней больше самообмана, поэтому она и опасна.

6. Интеллектуализация. Этот защитный механизм предполагает преувеличенное использование интеллектуальных ресурсов в целях устранения эмоциональных переживаний и чувств. Интеллектуализация тесно связана с рационализацией и подменяет переживание чувств размышлениями о них (например, вместо реальной любви – разговоры о любви).

7. Компенсация. Это бессознательная попытка преодоления реальных и воображаемых недостатков. Компенсаторное поведение универсально, поскольку достижение статуса является важной потребностью почти всех людей. Компенсация может быть социально приемлемой (слепой становится знаменитым музыкантом) и неприемлемой (компенсация низкого роста – стремлением к власти и агрессивностью; компенсация инвалидности – грубостью и конфликтностью). Еще выделяют прямую компенсацию (стремление к успеху в заведомо проигрышной области) и косвенную компенсацию (стремление утвердить себя в другой сфере).

8. Реактивное формирование. Этот защитный механизм подменяет неприемлемые для осознания побуждения гипертрофированными, противоположными тенденциями. Защита носит двухступенчатый характер. Сначала вытесняется неприемлемое желание, а затем усиливается его антитеза. Например, преувеличенная опека может маскировать чувство отвержения, преувеличенное слащавое и вежливое поведение может скрывать враждебность и т.п.

9. Отрицание. Это механизм отвержения мыслей, чувств, желаний, потребностей или реальности, которые неприемлемы на сознательном уровне. Поведение таково, словно проблемы не существует. Прimitивный механизм отрицания в большей мере характерен для детей (если спрятать голову под одеялом, то реальность перестанет существовать). Взрослые часто используют отрицание в случаях кризисных ситуаций (неизлечимая болезнь, приближение смерти, потеря близкого человека и т.п.).

10. Смещение. Это механизм направления эмоций от одного объекта к более приемлемой замене. Например, смещение агрессивных чувств от работодателя на членов семьи или другие объекты. Смещение проявляется при фобических реакциях, когда тревожность от скрытого в бессознательном конфликта переносится на внешний объект.

Психосоматическая личность и ее особенности.

В 50-60 гг. нашего века сложилась концепция профиля личности. Основная идея состоит в том, что для каждого психосоматического расстройства характерна определенная личностная структура. К общим характеристикам профилей личностей при различных психосоматических расстройствах относят:

- наличие хронических переживаний;
- наличие подавления эмоций, т.е. их вытеснение;
- стремление к невротическому соперничеству (конкуренция), т.е. невротик сравнивает себя с различными людьми и часто не в свою пользу.

В психосоматической медицине предполагается существование препсихосоматического личностного радикала – личностных особенностей, которые

приводят к заболеванию, т.е. очага психосоматической импульсации, фиксированного патопластического переживания. Он формируется в детском и подростковом возрасте, чаще у лиц холерического и флегматического темпераментов. Основной причиной формирования этого радикала является ущемление фундаментальных притязаний личности, особенно чувства достоинства, вытекающего из доминирующего инстинкта. При поражениях мозга и при наличии психофизиологического дефекта проявления радикала усугубляются.

Для всех психосоматических личностей в той или иной степени характерны общие признаки: ущемленность и связанная с ней обостренность чувства достоинства, эгоцентричность, сужение интересов, ограниченность и искажение иерархии ценностей, целей и потребностей, что проявляется в неадекватности притязаний, составляющих жизненный замысел индивида. Характерна утрированная мужественность, истероидность, озлобленность.

Психосоматический субъект отделен от своего бессознательного и тесно привязан к окружающему миру. Психосоматическая регрессия расценивается как регрессия «Я» на примитивный защитный уровень с тенденциями в виде соматизации.

Психосоматическая структура личности в большой степени определяется понятием «алекситимия» (греч. А – отсутствие, *lexis* – слово, *thymos* – эмоции). Предполагают, что особенно предрасположены к психосоматическим заболеваниям алекситимические субъекты (Sifneos P.E., 1973). Они отличаются бедным жизненным воображением и недостаточной эмоциональной включенностью в объективную ситуацию, ослаблением сопереживания. Лица с выраженным алекситимическим личностным радикалом обычно не способны описать тонкие нюансы своих чувств и часто вообще не находят слов для самовыражения. Они не осознают своих эмоциональных конфликтов, не могут их вербализовать, так что психосоматические расстройства могут быть результатом накопления эмоционального раздражения.

Для психосоматических больных характерны следующие признаки:

- своеобразная ограниченность способности фантазировать;
- типичная неспособность выражать переживаемые чувства;
- высокая приспособленность к товарищеским отношениям, их связи с конкретным партнером характеризуются своеобразной «пустотой отношений», они остаются на уровне конкретного «предметного» использования объектов;
- неспособность к истинным отношениям с объектом и к процессу переноса, при этом происходит тотальное идентифицирование с объектом: психосоматический больной существует, с помощью другого человека, поэтому потеря этой «ключевой

фигуры» часто обнаруживается как провоцирующая ситуация в начале болезни (феномен потери объекта привязанности).

МОДЕЛИ ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ.

Психодинамические концепции и «гипотеза специфичности» психологических факторов в генезе психосоматозов

Психоаналитическая теория

В основе психоаналитической теории лежат идеи внутриличностного конфликта – наличие в психике человека двух одинаковых по силе мотивов, но противоположных по направленности. Как правило, конфликт заложен в детстве и указывает на определенный тип личности. Например: развитие гипертонической болезни связано с внутриличностными конфликтами. При этом для больных характерно стремление к социально-нормативному поведению с одной стороны, с другой стороны – стремление властвовать над окружающими. Эти два мотива – противодействие, при котором возникает психическая и физиологическая напряженность, обуславливающая повышение артериального давления. При язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у пациента с одной стороны: потребность в защите, опеке, поддержке окружающих, а с другой стороны – неприемлемость себя, этой потребности, вытеснение ее.

Возникновение многих заболеваний можно понять на основе тенденции вытесненного влечения, которое проявляется через расстройство функции органа. Если эта тенденция – конверсия на орган – обратима, то речь идет о неврозе (истерия), но если же она не поддается обратному развитию и приводит к деструкции органа, то речь идет о психосоматическом заболевании.

Связь между психологическими феноменами и клиническими симптомами получила название *«гипотезы психосоматической специфичности»*.

Ортодоксальный психоанализ объяснял возникновение соматических расстройств относительно просто: поражение той или иной системы органов зависит от содержания бессознательного конфликта. Например, артроз сустава пальца возникает после того, как человек набрал номер телефона, ожидая неприятного разговора, а нервный зуд (экзема) есть ничто иное, как эквивалент полового акта, т.к. имеются все его фазы: нарастает напряжение и неудовольствие с потребностью разряд_е, затем сами действия (почесывание) и последующий спад напряжения (схема полового акта). В любом случае в бессознательной сфере имеется сексуальный конфликт, но невроз или сублимация не возникали, и в результате страдали внутренние органы.

Неофрейдисты (Г. Салливан, Э. Фромм, К. Хорни) рассматривали

психосоматическое заболевание более сложно – как результат нарушения биологических и социальных механизмов адаптации к общеприродной и социальной среде. Например, психосоматическая специфичность усматривается не в сексуальном конфликте, а в неотреагированном аспекте «выбора свободы и ответственности человека за то, что он выбирает». Э. Фромм, в частности, утверждает, что симптомы головной боли и болей в плечевом поясе есть своеобразная символизация эмоций озабоченности человека, выражение трудностей несения «бремени свободы».

С 50-х годов психосоматическая медицина связана с так называемой «групповой психодинамикой». Групповой конфликт ведет к социально нарушенным формам поведения, неврозам. Если нет возможности проявления этого бессознательного нежелания поддерживать контакт с группой в указанных формах, то «протест группе» выражается в соматическом заболевании. Симптомы болезни символизируют конфликты между индивидом и его социальным окружением.

«Теория психосоматической специфичности» Ф. Александера

Врач и аналитик Франц Александер (Alexander F.) предложил обширную и связанную теорию объяснения психосоматических связей. Возникновение и течение болезней управляется тремя группами переменных:

- 1) личностная диспозиция («психодинамическая конфигурация с соответствующими процессами психологической защиты»), которая складывается с детства.
- 2) провоцирующая эмоциогенная жизненная ситуация, когда какие-либо переживания и события предшествуют болезни, оживляя центральный бессознательный конфликт.
- 3) определенная конституция - «соматическая подверженность» или «неполноценность органа». Эту «уязвимость» органа иногда именуют «конституциональным фактором X», определяющим «выбор симптоматики».

Ф. Александер большое значение придавал «вегетативному сопровождению» эмоций в возникновении патологии органа. Если эмоция не отреагирована в действиях или в символической форме (конверсия), то это приводит к хроническим вегетативным сдвигам и в конечном итоге к деструкции органа. Чаще всего не могут свободно выражаться и реализовываться враждебные, эротические импульсы, чувство вины и неполноценности. Их бессознательное подавление и приводит к хронической дисфункции органов.

Концепция «личностных профилей» Ф. Данбар

Американский врач F. Dunbar определила корреляцию между соматическими типами реакций и постоянными личностными параметрами. Она изучила большое

количество больных с различными соматическими заболеваниями и заметила значительное сходство в особенностях личности больных одной нозологии.

Ф. Данбар описала личность, склонную к ангинозным жалобам и развитию инфаркта миокарда. Такие люди описываются как выдержанные, способные к деятельности с большой последовательностью и самообладанием, которые в состоянии отказаться от непосредственного удовлетворения своих потребностей ради достижения отдалённой цели.

В последующем были описаны: «язвенная личность», «артрическая личность» и т.д., полагая, что личностные профили имеют важное диагностическое, прогностическое и терапевтическое значение. Ф. Данбар описывает и общие особенности, присущие всем больным с психосоматическими расстройствами. Эти особенности выражаются в инфантильности, сильной способности к фантазированию, в недостаточной включенности в ситуацию, больные часто не способны к словесному описанию тонких нюансов своих чувств и переживаний.

Модель десоматизации-ресоматизации М. Шура

Развитие здорового ребенка М. Шур характеризует как процесс «десоматизации». Грудные дети в силу их недоразвитых, недифференцированных психических и соматических структур на внешние воздействия реагируют диффузно, соматически и бессознательно. Самые ранние детские реакции удовольствия и неудовольствия проявляются в некоординированной мышечной деятельности. Ребёнок отвечает на ситуацию страха двигательной бурей, эта тенденция может проявляться и позже. Психический и соматический элементы в реакциях у них еще неразсторжимо связаны друг с другом. По мере взросления соматических форм реагирования становится меньше и ребенок начинает позволять все более осознанные, когнитивные формы проработки опасностей и ситуаций страха (вторичные психические процессы, по Фрейду).

М. Шур рассматривал психосоматическую регрессию (ресоматизация) как шаг назад к первоначальному уровню, на котором душа и тело еще реагировали как единое целое, соматически разряжая напряжение. Ресоматизация возможна при «слабости» и нестабильности «Я», когда в отягощающих ситуациях активизируются бессознательные, невротические конфликты и под давлением неуверенности в себе может наступить регресс на инфантильно-соматические, физиологические формы реагирования.

Стресс и «неспецифичность» роли психосоциальных факторов в генезе психосоматозов

Существует альтернативная гипотеза о том, что психические факторы играют неспецифическую роль в многофакторном переплетении причин болезней.

Теория условных рефлексов и кортико-висцеральная теория

Русский физиолог И.П. Павлов (1849-1936) в рамках высшей нервной деятельности различал условные и безусловные рефлексы. Безусловные (врожденные, подкорковые) рефлексы соответствуют тому, что понимается под инстинктами и побуждениями, и служат удовлетворению элементарных потребностей. Условные рефлексы прижизненны и являются результатом научения. При построении психосоматических теорий модель условных рефлексов оказалась интересной. В частности, экспериментально показано, что приступы бронхиальной астмы на введение антигена удается у животных условно-рефлекторно связать с акустическим сигналом уже через несколько подкреплений. А если выработать два условных рефлекса с противоположными реакциями и далее дать соответствующие раздражители одновременно (моделирование т.н. экспериментального невроза), то подопытные животные демонстрируют поведенческие и вегетативные нарушения вплоть до необратимых органических поражений (гипертония, инфаркт миокарда).

Позднее К.М. Быковым и И.Т. Курциным (1960) была создана кортико-висцеральная гипотеза происхождения психосоматических заболеваний. Возникновение последних связывалось с первичным нарушением корковых механизмов управления внутренними органами, обусловленными перенапряжением процессов возбуждения и торможения в коре мозга. На животных были экспериментально созданы модели невроза сердца, сосудов, желудка и кишечника.

Нейрофизиологические предпосылки и патогенетические механизмы развития психосоматических расстройств

Учение о тесной взаимосвязи самочувствия с психическим состоянием индивида, о соматическом резонансе психических процессов в виде преходящих или хронифицирующихся функциональных нарушений внутренних органов проходит красной нитью через всю историю медицины. Внутренняя речь эмоций – это функция органов; каждое психическое возбуждение получает то или иное отражение в телесных ощущениях и процессах, как в норме, так и в патологии. Так, страх (ощущение какой-то опасности, зла) ассоциируется с определенным и крайне тягостным физическим состоянием, а воспоминание о нем сопровождается душевным трепетом, испариной, дрожью в руках, тяжестью в желудке, тошнотой и ощущением удушья.

Сверхактуальное переживание фиксируется, образуя установочную доминанту, являющуюся функциональным очагом психической патологической импульсации. Необычная импульсация, поступающая из внутренних органов в центральную нервную систему (ЦНС), усиливает эти ощущения, что, в конечном счете, приводит к формированию патологического состояния. Негативные эмоции висцерального

происхождения, таким образом, как бы подкрепляются личностными реакциями этих больных на тот или иной симптом или состояние организма в целом. Повторение психотравмирующих воздействий астенизирует нервную систему, кора становится чувствительной к внешним воздействиям и interoцептивным сигналам. Поэтому появление соматических ощущений может быть вызвано не только психогенным влиянием как таковым, но и любой незначительной соматической вредностью или даже обычной работой внутренних органов. Сформировавшийся очаг патологической импульсации обрывает нейрогуморальными связями с теми или иными системами организма.

Центром тяжести психосоматического страдания оказывается всегда орган, наиболее уязвимый и важный для жизнедеятельности организма в представлении индивида. «Выбор органа» свидетельствует практически о преимущественной направленности защитно-приспособительных механизмов, вызывающих известный повреждающий эффект по мере нарастания дезинтеграции в стрессовых ситуациях.

Инициатива в выборе органа принадлежит корковым связям, влияющим на эмоциональные подкорковые аппараты и программирующим степень вовлечения тех или иных органов в стрессовую ситуацию. Какой именно эффекторный путь окажется предпочтительнее для выхода на периферию эмоционального возбуждения, зависит, в конечном счете, от особенностей данной эмоции, от особенностей нервной конституции человека и от всей истории его жизни.

Очаг психической импульсации стыкуется с соматическими системами организма и образует устойчивую функциональную систему, патологическую в своей основе, но одновременно и защитную, поскольку она является частью механизмов гомеостаза в рамках измененного болезнью существования и приспособления организма к патопластическому воздействию фиксированного переживания.

Системно-теоретические модели.

Системная концепция понимает человека как открытую подсистему в иерархическом ряду других открытых подсистем. Это воззрение уточняет Gunther, который пытается охватить индивидуума в целостной системной концепции и описывает различные уровни организма — физиологический, когнитивный, эмоциональный и трансактный. Изменения на одном из уровней действуют в качестве стимуляторов на другом уровне, вызывая тем самым соматические расстройства.

Социопсихосоматика.

Понятие «социопсихосоматика» было введено Schaefer. Delius считал, что социопсихосоматика начинается тогда, «когда тот, кто озабочен состоянием здоровья, кто

болен или чувствует себя больным, во взаимодействии с врачом или медицинским работником осознает свою уязвимость относительно своих человеческих и социальных проблем». Таким образом, психосоматическая болезнь является следствием неправильного развития отношений между индивидуумом и социальными структурами, в которые он включен.

КОРА МОЗГА И ВЕГЕТАТИВНАЯ НЕРВНАЯ СИСТЕМА

Механизмы взаимосвязи коры и вегетативных нервных центров

Вегетативная нервная система, обеспечивающая всю внутреннюю резкоию организма, функционально тесно связана с центральной нервной системой, в том числе и с корой головного мозга. Связь внутренних органов с корой головного мозга двусторонняя: поток импульсов идет не только от коры к внутренним органам, но и от внутренних органов, от их механо-, баро- и хеморецепторов к коре. Нет ни одного внутреннего органа, связь которого с корой мозга не могла бы быть продемонстрирована методом условных рефлексов. Осуществление этих связей с корой идет через глубинные структуры мозга, ретикулярную формацию и подкорковые ядра. Исследования в данной области имеют практическое значение, открывая возможность активного терапевтического воздействия на внутренние органы путем перестройки условных рефлексов.

Физиологической основой деятельности вегетативной нервной системы является рефлекс. Их отмечается бесконечное множество, и в целом это саморегулирующиеся устройства. Механизм некоторых из них может быть чрезвычайно простым и расширяющим установленные представления о рефлекторной дуге. Это псевдорефлексы, протекающие в пределах одного аксона без участия какой бы то ни было нервной клетки. Кроме того, узловый характер вегетативной нервной системы обеспечивает замыкание рефлекторных дуг в узлах пограничного симпатического ствола, а возможно и в других периферических ганглиях.

Важной физиологической особенностью вегетативной нервной системы является ее способность реагировать не только на чисто нервные, но и в значительной степени на химические и гуморальные раздражения (намного шире и больше, чем это имеет место вообще в нервной системе). Так, химическое раздражение адреналином вызывает физиологический эффект, полностью совпадающий с эффектом, возникающим при раздражении симпатического нерва. Пилокарпин возбуждает периферические окончания парасимпатических нервов, атропин парализует их. Местное применение кокаина возбуждает периферические рецепторы симпатических нервов, то же самое дает

применение эфедрина и фенамина. Морфин вызывает торможение деятельности гипоталамических центров.

Эти факты получили объяснение в учении о медиаторах, то есть химических веществах, с участием которых осуществляется передача возбуждения с нервного волокна на рабочий аппарат. Таким медиатором в парасимпатической нервной системе является широко распространенный в организме ацетилхолин, а в симпатической нервной системе — адреналин. Огромное количество связей в симпатической нервной системе и ее богатая периаартериальная сеть по всем кровеносным сосудам обуславливают диффузность и распространенность вегетативных реакций. Именно благодаря этому поражение в одной части тела может привести к вегетативным расстройствам в другой части, непосредственно не связанной с очагом поражения. Это явление получило название отражения (реперкуссии), оно занимает видное место в патологических процессах в организме человека.

Взаимосвязь гипоталамуса с корой и подкорковыми структурами

Высшим вегетативным центром является гипоталамус, ядра которого находятся в стенках III желудочка и в основании мозга. На него оказывают влияние многие части мозга: кора, ретикулярная формация и ядра лимбической системы. В свою очередь гипоталамус посылает ответные импульсы в кору, вегетативные центры ствола и спинного мозга и другие образования лимбико-ретикулярного комплекса.

Гипоталамус является одним из звеньев, участвующих в регуляции дыхания, кровообращения, температуры тела, голода и насыщения, водно-солевого баланса, жирового обмена и половой деятельности. Весьма существенным является влияние гипоталамуса на выработку гормонов гипофиза. Так, крупные нейроны ядер гипоталамуса являются секреторными клетками, вырабатывающими вещества, которые по аксонам поступают в заднюю долю гипофиза. Сосуды, окружающие ядра гипоталамуса, объединяются в сеть, спускающуюся к передней доле гипофиза и питающую ее клетки. Из обеих долей гипофиза тропные гормоны по сосудам поступают в эндокринные железы, гормоны которых, в свою очередь, помимо воздействия на периферические ткани, оказывают влияние также на гипоталамус и переднюю долю гипофиза, тем самым, по-видимому, регулируя потребность в выделении в том или ином количестве различных тропных гормонов.

Особенно большую активность проявляют области гипоталамуса и гипофиза, а через них и кора надпочечников при стресс-реакции, когда мобилизуются все силы организма для отражения нападения или для выхода из труднопреодолимой ситуации. В этих случаях стресс-раздражитель, воздействуя через центральную нервную систему на

гипоталамус, активирует его, а он, в свою очередь, стимулирует через сосудистую сеть переднюю долю гипофиза, которая выделяет адренокортикотропный гормон (АКТГ), усиливающий выделение кортикостероидов надпочечниками. Кортикостероиды оказывают активирующее действие на весь организм. К этому следует добавить, что при всяком напряжении включается симпатическая нервная система с выделением адреналина в кровь, который стимулирует активирующие механизмы ретикулярной формации, а эта последняя ведет к возбуждению коры мозга, гипоталамуса и выделению из гипофиза АКТГ.

Классификация психосоматических расстройств.

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.

Можно дать следующее определение психосоматических расстройств.

Психосоматические расстройства (ПСР) — это сборная группа болезненных состояний, возникающих при взаимодействии соматических и психических патогенных факторов. Этим подчёркивается единство биологических и социально-психологических механизмов «сомы» и «психики» в происхождении как собственно психопатологических, так и соматических расстройств. При этом подчёркивается, что 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).

В Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) термин «психосоматические» не используется «ввиду различий в его использовании на разных языках и при различных психиатрических традициях, а также для того, чтобы не подразумевалось, будто при других заболеваниях психологические факторы не имеют значения в их возникновении».

В зарубежной, а в последнее время и в отечественной научной литературе термин «психосоматические расстройства» активно вытесняется современным понятием «соматоформные расстройства». Некоторые исследователи и практические психиатры отождествляют эти два понятия, подчёркивая наличие конверсионных механизмов, лежащих в основе их происхождения. При этом ставится знак равенства между соматоформными расстройствами и такими понятиями, как «функциональные нарушения», «психовегетативный синдром», «globus hystericus», «синдром хронической усталости» и др.. Однако, согласно современным представлениям, «соматоформные расстройства» являются лишь составной частью более обширного понятия ПСР.

В настоящее время большинство исследователей выделяют следующие группы психосоматических расстройств:

1. Классические психосоматозы (психосоматические заболевания в традиционном их понимании).
2. Соматизированные нервно-психические расстройства (скрытые депрессии, соматоформные расстройства).
3. Нозогении — психогенные реакции, возникающие в связи с соматическим заболеванием (последнее выступает в качестве психотравмирующего события). Эти расстройства связаны с субъективно тяжёлыми проявлениями соматического страдания, представлениями больных об опасности диагноза, ограничениями, налагаемыми болезнью на бытовую и профессиональную деятельность. Возможность манифестации нозогений и их психопатологические особенности во многом определяются клиническими проявлениями соматической патологии (ИБС, артериальная гипертония, злокачественные образования, оперативные вмешательства и др.).
4. 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 и т.д.) 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.).

«Большие» психосоматические заболевания.

К группе **психосоматозов**, или **психосоматических заболеваний** в узком смысле относятся соматические болезни, роль психического фактора в этиопатогенезе которых является существенной, а иногда главенствующей. Психический фактор в случаях психосоматических заболеваний выступает в виде личностной предрасположенности, выборе специфических способов переработки конфликтов и традиционных характерологических стилей поведения во фрустрирующих ситуациях.

К классическим психосоматическим заболеваниям, называемым «святой семеркой» («holy seven»), относят следующие заболевания:

- 1) эссенциальную гипертонию;
- 2) язвенную болезнь желудка и 12-перстной кишки;
- 3) бронхиальную астму;
- 4) сахарный диабет;
- 5) нейродерматиты;
- 6) ревматоидный артрит;
- 7) язвенный колит.

Близко к этому полюсу располагаются такие заболевания как, тиреотоксикоз, ишемическая болезнь сердца и некоторые др.

Основными параметрами личности, склонной к формированию *эссенциальной гипертонии*, считается интерперсональное напряжение между агрессивными импульсами, с одной стороны, и чувством зависимости, с другой. Alexander считал, что появление гипертонии обусловлено желанием открыто выражать враждебность при одновременной потребности в пассивном и адаптированном поведении. Данный конфликт можно охарактеризовать, как конфликт между такими противоречивыми личностными устремлениями как одновременная нацеленность на прямоту, честность и откровенность в общении и вежливость, учтивость и избегание конфликтов. В условиях стресса такой человек склонен сдерживать собственную раздражительность и подавлять желание ответить обидчику. По мнению В.С.Ротенберга, подавление отрицательных эмоций у человека в период стресса, сопровождающегося естественным повышением артериального давления, способно ухудшить общее состояние человека и даже способствовать развитию инсульта.

Другой внутриличностный конфликт характерен для людей со склонностью к заболеванию *язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки*. У человека в связи с

некоторыми особенностями воспитания в раннем детстве формируется своеобразный характер, приводящий к тому, что индивид испытывает во взрослом состоянии постоянную потребность в защите, поддержке и опеке. При этом в нем одновременно воспитано и уважение к силе, самостоятельности и независимости, к которым он стремится. В результате происходит столкновение двух взаимоисключающих потребностей (в опеке и самостоятельности), что приводит к неразрешимому конфликту и язвенной болезни. Oveibeck и Viebl предложили типологию язвенных больных в зависимости от некоторых психологических параметров их личности.

При *бронхиальной астме* отмечаются противоречия между «желанием нежности» и «страхом перед нежностью». Такой конфликт описывается как конфликт «владеть-отдать». Люди, страдающие бронхиальной астмой часто обладают истерическими или ипохондрическими чертами характера, но они не способны при этом «выпустить гнев на воздух», что провоцирует приступы удушья. Кроме того, отмечается такое качество астматиков, как сверхчувствительность, в особенности к запахам, которая связана с пониженной аккуратностью.

Личность больного *сахарным диабетом* описывается как в обязательном порядке включающая чувство хронической неудовлетворенности. Однако, считается, что в отличие от представителей других психосоматических заболеваний не существует определенного диабетического типа личности.

К *нейродерматитам* психосоматического генеза относят *экзему и псориаз*. Пациенты часто характеризуются пассивностью, им трудно дается самоутверждение.

При *язвенном колите* замечено возникновение заболевания после переживаний «потери объекта» и «катастроф переживания». У больных отмечается заниженная самооценка, чрезмерная чувствительность к собственным неудачам и сильное стремление к зависимости и опеке. Заболевание часто рассматривают как эквивалент печали.

Для пациентов с *ревматоидным артритом* специфичными считаются «застывшая и преувеличенная позиция» пациента, демонстрация высокого уровня самоконтроля. Характерна также тенденция к самопожертвованию и преувеличенной готовности помочь окружающим. При этом отмечается «агрессивная окраска помощи».

Следует отметить, что перечисленные личностные и характерологические особенности пациентов с психосоматическими заболеваниями не следует абсолютизировать. Они лишь отражают общие тенденции.

Непатологические психосоматические реакции.

Психосоматические реакции – это кратковременные изменения со стороны различных систем организма. Психосоматические реакции – своеобразный способ реагирования человека на свое психологическое неблагополучие.

К ним можно отнести:

- а) в сердечно-сосудистой системе – учащение сердцебиения, изменение кровяного давления;
- б) в системе дыхания – его задержку, замедление или учащение;
- в) в пищеварительном тракте – рвоту, поносы, запоры, повышенное слюноотделение, сухость во рту;
- г) в сексуальной сфере – усиленную эрекцию, слабость эрекции, набухание клитора и секрецию генитальной области, аноргазмию;
- д) в мышцах – реакции непроизвольного характера: мышечное напряжение, дрожание;
- е) в вегетативной системе – потливость, гиперемии и т.д.

Вероятно, к психосоматическим реакциям следует также отнести ряд временных изменений, фиксируемых с помощью биохимических методов исследования: изменения сахара в крови, ее свертываемости или иммунной активности и т.д.

Принципы профилактики и лечения психосоматических расстройств.

Общие принципы традиционной терапии психосоматических расстройств.

Терапия психосоматических заболеваний требует индивидуального комплексного подхода.

В настоящее время лечение этой категории больных в основном сводится к комбинации фармакотерапии и психотерапии, также целесообразно проведение физиотерапии, бальнеотерапии и курортотерапии в качестве дополнительных противорецидивных и профилактических мероприятий.

Нельзя отрицать эффекта в ряде случаев от применения нетрадиционных методов терапии. Ведь лечению подлежит личность больного в целом, а не отдельный больной орган или система, поэтому необходимы сочетания различных биологических и психотерапевтических способов. В лечебном процессе необходимо участие как врача соматического профиля, так и психиатра, психотерапевта и психолога.

Роль врача-психиатра в лечении психосоматических больных.

Медицинская помощь при психосоматических расстройствах должна осуществляться в рамках так называемой взаимодействующей психиатрии (модель интегрированной медицины, по В. Н. Козыреву). Предполагается тесное сотрудничество

психиатра-консультанта и врача общей практики. Консультант-психиатр участвует в диагностике психических нарушений, решает сложные дифференциально-диагностические проблемы и определяет совместно с лечащим врачом тактику лечения, а в дальнейшем при необходимости повторных консультаций осуществляет контроль над терапией. В отдельных случаях может возникнуть необходимость в динамическом наблюдении, когда психиатр осуществляет совместное с врачом общей практики лечение больного, используя психофармакотерапию или психотерапию. Предполагается, что психиатр, работающий в больницах общего типа, не должен подменять врача другого профиля и становиться лечащим врачом.

Назначение психотропных препаратов.

Выбор психотропных средств во многом определяется выраженностью психопатологических проявлений. В случаях психопатологической незавершенности клинических расстройств (субсиндромальные состояния), их нестойкости и эпизодической манифестации, как правило, достаточным оказывается назначение препаратов класса транквилизаторов. Наряду с этим могут использоваться медикаменты, традиционно рассматриваемые как соматотропные, но обладающие и резко выраженным психотропным эффектом (препараты группы бета-блокаторов, обнаруживающие анксиолитический эффект, нифедипин и верапамил, обладающие нормотимическими свойствами). При психопатологически завершенных формах выбор психотропных средств определяется структурой синдрома.

Психофармакологические средства используются в основном исходя из соображений лечебного характера в следующих случаях:

- при необходимости преодоления вегетативных и функциональных нарушений, поддерживаемых психическим напряжением и конфликтными ситуациями;
- в тех случаях, когда основное заболевание сопровождается массивными функциональными нарушениями и пациент болезненно реагирует на основное заболевание;
- при так называемых психосоматических заболеваниях;
- когда соматическому заболеванию сопутствуют выраженное состояние страха, напряженность, подавленное настроение, отсутствие побуждений, утомляемость;
- когда вегетативные и соматические побочные явления, вызываемые психотропными препаратами, могут быть использованы для лечебного влияния на некоторые болезненные симптомы;
- при так называемой адаптации к больничным условиям.

Основные требования к психотропным средствам для терапии психосоматических расстройств можно сформулировать следующим образом:

- широкий спектр психотропной активности: эффективное воздействие на тревожные, аффективные (чаще депрессивные), ипохондрические, астенические, алгические, соматовегетативные расстройства;
- благоприятный спектр побочных эффектов с минимальным, негативным воздействием на соматические функции;
- хорошие соматотропные эффекты (терапевтическое воздействие на сопутствующую соматическую патологию);
- малая выраженность или отсутствие седативных эффектов — сонливость в дневное время, нарушение внимания;
- низкая вероятность нежелательных взаимодействий с соматотропными препаратами;
- безопасность при передозировке, простота использования (возможность назначения фиксированной дозы препарата или минимальная потребность в ее титрации).

Психотерапевтические методики, используемые в лечении соматических заболеваний.

Часто применяемые и общепризнанные методы психотерапии, используемые в лечении психосоматических расстройств:

1. Методы с использованием биологической обратной связи. В их основе лежит использование отрицательной обратной связи. Суть его в том, что недоступные в обычных условиях произвольной регуляции функции организма могут стать контролируемыми при использовании специальных инструментов, информирующих пациента о состоянии различных органов и систем. Информация при этом может касаться температуры и электрической проводимости кожи, силы мышечного напряжения, артериального давления, частоты сердечных сокращений и т.д. Посредством биологической обратной связи пациент обучается способности регулировать один или несколько таких параметров, влияя тем самым на симптомы заболевания.
2. Гипнотерапия. Гипнотерапия применяется практически при любых видах хронических соматических заболеваний. После того как пациент погрузится в гипнотический сон, следует проводить внушение, направленное на устранение того или иного симптома.

3. Релаксация и аутотренинг. Существует множество методов релаксации и аутотренинга. С помощью релаксации достигается урежение частоты сердечных сокращений, увеличение периферического кровотока, улучшение нервно-мышечной проводимости, общее успокоение. Большинство методов релаксации базируется на так называемой «прогрессирующей релаксации». Пациент последовательно расслабляет крупные мышечные группы, начиная от стоп по направлению к голове или наоборот. Расслабление следует сочетать с самовнушением тяжести и тепла в мышцах. Формулы самовнушения рекомендуется произносить мысленно в ритме дыхания (например, при каждом выдохе). Для тренировки способности к релаксации В. Леви рекомендовал делать простейшие движения (сгибание-разгибание) последовательно во всех суставах, фиксируя внимание на разнице в ощущениях сокращения мышц и их расслабления.
4. Систематическая десенсибилизация. Метод систематической десенсибилизации был внедрен в медицинскую практику J. Wolpe. Он основан на принципе контрбусловливания, согласно которому человек может преодолеть тревогу, связанную с той или иной ситуацией или объектом, путем постепенного приближения к пугающей ситуации, находясь в психофизиологическом состоянии, способствующем подавлению тревоги. В ходе процедуры больной достигает состояния полной релаксации, а затем подвергается воздействию стимулов, вызывающих тревогу, начиная от самого нейтрального и заканчивая наиболее угрожающим. Как правило, больной не ставится буквально в вызывающую тревогу ситуацию; врач просто внушает ему соответствующие сцены. Негативная реакция тревоги подавляется состоянием релаксации. Когда пациент привыкает расслабляться в процессе внушения угрожающих сцен, он сохраняет спокойствие и в реальной жизненной ситуации.

Профилактика психосоматических заболеваний

Профилактика в детском и юношеском возрасте

Очевиден тот факт, что многие заболевания закладываются еще в раннем детстве. Очень часто оставляемые без должного внимания жалобы ребенка на головные боли (особенно в сочетании с повышенной утомляемостью, расстройствами сна, головокружениями, гипергидрозом — повышенной потливостью) могут в дальнейшем

иметь серьезные последствия вплоть до наступления ранней инвалидизации. Поэтому подобные случаи требуют тщательного обследования ребенка с участием окулиста, невропатолога, психиатра и медицинского психолога. Если такой ребенок к тому же имеет дополнительные нагрузки (изучение языков, занятие музыкой, рисование), не вызывающие у него положительных эмоций, необходимо их ограничить.

Требуют внимания различные психопатические реакции в пубертатном периоде. Например, неустойчивым личностям необходим положительный лидер. Астеникам подходят подвижные игры, шизоидам — занятия в коллективе. Истеричных детей нельзя выделять из общей массы. Во всех соответствующих случаях необходимо выявление девиантных черт личности подростка и их корректировка, тренировка волевых качеств. В ряде случаев оправдана их медикаментозная нивелировка, так как без этого вмешательства возможно дальнейшее искажение формирования личности подростка.

Профилактика во взрослом возрасте

Во взрослом периоде наличие тех или иных признаков соматоневрологической уязвимости может весьма отрицательно сказаться при работе в условиях воздействия профессиональных вредностей: здесь отчетливо выявляется все, что было запущено; кроме того, проявляются соматоформные расстройства. Здесь особенного внимания заслуживают вопросы профилактики перегрузок и нарушений техники безопасности при умственной работе (перерывы, проветривание кабинетов, соответствие компьютерных мониторов гигиеническим нормам и т. Д.). Различные виды физической деятельности являются основным способом устранения физиологических механизмов стресса. Подавить эмоциональную «стрессовую бурю» можно мышечной работой, особенно на свежем воздухе. В результате мышечной работы ликвидируется избыток гормонов, поддерживающих состояние эмоционального перенапряжения. Это приводит к расширению просвета мелких кровеносных сосудов, улучшает работу сердца, выравнивает артериальное давление, снижает возбудимость нервной системы, нормализует эмоциональное состояние. Одним из методов профилактики стрессовых состояний является организация рационального питания. Из пищи в период стрессового состояния исключаются активаторы ЦНС, например, кофеин, содержащийся в кофе и чае. Очень важно в этот период регулярное питание, так как нарушение режима питания — одна из существенных причин повышения реакции организма на действие стрессора. Довольно распространено мнение об алкоголе как средстве борьбы со стрессами. Но алкоголь может лишь облегчить переживание стресса, снижая при этом способность человека к сопротивлению. Далее сам алкоголь становится стрессором и часто служит причиной тяжелых стрессов в результате утраты самоконтроля. Не случайно один из

древних ученых отметил: «В бутылке неудовлетворенность ищет утешение, трусость – мужество, а робость – уверенность в себе».

С целью оценки успешности усвоения вышеизложенного материала предлагается решить следующие задания:

Задание №39. Идеи внутриличностного конфликта (наличие в психике человека двух одинаковых по силе мотивов, но противоположных по направленности) характерны для следующей психосоматической теории:

- А) Кортико-висцеральной
- В) Психоаналитической
- С) Нейрофизиологической
- Д) Социопсихосоматики
- Е) Системно-теоретической модели

Задание №40. Испытуемый К., 40 лет, отличающийся высокой требовательностью к себе и окружающим, слывущий очень серьезным человеком и «трудоголиком» при выборе вариантов поведения по опроснику Дженкинса отметил следующие, как характерные для него: 1-2; 2-1; 3-2; 4-1; 5-2; 6-1; 7-1; 8-2; 9-2; 10-1; 11-1; 12-3; 13-2; 14-2; 15-1; 16-3. У К. выявляется:

- А) Коронарное поведение типа А
- В) Коронарное поведение типа АВ
- С) Коронарное поведение типа В
- Д) Акцентуация личности по застревающему типу
- Е) Высокий уровень алекситимии

Задание №41. Механизм психологической защиты, при котором происходит процесс непроизвольного устранения в бессознательное неприемлемых мыслей, побуждений или чувств, называется:

- А) Вытеснением
- В) Регрессией
- С) Интроекцией
- Д) Рационализацией

Е) Интеллектуализацией

Задание №42. Основными параметрами личности, склонной к формированию эссенциальной гипертонии, считается:

- А) Столкновение двух взаимоисключающих потребностей (в опеке и самостоятельности)
- В) Интерперсональное напряжение между агрессивными импульсами, с одной стороны, и чувством зависимости, с другой
- С) Противоречия между «желанием нежности» и «страхом перед нежностью»
- Д) Чувство хронической неудовлетворенности
- Е) Пассивность, трудности в самоутверждении

Задание №44. Психофармакологические средства используются в основном исходя из соображений лечебного характера в следующих случаях за исключением:

- А) При необходимости преодоления вегетативных и функциональных нарушений, поддерживаемых психическим напряжением и конфликтными ситуациями
- В) При так называемых психосоматических заболеваниях
- С) Когда соматическому заболеванию сопутствуют выраженное состояние страха, напряженность, подавленное настроение, отсутствие побуждений, утомляемость
- Д) Угрозы летального исхода
- Е) При так называемой адаптации к больничным условиям

Если Вы сомневаетесь в правильности решения или Вас что-то беспокоит, ещё раз прочитайте данный раздел информации и снова попробуйте решить задания. Только правильное их решение говорит о том, что информация Вами усвоена, и Вы можете переходить к изучению следующего материала.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Актуальность темы: Одной из особенностей соматических заболеваний является возникновение психологической реакции у заболевшего человека на собственную болезнь. Тип реагирования на соматическое заболевание связан, в первую очередь, с оценкой пациентом его тяжести. Существует феномен «объективной» и «субъективной» тяжести болезни. Так, субъективное отношение к заболеванию называется **«внутренней картиной болезни»**. Объективная тяжесть болезни — информация о летальности, обусловленной заболеванием, вероятность инвалидизации и хронификации болезненного процесса. Формирование психологического реагирования на заболевание сочетается со специфическими особенностями психического состояния пациентов: реакция на заболевание зависит от особенностей самой болезни (течение, успешность лечения и исход) и от индивидуально-психологических особенностей заболевшего человека.

Цель обучения (общая цель): Уметь распознавать особенности психологического реагирования пациентов на различные заболевания.

Конкретные цели – уметь:	Цели исходного уровня – уметь:
1. Выбирать из данных анамнеза сведения, отражающие личностные качества пациентов до заболевания.	1. Применять навыки общения с пациентами, собирать анамнестические данные, жалобы, проводить объективное обследование больных в соответствии с с принципами медицинской этики и деонтологии (кафедры пропедевтики внутренних болезней, хирургии, педиатрии, истории медицины, основы права, философии)
2. Оценивать объективную тяжесть заболевания на основании жалоб, объективного исследования и данных консультативных заключений.	2. Проводить психодиагностическое исследование (курс медицинской психологии)
3. Выявлять особенности психологической реакции на заболевание и факторы, влияющие на ее формирование	3. Определять тип отношения к болезни (курс медицинской психологии)

Для оценки исходного уровня знаний предлагается выполнить следующие задания:

Задание №45. Больной К., 45 л., страдающий хроническим гастритом, был обследован методикой для определения типа отношения к болезни и выявлен дисфорический тип внутренней картины болезни. Врач, проводивший исследование, на вопрос пациента о результатах порекомендовал обратиться за консультацией к психиатру. Оцените этическое-деонтологический аспект действий врача в данном случае:

- А) Действия врача неправильные по форме, содержанию и не соответствуют деонтологическим принципам
- В) Действия врача неправильные по смыслу, но не нарушают деонтологические нормы
- С) Действия врача правильные по смыслу и соответствуют деонтологическим нормам
- Д) Действия врача неправильные только в деонтологическом отношении.
- Е) ---

Задание №46. Пациентка, 23 лет. Два месяца назад получила черепно-мозговую травму, несколько минут была без сознания, затем в течение нескольких часов отмечалась тошнота и однократная рвота. На следующий день после травмы появились судорожные пароксизмы с частотой раз в неделю, протекавшие с потерей сознания, непроизвольным мочеиспусканием и дефекацией, прикусом языка. Какие дополнительные исследования следует назначить в данном случае?

- А) ЭЭГ
- В) РЭГ
- С) КТ
- Д) МРТ
- Е) УЗИ сосудов

Задание №47. Патофизиолог исследовал пациента К. 25 лет с помощью методики Зунга. Какую психическую функцию исследовал врач?

- А) Эмоции
- В) Внимание
- С) Память

- D) Мышление
- E) Восприятие

Задание №48. Пациентка 18 лет на приеме у психиатра с родителями, которые обеспокоены тем, что дочь большую часть времени проводит в постели, отказывается посещать институт, грубит им и периодически бывает агрессивна. В последнее время появилось новое увлечение: читает только литературу религиозного содержания, посвященную теме сатанизма, одевается во все черное с символикой дьявола. Однажды устроила ночью жертвоприношение котенка в своей комнате. Какую методику Вы бы использовали в данном случае?

- A) Дженкинса
- B) Леонгарда-Шмишека
- C) Пиктограмм
- D) Зунга
- E) Спилбергера

Задание №49. Пациент Ю., 56 л. наблюдается у онколога по поводу рака сигмовидной кишки 4 стадии. Трезво оценивает свое состояние без склонности как преувеличивать его тяжесть, так и без недооценки тяжести болезни. Стремится активно содействовать лечению, точно выполняя все предписания лечащего врача. Старается не обременять своих близких тяготами ухода за собой. Определите тип отношения к болезни

- A) Тревожный
- B) Гармоничный
- C) Меланхолический
- D) Сенситивный
- E) Анозогностический

Если при выполнении приведенных выше заданий возникли затруднения, необходимо обратиться к следующей литературе:

1. Вітенко Н.В. Загальна та медична психологія. К., 1996, стор.76-89.
2. Василенко В.Х. Внутренние болезни. М., 1978, стр. 22-31, 46-54, 68-79.
3. Маклаков А.Г. Общая психология . – СПб., 2000, 592с.

СОДЕРЖАНИЕ ОБУЧЕНИЯ

В этой главе приведены данные о психологических особенностях больных с различными соматическими заболеваниями, сгруппированными по традиционно принятым в медицине дисциплинам: хирургические, терапевтические, инфекционные, гинекологические и др. Учитывая особую значимость онкологической патологии, данная группа освещена отдельно.

Терапевтическая патология. Заболевания, относимые к терапевтической группе, объединяют большой круг соматической патологии. В данный раздел включено освещение вопросов психологии больных с собственно терапевтической, а также с эндокринной и неврологической патологией.

Ситуация наличия **хронического соматического заболевания** провоцирует развитие психологического кризиса. Объективная ситуация тяжелого, опасного соматического заболевания, отрыв от привычного социального окружения, возможность калечащей операции, инвалидность приводят к изменению объективного положения человека в социальной среде. Центральным психологическим механизмом личностных изменений в условиях хронической соматической болезни выступает перестройка иерархии мотивов по типу их переподчинения новому главному смыслообразующему мотиву — сохранения жизни и восстановления здоровья, названному А.Ш.Тхостовым «сдвигом цели на мотив». При прогрессировании хронической болезни меняется вся система отношений больных. Значимыми становятся только те события, которые не противоречат вновь выделившемуся смыслообразующему мотиву сохранения жизни. Вследствие этого, появляется замкнутость, отчужденность, обеднение контактов с людьми, пассивность. Выделение мотива сохранения жизни ведет к формированию ограничительного поведения: инертности, снижению активности.

Различные заболевания способствуют формированию специфических психологических изменений, обусловленных локализацией патологического процесса, длительностью заболевания, выраженностью болевого синдрома и т.д. Таким образом, можно говорить об условной разнице психических изменений при той или иной соматической патологии.

Наряду с общими закономерностями влияния болезни на личность, при **сердечно-сосудистых заболеваниях** имеет место феномен, который R.Johnson назвал «*социокультуральной символикой сердца*», связанный с придающимся сердцу значением. У больных отмечается инертность, нерешительность, утрата волевой активности и жизненной стойкости, потеря интереса к труду и жизни в целом, сужение круга интересов,

эгоцентричность, а также обидчивость и несдержанность. Наиболее частыми типами отношения к болезни являются сенситивный и эргопатический.

Одной из наиболее тяжелых эндокринных патологий является *сахарный диабет*. В литературе описаны часто встречающиеся у больных диабетом следующие личностные черты: эгоцентризм, раздражительность, капризность и несдержанность. Также имеются многочисленные свидетельства в пользу существования определенных преморбидных личностных особенностей у больных диабетом: сочетание шизоидных черт характера с «параноической готовностью» (S.Elhardt), явную или скрытую тревожность, беспокойство, черты нервозности.

В последние годы появилось большое количество работ о негативном влиянии гипогликемии на когнитивную функцию.

Отмечается, что на формирование психических расстройств оказывают влияние тип сахарного диабета, его длительность и степень тяжести, а начало заболевания в детском и подростковом возрасте и длительное (больше 8-9 лет) течение болезни создают предпосылки для патологического развития личности больных диабетом. Доказанным можно считать факт, что частота встречаемости психопатологических синдромов зависит также от типа сахарного диабета. При сахарном диабете 1 типа (инсулинозависимом) преимущественно присутствует астено-депрессивный и истероформный синдромы и истерический вариант изменения личности, а при сахарном диабете 2-го типа (инсулиннезависимом) чаще встречаются астенический и астеноипохондрический синдромы, а также обсессивный, эксплозивный и психосоматический варианты патологического развития личности. Важное место среди психических расстройств при сахарном диабете занимают «*нарушения пищевого поведения*» в виде анорексии и булимии.

Среди неврологических заболеваний особое место занимает **остеохондроз позвоночника**, связь проявлений которого с психологическим состоянием человека является весьма существенной. Считается, что в механизме развития поражений позвоночника важную роль играет эмоциональное состояние человека. Страх и тревога приводят к напряжению скелетных мышц и способствуют образованию мышечного каркаса, который, в свою очередь, может провоцировать формирование неадекватного двигательного стереотипа. У пациентов с высоким уровнем тревожности и обусловленным ей высоким мышечным тонусом формируется поза с напряжением мышц торса, прямой и «одеревенелой» спиной. Из психологических особенностей больных выделяются нетерпеливость, суетливость, несобранность и, как следствие, нарушение координации движений. В структуре личности человека, заболевшего остеохондрозом

шейного и поясничного отделов позвоночника, могут преобладать черты застенчивости, скромности, робости и зависимости от авторитетов, которые внешне проявляются в формировании осанки.

Как правило, у больных с неадекватным двигательным стереотипом при остеохондрозе поясничного отдела позвоночника обнаруживается эргопатический, неврастенический и тревожный типы реагирования на заболевание, при адекватном двигательном стереотипе — гармоничный. При этом наблюдается два различных пути влияния психологических факторов на течение остеохондроза. Патогенным, с одной стороны, оказывается анозогнозически-эргопатическая реакция человека с поведением, демонстрирующим малую значимость проявлений болезни, желание собственными силами справиться с болями и скованностью, «разработать» движения. С другой стороны, патогенным оказывается и преувеличение значимости проявлений болезни с формированием неадекватного беспокойства и тревоги. Среди факторов, определяющих тип психического реагирования на остеохондроз, важным оказывается представление об этом заболевании, как о тяжелом страдании. Отмечается высокий рейтинг остеохондроза как серьезной патологии по сравнению с другими заболеваниями у пациентов с неадекватным двигательным стереотипом.

Хирургическая патология. В отличие от терапевтической патологии, при которой патогенным для психической деятельности становится состояние длительного хронического заболевания, и изменение системы отношений личности происходит постепенно, в рамках хирургической патологии отмечается влияние «**операционного**» стресса (предоперационного и послеоперационного). Основными проявлениями операционного стресса выступают эмоциональные феномены, чаще других — тревога.

Необходимость проведения оперативного вмешательства, как правило, застигает пациента врасплох в отличие от ситуации хронической соматической патологии, к которой он постепенно адаптируется. И если необходимость выполнения тех или иных терапевтических мероприятий человек может спрогнозировать, то предположить возможность и необходимость операции пациент способен в значительно меньшей степени. Психологическая готовность больного к терапевтическим и хирургическим мероприятиям кардинально различается. У пациента с хроническим соматическим заболеванием адаптация происходит, условно говоря, к настоящему статусу, а у пациента с острой хирургической патологией — к будущему.

Особые реакции можно ожидать от пациентов, подвергающихся трансплантологическим оперативным вмешательствам, которые связаны с внутриличностным конфликтом по поводу приобретения органов другого человека.

Данный факт влияет на самооценку человека, восприятие и принятие им себя как целостной личности после операции.

В хирургической практике значимым оказывается стратегия выбора пациентом способа лечения. Больной, нацеленный на психологическую стратегию *«избегания неудач»*, будет относиться к оперативному вмешательству как к последнему средству снятия болезненных проявлений и согласится на операцию лишь после того, как будут использованы все иные паллиативные способы. Пациент с психологической стратегией *«стремления к успеху»* самостоятельно может обратиться за хирургической помощью и настаивать на скорейшей операции. Суть психологических отличий этих пациентов заключена в принятии существующего патологического состояния и в отношении к риску его ухудшить в процессе лечения. *«Не было бы хуже»* — принципиальная психологическая позиция пациента, принимающего болезненные симптомы своего заболевания и старающегося адаптироваться даже к самым тяжелым из них. Он страшится потерять то, что имеет и впоследствии раскаиваться за собственное решение произвести операцию. *«Лучше пусть будет хуже, чем терпеть то, что есть»* — позиция другой группы пациентов, соглашающихся рисковать и идти на операцию ради кардинального улучшения собственного состояния здоровья. При этом у первых истинное состояние здоровья может быть лучшим, чем у вторых.

Предоперационная тревога является типичной психологической реакцией на сообщение о необходимости проведения хирургической операции. Она выражается в постоянном беспокойстве, неусидчивости, невозможности сосредоточиться на чем-либо, нарушении сна. Тревога проецируется в будущее, отражая ожидания от качества операции, будущего состояния, удовлетворенности тем, что согласился на операцию. *Послеоперационная тревога*, которая клинически может быть идентичной предоперационной, связана с перенесенным операционным стрессом, с сопоставлением ожиданий и реальности.

Можно утверждать, что послеоперационное состояние (как психическое, так и общее) во многом зависит от психологического радикала в предоперационном периоде. Лица с умеренно выраженной тревогой, которые трезво оценивают цель оперативного вмешательства, вероятность достижения успеха и избавления от тех или иных симптомов болезни, возможность появления послеоперационных осложнений психологически более адекватно реагируют на собственное состояние. Высокий или низкий уровень тревожности, основанный либо на завышенных, либо на заниженных ожиданиях, способствует формированию дезадаптационных психических состояний.

Психофизиологическая и психологическая адаптация человека после пересадки органов и тканей (в частности, пересадки сердца) является одной из наиболее сложных для пациента. Как показали исследования психологов, после подобных операций нередко отмечаются серьезные психологические изменения вплоть до «изменения нравственных и моральных установок» (М.Вuxton).

В сфере **акушерско-гинекологических состояний и патологии** психологические факторы имеют особое значение при беременности, бесплодии, предменструальном синдроме и климактерии. Психическое состояние женщин имеет специфические особенности, отличающиеся от типичных реакций мужчин на заболевания иных сфер.

Функциональные нарушения менструального цикла в гинекологической практике чрезвычайно распространены и составляют приблизительно треть всех нарушений менструального цикла у женщин детородного возраста. Психогенная дисменорея встречается, как правило, у эмоционально нестабильных, тревожных женщин с отчетливой тенденцией к снижению настроения. Непосредственной причиной этого синдрома становятся достаточно сильные или слишком часто повторяющиеся разочарования, огорчения и переживания. К развитию психогенной дисменореи приводят также «тревожные ожидания очередной менструации», возникающие после душевного потрясения или первой менструации, при страхе беременности или аборта или, напротив, при страстном желании забеременеть.

Менструальные расстройства, и особенно аменорея, составляющая около 2/3 нозологических форм эндокринно-гинекологических заболеваний, приобретают большое социальное значение в связи с тем, что следствием их часто является бесплодие. Негативное влияние бесплодия на поведение и сознание человека часто связывают с дистрессом и развитием т.н. «проблемного брака». Психическое состояние бесплодных пациенток может иметь решающее значение в происхождении некоторых форм бесплодия. Т.Я.Пшеничникова указывает, что бесплодие в браке является социальным, психологическим и часто физическим неблагополучием. Все эти три фактора тесно взаимосвязаны между собой и часто влияют друг на друга. Так, психологические проблемы проявляются повышением лабильности нервных процессов или заторможенностью, снижением интереса к окружающей среде и работе, возникновением комплексов неполноценности, психосексуальных расстройств и неустойчивостью семейных отношений. При мужском бесплодии три четверти жен психологически поддерживают мужей, а при женском бесплодии лишь пятая часть мужей не высказываются в пользу развода, причем наиболее обостренный характер отношения принимают после 3 лет бесплодного брака (Е.А.Волкович).

Выделяют несколько этапов эмоционального реагирования на бесплодие DX.Rosenfeld и E.Mitchell: *удивление, горе, злость, изоляция, отрицание и согласие*. Первоначальная реакция — это удивление переходящее в шок, затем наступает восстановление, какое можно видеть «после смерти любимого существа». Этот «траурный процесс» сходен с потерей желания существовать и усугубляется чувствами вины, стыда и социального несоответствия. Возникающее стремление изолироваться и уменьшить контакты делает подобных больных трудными для обсуждения и лечения.

Одним из важных вопросов при диагностике состояния бесплодных пациенток считают оценку их мотивов иметь ребенка. У бесплодных супружеских пар существуют мотивы, несколько отличающиеся от традиционных мотивов деторождения, Erikson предложен термин «генеративность», который отражает не только процесс воспроизводства, но и потребность человека в заботе о ребенке и ответственность за его воспитание. Имеются и другие причины иметь ребенка — «удержать мужа», «заполнить пустоту», поддержать семейные традиции и т.д. Для многих пациенток с бесплодием вопрос о мотиве иметь ребенка оставался неясным и неосознаваемым. Ими приводятся рациональные доводы о том, что ребенок нужен, например, для «более полной жизни» или для «хорошего партнерства».

Deutsch описаны определенные типы женщин, страдающих бесплодием: 1) незрелые, чувствительные, разборчивые женщины, по-детски капризные по отношению к мужу и склонные к функциональным расстройствам; 2) агрессивно-доминирующие женщины, не соглашающиеся признавать свою женственность; 3) матереподобные женщины, которые правильно или неправильно понимая своего мужа, чувствуют, что они неспособны скопировать его в детях и поэтому переносят свой материнский инстинкт на уход за ним; 4) женщины, посвятившие себя идейным и другим интересам.

Одним из наиболее известных в гинекологической практике является предменструальный синдром. Клинические симптомы предменструального синдрома появляются, как правило, за 2-14 дней до менструации и исчезают сразу после того, как она наступит или в первые ее дни. Сочетание симптомов может быть различным, но сопровождаются обильной вегетативной симптоматикой. Характерными являются раздражительность, пониженное, иногда гневливое настроение, плаксивость и слезливость, легкая ранимость, эмоциональная лабильность, нарушения сна, головные боли и головокружения, неспособность сосредоточиться на выполняемой работе, быстрая утомляемость. Кроме этих симптомов нередко встречается зуд всего тела, тахикардия, разнообразные боли и неприятные ощущения в области сердца, повышение температуры тела, ознобы, нагрубание молочных желез и другие. В зависимости от количества

симптомов, длительности и интенсивности их проявлений предменструальный синдром разделяется на *легкую и тяжелую формы*. Тяжесть вегетативно-сосудистых симптомов при предменструальном синдроме не всегда находится в прямой зависимости от психического состояния. Диэнцефальные кризы, считающиеся наиболее тяжелым проявлением вегетативной дисфункции гипоталамической области, чаще сочетаются с тяжелой формой предменструального синдрома, хотя и при легкой форме они могут иметь место.

Во время появления болезненных симптомов предменструального синдрома женщина создает множественные конфликтные ситуации дома и на работе, что приводит к эмоциональным переживаниям как самих больных, так и окружающих их родных и знакомых. Если в первую половину менструального цикла больные, как правило, добродушны, благожелательны, выдержаны, спокойны, их поведение упорядочено и соответствует сложившемуся стереотипу, то с приближением менструации все чаще можно отметить появление у них неадекватных реакций и поведения. Следует оговориться, что личностные и характерологические качества в первой половине менструального цикла все же иногда имеют тенденцию к заострению.

При легкой форме предменструального синдрома женщина самостоятельно обращается к врачу, ищет помощи, понимает болезненный характер симптомов заболевания. При тяжелой же форме по мере течения болезни появляются симптомы, затрагивающие личностный уровень реагирования. При этом на передний план начинают выступать эгоизм, придирчивость, демонстративность, желание получить выгоду от своего положения, снижение самокритичности. Больные требуют к себе повышенного внимания со стороны родственников, заставляя последних выполнять любые их прихоти.

Нередко при предменструальном синдроме встречаются ипохондрические симптомы, которые могут быть представлены и при легкой, и при тяжелой формах. Проявляются они в повышенной мнительности больных за свое здоровье, преувеличением тяжести имеющихся симптомов. При этом некоторые женщины становятся назойливыми, готовыми жаловаться на свое самочувствие «каждому встречному». Следует отметить, что при тяжелой форме предменструального синдрома чаще не сами больные обращаются к врачам, а родственники, заметившие изменения в поведении женщин, приводят их на лечение, что может расцениваться теми, как оскорбление.

Климактерический период в жизни женщины связан с возрастной перестройкой гипоталамической области, приводящей к нарушению цикличности менструаций и прекращению репродуктивной способности. По мнению В.М.Дильмана, климакс является одновременно и нормой, и болезнью: нормой потому, что климакс в женском организме

явление закономерное, а болезнью потому, что это стойкое нарушение регуляции, приводящее в конечном итоге к снижению жизнеспособности организма.

Критериями физиологичности протекания климакса следует считать адаптационные процессы как на уровне сомы, так и психики. Понятие патологического климактерия в свою очередь включает в себя различные патологические проявления инволюционного процесса, нарушающие как соматическое, так и психическое здоровье.

На частоту и выраженность симптомов климакса могут существенно влиять биологические, а также культуральные и социально-экономические факторы. К последним относятся: а) социальное значение, которое в определенных этнических группах придают менструации и освобождению от стигмы менструации по наступлении менопаузы, б) социальное значение бездетности; в) социальное положение женщин в период постменопаузы; г) отношение мужа к своей жене в период постменопаузы (например, как к сексуальному партнеру); д) степень социально-экономической депривации, испытываемой в этот период; е) степень изменения роли женщины в этот период и возможность выполнения ею новых или альтернативных функций; ж) доступность медицинской помощи в связи с симптомами перименопаузы.

Картина **климактерического синдрома** складывается из психопатологических, вегетативных и эндокринных симптомокомплексов. Рассматривая психическое состояние больных женщин с позиции учения В.Н.Мясищева, М.Э.Телешевская описывает своеобразную перестройку системы отношений личности, связанную с климаксом, подчеркивая, что даже бывшие на протяжении своей жизни активными, энергичными, целеустремленными, выносливыми, достаточно уверенными в себе становятся в этом возрасте мнительными, тревожными, легко ранимыми, неуверенными, нерешительными, сомневающимися во всем. Особенно значительно изменяется система отношений личности в направлении занижения собственных возможностей, исчезновения жизненных перспектив, связанного с преувеличением тяжести болезненных ощущений. В климактерическом возрасте у женщины появляется множество дополнительных психогенных факторов, которые до этого не причиняли ей беспокойства. Это так называемые условно-патогенные психические травмы, связанные именно с изменением системы отношения личности. Условно-патогенными становятся такие проявления климакса, как изменение внешнего облика (седые волосы, снижение тургора кожи, появление морщин), изменение либидо, значимость которых в этом возрасте резко возрастает. Все это происходит при нарушении адаптации, при появлении черт ригидности, «застреваемости» на малейших неприятностях, что в свою очередь приводит к своеобразному «сужению личности». Иногда такое состояние, развивающееся в связи с

патологически текущим климаксом, как изменение личности, приводит в конечном итоге к своеобразному «дефекту», проявляющемуся патологией эмоций и побуждений. На первый план при этом выступают прогрессирующая вялость, пассивность, равнодушие к тем сторонам жизни, которые совсем недавно представляли интерес, вызывали эмоциональный резонанс.

Три аспекта патологического климакса встречаются в настоящее время в группах женщин, которые видят свою единственную задачу в рождении и воспитании детей и вдруг сталкиваются с «утратой функций»: 1) высокая значимость климактерического периода для личности как «поворота в жизни», 2) фиксирование внимания на физиологических процессах и 3) отрицательное восприятие этих ситуаций. Внезапно лишенные этой цели, они чувствуют, что их дальнейшая жизнь не имеет смысла.

Считается, что в тех случаях, в которых у женщины к инволюционному возрасту остаются нерешенные проблемы (среди которых на первом месте стоит одиночество), климакс воспринимается как катастрофа, как событие, рушащее остатки надежд на благоприятное разрешение жизненной ситуации. При этом возможны различные варианты поведения женщины, связанные с климаксом (Н.Prill): 1) безразличное (аперсональное) поведение; 2) приспособление; 3) развитие невротического поведения; 4) активное преодоление.

Способность человека адаптироваться к всевозможным жизненным стрессовым ситуациям связана с различными факторами, среди которых имеют значение структура его личности и сложившийся стереотип реагирования на фрустрирующие события. С этой точки зрения климактерический период в жизни женщины можно сравнить с экстремальными условиями, в которые попадает личность. Все это предъявляет к организму и личности женщины в переходный возрастной период повышенные требования, оказывающиеся для многих из них трудноразрешимыми в связи с нарушениями адаптивных возможностей в инволюционном возрасте. Женщины с благоприятной микросоциальной обстановкой (благополучная семья, заботливые дети, внуки) переживают климактерический период относительно благополучно, «нейтрализуя» значимость климакса с помощью переключения интересов на семью или иную деятельность. У других в переходном возрасте остается много нерешенных проблем (одиночество и пр.), которые определяют их отношение к климаксу как к катастрофе.

У женщин, которые стараются «защититься» от старения, часто развиваются гиперкомпенсаторные реакции, вытекающие из «протеста» (например, чрезмерная забота о собственной внешности, повышенный интерес к косметическим средствам). Подобные реакции можно обозначить термином *«мистификация действительности»*, так как

больные осознанно или неосознанно не хотят замечать объективных признаков наступающего старения, отрицая его всем своим нарочитым поведением.

Особенности **психического состояния женщины во время беременности** на протяжении многих лет привлекают внимание специалистов. При этом отмечается как эмоционально отрицательная роль беременности, так и положительная. О благоприятном влиянии беременности на различные психические расстройства писал еще Гиппократ: «Истерическим девушкам я предписываю замужество, чтобы они излечились беременностью».

Всевозможные особенности психологического состояния женщины во время беременности можно рассматривать в качестве проявления адаптации организма и личности женщины к наступившей беременности и оценивать эти проявления с позиции различных уровней адаптации. На биологический уровень адаптации в первую половину беременности заметное влияние оказывает один из яичников, во вторую — матка. Тонус вегетативной нервной системы по мере развития беременности повышается скачкообразно, обнаруживая существование своеобразных критических периодов для материнского организма. Так, в сроки до 12 недель преобладает тонус симпатико-адреналовой системы, во вторую половину — 28-30 недель — усиливается тонус обоих отделов, но с некоторым преобладанием холинэргических реакций. С позиций анализа нейродинамических процессов эмоциональное состояние беременных характеризуется тем, что при наличии положительного эмоционального фона в последние месяцы беременности имеет место активация корковых процессов, приводящая к увеличению порога болевой чувствительности. В результате отрицательных эмоций, перенапряжения центральной нервной системы ослабевает функциональная активность коры, снижается порог к болевым ощущениям. Как правило, эти состояния зависят от ожидания желанного или незапланированного ребенка, положительный или отрицательный настрой.

Отмечается типичная динамика психологических проявлений во время беременности. Обычно в *первые месяцы* беременная чувствует себя неуверенно, остается амбивалентной в отношении предстоящего материнства. Страх перед неизвестностью может привести к подавленности. Беременной нравится (более или менее осознанно) ее состояние, ей хочется быть предметом внимания и забот, в то же время, она чувствует, что взрослеет, в ней борются две тенденции — инфантильности и взросления. Эта двойственность, часто вызывающая тревогу, может стать причиной смены настроения не всегда понятной окружающим. Во *втором триместре* наблюдается относительное спокойствие в состоянии беременной. Основная черта *третьего триместра* — «погружение в ребенка», ребенок сделался средоточием помыслов, интересов и занятий

будущей матери. Непосредственно *перед родами* нарастает тревога, проявлением которой может быть гиперактивность беременной, желающей ускорить события.

Важной проблемой являются **гестозы беременных**. Известно, что у женщин с выраженным нежеланием иметь ребенка чаще наблюдается тяжелая форма токсикоза, в отличие от женщин с желанной и запланированной беременностью. Представители зарубежной медицины, пользуясь концепцией символического языка органов (A.Adler), интерпретируют рвоту беременных как символическое выражение нежелания беременности и рождения ребенка. Другие ученые, основываясь на принципах учения З.Фрейда, рассматривают ранние гестозы беременных как следствие «ослабления воли к материнству в связи с развитием цивилизации» или как проявление бессознательного отвращения к мужу.

Перед родами здоровье будущего ребенка волнует подавляющее большинство женщин. При этом у большей части беременных озабоченность состоянием ребенка имеет тенденцию к нарастанию по мере приближения родов. Многие беременные склонны беспокоиться по поводу возможного влияния лекарств, а часть женщин о методах обезболивания. Описан *феномен пренатальной тревоги* и ее влияние на исход беременности. У беременной, как правило, выявляется несколько видов тревоги: 1) генерализованная; 2) физическая, когда женщина тяжело переносит физические аспекты беременности; 3) страх за судьбу плода; 4) страх перед необходимостью ухода за новорожденным; 5) страх перед родами; 6) страх перед кормлением новорожденного; 7) психопатологические феномены тревоги. Тревога по поводу предстоящего материнства более характерна для старших женщин.

Онкологическая патология. Онкологический процесс выступает для психической деятельности в двух важных аспектах. С одной стороны (психогенной), диагноз заболевания, традиционно причисляемого к группе неизлечимых и, как следствие, повышенно значимых, превращает один лишь факт заболеваемости в серьезную психическую травму, способную сформировать психические нарушения психогенно-реактивного характера. С другой стороны (соматогенной), онкологическая патология может рассматриваться как крайний, один из наиболее тяжелых в соматическом плане фактор, с комплексом психической и физической астении, истощением, существенно влияющим на психическую деятельность и формирующим соматогенные психические расстройства.

Наиболее эмоционально насыщенными для пациентов являются момент постановки и верификации диагноза, начало лечения и обнаружение пролонгации заболевания. Еще В.Н. Герасименко отмечал особенности психологического состояния

онкологически больного в зависимости от периодов заболевания. **Первый** из них – поликлинический или диагностический, который начинается от момента первого контакта больного с онкологической службой: направление на консультативный осмотр онкологом, решение вопроса о необходимости специализированного противоопухолевого лечения в стационарных условиях. Этот этап является для пациентов наиболее психотравмирующим. Типичным является общее беспокойство, выраженная тревога, ощущение полной безнадежности, бесперспективности существования, мысли о неизбежной скорой и мучительной смерти. Иногда наблюдаются вспышки ярости, гнева, злобы, сопровождающиеся агрессией, направленной на ближайшее окружение. Как правило, на этом этапе проведение психотерапевтических мероприятий затруднительно в виду состояния пациентов – они практически недоступны какому-либо виду психотерапевтического вмешательства.

Второй этап – поступление в онкологический стационар – заключается в адаптации пациента в отделении, знакомство с условиями пребывания, режимом отделения, медицинским персоналом и другими пациентами. На этом этапе наблюдается некоторое снижение интенсивности переживаний. Это, прежде всего, связано с формированием у пациентов психологической защиты: пациент допускает мысль о наличии у себя тяжелого соматического заболевания, возможно даже онкологического, успокаивая себя тем, что находится в специализированном стационаре под наблюдением квалифицированных специалистов, которые сделают все, чтобы помочь. Формирование таких установок, их стимулирование и поддерживание является на этом этапе важнейшим моментом психотерапевтического воздействия. Большую роль играют беседы разъяснительного характера лечащего врача с пациентом, осмотры, назначение и проведение различных исследований, консультативные осмотры другими специалистами. Это создает у пациента впечатление активного, тщательного, многостороннего, а главное интенсивного изучения состояния его здоровья, что в свою очередь является важнейшей предпосылкой успешности проводимой терапии. В случае, когда пациент какое-то время предоставлен сам себе и не задействован в диагностическом процессе, ухудшается психическое состояние, утяжеляется степень имеющейся психогении. Это связано, главным образом, с изменившимся содержанием переживаний: страх неизбежной и тяжелой смерти сменяется нетерпением, желанием как можно скорее подвергнуться радикальному лечению, и пролонгация диагностического этапа кажется пациенту «преступной тратой драгоценного времени», так как может быть упущен уникальный момент – время, когда опухоль может быть радикально удалена. Самыми тяжелыми для

пациента являются первые дни пребывания в стационаре, когда происходит адаптация к изменившимся условиям.

Третий этап – предоперационный или предтерапевтический – охватывает период от момента информирования пациента о дне начала противоопухолевой терапии (дне оперативного вмешательства, начала химиотерапии и лучевой терапии) до наступления собственно этого дня. При получении информации о дате операции у некоторых больных возникает негативное к ней отношение: появляются мысли о недостаточно реализованных других видах противоопухолевой терапии. Подобные переживания невольно провоцируются уже прооперированными пациентами, имеющими калечащие последствия от подобного рода терапии. Основной задачей психотерапевтического воздействия на данном этапе является успокоение пациентов путем индивидуальной рациональной психотерапии, направленной на коррекцию жизненных установок.

Четвертый этап – послеоперационный (у пациентов, которым проводилось оперативное вмешательство) – от момента завершения операции до восстановления способности к самообслуживанию. Характерной особенностью данного этапа является редукция выраженности всех негативно окрашенных эмоциональных переживаний пациентов. Для большинства пациентов операция является временным психологическим облегчением состояния – своего рода переломным моментом, после которого пациента ждет выздоровление. Психотерапевтическая коррекция на этом этапе направлена на формирование и поддержание позитивных психологических установок пациента.

Пятый этап – выписка – от момента подготовки пациента к выписке и охватывает дальнейшее пребывание дома. Этот этап производит обманчивое впечатление самого легкого из всех этапов пребывания пациентов в онкологическом стационаре, поскольку пациенты испытывают чувство облегчения, когда после стольких эмоциональных потрясений они выписываются домой. Однако большинство пациентов также испытывают неуверенность в своем будущем, сомнительным представляется возобновление прежней трудовой деятельности, тревожна перспектива возвращения домой в качестве инвалида. В высшей степени психотравмирующими являются предположения пациентов о неполном, частичном выздоровлении, об отсутствии эффективных радикальных средств лечения, необходимость дальнейшего наблюдения онкологами и продолжения противоопухолевой терапии путем адьювантной химио- и лучевой терапии. Подобная информация должна преподноситься пациенту максимально щадяще с соблюдением психотерапевтической направленности беседы лечащим врачом.

Общей чертой выделенных периодов является неопределенность исхода ситуации и тревожное ожидание личностью грядущих событий. Такую ситуацию пациент не может сам разрешить, поскольку ее исход ему неподвластен.

На любом этапе лечения у больного имеются психологические защитные ресурсы, помогающие адаптироваться к сложившейся ситуации, и они должны быть использованы в психотерапевтической работе с этими пациентами. Факторы, которые помогают психологической адаптации или препятствуют ей, были изучены и оценены в исследованиях Maguire & Howell. Среди них – факторы адаптации, обусловленные болезнью, больным человеком, обществом, и факторы, предрасполагающие к плохой адаптации. К факторам адаптации, обусловленным болезнью, относятся, прежде всего, стадия заболевания, локализация опухоли, основные клинические симптомы и прогноз заболевания; требуемое лечение, побочные эффекты терапии и возможные осложнения; изменение структуры и функции тела. К факторам адаптации, обусловленным самим больным человеком, можно выделить следующие: интраперсональные (эмоциональные, философские, религиозные влияния и убеждения); социальные (человек в обществе, общественное положение, семейный статус, наличие детей); интерперсональные (семья и внутрисемейные взаимоотношения, друзья, социальная поддержка); психологические взаимоотношения с медицинским персоналом. К факторам адаптации, обусловленным обществом, относятся следующие: открытое обсуждение диагноза или его секретность; знание возможности и вариантов лечения и прогноза. Среди факторов, препятствующих адаптации, необходимо отметить социальную изоляцию, низкий социально-экономический статус, пессимизм в отношении к жизни, отсутствие надежды на выздоровление, недавние потери, стрессы, психологические травмы, ригидность приспособляемости, сопутствующие психические заболевания, употребление психоактивных веществ.

По наблюдениям Е. Kübler-Ross в поведении онкологических больных можно выделить несколько этапов психологической переработки той жизненной ситуации, в которой они оказались. Установлено, что большинство больных проходит через пять основных стадий психологической реакции: отрицание или шок; гнев; «торговля»; депрессия и принятие.

Первая стадия (отрицание или шок) очень типична. Пациент не верит, что у него есть потенциально смертельная болезнь. Отрицание действует как психологический защитный механизм, предохраняющий сознание от невыносимых мыслей и переживаний. Пациент начинает ходить от специалиста к специалисту, перепроверяя полученные

данные, делает анализы в различных клиниках. В другом варианте пациент может испытывать шоковую реакцию и вообще больше не обращается в больницу.

Вторая стадия (гнев) характеризуется выраженной эмоциональной реакцией, обращённой на врачей, общество, родственников. Больного охватывает гнев: он может вылиться в ярость, возмущение или зависть к тем, кто здоров.

Третья стадия — это попытки «выторговать» как можно больше дней жизни у самых разных инстанций, попытка заключить сделку с судьбой.

На **четвёртой стадии** пациент понимает всю тяжесть своей ситуации. Как правило, наступает депрессия: впадает в отчаяние и ужас, у него опускаются руки, перестаёт бороться, теряет интерес к житейским проблемам, оставляет свои обычные дела, отдаляется от людей, закрывается дома и оплакивает свою судьбу.

Пятая стадия — это наиболее рациональная психологическая реакция, но до неё далеко не каждый доходит. Больные мобилизуют свои усилия, чтобы, несмотря на заболевание, продолжать жить с пользой для близких. Лишь немногим больным удастся дожить до заключительной стадии - **принятия**.

Следует отметить, что вышеперечисленные стадии не всегда идут в установленном порядке. Больной может остановиться на какой-то стадии или даже вернуться на предыдущую.

Вследствие сочетания перечисленных патогенных для психики факторов у онкологически больных резко возрастает риск суицидальных тенденций. Количество суицидальных попыток при онкологических заболеваниях значительно превышает подобный показатель при других соматических заболеваниях, так как ни одно из существующих заболеваний не несет в себе столь мощной стрессирующей нагрузки, как злокачественная опухоль, что в свою очередь обуславливает специфические психологические особенности пациентов с онкологической патологией.

Семейная поддержка является важнейшим и принципиальнейшим фактором в приспособлении больных с онкологической патологией. Роль семейных взаимоотношений возрастает в случаях появления у онкологически больных психологических проблем и психических расстройств. Адаптация больных к новому для них статусу онкологически больного эффективнее проходить в семьях, строящихся по принципу сплоченности. Причем, лица, получающие химиотерапию, нуждаются в «более теплом отношении в семьях» по сравнению с пациентами, перенесшими оперативное вмешательство по поводу опухолей. При мастэктомии у жен существенна роль психологической помощи со стороны мужа больной. Отмечена значимость сексуально-эстетического фактора, способного вызывать неадекватные реакции мужа и спровоцировать появление

психогенных психических нарушений. Однако мужская роль оказывается зачастую существенной лишь в качестве подтверждения негативных ожиданий больных, основанных на рефлексивном стиле мышления, присущем онкологическим больным, который базируется на изменениях самооценки в связи с заболеванием.

Особый интерес представляет вопрос о влиянии психических переживаний, расстройств и преморбидных характерологических особенностей человека на протекание онкологического процесса. Н. J. Eysenck в работе «Рак, личность и белки» приводит данные о связи личности с возникновением или предотвращением рака. Риск развития рака, по его мнению, связан с такими особенностями личности, как эмоциональная лабильность, экстраверсия, аномальное выражение эмоций (чрезмерное подавление чувств), а также депрессия и безнадежность. Как полагает Н. Eysenck, тревога и нейротизм защищают от рака. Острый стресс, снижая эффективность иммунной системы, способствует возникновению рака. Увеличение уровня кортикостероидов, которое имеет место при депрессии, снижает клеточный иммунитет и способствует развитию рака. АКТГ, связанный с тревогой и нейротизмом, наоборот, способствует укреплению защитных сил организма. Особо акцентируется внимание на том, что индивидуальные различия и генетические факторы могут оказывать существенное влияние на проявление соответствующих показателей.

Меланхолия и депрессия, по мнению P. Revidi, способствуют возникновению злокачественных опухолей. Существует психологическая «подготовленность почвы» к развитию рака. По образному выражению автора, рак молочной железы нередко представляет «пассивное самоубийство» в результате чувства вины и депрессии. Сдержанность проявления эмоций, подавление половых инстинктов могут быть отнесены к этиологическим факторам развития рака молочной железы. Анорексия, бессонница, неуверенность в себе, психические травмы могут привести к развитию рака в сроки от 1 до 15 лет. Рак, подчеркивает P. Revidi, можно рассматривать как болезнь адаптации к стрессу и иммунодепрессии. Раку молочной железы часто предшествуют длительные депрессии. Эти больные чаще бездетны и в сексуальном плане более заторможены.

Резюмируя, следует сказать, что онкологические заболевания и психическое состояние пациентов имеют двухканальную связь. С одной стороны, онкологическая патология провоцирует появление разнообразных психических переживаний (от донозологических до выраженных клинических психопатологических), с другой стороны, в появлении онкологических заболеваний, а также вероятности излечения от них существенна роль психологического преморбида и типов психического реагирования на заболевание.

Дефекты тела и органов чувств. В силу особой значимости для любого человека существенных и заметных изменений внешности человека можно говорить о типичности и специфичности психологических девиаций при косметических дефектах, дефектах зрения, слуха и речи. Психологические особенности лиц с разнообразными дефектами схожи между собой и отличны от реакций на иные заболевания. Это обусловлено несколькими причинами, среди которых выделяется значимость социального статуса человека с каким-либо дефектом и отношением к нему в обществе, а также изменения личности в связи с нарушением познавательных процессов при дефектах органов чувств.

Среди косметических дефектов наиболее значимыми являются изменения и деформации лица или отдельных его составляющих. По мнению Н.Д.Лакосиной и Г.К.Ушакова, человек, потерявший руку или ногу, страдает от того, что на его дефект обращают внимание окружающие. У него реже, чем при другой патологии возникает чувство отвращения к себе. По сравнению с ними люди с обезображивающими изменениями лица реагируют в большей степени самоуничижительно. Они становятся обидчивыми, раздражительными, чувствительными, избегают появляться на людях, резко ограничивают контакты с окружающими, нередко размышляют о самоубийстве. В случаях кожных изменений и деформаций лица у пациентов к перечисленным психологическим проявлениям присоединяется чувство стыда, брезгливости и опасения, что окружающими станут избегать их в силу страха заразиться.

Заикание является своеобразным видом дефекта, который может приводить к значительным психологическим последствиям, способным изменить характер и направленность формирования личности. При появлении заикания начинает нарушаться вся система личностных отношений (В.М.Шкловский). Наиболее частым клиническим признаком становится *страх речи (логофобия)*. Он нарушает коммуникативную сторону жизни человека, приводит к патологической замкнутости, нежеланию общаться с окружающими. Человек старается переключить свои интересы на деятельность, исключаящую частое и длительное общение.

Психологические особенности **слепых и глухих людей** обуславливаются нарушением одной из сфер познавательной деятельности. Пациенты с подобными дефектами органов чувств становятся нерешительными, робкими, зависимыми от близких. У них нередко формируются идеи ущербности, сочетающиеся с такими качествами личности как принципиальность, справедливость, законопослушание, высокий уровень нравственных требований по отношению к себе и окружающим. У пациентов с тугоухостью чаще встречаются идеи отношения, обидчивость, повышенная тревожность. Они становятся подозрительными, стеснительными, стараются скрыть свой дефект.

Особую группу составляют **лица, перенесшие радикальные хирургические операции, относящиеся к так называемым «калечащим операциям»:** мастэктомии, гистерэктомии, овариэктомии, цистэктомии и т.п. Психологические реакции на подобные операции обусловлены функциональной и нередко символической значимостью удаленных органов. Радикальные гинекологические операции существенно влияют на самооценку женщин. При мастэктомии у больной могут возникать тревожные опасения по поводу изменения отношения со стороны мужа или близких в силу *эстетического дефекта*, при гистерэктомии и овариэктомии из-за *сексуального дефекта*. Многие женщины, перенесшие оvari- и гистерэктомию стараются скрывать от близких истинный смысл операции, упреждая негативную реакцию со стороны мужа и его возможный уход из семьи.

Многие пациенты **сексологического профиля**, говоря о проявлениях собственной патологии, часто употребляют термин «дефект». Суть «сексуального дефекта» заключается в резком снижении самооценки человеком, у которого появились симптомы сексологических расстройств (аноргазмии, фригидности, импотенции). Как правило, у таких пациентов появляется два вида реакций. У одних снижается настроение, появляются идеи никчемности, ущербности, самообвинения и доминирует интрапунитивный тип реакций. Другие становятся раздражительными, вспыльчивыми, ворчливыми, предъявляют претензии к сексуальному партнеру — экстрапунитивный тип реагирования. Типичным является попытка скрывать наличие симптомов сексуальных проблем в силу их не престижности и стыда.

Близким к вышеописанному является «**психический дефект**» (в том числе интеллектуальный). Возникновение «**комплекса неполноценности**» в связи с психологическими проблемами возможно лишь при непсихотическом уровне психических расстройств. Такой «дефект» появляется у больных с невротическими и личностными расстройствами. В силу необходимости лечения у психиатров пациенты становятся замкнутыми, сужают контакты, испытывают стеснительность и робость в общении, стараются скрывать имеющиеся проблемы и факты посещения специалистов. При интеллектуальном дефекте реакции пациентов отмечаются гораздо реже по сравнению с реакциями близких родственников, которые считают, что дефект одного из членов семьи становится дефектом всей семьи. Вследствие этого родственники пытаются ограничить круг общения, живут в добровольной изоляции.

Возрастные особенности человека также существенны при формировании субъективного отношения к болезни и становления определенного типа реагирования на нее. Известно, что для каждой возрастной группы существует свой *реестр тяжести*

заболеваний — своеобразное распределение болезней по социально-психологической значимости и тяжести. Для **детей, подростков и молодежи** наиболее тяжелыми в психологическом отношении оказываются болезни, которые изменяют внешний вид человека, делают его непривлекательным. Связано это с системой ценностей, расстановкой приоритетов, имеющихся у молодого человека, для которого наивысшую ценность приобретает удовлетворение основополагающей потребности — «удовлетворенность собственной внешностью». Таким образом, наиболее тяжелые психологические реакции могут вызывать болезни, не носящие с медицинской точки зрения угрозы для жизни. К ним относятся любые болезни, негативно, с точки зрения подростка, изменяющие внешность (кожные, аллергические), калечащие травмы и операции (ожоги). Ни в каком другом возрасте не наблюдается столь тяжелые психологические реакции человека на появление у него на коже лица фурункулов. **Лица зрелого возраста** более тяжело психологически будут реагировать на хронические инвалидизирующие заболевания. Это связано также с системой ценностей, и отражает устремленность человека зрелого возраста удовлетворять такие социальные потребности, как потребность в благополучии, благосостоянии, независимости, самостоятельности и пр. Именно удовлетворение подобных потребностей может быть заблокировано появлением любой хронической или приводящей к инвалидности болезни. Психологически тяжелыми для лиц зрелого возраста являются такие болезни как онкологические, хронические соматические болезни и т.д. Второй повышенно значимой группой заболеваний для зрелого человека считаются так называемые социально неприемлемые болезни, к которым обычно относят венерические и психические заболевания. Психологическая реакция на них обусловлена не всегда оценкой их, как угрожающих здоровью, а связана с переживаниями по поводу того, как изменится социальный статус и авторитет заболевшего такими болезнями в случае, если об этом станет известно окружающим. Список подобных заболеваний не исчерпывается венерическими и психическими, в эту группу также могут быть отнесены заболевания, носящие оттенок субъективной «не престижности»: проктологическая патология, прерывание беременности.

Для пожилых и престарелых людей наиболее значимыми являются болезни, которые могут привести к смерти. Инфаркт, инсульт, злокачественные опухоли страшны для них не тем, что могут приводить к потере трудоспособности, а тем, что ассоциируются со смертью.

С целью оценки успешности усвоения вышеизложенного материала предлагается решить следующие задания:

Задание № 50. Пациент К. 48 л., страдает тяжелым соматическим заболеванием. Какой критерий включает понятие «объективная тяжесть болезни»?

- А) Летальности
- В) Психологической значимости
- С) Болевой характеристики болезни
- Д) Внутренней картины болезни
- Е) Нозологии

Задание № 51. В отделении интенсивного сестринского ухода находится пациентка 72 лет, страдающая раком молочной железы в терминальной стадии, с выраженным болевым синдромом. Порог болевой чувствительности ниже:

- А) У женщин
- В) У мужчин
- С) Различий не обнаруживается
- Д) У женщин с преобладанием фемининных свойств
- Е) У женщин с повышенной маскулинизацией

Задание № 52. На консультации у дерматолога мать с 12 летней девочкой, страдающей угревой болезнью. Мать обеспокоена тем, что дочь отказывается ходить в школу, потому что одноклассники ее дразнят, не хотят с ней общаться. Настроение ребенка снижено, заявляет, что она “безобразна”. Какая патология для подростков является наиболее тяжелой в психологическом отношении:

- А) Сексуальные расстройства
- В) Заболевания, изменяющие внешность
- С) Онкологические заболевания
- Д) Инфаркт
- Е) Инсульт

Задание № 53. Пациентка Ф., 43 л., в течение последних 2-х месяцев регулярно посещает хирурга, настаивая на проведении оперативного вмешательства по поводу патологии желудка, не смотря на аргументированное заключение врачебного консилиума о нецелесообразности проведения данного вида лечения. Постоянное и непреодолимое

желание человека подвергаться хирургическим операциям по поводу мнимых проявлений болезни называется:

- А) симуляцией
- В) агравационным синдромом
- С) ипохондрическим синдромом
- Д) синдромом Ашафенбурга
- Е) синдромом Мюнхаузена

Задание № 54. Пациентка С., 17 л., обратилась к психотерапевту по поводу страха речи.

Логофобия встречается при:

- А) шизофрении
- В) сахарном диабете
- С) заикании
- Д) гиперкинетическом синдроме
- Е) аутизме

Если Вы сомневаетесь в правильности решения или Вас что-то беспокоит, ещё раз прочитайте данный раздел информации и снова попробуйте решить задания. Только правильное их решение говорит о том, что информация Вами усвоена, и Вы можете переходить к изучению следующего материала.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗАВИСИМОГО, СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ, ТАНАТОЛОГИИ И ЭВТАНАЗИИ

Актуальность темы: Проблема зависимого поведения в результате употребления психоактивных веществ, патологической склонности к сверхценным увлечениям, нарушения пищевого поведения, суицидальное поведение, вопросы танатологии и эвтаназии являются одной из основных медико – социальных проблем современного мира.

Наиболее значимыми факторами, обуславливающими рост зависимого поведения являются процессы урбанизации, стрессогенные события, повышение средней продолжительности жизни, миграция населения и т.д. Зависимое поведение влечет за собой последствия не только медицинского, но и социального порядка.

Высокая распространенность данной патологии, не достаточно изученные причины зависимости, вовлечение в зависимое поведение лиц молодого возраста, значительное снижение качества жизни и социального функционирования этой категории пациентов, обуславливает актуальность изучения данной темы.

Общая цель: уметь анализировать психологические аспекты и определять основные формы зависимого, суицидального поведения, танатологии и эвтаназии.

Конкретные цели: уметь	Цели исходного уровня
1. Анализировать психологические аспекты зависимости от психоактивных веществ.	1.Выявлять анатомические образования головного мозга и биологически активные вещества, отвечающие за формирование эмоций и поведение человека (кафедра анатомии, кафедра физиологии).
2. Определять основные виды сверхценных увлечений (гемблинг, компьютерная зависимость, Интернет – зависимость), анализировать психологические аспекты их формирования.	2. Определять с точки зрения философии понятия «бытие», «смерть», «самоубийство» и т.д.

3. Выявлять основные формы зависимости пищевого поведения (нервная анорексия, булимия, обжорство), а также основные психологические факторы их возникновения.	3. Проводить анамнестическое и клиническое исследование больных с соматической патологией (кафедра пропедевтики внутренних болезней).
4. Выявлять признаки суицидального поведения, знать разновидности суицидального поведения, мотивы и цели суицида. Своевременно распознавать суицидальные мысли и намерения. Определять роль социальных служб при суицидальных тенденциях. Определять особенности суицидального поведения у соматических больных (при злокачественных опухолях, ВИЧ – инфекции, СПИД, врожденных и приобретенных физических дефектах).	4. Проводить патопсихологическое исследование эмоций при помощи опросника уровня тревожности Спилбергера-Ханина и уровня депрессии Зунга (кафедра общей психологии)
5. Определять психологические аспекты умирания и смерти. Определять морально – этические, юридические аспекты эвтаназии.	5. Определять объем необходимых дополнительных клинических и инструментальных методов исследования и интерпретировать полученные результаты (кафедра лучевой анатомии)
	6. Определять механизм действия и точки приложения психотропных лекарственных средств (кафедра фармакологии)

Для оценки исходного уровня знаний предлагается выполнить следующие задания:

Задание №55. Пациентка Л., 30 лет на приеме у психотерапевта жалуется на сниженное настроение, ощущение тоски и печали, суицидальные высказывания, снижение работоспособности, нарушение сна. Что является анатомическим субстратом формирования отрицательных эмоций у данной пациентки?

- А) Лимбическая система
- В) Ретикулярная формация
- С) Черная субстанция
- Д) Экстрапирамидная система
- Е) Продолговатый мозг

Задание №56. Больной 30 лет. На прием к терапевту доставлен родителями. С их слов у больного на протяжении месяца наблюдается бессонница, депрессия. При осмотре: зрачки расширены, на свет не реагируют, отмечается слезотечение, насморк и чихание, «гусиная кожа», мышцы напряжены. Консультация какого специалиста поможет уточнить диагноз:

- А) Психиатра
- В) Невролога
- С) Инфекциониста
- Д) Нарколога
- Е) Реаниматолога

Задание №57. Для лечения нервной анорексии больной был назначен флуоксетин. К какой группе лекарственных препаратов относится данное средство:

- А) Транквилизатор.
- В) Антидепрессант.
- С) Антипсихотик.
- Д) Психостимулятор.
- Е) Ноотроп.

Задание №58. Больной Т. 55 лет, находится на лечении в кардиологическом отделении по поводу ИБС: стенокардии напряжения ФКП. Накануне у больного пропал аппетит, нарушился сон, стал вялым, появилось безразличие и апатия ко всему, возникли мысли вины. Лечащий врач по рекомендации психотерапевта, назначил амитриптилин. Назовите механизм действия данного препарата:

- А) Пресинаптическая стимуляция выброса серотонина и норадреналина
- В) Ингибирование обратного захвата серотонина
- С) Ингибирование обратного захвата норадреналина
- Д) Необратимое ингибирование фермента моноаминоксидазы (МАО)
- Е) Стимуляция фермента моноаминоксидазы (МАО)

Задание №59. Больной 40 лет. Злоупотребляет алкоголем 20 лет. Неоднократно лечился в психиатрической больнице. Через пьянство потерял работу, семью. Год назад пытался совершить суицидальную попытку. Больной находится в терапевтическом отделении с диагнозом: хр.гепатит, язвенная болезнь 12-ти перстной кишки, хр.панкреатит. На момент осмотра фон настроения снижен, двигательная активность резко ограничена. Высказывает суицидальные мысли. Ваша тактика в отношении данного больного.

- А) Неотложная госпитализация в психиатрический стационар
- В) Плановое лечение в наркологическом стационаре
- С) Амбулаторное лечение под присмотром участкового психиатра
- Д) Плановое лечение в терапевтическом отделении после консультации психиатра
- Е) Амбулаторное лечение под присмотром участкового нарколога

Если при выполнении приведенных выше заданий возникли затруднения, необходимо обратиться к следующей литературе:

1. Вітенко Н.В. Загальна та медична психологія. К., 1996, стор.76-89.
2. Василенко В.Х. Внутренние болезни. М., 1978, стр. 22-31, 46-54, 68-79.
3. Маклаков А.Г. Общая психология . – СПб., 2000, 592с.

СОДЕРЖАНИЕ ОБУЧЕНИЯ

Граф логической структуры темы «Психологические аспекты зависимого, суицидального поведения, танатологии и эвтаназии» представлен на следующей странице.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Проблема зависимости от психоактивных веществ (ПАВ) является одной из острых медико – социальных проблем современного мира. По оценкам зарубежных исследователей употребляют ПАВ и испытывают зависимость от них около 13% населения. Большинство ПАВ могут при их приеме вызывать различные соматические, неврологические, психические нарушения, что приводит к социальной дезадаптации. Медицинские последствия зависимости от ПАВ определяются, главным образом, сокращением длительности жизни в результате высокой смертности.

На данный момент существуют различные психологические теории развития зависимости от ПАВ (психоаналитическая, теория детства, социокультуральная, особенности строения личности). Большой вклад в изучение психологических аспектов зависимости от ПАВ внесли психоаналитически ориентированные исследователи, которые считали, что причины возникновения зависимости определяются с нарушением

Граф 6

детского развития. В большинстве случаев они связывали наркоманию с фиксацией (сбои в развитии инстинктов) на оральной стадии психосексуального развития. Такая фиксация могла произойти из-за специфичных отношений ребенка и матери на первом году жизни. Мать такого ребенка не в состоянии удовлетворить его потребности, и, следовательно, ребенок все время находился в состоянии фрустрации. В дальнейшем такой ребенок начинает прибегать к употреблению ПАВ для защиты своего ЭГО, причем доступ к своим чувствам у него закрыт, а, следовательно, внутреннее напряжение очень высоко.

С точки зрения психоанализа зависимость от ПАВ — это латентный суицид, то есть это попытка покончить с собой, растянутая во времени. ПАВ в таком случае используется как средство самоуничтожения. Сам же суицид — это попытка ухода от болезни или стремление преодолеть внутренние противоречия.

Еще один аспект, которому уделяют внимание в психоанализе — это идентичность. Сложности в формировании собственной идентичности, ее нарушения могут стать дополнительным фактором риска формирования зависимого поведения.

Психологическая теория детства изучает обстановку в семье, стиль семейных отношений, которые могли быть определяющими при формировании зависимости от ПАВ. Анализ стиля воспитания, построения границ семьи, коммуникаций в семье, семейных ролей позволяет сделать предположения о факторах риска развития нервно-психических заболеваний, зависимостей и т. п. Также отмечается цикличность процессов в семье, формирование «порочных кругов», когда дети, выросшие в семье с неблагоприятными условиями, сами создают такую же семью.

При формировании зависимости от ПАВ большое значение имеют личностные особенности человека. Одна из индивидуальных характеристик, имеющая большое значение по отношению к приему ПАВ, — это поиск ощущений или потребность в различных, новых, сложных ощущениях и переживаниях и способность подвергаться физическому и социальному риску ради поиска этих ощущений. Существует четыре разных аспекта поиска ощущений: поиск «возбуждения» приключений, потребность в новом опыте, растормаживание и «скука» восприятия. Поиск ощущений является одним из источников различия в восприятии наркотика разными людьми, также он отражает высокую степень чувствительности человека к приятным эффектам ПАВ.

Социокультуральная теория связывает распространение девиантных форм поведения (зависимость от ПАВ) с явлением социальной аномии - состояния отсутствия социальных ценностей, «безнормность», присущие переходным периодам, когда старые ценности уже не существуют, а новая система норм и ценностей еще не сформирована. Аномия негативно влияет на процессы развития общества, она усиливается в период

реорганизации общества, а именно в связи, как с общественными регрессиями, так и с быстрыми прогрессивными процессами.

В последнее время в нашем обществе происходят очень резкие изменения, поэтому людям становится сложно оценивать ситуацию, особенно молодежи. На этом фоне происходит быстрая наркотизация отдельных лиц, что еще раз доказывает влияние макросоциальных факторов на риск возникновения зависимости от ПАВ.

В результате резких изменений в обществе начинается разрушение социальных взаимоотношений, из которых важнейшим являются семейные отношения. Дезинтеграция семьи — это не только следствие общественных процессов, но и причина будущего состояния общества, так как семья в наибольшей степени отвечает за социализацию ребенка. Ослабление функции семьи может служить причиной формирования девиантного поведения, в том числе и зависимости от ПАВ.

Из-за ослабления общественных отношений возросли роль и значение молодежных групп. По существу, они превратились в среду первичной социализации, но при этом они не способны усваивать общественные нормы полностью и адекватно требованиям социума. Молодежная субкультура порой носит дезинтегрирующий характер и способствует формированию девиаций.

Негативное социокультурное влияние молодежных объединений проявляется в следующих формах:

- 1) все большее влияние приобретают группы, образующиеся спонтанным путем в бесконтрольном окружении (улица, места развлечений и т. п.);
- 2) в молодежной группе часто доминирует система отношений приятельского уровня (все дальше оттесняется «дружба» в ее традиционном понимании), группы принимают значительные размеры, что исключает переживания интимности, доверительности;
- 3) внутригрупповые связи амбивалентны или нейтральны; в спонтанно образуемых, достаточно многочисленных группах много подростков, которые реализуют «общинное одиночество», или одиночество в толпе;
- 4) молодежные группы часто построены иерархически и охватывают людей разного возраста, что способствует выстраиванию системы власти и подчинения; негативные привычки и поведение старших становится нормой для всех, что приводит к ускорению девиантной «карьеры» младших;
- 5) жизнь молодежных групп насыщена конфликтами, как внутри, так и за ее пределами; часто конфликты между группами перерастают в агрессию;

- межгрупповым отношениям в высокой степени присущи явления отвержения, нетерпимости, образ мышления, основанный на предубеждении и дискриминации;
- б) характерным для молодежных групп является вопрос любви; при выборе личного партнера не принимается во внимание его причастность к какой-либо форме девиации, следовательно, быстро распространяется секс, что, в свою очередь, оказывает негативное воздействие в эмоциональном, психическом и социальном плане.

Критическим моментом для приобщения к ПАВ является переход от подросткового возраста к юношескому. Именно в это время пробуют наркотики и алкоголь почти половина всех зависимых от ПАВ личностей. Напротив, в 20 лет злоупотребляют ПАВ почти 9/10 всех хотя бы однажды пробовавших их.

Важным фактором формирования зависимости от ПАВ является ценность здоровья. По данным социологов общественная ценность здоровья достаточно высока: из 10 жизненных ценностей «здоровье» — третье, после «работы» и «семьи». Однако здоровье ценится как средство достижения жизненных целей и материальных благ, а не как средство прожить как можно дольше и полноценнее. Относительно высокий рейтинг здоровья еще не означает обязательного самосохранительного поведения.

Существуют убедительные доказательства, что алкоголизм не встречается в семьях, где детей приучают связывать выпивку (как правило, вино) с особыми обстоятельствами. Дети, таким образом, учатся пить с надлежащей умеренностью. В таких семьях пьянство не рассматривается как признак силы и мужественности, а презирается как слабость. В тоже время бескомпромиссное неприятие алкоголя матерью или отцом может способствовать развитию алкоголизма, так как не позволяет «обучить» детей надлежащему использованию и употреблению алкоголя.

Одной из причин зависимости от ПАВ является гипо- или гиперопека ребенка родителями. В случае гипоопеки родители практически не интересуются своим ребенком. У таких детей снижена самооценка, наличествуют комплексы неполноценности, они переживают чувство мести и ненависти по отношению к взрослым. Отвержение, холодность, отсутствие тепла и ласки со стороны родителей сначала травмируют ребенка, а затем ожесточают его, подталкивают к поиску «другой жизни», другого общества. Очень часто такие дети обращаются к ПАВ или же пытаются покончить с собой, так как не могут понять причины холодного отношения родителей.

В случае гиперопеки за ребенком, родители постоянно присматривают за ним, уделяют чрезмерно много внимания, отказывают в самостоятельности. Жизнь гиперопекаемого ребенка полностью контролируется его родителями, а когда он начинает

взрослеть, такая сверхзабота становится ему в тягость. Ребенок пытается обрести самостоятельность любым доступным способом, поэтому он сознательно идет на конфликты с семьей, демонстративно нарушает предписываемые ему нормы поведения. Для такого ребенка ПАВ может стать единственным аспектом жизни, над которым, как ему кажется, он обладает полной властью.

Еще одним последствием гиперопеки является инфантилизм. Инфантильный ребенок легко попадает под влияние более опытных товарищей, его легко уговорить попробовать алкоголь и наркотики, а также подбить на какую-нибудь выходку.

Другой вариант гиперопеки — это всеобщий любимец, объект всеобщего поклонения и восхищения, единственный ребенок в большой семье. Для такого ребенка привычны вседозволенность, неограниченная власть над взрослыми, которые его никогда не накажут и не отругают. Очень часто такие дети демонстративны, стараются произвести сильное впечатление на окружающих, для них характерно желание быть лучше всех, что в свою очередь может привести к наркотизации или алкоголизму (например, при желании всех перепить или все попробовать).

Еще одним психологическим фактором, провоцирующим развитие зависимости, может служить влияние среды проживания и наличие доступа к наркотическим веществам. Для подростков при приобщении к ПАВ самое большое значение имеет опыт сверстников. Важным компонентом может оказаться и мода на употребление наркотического вещества (например, мода на экстази и галлюциногены в клубной хаус-культуре).

Очень важным мотивом употребления ПАВ является ожидание от употребления наркотика или алкоголя чего-либо, то есть предвкушение наркотического вещества. Эти ожидания базируются на предыдущих впечатлениях от эффектов каких-либо применявшихся ПАВ. Эти впечатления могут быть прямыми (если человек сам употреблял ПАВ) или косвенными (если человек узнал о действии вещества и его эффектах из инструкции, от пробовавших друзей, по телевизору, из книги и т.д.). Часто ожидания людей в отношении ПАВ являются определяющими в их восприятии и отношении к наркотику. В отдельных случаях это может влиять даже сильнее, чем фармакологическое воздействие ПАВ (в некоторых случаях введение наркоману плацебо приводило к облегчению или даже полному снятию симптомов синдрома отмены). Предвкушение эффекта ПАВ оказывается более заметным в поведении или эмоциях, которые общество не относит к обычным ощущениям, например, агрессии, повышенной сексуальности, эйфории. Например, люди, верящие в то, что героин дает расслабляющий эффект, чувство мягкости, спокойствия, будут испытывать эти эффекты скорее благодаря

тому, что они ожидают это, чем специфическому воздействию опиатов. Возвращение после долгого воздержания к обстановке, которая ассоциируется с употреблением наркотиков, может спровоцировать появление симптомов абстиненции и поведения, направленного на поиск ПАВ.

Исследование психологических причин возникновения зависимости от ПАВ вследствие особенностей строения личности человека в основном связано с его преморбидными особенностями. Существует особый тип личностной конституции, психические аномалии, служащие предпосылкой формирования зависимого поведения при первом знакомстве с ПАВ. Было показано, что большинство лиц, употреблявших опиоиды до формирования зависимости от ПАВ, соответствуют психопатическим или акцентуированным личностям.

У некоторых возбудимых личностей это нередко толкает их или к наркотикам и алкоголю, или к самоубийству. Другой тип акцентуации характера, который может служить фактором риска, — это демонстративный. Демонстративные личности, в первую очередь, характеризуются очень высокой способностью к вытеснению. Поэтому, с одной стороны, они часто хорошо приспособлены к окружающему миру, а, с другой, — истерические черты способствуют формированию асоциального поведения. Демонстративные и истерические личности склонны вытеснять неприятные мысли, которые могли бы побудить их к активным раздумьям, так как они не желают ничем отягощать себя. Именно эта черта может способствовать развитию наркомании в тяжелой форме, потому что вплоть до последнего момента демонстративная личность будет делать все для того, чтобы избежать осознания своего заболевания.

У людей с акцентуацией характера циклоидного типа особенности поведения зависят от фазы. В гипертимной фазе оно ничем не отличается от поведения гипертимных подростков. В субдепрессивной фазе возможно суицидальное поведение. У эмоционально-лабильных подростков наиболее значимы аффективные реакции. Они используют ПАВ, как средство уйти от проблем.

Для шизоидных подростков существует определенный риск формирования зависимости. Особенно привлекательны для них те вещества, которые способствуют аутистическому фантазированию или же облегчают контакты со сверстниками. Эпилептоидная акцентуация сама по себе предопределяет риск самодеструктивного (аддиктивного) поведения. От первых опьянений может пробудиться желание напиваться до «отключения». ПАВ часто боятся, но если начинают их принимать, то патологическое влечение к ним проявляется быстро и сильно. Поэтому среди подростков-наркоманов и токсикоманов эпилептоиды составляют значительную часть. Истероидные подростки

склонны к демонстративным акциям, поэтому, желая продемонстрировать умение много пить или употребление модных наркотических препаратов, могут стать зависимыми (при условии частого повторения такого поведения). При неустойчивом типе акцентуации характера главной жизненной установкой является поиск удовольствия всегда и везде. Именно эта гедонистическая установка создает высокий риск формирования наркомании и алкоголизма.

Для людей с повышенным риском зависимости от ПАВ характерны такие личностные черты, как эмоциональная холодность, эгоцентризм, низкий самоконтроль и враждебность. У них присутствует тревога, стресс, вызванные нежелательными ограничениями или запретами: индивид сопротивляется давлению извне, хочет свободно следовать своим желаниям и преодолеть ощущение пустоты и разрыва с другими людьми. У них выражена гедоническая мотивация, склонность к увлечениям, успеху, насыщенной интересной жизни.

Таким образом, психологические причины развития зависимости от ПАВ заключаются в неправильном развитии в детском возрасте. По-видимому, нарушения развития в детском возрасте играют решающую роль в формировании любой формы дезадаптивного поведения, в том числе и зависимости от ПАВ. При этом все возрастающая социальная нестабильность усиливает эти нарушения и негативные тенденции развития личности. Вероятно, с этим связан рост зависимости от ПАВ в нашей стране в последнее десятилетие.

СВЕРХЦЕННЫЕ УВЛЕЧЕНИЯ

Гемблинг

Гемблинг (лудомания, игромания) – это патологическая склонность к азартным играм. Распространенность этого расстройства составляет около 1%. Патологическая склонность к азартным играм обычно развивается в раннем подростковом возрасте у мужчин (позднее у женщин) и имеет хроническое прогрессирующее течение с чередующимися периодами воздержания от игр и с рецидивами. В настоящее время склонность к азартным играм больше распространена среди мужчин. Женщины обычно начинают увлекаться азартными играми в более старшем возрасте, чем мужчины, но у них быстрее формируются связанные с ними проблемы.

Азартная игра — распространенное, социально приемлемое и легальное занятие в большинстве культур мира. Это может быть игра со ставкой на что-нибудь ценное (обычно деньги) или на то, что произойдет событие, результат которого непредсказуем и обуславливается случайностью. Различные типы азартных игр, обычно доступные в

нашей стране, — это национальная лотерея, скретч-карты, азартные игры по Интернет, игры в казино, ставки во время спортивных соревнований, бинго, игральные автоматы и заключение пари в частном порядке.

Для подавляющего большинства людей азартная игра — это рекреационное занятие без неблагоприятных последствий. Однако для значимого меньшинства она прогрессирует до патологической склонности к азартным играм, которая определяется в МКБ-10 как “стойкое и рецидивирующее дезадаптивное поведение, которое нарушает выполнение личных, семейных или профессиональных обязанностей».

Участие в азартных играх в этой группе имеет сильную связь со злоупотреблением ПАВ, а также с депрессией. Кроме того, получены данные о связи между ранним началом участия в азартных играх и более тяжелой последующей склонностью к ним и более неблагоприятными последствиями. К другим популяциям риска относятся этнические меньшинства, лица с низким социально-экономическим статусом, а также лица с психическими нарушениями или имеющие проблемы, связанные со злоупотреблением ПАВ.

Гемблинг может иметь неблагоприятные последствия для индивида, семьи и общества, кроме того, при этом расстройстве отмечаются высокие показатели сопутствующих психических заболеваний. Раннее выявление и надлежащее лечение могут ограничивать отдаленные неблагоприятные последствия и улучшать исход.

Игромания неблагоприятно воздействует на индивида, семью и на общество. Среди азартных игроков отмечается высокая частота различных психосоматических расстройств и нарушений в психической сфере, например аффективные и тревожные расстройства, злоупотребление ПАВ и расстройства личности. Чрезмерно выраженная склонность к азартным играм может существенно влиять на финансовое положение индивида, часто приводя к крупным долгам, бедности и даже к банкротству. Чтобы “финансировать” свою пагубную привычку, некоторые прибегают к криминальной деятельности, начиная от краж, проституции и заканчивая преступлениями с применением насилия с явными юридическими последствиями. Склонность к азартным играм может также неблагоприятно влиять на межличностные отношения азартного игрока и приводить к проблемам во взаимоотношениях, игнорированию семьи, домашнему насилию и жестокому обращению с ребенком. Установлено, что у детей родителей с патологической склонностью к азартным играм повышен риск нарушений в поведении, развития депрессии и злоупотребления ПАВ. Бремя, которое несет общество из-за лиц, склонных к азартным играм, включает затраты, обусловленные криминальным

поведением азартных игроков, и различные затраты на медицинскую и социальную помощь.

У игроков отмечается высокий интеллект, большая энергия при узком круге интересов, трудоголизм, авантюризм, максимализм, чрезмерная критичность по отношению к близким и друзьям, в то же время - склонность избегать серьезных конфликтов с помощью искажения фактов и лжи. Они отличаются жаждой острых ощущений, сильной потребностью в признании окружающих, непокорностью, суеверностью.

Азартные игроки скучают в обычной компании и часто после работы продолжают деловые переговоры по телефону. Эти люди - хорошие организаторы, но плохие исполнители, они генерируют идеи, но не воплощают их. Они не копят денег, а тратят их, если занимают - то в максимальных количествах и с нарастающей частотой. Им свойственна фетишизация денег, которые они воспринимают как источник своих проблем и в то же время - как способ их решения. Фетишем может стать любимый игровой автомат - "мой", "более честный", "который когда-нибудь отдаст вложенные деньги".

Выделяются следующие признаки, характерные для гемблинга, как разновидности аддиктивного типа девиантного поведения:

1. Постоянная вовлеченность, увеличение времени, проводимого в ситуации игры.
2. Изменение круга интересов, вытеснение прежних мотиваций игровой деятельности, постоянные мысли об игре, преобладание в воображении ситуаций, связанных с игровыми комбинациями.
3. «Потеря контроля», выражающаяся в неспособности прекратить игру как после большого выигрыша, так и после постоянных проигрышей.
4. Появление состояний психологического дискомфорта, раздражительности, беспокойства (т.н. «сухой абстиненции») через короткие промежутки времени после очередного участия в игре с труднопреодолимым желанием приступить к игре («игровым драйвом»).
5. Увеличение частоты участия в игре и стремление ко все более высокому риску.
6. Нарастание снижения способности сопротивляться соблазну («снижение игровой толерантности») возобновить игру.

Компьютерная зависимость

Приобщение к данному виду гемблинга начинается с детского возраста путем видеоигр. В видеоиграх выигрышем является каждый бонус, дающий "дополнительную жизнь", успешное прохождение одного уровня дает игроку пропуск на следующий уровень, а удачное завершение всей игры - звание победителя. При этом деньги пока что

не нужны, риск лишь виртуальный, за счет идентификации с героем. И родители довольны - по улице ребенок не слоняется, да и к технике приобщается - пригодится.

У 65% детей развивается феномен "воображаемого друга" (сверстников, животных, неживых существ), при этом реальное общение сводится к минимуму. Они посвящают своему увлечению все свободное время, тратят карманные деньги на покупку очередного компакт-диска или модернизацию компьютера. Во время беседы дети оживляются лишь при затрагивании тем, связанных с компьютером, при этом становятся экзальтированными, подолгу и со многими подробностями описывают какую-нибудь видеоигру, как бы играя в нее в этот момент. Попытки взрослых ограничить время, проводимое ребенком за компьютером, вызывают у него бурный протест; вынужденный простой сопровождается чувством скуки и опустошенности. Ребенок запускает учебу, начинает пропадать у знакомых, имеющих компьютер, невзирая на растущее недовольство хозяев и запрет собственных родителей.

У взрослых пользователей при работе на компьютере выявлены эмоциональные состояния, характерные для общения со значимым другим человеком: азарт, сосредоточенность, решительность, любопытство и заинтересованность, облегчение, удовлетворение, удовольствие, радость, восторг и восхищение, хорошее настроение, удивление, растерянность и замешательство, волнение и беспокойство, неуверенность, разочарование, огорчение, неудовлетворенность и недовольство, злость, тревога и испуг.

Приятные переживания чаще наблюдаются у подростков и юношей. У молодых людей появляются сосредоточенность, волнение и беспокойство.

В происхождении компьютерной зависимости важную роль играет виртуальная реальность, обеспечивающая тотальное насыщение зрительного, слухового и кинестетического анализаторов и таким образом составляющая мощную конкуренцию истинной реальности. Причем граница между этими реальностями размывается благодаря действиям, направленным на сам компьютер и окружающие объекты. Кроме того, работа на компьютере связана с дополнительным эмоциональным напряжением из-за частых сбоев, обусловленных содержанием работы, управлением компьютером или несовершенством существующих технических устройств.

Интернет - зависимость

В последние годы в связи с развитием Интернета появилась новая зависимость – Интернет - аддикция. Она развивается у 25% пользователей в течение первого полугодия, у 58% - в течение второго полугодия.

Чаще всего используют чаты (37%), MUDs (28%), телеконференции (15%), E-mail (13%), WWW (7%), информационные протоколы (ftp, gopher) (2%). Интернет -

независимые пользуются преимущественно теми аспектами Интернет, которые позволяют им собирать информацию и поддерживать ранее установленные знакомства. Интернет - зависимые преимущественно пользуются теми аспектами Интернет, которые позволяют им встречаться, социализироваться и обмениваться идеями с новыми людьми в виртуальном пространстве. То есть большая часть Интернет-зависимых пользуется сервисами, связанными с общением.

Интернет-зависимые лица пользуются сетью для получения социальной поддержки (за счет принадлежности к определенной социальной группе: участия в чате или телеконференции); сексуального удовлетворения; возможности творения виртуального героя (создания нового "Я"), что вызывает определенную реакцию окружающих, получение признания окружающих.

Многие пользователи сети начинают испытывать азарт, находясь в Интернете. Желание завести как можно больше знакомых или скачать побольше интересной информации заставляет их находиться в виртуальном пространстве всю ночь (интернет в это время стоит дешевле и, как правило, хорошая связь). Существует четыре признака интернет-зависимости:

- 1) навязчивое желание проверить e-mail;
- 2) постоянное желание следующего выхода в Интернет;
- 3) жалобы окружающих на то, что человек проводит слишком много времени в «интернет»
- 4) жалобы окружающих на то, что человек тратит слишком много денег на интернет.

Прекращение или сокращение времени, проводимого в Интернет, приводит пользователя к плохому самочувствию, которое развивается в течение от нескольких дней до месяца и выражается двумя или более факторами: эмоциональное и двигательное возбуждение, тревога, навязчивые размышления о том, что сейчас происходит в Интернет, фантазии и мечты об Интернет, произвольные или непроизвольные движения пальцами, напоминающие печатание на клавиатуре.

Зависимость пищевого поведения

Пищевое поведение человека оценивается как гармоничное (адекватное) или девиантное в зависимости от множества параметров, в частности, от места, занимаемого процессом приема пищи в иерархии ценностей индивида, от количественных и качественных показателей питания, от эстетики. Существенно влияние этнокультуральных факторов на выработку стереотипов пищевого поведения, особенно в период стресса. Извечным вопросом о ценности питания, становится вопрос о связи

питания с жизненными целями («есть, чтобы жить или жить, чтобы есть»), учета роли пищевого поведения окружающих для становления некоторых личностных характеристик (например, гостеприимство).

Под **пищевым поведением** понимается ценностное отношение к пище и ее приему, стереотип питания в обыденных условиях и в ситуации стресса, ориентация на образ собственного тела и деятельность по его формированию.

Учитывая существенное влияние на оценку адекватности пищевого поведения транскультуральных особенностей человека, укажем, что значимость приема пищи в различных культурах и у людей разных национальностей различается. Так, в соответствии с дифференциально-аналитической концепцией, питание является одной из основных составляющих восточной психологической модели ценностей, в рамках которой вырабатывается собственный образ красоты тела (как правило, привлекательнее и здоровее рассматривается полный, упитанный человек с хорошим аппетитом) и отношение к тому, как и сколько ест ребенок или взрослый. Нормальным поведением в период стресса рассматривается повышение аппетита и усиленное питание («сначала поешь — потом поговорим о проблемах») и т.н. *феномен «заедания стресса»*. На уровне бытовых отношений оценка высшей степени гостеприимства сопряжена с предоставлением большого количества продуктов питания. В западной психологической модели ценностей питание само по себе не является ценностью и гостеприимство не включает в обязательном порядке процесс питания. Ценностью является контроль за приемом пищи, ориентация на иные стандарты красоты и эстетики — стройность, худоба, спортивность в противовес упитанности в рамках восточной модели. В связи с подобными транскультуральными разночтениями девиантное пищевое поведение в обязательном порядке должно учитывать этнокультуральный стереотип пищевого поведения окружения человека.

Основными нарушениями пищевого поведения считаются: *нервная анорексия и нервная булимия*. Общими для них являются такие параметры, как:

- озабоченность контролированием веса собственного тела
- искажение образа своего тела
- изменение ценности питания в иерархии ценностей.

Основную роль в развитии нарушения пищевого поведения играют различные психологические факторы. Одной из гипотез распространения нарушений пищевого поведения является огромное влияние общества на нормы и ценности индивида. Последние десятилетия наше общество предпочитает худобу. Под влиянием западной культуры в сознании людей прочно закреплен стереотип о том, что быть худым — значит

быть успешным, здоровым, привлекательным и дисциплинированным. Полнота ассоциируется с непривлекательностью, ленью, некомпетентностью. Худоба воспринимается как показатель успешности человека, тогда как излишний вес символизирует отсутствие самоуважения.

Существует мнение, что увеличение количества пищевых расстройств за последние 40-50 лет связано со все большим распространением в обществе идеала худобы. Это мнение основывается на излишней обеспокоенности пациентов с булимией и анорексией своим весом и телом. Однако практически каждому человеку свойственно беспокоиться о своем внешнем виде. Наше общество в целом, и страдающие булимией в частности, уделяют большое внимание внешней привлекательности. Социум склонен оценивать людей по их внешнему виду, не уделяя внимания внутреннему миру человека, если нас не привлекает его внешность.

Отсюда вытекает предположение, что именно из-за принятых в обществе ролей и стереотипов, пищевыми расстройствами страдают в основном женщины, тогда как мужчины склонны к трудоголизму. Приоритеты в обществе таковы, что женщина должна быть привлекательна внешне для успешного взаимодействия с мужским полом, тогда как мужчина должен быть прежде всего реализован социально, в обществе и на работе. Оба этих заболевания можно расценивать как гиперболизацию принятых в социуме ценностей.

Однако, как и при рассмотрении гипотезы нарушения метаболического обмена в качестве основной теории возникновения нарушений пищевого поведения, критика данного подхода обусловлена, прежде всего одним вопросом — почему же, если внешней привлекательностью озабочен каждый индивид, и каждая женщина стремится быть желанной для противоположного пола, далеко не каждая заболевает анорексией или булимией? Очевидно, что на первый план выступают личностные особенности больных, страдающих расстройством пищевого поведения.

Исследованию личностных особенностей людей, страдающих нарушением пищевого поведения, а также специфике их жизненной ситуации посвящено множество работ. Расстройства пищевого поведения существенно чаще встречаются у женщин (в сопоставлении с мужчинами как 6:1 — 10:1), что объясняется некоторыми исследователями как результат большей частоты раннего использования диет.

Многие исследователи подчеркивают особенности детской и семейной ситуации лиц, страдающих нарушением пищевого поведения. Женщины, страдающие булимией и нервной анорексией, как правило, описывают отношения с обоими родителями негативно. Было обнаружено, что пациентки с нарушением пищевого поведения в большинстве случаев отмечают низкий уровень родительской заботы. Отцы, как правило, описывались

как эмоционально сдержанные и отвергающие. Матери характеризовались как доминирующие, гиперопекающие и склонные к перфекционизму. В детстве пациентки получали от родителей как бы «двойственную информацию» о своем отношении к дочери. С одной стороны их поддерживали, с другой стороны, подрывали уверенность в себе. В результате такого взаимодействия у девочек появлялось чувство раздвоения, несоответствия ожиданиям родителей.

Одной из ведущих проблем отношений с родителями у пациенток с нарушением пищевого поведения является проблема отделения от семьи и становления независимости. Женщины, страдающие нарушением пищевого поведения, реагируют на предполагаемое отделение от близких очень бурно, даже неадекватно, по сравнению с людьми, не страдающими нарушением пищевого поведения. Также они описывают своих родителей как не поддерживающих попытки дочерей быть независимыми. Страдающие анорексией — склонны к зависимости от родителей, стремление стать как можно хуже расценивается как попытка вернуться к детскому инфантильному состоянию. Как правило, анорексия является этапом булимической симптоматики, и оба заболевания как бы препятствуют становлению зрелой взрослой личности, возникая в свою очередь на почве опять же недостаточной личностной зрелости и независимости.

Вспоминая свое детство, пациенты с анорексией говорят о себе как об очень послушных, образцовых детях. Они старались делать то, чего от них ожидали окружающие. Жизнь пациентки, страдающей анорексией, пронизана стремлением сделать все так, чтобы окружающие это одобрили. Всегда присутствует тревога о том, что если что-то сделать не так, как этого ожидают другие, то шансы быть любимой и уважаемой очень малы. Многие взрослые испытывают подобные тревоги, но для пациентов с анорексией эти переживания определяют всю их жизнь. Анорексия — это способ оставаться зависимым ребенком, лишая свое тело возможности приобретать взрослые очертания, а тем самым и ответственности, которая неизбежно приходит по мере взросления.

Родители больных анорексией часто описываются как крайне требовательные, с одной стороны стремясь иметь идеального ребенка, с другой — не оказывая ему достаточной поддержки и не выражая любви и привязанности. Ребенок не чувствует любви к себе как к личности. Но он видит, что за какие-то достижения его хвалят и поощряют. Однако никакая успешность не приводит к формированию стабильной самооценки и контакта с родителями.

Анорексия позволяет привлечь к себе внимание, доказать себе свою силу и способность контролировать свою жизнь. Таким образом, женщины, у которых в детстве

имели место конфликты, касающиеся взросления, сепарации, сексуальности, самооценки и трудностей в регуляции психического напряжения, возможно, более предрасположены к развитию пищевых нарушений.

Для пациенток, страдающих булимией, также крайне актуальной является тема зависимости от положительной оценки окружающих. Для стабилизации собственной самооценки, страдающим булимией необходимо быть уверенными в одобрении окружающих. Они стараются вести себя так, чтобы соответствовать ожиданиям людей вокруг них, собственные желания подавляются, отходят на второе место, первое же прочно занимает желание сделать счастливыми окружающих. Они думают, что для того, чтобы быть любимыми, им надо быть совершенными. Один из аспектов совершенства — это хуоба. Им трудно принимать себя не такими, как ожидается, и это затрудняет их адекватное самовосприятие и взаимоотношения. Так как пациенты с булимией хотят нравиться окружающим, они предпочитают скрывать свои эмоции; выразить злость означает обидеть кого-нибудь, не понравиться ему. Поэтому они делают много того, чего не хотели бы делать, отсюда низкий уровень самовыражения. Такое поведение, несомненно, уходит корнями в раннее детство.

Таким образом, еще одной характерной чертой больных, страдающих нарушением пищевого поведения, является стремление к перфекционизму. Недостаточно теплые отношения с родителями и проблемы с отделением от них приводят к неустойчивости самооценки и трудностям при формировании зрелой, взрослой личности. Отсюда склонность к перфекционизму, зависимость от одобрения окружающих. Часто пациентки с нарушением пищевого описывают себя как неудачниц, делающих все «недостаточно хорошо». Даже много работая или учась, они никогда не бывают довольны собой в достаточной для удовлетворения сделанным степени, уверены в собственной ценности и значимости.

Желание быть совершенными идет из недостаточного сформированного и независимого образа себя. Невозможность быть лучшей во всех сферах жизни вызывает у пациенток с нарушением пищевого поведения страх и тревогу, и единственной ареной, на которой возможны реальные изменения — это тело. Контролируя свой вес пациентка с нарушением пищевого поведения говорит себе — я контролирую свою жизнь, я — не неудачница!

У больных булимией желание совершенства принимает иное направление, когда дело касается еды — если я не могу быть хороша в сфере поддержания диеты, то пусть я буду отвратительна. Именно в силу перфекционизма больных с нарушением пищевого поведения способ коррекции веса через диету так мало эффективен в большинстве

случаев: как правило, долго продержаться на диете не удастся, и сбой в режиме принятия пищи приводит к усилению чувства вины и дискомфорта, которые устраняются только с помощью еды, отчего круг «еда — вина — еда» замыкается.

У многих пациенток, страдающих нарушением пищевого поведения, в течение жизни происходили тяжелые потери, травмы, в отношении которых у них женщин сохранялась неразрешенность ситуации. Вышеперечисленные проблемы и особенности больных, страдающих нарушением пищевого поведения, проистекают из детской ситуации. Поэтому необходимым представляется рассмотрение психоаналитического подхода к данной проблеме, как наиболее направленного на особенности детства пациентов.

В психоаналитической концепции нарушения пищевого поведения рассматриваются как оральный регресс, процесс принятия пищи интерпретируется как возвращение к состоянию спокойствия и тепла возле матери. Большинство пациенток описывают процесс еды как «ощущение первичной гармонии», состояние спокойствия, блаженства — сродни состоянию младенца после насыщения молоком кормящей его матери. Принятие пищи — это своеобразное возвращение к сосанию материнской груди.

Таким образом, еда рассматривается как оральный способ компенсации. По наблюдениям клиницистов, большинство пациенток с нарушением пищевого поведения либо были рано отняты от груди, либо имели другие проблемы грудного вскармливания.

Оральная фиксация имеет отношение к формированию различных личностных структур, в особенности гипоманиакальной и истерической. Изучение этой сферы нарушения пищевого поведения необходимо для выявления предрасположенности к расстройствам аппетита.

Когнитивная парадигма также признает роль детской ситуации в развитии нарушения пищевого поведения, однако фокус исследований в данном контексте направлен на установление специфики когнитивного уровня больных нарушением пищевого поведения. Когнитивные нарушения признаны одним из главных аспектов нарушения пищевого поведения.

Нервная анорексия

Нервная анорексия (лат. *anorexia nervosa*) — расстройство, характеризующееся преднамеренным снижением веса, вызываемым и/или поддерживаемым самим пациентом.

Факторы риска:

1. *Генетические факторы.* Анализ сцепления генов в пределах генома не обнаружил локусы для широкой диагностической категории нервной анорексии, однако анализ родословных как минимум одной пары родственников с ограничительным типом нервной

анорексии определил сцепление с хромосомой 1p34. Стремление к худобе и навязчивость наиболее тесно связаны с нервной анорексией, обуславливая новые генетические локусы на хромосомах 1 для смешанного показателя и 13 для стремления к худобе. Исследования по изучению связей сфокусированы на изучении генов, имеющих отношение к специфическим нейрохимическим факторам пищевого поведения. Одним из таких кандидатов является HTR2A-ген серотонинового рецептора 5-HT_{2A}.

Ген мозгового нейротрофического фактора (BDNF) также задействован как ген восприимчивости к нервной анорексии. Этот белок участвует в регулировании пищевого поведения на уровне гипоталамуса, в том числе и в регулировании уровня серотонина, снижение которого вызывает депрессию. Генетическая уязвимость, вероятно, заключается в предрасположенности к определенному типу личности, к психическому расстройству (аффективное расстройство или тревожное расстройство) или к дисфункции нейромедиаторных систем. Следовательно, генетическая предрасположенность и уязвимость могут проявиться в неблагоприятных условиях, например при неправильной диете или после эмоционального стресса.

2. *Биологические факторы* — избыточная масса тела и раннее наступление первой менструации. Кроме того, причина заболевания может крыться в дисфункции регулирующих пищевое поведение нейромедиаторов, таких как серотонин, дофамин, норадреналин. Исследования наглядно продемонстрировали дисфункцию всех трех указанных выше медиаторов у пациентов с расстройствами пищевого поведения.

3. *Семейные факторы* — больше шансов возникновения расстройства пищевого поведения у тех, кто имеет родственников или близких, страдающих нервной анорексией, нервной булимией или ожирением. При наличии члена семьи или родственника, страдающего депрессией, злоупотреблением алкоголем или наркотиками или зависимостью от них, также повышается риск возникновения расстройства.

4. *Личностные факторы*. К психологическим факторам риска относятся перфекционистски-обсессивный тип личности, особенно для ограничительного типа нервной анорексии. Низкая самооценка, чувство собственной неполноценности, неуверенности и несоответствия требованиям являются факторами риска развития нервной анорексии.

5. *Культуральные факторы*. К ним относятся-проживание в индустриально развитой стране, акцент на худобе как главном признаке красоты. Стрессовые события, такие как смерть близкого родственника или друга, сексуальное или физическое насилие, также могут быть факторами риска развития расстройства пищевого поведения.

6. *Антропологические факторы.* Нервная анорексия связана с поисковой активностью человека. Главным побудительным мотивом отказа от пищи является активная борьба с препятствиями, с тем вызовом, который бросает девушкам их собственный аппетит и все кто хочет заставить их нормально есть. В этой борьбе проявляется поисковая активность, и процесс при этом, как обычно, важнее результата. Беспомощность — это отказ от поиска, капитуляция, и капитуляция перед вызовом, который во всех важных для них сферах диктует им жизнь, делает для них особенно значимой ту сферу, в которой они не капитулируют и остаются активными. Анорексия — это процесс повседневного преодоления, борьбы, своеобразного поискового поведения, и именно этим ценна больным. Эта продолжающаяся отчаянная борьба способствует восстановлению самооценки, сниженной предшествующими капитуляциями. Страх вернуться к нормальному приему пищи — это не страх утраты контроля, это страх утраты вызова, делающего жизнь полноценной. Каждый несъеденный кусок пищи это победа, и она тем ценнее, чем в более напряженной борьбе одержана.

Для достоверного диагноза требуются все следующие признаки:

а) вес тела сохраняется на уровне как минимум на 15% ниже ожидаемого (более высокий уровень был снижен или так и не был достигнут), или индекс массы тела Кветелета составляет 17,5 или ниже (этот индекс определяется соотношением веса тела в килограммах к квадрату роста в метрах). В препубертатном возрасте может обнаружиться неспособность набрать вес в период роста;

б) потеря веса вызывается самим пациентом за счет избегания пищи, которая "полнит", и одного или более приемов из числа следующих: вызывание у себя рвоты, прием слабительных средств, чрезмерные гимнастические упражнения, использование средств, подавляющих аппетит и/или диуретиков;

в) искажение образа своего тела принимает специфическую психопатологическую форму, при которой страх перед ожирением сохраняется в качестве навязчивой и/или сверхценной идеи и больной считает допустимым для себя лишь низкий вес;

г) общее эндокринное расстройство, включающее ось гипоталамус-гипофиз-половые железы и проявляющееся у женщин аменореей, а у мужчин потерей полового влечения и потенции; могут быть повышенными уровни гормона роста и кортизола, изменения периферического метаболизма тиреоидного гормона и аномалии секреции инсулина;

д) при начале в препубертатном возрасте проявления пубертатного периода задерживаются или даже не наблюдаются (прекращается рост, у девочек не развиваются грудные железы и имеет место первичная аменорея, а у мальчиков остаются

ювенильными половые органы); при выздоровлении подростковый период часто завершается нормально, но поздно наступает первая менструация.

Стадии нервной анорексии:

1. *Дисморфоманический* — преобладают мысли о собственной неполноценности и ущербности, в связи с мнимой полнотой. Характерно подавленное настроение, тревога, длительное рассматривание себя в зеркале. В этот период возникают первые попытки ограничивать себя в еде, поиск идеальной диеты.

2. *Аноректический* — возникает на фоне стойкого голодания. Достигается снижение веса, что сопровождается эйфорией и ужесточением диеты, "чтобы похудеть еще больше". Из-за активного распада тканей подавляется аппетит.

3. *Кахектический* — период необратимой дистрофии внутренних органов. Наступает через 1,5—2 года. В этот период больные теряют 20—50 % своей массы. Данный этап как правило не обратим. Дистрофические изменения приводят к недостаточности всех систем и органов и смерти.

Исход:

1. Выздоровление.
2. Рецидивирующее (возобновляющееся) течение.
3. Смерть в результате необратимых изменений внутренних органов.

Нервная булимия

Булимия — резкое усиление аппетита, наступающее обычно в виде приступа и сопровождающееся чувством мучительного голода, общей слабостью, болями в подложечной области. Булимия встречается при некоторых заболеваниях центральной нервной системы, эндокринной системы, психических. Часто булимия приводит к ожирению. Различают булимию двух типов:

1) Классический (очистительный): больной регулярно провоцирует рвоту или злоупотребляет слабительными, диуретиками или клизмами.

2) Булимия как вторая стадия анорексии: больной применяет другое компенсирующее поведение, например, голодает или активно занимается спортом, однако не провоцирует рвоту регулярно и не злоупотребляет слабительными, диуретиками или клизмами.

Суицидальное поведение

Суицид. Разновидности суицидального поведения. Мотивы и цели

Самоубийство, суицид (от лат. *sui caedere* — убивать себя) — добровольное, самостоятельное и целенаправленное лишение себя жизни. По определению ВОЗ

«суицид» - действие с фатальным результатом, которое было начато и реализовано умершим в сознании и ожидании такого результата. Суицидальная попытка (покушение на самоубийство) – аналогичный акт, не имеющий фатального исхода. Суицид в настоящее время является одной из основных проблем здравоохранения во многих странах и встречается по данным ВОЗ в 15,1 случаев на 10000 человек, для мужского населения – 24,1 на 10000, среди женщин – 6,8 на 10000. Таким образом, среди мужчин самоубийство наблюдается в 3,5 раза чаще, чем у женщин.

Суицид занимает одно из первых мест среди причин смерти среди населения в возрасте от 15 до 35 лет. В мире ежегодно самоубийство совершают 1 млн. человек, 10 – 20 млн. людей совершают суицидальные попытки.

Суицидальные факторы:

1. Стрессовая ситуация делает людей более восприимчивыми к самоубийству. В это время нечто происходит как внутри, так и вокруг них. В кризисных обстоятельствах они утрачивают все перспективы и ориентиры, и под угрозой оказывается их выживание. Прогнозы на будущее кажутся мрачными и безнадежными.

2. Риск суицида высок у людей с недавно выявленной прогрессирующей болезнью. Фактор прогрессирования заболевания является более значимым для суицидального риска, чем его тяжесть или потеря трудоспособности. Испытывающие боль пациенты часто адаптируются к своему состоянию, если оно является стабильным. Однако болезнь, вынуждающая человека постоянно приспосабливаться к новым неблагоприятным переменам, приводит к гораздо большему стрессу; в этих условиях ряд больных решают скорее совершить самоубийство, чем разрешить болезни самой поставить точку.

3. Экономические неурядицы, с которыми сталкивается человек. Несомненно, они порождают проблемы, связанные с едой, одеждой или с финансовыми передрыгами. Столкнувшись с подобными проблемами некоторые лица остро чувствуют себя неудачниками, жизнь которых не удалась. Будущее кажется им крайне неопределенным, а самоубийство рассматривается как приемлемое разрешение ситуационной дилеммы.

4. Смерть близкого человека. Со смертью близкого человека жизнь уже никогда не станет прежней. Разрушается привычный стереотип жизни. Возможному суициду, как правило, предшествует затяжное семейное горе. В течение многих месяцев после похорон наблюдается отрицание возникшей реальности, соматические дисфункции, панические расстройства, все больше охватывающее чувство вины, идеализация потери, апатия, а также враждебное отношение к готовым помочь друзьям и родственникам. Человек отказывается видеть одиночество и пустоту в жизни. В этих условиях суицид может казаться освобождением от невыносимой психической боли или способом соединения с

тем, кто был любимым и навсегда ушел. Его могут рассматривать как наказание за мнимые и реальные поступки, допущенные по отношению к покойному. По многим обстоятельствам развод и семейные конфликты могут восприниматься как события более тяжелые, чем смерть. Если человек умирает, то этому существуют рациональные (“У него был рак”) или религиозные (“Бог дал, Бог взял”). При разводе разумные и сверхъестественные трактовки кажутся лишенными оснований. Они особенно не удовлетворяют, если в ситуацию вовлекаются дети и возникают проблемы с их опекой и воспитанием, которые приходится решать на фоне бессознательного чувства вины, поражения или мести. Возникающие проблемы оказывают глубокое психотравмирующее влияние, как на родителей, так и на детей. Исследования показывают, что многие люди в итоге кончающие с собой, воспитывались в неполной семье.

5. Эмоциональные нарушения. Большинство потенциальных самоубийц страдают от депрессии. Депрессия часто начинается постепенно, появляется тревога и уныние. Люди могут не осознать ее начала. Они только замечают, что последнее время стали подавленными, печальными и “хандрят”, будущее выглядит тусклым и они считают, что его нельзя изменить. Часто они приходят к мысли, что больны раком, психическим или неизлечимым заболеванием. Перед суицидом они начинают думать о смерти. Им становится трудно выполнять даже простые обязанности, принять самое простое решение. Они жалуются на вялость, недостаток жизненной энергии и усталость. Признаком депрессии и обусловленных ею суицидальных мыслей может быть снижение сексуальной активности, они жалуются так же на бесплодие и импотенцию. Интимные связи не доставляют им удовольствия.

Признаками эмоциональных нарушений являются:

- потеря аппетита или импульсивное обжорство, бессонница или повышенная сонливость в течение, по крайней мере, последних дней;
- частые жалобы на соматические недомогания (на боли в животе, головные боли, постоянную усталость, частую сонливость);
- необычно пренебрежительное отношение к своему внешнему виду;
- постоянное чувство одиночества, бесполезности, вины или грусти;
- ощущение скуки при проведении времени в привычном окружении или выполнении работы, которая раньше приносила удовольствие;
- уход от контактов, изоляция от друзей и семьи, превращение в человека одиночку;
- нарушение внимания со снижением качества выполняемой работы;
- погруженность в размышления о смерти;

- отсутствие планов на будущее; внезапные приступы гнева, зачастую возникающие из-за мелочей.

6. Семейные факторы. Для понимания мотивов суицида иногда нужно хорошо знать семейную ситуацию, поскольку она отражает эмоциональные нарушения у членов семьи. Было обнаружено, что при большинстве суицидов у подростков, их родители были подавлены, думали о самоубийстве, или уже предпринимали попытки саморазрушения.

7. Приём психоактивных веществ. Кокаиновая абстиненция считается особенно опасной в отношении суицидов. Главный симптом указанной выше абстиненции – тяжелая дисфория с мрачностью, озлобленностью, раздражительностью, аффективными вспышками, двигательным беспокойством и угнетенным настроением. Бессонница и сонливость могут чередоваться или даже сочетаться друг с другом (сонный вид и невозможность уснуть). Характерным считается нарушение сна, когда кратковременные периоды сна прерываются кошмарными сновидениями. На фоне абстиненции могут вспыхивать как отдельные бредовые идеи преследования и отношения, так и появляться суицидальные мысли. Кокаиновая абстиненция считается особенно опасной в отношении суицидов.

8. Психические заболевания: биполярное аффективное расстройство, депрессивные и невротические расстройства, шизофрения и т.д.

Суицидально опасная группа

1) молодежь: с нарушением межличностных отношений, “одиночки”, злоупотребляющие алкоголем или наркотиками, отличающиеся девиантным или криминальным поведением, включающим физическое насилие;

2) гомосексуалисты;

3) заключенные в тюрьмах;

4) ветераны войн и локальных конфликтов;

5) врачи и представители других профессий, находящиеся в расцвете своей карьеры, сверхкритичные к себе, но часто злоупотребляющие психоактивными веществами или страдающие от недавно испытанных унижений или трагических утрат;

6) люди зрелого возраста, которые фрустрированы несоответствием между ожидавшимися успехами в жизни и реальными достижениями;

7) пожилые люди, страдающие от болезней или покинутые окружением.

Классификация суицидального поведения

Становление различных концепций самоубийства сопровождалось выдвижением соответствующих классификаций. Классификация суицидального поведения представленная нами построена на основе психологической теории деятельности и

концепции суицида как следствие социально-психологической дезадаптации личности в условиях конфликта.

Данную классификацию можно представить в виде схемы:

1) Антивитальное переживание

2) Внутреннее суицидальное поведение

А. Пассивные суицидальные мысли.

В. Суицидальные замыслы.

Г. Суицидальные намерения.

3) Внешние формы суицидального поведения

А. Подготовка к суициду.

В. Суицидальная попытка.

Г. Завершенный суицид.

4) Типы личностного смысла

А. Протест, месть.

В. Призыв.

Г. Избегание (наказания, страданий).

Д. Самонаказание.

Е. Отказ.

5) Постсуицидальное состояние .

По отношению к суициду:

1. Критический.

2. Манипулятивный.

3. Аналитический.

4. Суицидально-фиксированный.

По времени:

1. Ближайший постсуицид - 1 нед.

2. Ранний постсуицид - до 1 мес.

3. Поздний постсуицид - до 5 мес.

Антивитальные переживания - размышления об отсутствии ценности жизни, которые выражаются в формулировках типа: “жить не стоит”, “не живешь, а существуешь”, где еще нет четких представлений о собственной смерти, а имеется отрицание жизни.

Пассивные суицидальные мысли - характеризуются представлениями, фантазиями на тему своей смерти, но не на тему лишения себя жизни. Примером являются высказывания: ”хорошо бы умереть, заснуть и не проснуться” и т.п.

Суицидальные замыслы - активная форма суицидальности, продумываются способы суицида, время и место действия.

Суицидальные намерения предполагают присоединение к замыслам волевого компонента.

Период от возникновения суицидальных мыслей до попыток реализации называется пресуицидом. Он может быть острым и хроническим.

Суицидальная попытка - это целенаправленное оперирование средствами лишения себя жизни, не закончившееся смертью. Она проходит в 2 фазы. Первая - обратимая, когда объект сам может прекратить попытку, вторая - необратимая.

Появление суицидальной цели и дальнейшее ее превращение в самостоятельный мотив, обладающий побудительной силой, обуславливается ситуацией конфликта у дезадаптированных лиц, то есть препятствием к удовлетворению актуальной потребности.

1. “Протестные” формы суицидального поведения возникают в ситуации конфликта, когда объективное его звено враждебно или агрессивно по отношению к субъекту, а смысл в отрицательном воздействии на объективное звено. “Мсть” - конкретная форма протеста, нанесения ущерба враждебному окружению. Предполагается наличие высокой самооценки и самоценности, активную или агрессивную позицию личности с механизмом трансформации гетероагрессии в аутоагрессию.

2. При поведении типа “призыва” смысл состоит в активации помощи извне с целью изменения ситуации. При этом позиция личности пассивна.

3. При суицидах “избегания” суть конфликта в угрозе личностному или биологическому существованию, которой противостоит высокая самоценность. Смысл - избежание непереносимой ситуации путем самоустранения.

4. “Самонаказание” можно определить как “протест во внутреннем плане личности” конфликт при своеобразном расширении “Я” интериоризации и сосуществовании 2х ролей: “Я - судьи” и “Я - подсудимого”, уничтожение в себе врага.

5. При суицидах “отказа” мотивом является отказ от существования, а целью - лишение себя жизни.

Постсуицид представляет собой “результатирующую” таких составляющих, как конфликтная ситуация, сам суицидальный акт (с его “психическим” и соматическим компонентами), особенности его прерывания и реанимации, соматические последствия, новая ситуация и личностное отношение к ней.

После совершения попытки самоубийства в ближайшем постсуициде выделяются 3 главных компонента:

1. Актуальность конфликта.

2. Степень фиксированности суицидальных тенденций.

3. Особенности отношения к совершенной попытке.

На этом основании принято выделять 4 типа постсуицидальных состояний:

1. Критический.

1. Конфликт утратил свою значимость, суицид привел к разрядке напряжения.

2. Суицидального мотива нет.

3. Отношение к совершенной попытке - чувство стыда и страха. Понимание того, что это не изменяет положения, не разрешит ситуации. Вероятность повторения - минимальная.

2. Манипулятивный.

1. Актуальность конфликта уменьшилась из-за благоприятного воздействия на окружающих.

2. Суицидальных тенденций нет.

3. Отношение - легкое чувство стыда и страх перед смертью. Отчетливое закрепление данного поведения для достижения своих целей. Вероятность повторения высока.

3. Аналитический.

1. Конфликт по-прежнему актуален.

2. Суицидальных тенденций нет.

3. Отношение - раскаяние. Поиски иных путей решения. Вероятность повторения возрастает, если другой путь разрешения конфликта не будет найден.

4. Суицидально - фиксированный.

1. Конфликт актуален.

2. Суицидальные тенденции сохраняются.

3. Отношение к суициду положительное.

По мере ликвидации соматических осложнений на первый план выдвигаются: ликвидация конфликтной ситуации, выработка адекватных установок, повышение толерантности к психогенным влияниям, ликвидация психопатологической продукции.

Приведенные ранее теоретические положения позволили выдвинуть концепцию, согласно которой суицидальное поведение есть следствие социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемого микросоциального конфликта.

Суицидальное поведение является одним из видов общеповеденческих реакций человека. У всех суицидентов обнаруживаются объективные и субъективные признаки социально-психологической дезадаптации личности, а также внутренняя или внешняя конфликтная ситуация.

Можно выделить 5 наиболее часто встречающихся типов личностных реакций, которые обладают потенциальной суицидоопасностью:

1. Эгоцентрического переключения.
2. Душевной боли.
3. Негативных интерперсональных отношений.
4. Отрицательного баланса.
5. Реакции смешанные и переходные.

Следует отметить, что выделенные типы не являются психопатологическими симптомами, а служат выражением нормальных, хотя и акцентуированных личностных реакций в экстремальных ситуациях.

1. Реакции эгоцентрического переключения.

Как правило, это остро возникающие, кратковременные реакции на конфликты, которые начинаются с аффективных переживаний, но быстро генерализуются, охватывая все уровни психической деятельности. Идея суицида появляется в сознании внезапно, не подлежит обсуждению, приобретая непреодолимую побудительную силу. Окружающая реальность изменяет свое смысловое содержание. Своеобразной трансформации подвергается и самосознание: охваченность суицидальным побуждением предполагает отсутствие страха боли и смерти, телесные ощущения вытесняются из сознания. В результате эгоцентрического переключения сознания недоучитываются обстоятельства покушения, которое нередко при глубине и истинности намерения покончить с собой совершается на глазах у окружающих, что позволяет им принять экстренные меры к спасению суицидента. Попытки прервать суицидальный акт часто не приносят успеха, вызывая агрессию и усиление. С момента начала реализации возвращается критичность, появляются чувства раскаяния и стыда за совершенное при уменьшении актуальности суицидального конфликта. Память на прошедшее сохраняется, однако объем ограничен.

2. Реакции психалгии.

Суть этих аффективных реакций состоит в ощущении "душевной боли", при этом не происходит никаких трансформаций сознания, биологических потребностей и витальных проявлений, сохраняется способность к дифференциации внешних стимулов. Наблюдается сужение мотивационной сферы и ограничение общения. Своеобразно изменяется проживание времени. Характерно стеничное поведение, поиск или переход к новым стратегиям поведения, направленным на избавление от страдания. Соответственно модальности аффекта психалгии делятся на тоскливые, тревожные, раздражительные.

3. Переживание негативных интерперсональных отношений.

Состояния, которые сопровождаются мучительной сосредоточенностью на представлениях и суждениях, направленных резко изменившимся отрицательным отношением к субъекту высокозначимых для него лиц. Данные реакции появляются в ситуации межличностных конфликтов с фиксацией на “значимом другом”. Возникает, так называемая, цепная реакция, когда стремясь оторваться от источника боли, человек еще сильнее притягивается к нему. При реакциях негативных интерперсональных отношений пресуицидальный период бывает более продолжительным, чем при реакциях эгоцентрического переключения и психалгиях.

4. Реакции отрицательного баланса.

Это пресуицидальные состояния, содержанием которых является рациональное “подведение жизненных итогов”, оценка пройденного пути, определение реальных перспектив существования, сравнение положительных и отрицательных моментов продолжения жизнедеятельности. Подобные механизмы поведения наблюдаются у лиц с неизлечимыми соматическими заболеваниями, у одиноких лиц пожилого возраста. “Подведение баланса” предполагает высокий уровень критичности, четкость и реалистичность суждений, сохранность личностного ядра, а поведение в пресуициде свидетельствует об отсутствии аффективной напряженности. Подготовка носит тщательно скрытый характер, выбирается наиболее летальный способ суицида. В случае неудачи намерения сохраняются и с большим трудом подвергаются обратному развитию.

Особенности суицидального поведения у соматически больных

При хронических соматических заболеваниях основной суицидальный риск связан не только с коморбидными депрессивными расстройствами, но и с психотравмирующим нозогенным воздействием болезни. Например, обездвиженность или частичная потеря подвижности у лиц с врожденным и приобретенным физическим недостатком, для которых физическая активность необходима в профессиональной деятельности. Это особенно значимо для женщин и лиц юношеского возраста. Выраженный хронический болевой синдром при злокачественных новообразованиях, усугубляющий телесные страдания, неизлечимость заболевания и связанная с ним социальная изоляция.

В клинической картине психических нарушений на фоне онкологической патологии, ВИЧ – инфекции, врожденных и приобретенных физических дефектах, доминируют представления о неизлечимости соматической болезни и ее необратимых последствиях, тревога за свою жизнь. Нередко эти больные преувеличивают степень витальной угрозы, сопряженный с течением этих заболеваний, что сопровождается напряженным ожиданием фатального исхода, неспособностью к адекватной оценке

собственных адаптационных возможностей и значимости жизненных задач. Результатом становится «капитуляция перед болезнью» со стремлением путем добровольного ухода из жизни избежать дальнейших страданий, избавить близких от обременительного ухода (суицид как реакция патологического выхода из патогенной ситуации).

При онкологических заболеваниях 86% случаев суицидальных попыток приходится на терминальные стадии заболевания. Чаще суициды при злокачественных опухолях наблюдаются у больных с раком легкого, желудка, поджелудочной железы. Чаще всего факторами суицидального риска у больных с распространенными формами злокачественных новообразований являются хронический болевой синдром, психогенная депрессия, сообщение родственникам о своих суицидальных намерениях. Резистентность злокачественных опухолей, присоединение стойкой бессонницы, злоупотребления лекарственными средствами и психоактивными веществами – еще один предиктор суицидального риска.

При ВИЧ – инфекции и СПИД в качестве факторов суицидального риска могут рассматриваться тревожные и аффективные расстройства, сопровождающиеся прогрессивным снижением массы тела, тревогою, появлением страха возможной смерти, ощущения вины и никчемности с развитием депрессивного эпизода. В последней стадии заболевания у пациентов развиваются значительные нейрокогнитивные нарушения. Для ВИЧ – инфицированных и больных СПИДом пациентов в качестве суицидального фактора учитываются психосоциальные осложнения (злоупотребление ПАВ, гомосексуальные контакты, культурально – этнические особенности).

Психологические аспекты умирания и смерти

Смерть — необратимое прекращение жизнедеятельности организма. Для одноклеточных живых форм, завершением жизни отдельного организма может являться как смерть, так и митотическое деление клетки. Смерть всегда несла отпечаток таинственности и мистичности. Непредсказуемость, неизбежность, неожиданность и подчас незначительность причин, приводящих к смерти, выводили само понятие смерти за пределы человеческого восприятия, превращали смерть в божественную кару за греховное существование либо в божественный дар, после которого человека ожидает вечная и счастливая жизнь. У многих народов существовали представления о смерти, как о моменте, когда бессмертная душа человека расстаётся с телом и направляется к душам предков. Также имелись и обряды поклонения смерти.

Говоря об изучении смерти, академик В. А. Неговский в «Очерках по реаниматологии» писал: *"...ход естествознания приостановился перед изучением смерти. Веками это явление было столь сложным и непонятным, что, казалось, находится за*

пределами человеческого познания. И лишь постепенно накапливающиеся робкие и вначале довольно элементарные попытки оживить человека и случайные успехи при этом разрушили эту непознаваемую стену, делающую смерть «вещью в себе».

Конец 19 века внесли в проблему смерти коренные изменения. Смерть перестала нести на себе отпечаток мистики, но тайна её сохранилась. Смерть, являясь закономерным завершением жизни, стала таким же объектом научных исследований, как и сама жизнь. Один из основателей экспериментальной патологии, стоявший у истоков танатологии, знаменитый француз Клод Бернар в «Лекциях по экспериментальной патологии» писал: «...чтобы знать, как живут организмы животного и человека, необходимо видеть, как множество их умирает, ибо механизмы жизни могут быть вскрыты и обнаружены лишь знанием механизмов смерти.

Изменение научного отношения к смерти, низведение смерти до естественного физиологического процесса, требующего квалифицированного физиологического анализа и изучения, пожалуй, особенно рельефно проявилось в высказывании И. П. Павлова: «...какое обширное и плодотворное поле раскрылось бы для физиологического исследования, если бы немедленно после вызванной болезни или ввиду неминуемой смерти экспериментатор искал с полным знанием дела способ победить ту и другую».

Таким образом, уже в начале XX века смерть из мистической «вещи в себе», может быть пока ещё только в умах учёных, превратилась в объект научного поиска, требующий специальных исследований и анализа. Объект, который позволяет не только понять причины прекращения жизни, но и подобно Гераклу вступить в непримиримую борьбу со смертью и даже изучить саму жизнь, понять первоосновы, отличающие живые объекты от неживых.

Жизнь и смерть, живое и неживое, выживание и невыживание — это две стороны единой окружающей нас природы. Нам на Земле известен только один вариант жизни — жизнь белковых макромолекул. С другими вариантами мы сталкиваемся только при чтении фантастической литературы, где можно встретить жизнь на основе кремний-органических соединений, энергетических полей и тому подобное. Попытки учёных определить принципиальные различия живого и неживого делаются уже достаточно давно.

В прошлом веке француз Танглиу определял смерть, как общее свойство всех живых. Один из основоположников танатологии М. Ф. Биша говорил, что жизнь — это совокупность явлений, противящихся смерти. Классики диалектического материализма подвергли эти представления критике за их метафизический подход к решению сложной проблемы и Ф. Энгельс в «Анти-Дюринге» написал: «Жизнь есть способ существования

белковых тел, и этот способ существования заключается по своему существу в постоянном обновлении их химических составных частей путем питания и выделения» и далее «Жить значит умирать». Но если мы сопоставим представления Энгельса и его оппонентов, которых он критиковал, то окажется, что принципиальных различий между ними не существует. Более того, все они подходили к трактовке жизни только с позиций единственной известной им белковой формы, и определяли её по отношению к её же противоположности — смерти.

В последние годы появились гипотеза о существовании не только белковой формы жизни и не где-то в других галактиках, а рядом с нами. В основе этой гипотезы лежит, так называемая лептонная теория, объясняющая известные случаи проявления необычных знаний у людей после тяжёлых стрессовых ситуаций или травм, исследования по мониторингу массы тела человека в процессе умирания, при котором якобы установлено, что сразу после прекращения деятельности головного мозга, то есть наступления смерти мозга, масса тела умершего уменьшается на 50—60 г. Это может быть связано с тем, что во время агонии усиливается потоотделение. Ряд источников сообщают, что изменение в массе тела происходит в результате использования клетками аденинтрифосфорной кислоты (АТФ) при анаэробном (в отсутствие кислорода) питании.

Следует отметить, что современная наука отрицает возможность (в нормальных условиях) изменения массы какого бы то ни было объекта без потери им вещества. Закон сохранения массы в химических реакциях был экспериментально доказан М. В. Ломоносовым.

Смертность человека оказала огромное влияние на человеческое общество, став одной из важнейших причин появления и развития религий. Значительную роль религий в истории нашей цивилизации не станет отрицать никто, религиозные деятели всех времён и народов объявляли войны (крестовые походы, газават), оправдывали захватнические войны религиозными целями, стояли в иерархии управления над правителями государств, определяли личную жизнь людей и направляли развитие культуры (архитектура, живопись, музыка, образование). Все религии основаны на страхе перед неизвестным, в первую очередь на страхе перед смертью. Таким образом, опираясь на страх перед смертью, обещая загробную жизнь, религии влияли и продолжают влиять на развитие социума.

Неизбежность гибели и вера в загробную жизнь привели к появлению проблемы избавления от тел умерших или хранения этих тел. Различные религии, в различные эпохи решали этот вопрос по-разному. Христианство требует захоронения тел вследствие того, что, согласно христианским догмам, людям суждено воскреснуть в

собственных телах, и для этого их необходимо сохранять. Такие представления привели к возникновению особых территорий, предназначенных для захоронения, — кладбищ.

Во многих других религиях тело не имеет такого важного значения, и допускаются иные способы избавления, например, сожжение — кремация. Вера в загробную жизнь породила всевозможные коллективные ритуалы, призванные сопровождать умершего в последний в этом мире путь, такие как торжественные похороны, траур и многие другие.

«Смерть для того поставлена в конце жизни, чтобы удобнее к ней подготовиться», — говорил Козьма Прутков. Но как же готовиться к ней, если сама тема считается неприличной для обсуждения? Гораздо охотнее рассуждают о бессмертии, которого пока нет, чем о смерти, которая сегодня обязательно присутствует. Клинике умирания будущих врачей не учат в медицинских институтах и университетах, интернатуре, и нет полноценных курсов по этой проблеме в последипломном образовании.

Это, однако, не значит, что тема отношения человека к смерти совершенно заброшена в мире. Проходят специальные симпозиумы, например в Нью-Йорке — «Значение смерти» (The meaning of Death) или «Смерть и личность» (Death and Identity), выпускаются сборники, например «Отношение человека к смерти» (Man's Concern with Death, London), на страницах последнего встретились историк, теолог, психиатр, судебный медик, журналист и парапсихолог, то есть специалист по телепатии и ясновидению (A. Toynbee at al., 1968).

И все же разговор о смерти как об универсальном явлении природы, которое рано или поздно коснется каждого из нас, ведется редко, и даже словарный запас к теме «смерть» весьма беден. Человек является единственным живым существом, знающим о неизбежности смерти. Однако, согласно множеству психологических наблюдений, и сам человек по-настоящему не может осознать этого. Обычно, говоря о смерти, используют такие выражения, как «ушел», «удалился в другой мир», «потерял жену или мужа», «преставился», «отдал богу душу», «ушел в лучший мир» и др. Само слово *exitus*, означающее «смерть», происходит от слова «уходить», «выходить».

Человечество создало много мифов о смерти. Центральным вопросом большинства вероисповеданий является вопрос о жизни в потустороннем мире, о жизни после смерти. Люди, испытывающие страх перед смертью, искали успокоения в мысли о том, что жизнь не прекращается и после смерти, что ее продолжение в какой-то форме возможно. Верующим религия таким путем дает успокоение от страха перед смертью. Верующие утверждают, что тот, кто в жизни верил в Бога или хотя бы на смертном одре был обращен в веру, умирает легко, успокоенным.

В результате новых психологических исследований были получены интересные наблюдения, проведенные над большим числом умирающих: человек обычно умирает так, как жил. Все те силы, чувства, мысли, образ поведения, которые были характерны для его жизни, свойственны и его смерти. У людей со здоровой нервной системой обычно не происходит изменений личности перед смертью. Ошибочно то утверждение, что человек всегда и безусловно хочет жить. Измученный невыносимыми болями, изнуренный хроническими заболеваниями больной, которому уже не помогают никакие болеутоляющие средства, часто ждет смерти как избавления, как выхода из тисков невыносимого заболевания. Жажда смерти овладевает такими больными.

Людей, искренне желающих умереть разделяют на три категории.

1. Самые счастливые — это те, которые осознают, что прожили добропорядочную жизнь, и хотят умереть, благодарят Бога и природу и не создают тягостного настроения себе и близким. Они дожили до глубокой старости, сохранили свой интеллект, пусть даже слегка потускневший, но устали жить и уходят в мир и покое. К сожалению, таких счастливых, как уже отмечалось выше, не столь уж много, и это к ним относилось славянское выражение почить в Бозе (умереть с Богом).

2. Хуже тем, для кого смерть — желанное избавление от страданий любого рода: болезни, мук совести, жизненных тягот и бессмысленных забот.

3. Самая страдающая категория людей, желающих умереть, — это больные, умирающие от болезни, с которой медицина пока не умеет справляться. Эти люди чаще всего знают о предстоящем конце, и обычно самым тяжелым для них оказывается ожидание этого конца.

Именно в последней категории безнадежных больных наблюдаются психопатологические реакции умирающих. В этой связи выделяется 10 психологических (психопатологических) типов реакций у умирающих больных, которые можно классифицировать по следующим основным синдромам.

1. Тревожно-депрессивный синдром - встречается наиболее часто и проявляется беспокойством и страхом перед безнадежным заболеванием, угнетенностью, мыслями о близкой смерти, мучительном конце. У стеничных в преморбиде личностей превалирует тревога, у астеничных — депрессивная симптоматика. У большей части больных выявляется суицидальное поведение. Больные, близкие к медицине, могут совершить суицид. У отказавшихся от операции, после того как они осознали свой онкологический диагноз, последствия операции, инвалидность, отсутствие гарантии рецидива, отказ от лечения можно трактовать как пассивный суицид. Большинство пациентов выполняет рекомендации медперсонала, «держатся, стиснув зубы», не давая выплеснуться

эмоциональному напряжению. В результате у некоторых больных, взятых на операцию, еще до начала ее обнаруживается то остановка сердца, то нарушение мозгового кровообращения, вызванное эмоциональными перегрузками.

2. Дисфорический синдром с тоскливо-злобно-мрачной окраской по частоте занимает второе место. У больных отмечается раздражительность, недовольство окружающими, поиски причин, приведших к заболеванию, обвинения в адрес медработников или родственников в недостаточной оперативности. За фасадом агрессивности часто фиксируются подавляемые тревога и страх, что в известной степени делает эту реакцию компенсаторной. Дисфорический синдром, показывающий наличие сильнейшей эмоциональной напряженности, наблюдается у лиц с преобладанием в преморбиде черт возбудимости, взрывчатости, эпилептоидности.

3. Тревножно-ипохондрический синдром стабильно занимает третье место. При нем отмечается меньшая степень напряженности, чем при первых двух. В клинической картине преобладают снижение общего фона настроения, интровертированность, обращенность на себя, эмоциональная напряженность с фиксацией внимания на своем здоровье, страхами перед операцией, ее последствиями, осложнениями и т.п.

4. Обсессивно-фобический синдром проявляется в форме навязчивостей и страхов. Наблюдается у тревожно-мнительных лиц с наличием психастенических черт характера. Больные испытывают брезгливость к своим соседям по палате, навязчивый страх загрязнения, заражения «раковыми микробами», мучительные представления о смерти во время операции и после нее, тревогу по поводу возможности испускания газов, кала, недержания мочи и т.д.

5. Апатический синдром свидетельствует об истощении компенсаторных механизмов эмоциональной сферы. У больных наблюдаются вялость, некоторая заторможенность, безучастность, отсутствие каких-либо интересов, даже в отношении перспектив и жизни. Данный синдром чаще всего встречается у астеничных личностей по сравнению со стеничными. Апатический синдром — этап в динамике реакций, которые целесообразно адаптируют пациента к меняющимся условиям. И здесь необходимо дать организму силу для восстановления.

6. Астено-депрессивный синдром характеризуется подавленностью, тоскливостью с переживаниями безнадежности своего заболевания, ранней или поздней, но обреченности. Этой симптоматике сопутствует депрессивный фон. Этот синдром встречается чаще всего у лиц с циклоидным складом характера.

7. Астено-ипохондрический синдром встречается в послеоперационном периоде. На передний план выступают страх осложнений, тревога по поводу заживления операционной раны, беспокойство в связи с последствиями калечащей операции.

8. Деперсонализационно-дереализационный синдром встречается у так называемых истеро-стигматизированных больных. Больные жалуются на утрату чувства реальности, что не ощущают ни окружающего, ни даже своего тела, требуют снотворных, хотя засыпают и без них, отмечают исчезновение вкусовых ощущений, аппетита, а вместе с этим — удовлетворенности от совершения тех или иных физиологических актов в целом.

9. Параноидный синдром наблюдается редко и определяется в бредовой трактовке окружающего, сопровождающейся идеями отношения, преследования, единичными обманами восприятия, агрессивностью по отношению к окружающим. Характерна связь этого синдрома с шизоидными особенностями личности в преморбиде.

10. Эйфорический синдром возникает по механизму реакции «надежды», «облегчения», «успеха», нередко эйфория появляется на послеоперационном этапе. Эйфорический синдром проявляется в повышенном настроении, переоценке своего состояния и возможностей, кажущейся немотивированной радости. Несомненна его связь с группой циклоидного ряда.

Эвтаназия: за и против

Эвтаназия (греч. *eu* — хорошо + *θάνατος* — смерть) — практика прекращения (или сокращения) жизни человека или животного, страдающего неизлечимым заболеванием, испытывающего невыносимые страдания, в удовлетворение просьбы без медицинских показаний в безболезненной или минимально болезненной форме, для сокращения страданий. Термин «эвтаназия» впервые употреблен Ф. Беконом в XVII веке для определения «легкой смерти».

Проблема эвтаназии в Украине не стоит еще так остро, как на Западе в силу нейтрального общественного мнения, христианских традиций и моральных устоев врачей. Но благодаря прогрессу медицины число людей, страдающих от страшных болей или самого состояния болезни из-за продления жизни, постоянно увеличивается.

В 60-е годы XX столетия проблема эвтаназии вновь была поднята перед обществом уже в совершенно ином аспекте. Заметим, что сам термин "эвтаназия" отличается крайней противоречивостью, что затрудняет однозначное толкование, вызывает терминологическую путаницу. В зависимости от определения термина меняется и подход к проблеме.

В теории выделяются два вида эвтаназии: пассивная эвтаназия (намеренное прекращение медиками поддерживающей терапии больного) и активная эвтаназия

(введение умирающему лекарственных средств либо другие действия, которые влекут за собой быструю смерть). К активной эвтаназии часто относят и самоубийство с врачебной помощью (предоставление больному по его просьбе препаратов, сокращающих жизнь).

Пассивная эвтаназия (или как ее еще называют "метод отложенного шприца") выражается в том, что прекращается оказание направленной на продление жизни медицинской помощи, что ускоряет наступление естественной смерти - что на практике достаточно часто встречается и у нас в стране.

Пассивная эвтаназия практикуется почти во всех странах. Согласно сведениям, опубликованным в Международном медицинском журнале, 40 % всех смертей больных наступает либо в результате принятия совместного с медиками решения о прекращении жизни, либо в результате отказа от лечения, либо с помощью лекарств, ускоряющих наступление смерти.

Активная эвтаназия может выражаться в следующих формах:

- 1) "Убийство из милосердия" - происходит в тех случаях, когда врач, видя мучительные страдания безнадежно больного человека и будучи не в силах их устранить, например, вводит ему сверхдозу обезболивающего препарата, в результате чего наступает желанный смертельный исход.
- 2) "Самоубийство, ассистируемое врачом" - происходит, когда врач только помогает неизлечимо больному человеку покончить с жизнью.
- 3) Собственно активная эвтаназия - может происходить и без помощи врача

Пациент сам включает устройство, которое приводит его к быстрой и безболезненной смерти, как бы сам накладывает на себя руки. По данным Американской медицинской ассоциации, большая часть больных, умирающих в больницах США, уходит из жизни добровольно с помощью медперсонала. Считается, что негласно существует подобная практика и в Украине притом, что активная эвтаназия резко и безоговорочно осуждается не только в нашей стране, но и в других государствах.

Таким образом, суть проблемы активной эвтаназии заключается в попытках оправдать умышленное причинение врачом смерти больному из сострадания или по просьбе самого умирающего либо его близких.

Эвтаназия и закон: где и почему ее разрешают

Подавляющее большинство врачей и юристов считают эвтаназию совершенно недопустимой, более того, уголовно наказуемой, даже если она предпринимается исключительно "из сострадания", по настойчивому требованию больного, которому в любом случае предстоит в скором времени умереть. И тем не менее есть страны, в которые эвтаназия получила даже юридические права. Чем и как это было обусловлено?

Проблема эвтаназии, добровольного ухода из жизни неизлечимо больного человека широко, обсуждается на Западе с конца 50-х годов. Считается, что одной из причин этого стала огласка практики американского врача-патологоанатома Джека Кеворкяна. В 1958 году доктор Кеворкян опубликовал в печати ряд статей, в которых призывал безболезненно лишать жизни преступников, приговоренных к смертной казни, а их тела использовать для научных опытов, отдельные органы для пересадочных операций.

Позднее, став свидетелем бессмысленно-жестоких самоубийств, он пришел к мысли, что отчаявшимся, безнадежно больным людям, решившим покончить с жизнью, необходима в этом помощь. От словесных и газетных выступлений Кеворкян перешел к делу и запатентовал свое изобретение, названное впоследствии журналистами "машиной смерти". С помощью этого приспособления в виде капельницы можно быстро и безболезненно умервщлять людей. В аппарате было предусмотрено и специальное устройство для прерывания процедуры в случае, если доброволец неожиданно изменит свое решение. В дальнейшем он усовершенствовал "суицидальную" (убийственную) машину, снабдив ее маской с автоматической подачей смертельной дозы углекислого газа. Уже многие безнадежно больные люди воспользовались этим аппаратом в присутствии его автора и при его консультации.

В США это вызвало негодование общественности. Беспокойство это связано, прежде всего, с тем, что бывший патологоанатом единолично, без консилиума врачей-специалистов определяет фатальность болезни и ассистирует в подобных делах.

За четверть века Джек Кеворкян остановил жизнь 130 больных. Многолетняя тяжба его с судами штата Мичиган, несколько раз его оправдывавшим, закончилась его осуждением. Еще раньше профессиональная ассоциация американских медиков лишила его звания врача. Сам он получил прозвание "доктор-смерть".

Пионером в области легализации добровольной смерти стали Нидерланды. Благоприятные условия для эвтаназии существовали там еще с 1984 года, когда Верховный суд страны признал добровольную эвтаназию приемлемой. Если при эвтаназии врач следовал пунктам инструкций, составленных Королевской медицинской ассоциацией, он мог не бояться уголовной ответственности. К 1998 году, согласно исследованиям Роттердамского Университета Эразма, добровольную эвтаназию поддерживало 92 процента населения Голландии. И, несмотря на часто выдвигаемые аргументы религиозного характера, в пользу возможности прекращения жизни пациента по собственному желанию высказывалось значительное большинство верующих, в том числе 96 процентов католиков.

Видимо, поэтому, несмотря на сопротивление оппозиции, осенью 2000 года закон о легализации некоторых форм активной эвтаназии прошел в нижней палате парламента с легкостью. Теперь, по решению суда в каждом конкретном случае, врач, умертвивший или способствовавший самоубийству своего пациента при определенных обстоятельствах, не признается виновным.

Установлены три основные условия:

1. эвтаназия должна быть добровольной,
2. только врач может оказывать помощь или осуществлять эвтаназию, и
3. состояние пациента должно быть с медицинской точки зрения неудовлетворительно.

К эвтаназии спокойно относятся не только в Голландии. Хотя закона о легализации эвтаназии в большинстве стран нет, практика умерщвления безнадежно больных пациентов применяется врачами во многих регионах мира.

После Голландии второй страной, узаконившей эвтаназию, стала Бельгия в 2002 году. В Швейцарии, где эвтаназия в принципе запрещена, на самом деле человек, который, не имея собственной выгоды, помог другому уйти из жизни, не может быть осужден. По оценкам экспертов, ежегодно в Швейцарии таким прощаются с жизнью около 100 человек.

В 1997 году Конституционный суд Колумбии постановил, что врач, выполнивший желание безнадежно больного пациента о добровольной смерти, не несет за это ответственности перед судом.

В американском штате Орегон разрешено так называемое "самоубийство с помощью другого лица". О нем говорят, когда врач прописывает больному смертельные таблетки. Но в то же время, там не позволено давать пациентам наркотики. В двух других местностях США (решениями Апелляционных Судов Второго Округа (Нью-Йорк и др.) и Девятого Округа (Калифорния, Орегон и др.), лишаящими силы установленные законом запреты) врач может выписывать пациенту, но не давать сам, вызывающие смерть препараты.

В Калифорнии после долгих лет обсуждений на референдумах в 1977 году был принят закон "О праве человека на смерть", по которому неизлечимо больные люди могут оформить документ с изъявлением желания отключить реанимационную аппаратуру.

Однако до сих пор этим законом официально никому не удалось воспользоваться, так как одним из условий осуществления эвтаназии должно быть заключение психиатра о вменяемости пациента (а Американская ассоциация психиатров запрещает своим членам участие в подобных процедурах), а другое обязательное условие состоит в том, что проводить эвтаназию должен врач, что также невозможно, поскольку Американская

медицинская ассоциация приняла решение о запрещении своим членам участие в эвтаназии, выдвинув лозунг: "Врачи не должны быть палачами". Позиция Ватикана по этому вопросу заметно смягчилась в 2002 году, когда Папа Римский Иоанн Павел II заявил, что использование медицинского оборудования для спасения жизни больного в некоторых случаях может быть "бесполезным и неуважительным по отношению к пациенту"

В 1998 году эвтаназия была узаконена на Северных территориях (административная единица Австралии) - там врач мог помочь пациенту уйти из жизни, прописав ему соответствующие лекарства или сделав инъекцию. Однако полгода спустя этот закон отменили.

Вместе с тем, под предлогом обеспечения прав человека во многих странах в той или иной мере свободно применяется эвтаназия даже вопреки существующим нормам закона. Так, в Швеции и Финляндии пассивная эвтаназия путем прекращения бесполезного поддержания жизни не считается противозаконной. Однако основой для принятия врачом решения о прекращении лечения является свободное и осознанное волеизъявление пациента. Аналогичные просьбы от ближайших родственников пациента, находящегося в бессознательном состоянии, являются юридически недействительными.

13 апреля 2005 года Сенат Франции - верхняя палата парламента - одобрил закон о праве на смерть. Однако, как отметил министр здравоохранения Филипп Дуст-Блази, новый закон не означает, что во Франции будет разрешена эвтаназия. "Предоставленное врачам право дать человеку возможность умереть не равносильно праву на умерщвление больного", - подчеркнул министр. Закон предусматривает, что в тех случаях, когда принимаемые меры лечения становятся "бесполезными, непропорциональными либо не имеющими другого эффекта, кроме искусственного продления жизни", они "могут быть сокращены либо прекращены". А пока власти пытаются определиться в своем отношении к идее эвтаназии, один из главных ее сторонников, врач Филипп Нитч, заявил, что купит зарегистрированный в Голландии корабль и будет предоставлять такие услуги, находясь в международных водах и тем самым обходя закон.

Писатель Эдуард Лимонов в своей фантастической книге "316, пункт В" довел идею эвтаназии до логического абсурда: в США эвтаназии подвергаются все рядовые граждане, достигшие 65-летнего возраста, чтобы не платить им пенсию. Вспоминается еще рассказ Джека Лондона "Закон жизни" о старом индейце, которого племя оставило замерзать у костра, фильм "Каскадеры", где герой фильма отключил друга от системы жизнеобеспечения. В публикациях и телепередачах широко освещаются случаи применения медикаментозной эвтаназии, осуществляемой близкими по просьбе

измученного болями больного. Их никто не осуждал, не было и разъяснения по этому поводу с точки зрения права.

Нищенское положение отечественного здравоохранения - важный объективный фактор популярности эвтаназии. Оно формирует мнение, что медицински дозволенная смерть и прекращение жизни выглядят достойнее мучительного созерцания того, как умирают безнадежные больные, которым общество не в состоянии помочь. Это способствует распространению в обществе цинизма, нигилизма и нравственной деградации в целом, что неизбежно при отказе от соблюдения заповеди "не убий". Квалифицированный врач должен учитывать, что просьба больного о смерти может быть обусловлена его депрессией, лишая возможности правильно оценивать свое положение. Трудно провести границу между самоубийством с посторонней помощью и вынужденной эвтаназией.

Следует учитывать и то, что сегодня людей, страдающих онкологическими заболеваниями, много, и страдания их страшны. Как ни парадоксально, но связано это с тем, что за последние десятилетия борьба с раком достигла несомненного прогресса. Человек не погибает, как это было раньше, на ранних стадиях заболевания и даже в тех случаях, когда лечение не приводит к выздоровлению или ремиссии. Он "дотягивает" до такого развития болезни, которое в прошлом было принципиально недостижимо. Когда организм уже поражен метастазами, человек страдает от истощения и чудовищных болей. Раньше до этой стадии болезни доживали единицы, теперь - это удел большинства больных раком. В результате, эвтаназия становится все более частым решением "проблемы боли", справиться с которой, оказывается, не в состоянии ни сами больные, ни их родственники, ни врачи. Это кажется чудовищным, но специалисты, практикующие эвтаназию, получают от родственников своих пациентов письма благодарности, в защиту эвтаназии выступают и сами больные, бесконечно уставшие от болезни.

Сегодня все чаще говорят о том, что человек должен иметь возможность воспользоваться "правом на смерть" в случае смертельной болезни, которая все равно приведет к неминуемой гибели через неделю, две, три. Сторонники эвтаназии приводят, пусть не совсем уместное, но точное сравнение. Если лекарство дано по просьбе больного, если между больным и врачом существует согласие и договоренность, то эвтаназия так же отличается от убийства, как изнасилование от любовной связи.

В то же время противники эвтаназии не устают повторять, что современная цивилизация оправдывает самоубийство, что "помощь в совершении самоубийства" - недопустима.

С медицинской и морально-этической точек зрения противоречивые взгляды на эвтаназию породили и противоречивую юридическую оценку этого явления, нашедшего отражение в законодательствах ряда стран. Так, в Швеции и Финляндии пассивную эвтаназию не считают противозаконной. В основе решения врача о прекращении лечения лежит свободное и осознанное волеизъявление пациента. Аналогичные просьбы ближайших родственников пациента, находящегося в бессознательном состоянии, являются юридически недействительными. В 1990 году в Австралии в штате Виктория были приняты дополнения к закону 1988 года о назначении специального агента для решения вопросов от имени обреченного больного о прекращении жизни. Активная эвтаназия карается законом во всех странах, хотя практически применение законов наблюдается редко. В этой связи на 44-й Всемирной медицинской ассамблее в Испании в 1992 году было принято специальное Заявление о пособничестве врачей при самоубийствах. В нем отмечалось, что "... случаи самоубийства при пособничестве врача стали в последнее время предметом пристального внимания со стороны общественности. Самоубийство при пособничестве врача, подобное эвтаназии, является неэтичным и подлежит осуждению медицинской общественностью".

Многие ученые полагают, что формулировка "право на смерть" в законодательствах зарубежных стран, - неудачна, поскольку обладающий правом на смерть человек будет настаивать на исполнении своего желания третьими лицами, что фактически легализует убийство из милосердия, а это, в свою очередь, может повлечь и определенные злоупотребления. Предлагается использовать выражение "право человека - умереть достойно". И с этим трудно не согласиться.

В 1978 году на 39-й Всемирной медицинской ассамблее была принята "Декларация об эвтаназии", где, в частности, сказано: "Эвтаназия как акт преднамеренного лишения жизни пациента, даже по просьбе самого пациента или на основании обращения с подобной просьбой его близких, - неэтична. Это не исключает необходимости уважительного отношения врача к желанию больного не препятствовать течению естественного процесса умирания в терминальной фазе заболевания".

Когда речь идет о безнадежно больных людях, переживающих невыносимые муки, перед врачом встает нравственный выбор: продолжать поддерживающую терапию и тем самым обрекать больного на дальнейшие физические страдания или прервать такую жизнь? Может ли врач в таком случае брать на себя функции привратника судьбы? Естественно, этот вопрос должен решаться не только с морально-этических позиций, но и получить правовую оценку, поскольку злоупотребления и даже преступления в таких случаях не исключены.

Следует отметить, что в Украине нет традиции правдиво информировать больного о тяжести его заболевания, врачи стараются щадить его психику. Как правило, ограничиваются информированием его родственников, хотя пациент имеет право знать свой диагноз. Именно сильные боли и вынуждают больного просить врача ускорить наступление смерти. Врач должен противостоять этим просьбам, предлагая обезболивающие средства, выбор которых сегодня достаточно широк. Другое дело, когда, например, человек длительное время находится в состоянии комы, когда шансов вернуть его в сознание уже нет, а прогрессивные медицинские технологии позволяют проводить длительную поддерживающую терапию.

Многие ученые опасаются, что формальное разрешение эвтаназии может стать определенным психическим тормозом для поиска новых, более эффективных средств диагностики и лечения тяжелобольных, а также способствовать недобросовестности в оказании медицинской помощи таким больным. Реанимационная помощь требует не только больших материальных затрат, но и огромного напряжения физических и душевных сил обслуживающего медперсонала.

Именно отсутствие надлежащего лечения и ухода стимулируют требования больного ускорить смертельный исход, что позволит врачу полностью прекратить всякое лечение и уход за ним. И в этом еще одна причина необходимости правового регулирования данного вопроса.

Право на жизнь, данное человеку в силу его рождения на Земле, не может быть оторвано от его права на достойную смерть. Кем-то было сказано: "Страшнее ошибки в каком-то конкретном случае может быть только мнение, правильное сегодня, но ошибочное завтра. Это та ошибка, которую нельзя обнаружить в настоящем". Эти мудрые слова можно полностью отнести и к проблеме эвтаназии. Решение ее - общая задача врачей и юристов, философов и богословов, одним словом, ученых всего мира, в том числе и украинских. Последнее же слово всегда должно оставаться за законом.

С целью оценки успешности усвоения вышеизложенного материала предлагается решить следующие задания:

Задание №60. При каком типе акцентуации личности чаще всего формируется зависимость от психоактивных веществ:

- А) Возбудимый
- В) Демонстративный
- С) Застревающий.

- D) Гипертимный.
- E) Экзальтированный.

Задание №61. С чем связана социокультуральная теория зависимости от психоактивных веществ:

- A) Нарушением раннего детского развития
- B) Изучением социальной аномии
- C) Явлениями гипо- или гиперопеки
- D) Влиянием среды проживания
- E) Изучением стиля семейных отношений

Задание №62. Какие преморбидные черты личности относятся к факторам риска развития нервной анорексии:

- A) Гипертимный
- B) Обсессивно-фобический
- C) Шизоидный
- D) Демонстративный
- E) Экзальтированный

Задание №63. С чем связано развитие компьютерной зависимости:

- A) Наличие виртуальной реальности
- B) Наличие феномена «воображаемого друга»
- C) Нарушение социальной адаптации
- D) Развитие психической патологии
- E) Высокий суицидальный риск

Задание №64. Суицидальное поведение, связанное с кризисными ситуациями в жизни и личными трагедиями, называется:

- A) психогенным
- B) эгоистическим
- C) альтруистическим
- D) дистимическим
- E) анемическим

Задание №65. Какой психопатологический тип реакции наиболее часто встречается у умирающих больных:

- А) Дисфорический
- В) Обсессивно – фобический
- С) Апатический
- Д) Астено – депрессивный
- Е) Тревожно – депрессивный

Если Вы сомневаетесь в правильности решения или Вас что-то беспокоит, ещё раз прочитайте данный раздел информации и снова попробуйте решить задания. Только правильное их решение говорит о том, что информация Вами усвоена, и Вы можете переходить к изучению следующего материала.

ПСИХОГИГИЕНА. ПСИХОПРОФИЛАКТИКА. ПСИХОТЕРАПИЯ

Актуальность темы: Жизнь в современном обществе характеризуется все возрастающим темпом, огромным количеством новой информации, неблагоприятными экологическими условиями. Это приводит к катастрофическому росту состояний психоэмоционального напряжения, последствием которых нередко становятся психогенные психические расстройства и психосоматические заболевания. Соматические и психические заболевания все чаще хронифицируются, формируя у больного специфическую «внутреннюю картину болезни» и нередко приводя к развитию нозогенных психических расстройств. Увеличивается количество семейных проблем и проблем с подрастающим поколением. Своевременное использование принципов психогигиены, психопрофилактики и реабилитации, широкое использование психотерапевтических методов могут помочь современному человеку обрести душевное равновесие, достойно справляться с ежедневными нагрузками, строить благополучную семейную жизнь, растить здоровое потомство.

Цель (общая): уметь проводить основные мероприятия по психогигиене и психопрофилактике в общемедицинской практике, определять показания к основным психотерапевтическим вмешательствам.

<i>Цели конкретные:</i>	<i>Цели исходного уровня:</i>
1. Освоить и уметь применять на практике основные психогигиенические подходы.	1. Уметь использовать гигиенические нормы в повседневной деятельности (кафедра гигиены, кафедра эпидемиологии);
2. Овладеть и уметь применять на практике методы первичной, вторичной, третичной психопрофилактики и реабилитации.	2. Уметь использовать профилактические мероприятия в повседневной деятельности (кафедра гигиены, кафедра эпидемиологии);

3. Уметь проанализировать основные современные методы психотерапии (психодинамическое, когнитивно-поведенческое и экзистенциально-гуманистическое направления).	3. Уметь использовать основные теории личности в работе с больными (кафедра философии);
4. Овладеть методиками рациональной психотерапии, суггестии в состоянии бодрствования, ауторелаксации.	4. Выявлять жалобы, собирать анамнестические данные, строить беседу с больным в соответствии с принципами медицинской этики и деонтологии (кафедра ОЗО с циклом истории медицины);
5. Уметь определять показания к другим методам психотерапии (индивидуальной и групповой, психодинамической, гештальт-терапии, НЛП, арт-терапии).	5. Уметь определять особенности оказания медицинской помощи в экстремальных ситуациях (кафедра медицины катастроф).
6. Овладеть навыками психологической помощи при кризисных состояниях.	
7. Уметь оказывать психологическую помощь в экстремальных ситуациях.	

Для оценки исходного уровня знаний предлагается выполнить следующие задания:

Задание №66. Обучение детей правилам поведения на воде относится к мерам:

- А) Профилактики
- В) Гигиены
- С) Пропаганды
- Д) Общей медицины
- Е.) Психотерапии

Задание №67. Внимательное выслушивание жалоб больного и сочувственное отношение к его проблемам основывается на теории личности:

- A) Гуманистической
- B) Психодинамической
- C) Когнитивной
- D) Поведенческой
- E.) –

Задание №68. Больной К., 34 года. Обратился к терапевту с жалобами на головные боли, раздражительность, сниженное настроение. Сомато-неврологически – в пределах возрастной нормы. Процесс постановки диагноза должен быть начат с:

- A) Сбора анамнеза
- B) Консультации невропатолога
- C) Консультации психиатра
- D) МРТ-исследования
- E) ЭКГ-исследования

Если при выполнении приведенных выше заданий возникли затруднения, необходимо обратиться к следующей литературе:

1. Вітенко Н.В. Загальна та медична психологія. К., 1996, стор.76-89.
2. Василенко В.Х. Внутренние болезни. М., 1978, стр. 22-31, 46-54, 68-79.
3. Маклаков А.Г. Общая психология . – СПб., 2000, 592с.

СОДЕРЖАНИЕ ОБУЧЕНИЯ:

Психогигиена и психопрофилактика (от греч. *hygienos* — целебный и *prophylaktikos* — предохранительный) — области медицинской психологии, задачей которых является предоставление специализированной помощи практически здоровым людям с целью предотвращения нервно-психических и психосоматических заболеваний, а также облегчения острых психотравматических реакций.

Психическое здоровье подразумевает благополучие всего организма. Психогигиенические мероприятия имеют профилактическое значение в отношении психической (психогенных расстройств, алкоголизма, нарко- и токсикоманий) и соматической патологии. Например, соблюдение требований психогигиены помогает в предупреждении инфарктов, мозговых инсультов, гипертонической болезни; гигиенический режим питания является мерой профилактики церебрального

атеросклероза; занятия физкультурой и спортом поддерживают и физическое, и психическое здоровье.

Психогигиена - отрасль медицинских знаний, изучающая факторы и условия окружающей среды, влияющие на психическое развитие и психическое состояние человека и разрабатывающая рекомендации по сохранению и укреплению психического здоровья

Психогигиена как научная отрасль медицинской психологии изучает состояние нервно-психического здоровья населения, его динамику в связи с влиянием на организм человека различных факторов внешней среды (природных, производственных, социально-бытовых) и разрабатывает на основании этих исследований научно-обоснованные меры активного воздействия на среду и функции человеческого организма с целью создания наиболее благоприятных условий для сохранения и укрепления здоровья людей. В психогигиене выделяют следующие разделы:

- 1) возрастная психогигиена,
- 2) психогигиена быта,
- 3) психогигиена семейной жизни,
- 4) психогигиена трудовой деятельности и обучения.

Раздел *возрастной психогигиены* включает психогигиенические исследования и рекомендации, относящиеся прежде всего к детскому и пожилому возрасту, так как различия в психике ребенка, подростка, взрослого и пожилого человека значительны. Психогигиена детского возраста базируется на особенностях психики ребёнка и обеспечивает гармонию её формирования. Формирующаяся нервная система ребёнка чутко реагирует на малейшие физические и психические воздействия, поэтому велико значение правильного и чуткого воспитания ребёнка. Основными условиями воспитания являются:

- развитие и тренировка процессов торможения,
- воспитание эмоций,
- обучение преодолению трудностей.

В школьные годы необходимо учитывать нагрузки и перегрузки, равномерное распределение которых способствует гармоничному формированию личности и интеллекта ребенка, развитию чувства ответственности, дисциплины, установок на труд. В подростковом возрасте серьезного психогигиенического подхода требуют вопросы выбора профессии, вопросы, связанные с сексуальной жизнью, вопросы профилактики злоупотребления психоактивными веществами.

Психогигиенические проблемы имеют свою специфику в пожилом и старческом возрасте, когда на фоне падения интенсивности обмена веществ снижается общая работоспособность, функции памяти и внимания, заостряются характерологические черты личности. Психика пожилого человека становится более уязвимой для психических травм, особенно болезненно переносится ломка жизненного стереотипа в связи с выходом на пенсию, уходом детей из родительского дома, смертью одного из супругов. Поддержанию психического здоровья в пожилом возрасте способствует соблюдение общегигиенических правил и режима дня, прогулки на свежем воздухе, неустойчивый труд.

Психогигиена труда и быта. Значительную часть времени человек посвящает трудовой деятельности, поэтому важное значение имеет эмоциональное отношение к труду. Выбор профессии - ответственный шаг в жизни каждого человека, поэтому необходимо, чтобы выбранная профессия соответствовала интересам, способностям и подготовленности личности. Только при этом труд может приносить положительные эмоции: радость, моральное удовлетворение, а в конечном счете, и психическое здоровье.

В психогигиене труда немаловажную роль играет промышленная эстетика: современные формы машин; удобное рабочее место, хорошо оформленное помещение. Целесообразно оборудование на производстве комнат отдыха и кабинетов психологической разгрузки, уменьшающих утомление и улучшающих эмоциональное состояние работающих.

Изучением и улучшением гигиенических и психогигиенических условий труда людей в различных отраслях производства занимается эргономика как особая научная дисциплина о труде, объединяющая данные психологии, физиологии, анатомии, гигиены, педагогики и других областей знаний о человеке. Одним из важных разделов психогигиены труда является гигиена интеллектуального труда, которая разрабатывает дифференцированные гигиенические нормы умственных нагрузок для различных возрастных категорий, занимается вопросами активного отдыха в зависимости от условий труда человека, который отдыхает.

Большую часть времени человек проводит в общении с другими людьми. Доброе слово, дружеская поддержка и участие способствуют бодрости, хорошему настроению. И наоборот, грубость, резкий или пренебрежительный тон могут стать психотравмой, особенно для мнительных, чувствительных людей. Дружный и сплочённый коллектив на производстве может создать благоприятный психологический климат. Люди, которые «всё принимают слишком близко к сердцу», придают незаслуженное внимание мелочам, не умеют тормозить отрицательные эмоции. Им следует воспитывать в себе правильное отношение к неизбежным в повседневной жизни трудностям. Для этого необходимо

учиться правильно, оценить происходящее, управлять своими эмоциями, а когда нужно, и подавить их.

Серьезной проблемой психогигиены является изучение влияния на организм человека средств массовой информации, телевидения, радио, компьютерной техники.

Психогигиена семейной жизни. В психогигиеническом аспекте брака важны возраст вступления в брак, достаточное количество времени для того, чтобы будущие супруги лучше узнали друг друга, достаточная информированность о наследственности супругов, зрелость представлений о семье и супружеской жизни.

Одна из важнейших задач психогигиены – помощь в создании гармоничной половой жизни, поскольку неправильно построенная половая жизнь делается нередко мучительной тайной человека, источником внутренних и внешних конфликтов, приводя к целому ряду психических и сексуальных расстройств от неврозов до импотенции у мужчин и фригидности у женщин.

Семья представляет собой группу, в которой закладываются основы личности, происходит её начальное развитие. Характер взаимоотношений между членами семьи существенно влияет на судьбу человека и поэтому обладает огромной жизненной значимостью для каждой личности и для общества в целом.

Благоприятная атмосфера в семье создается при наличии взаимного уважения, любви, дружбы, общности взглядов. Большое влияние на формирование отношений в семье оказывают эмоциональное общение, взаимопонимание, уступчивость. Такая обстановка способствует созданию счастливой семьи - неременному условию правильного воспитания детей.

Психогигиена занимается вопросами подготовки к браку, к созданию условий гармоничных браков, а также разработкой системы мероприятий, направленных на упрочение гармонии сохраняющейся семьи.

Психопрофилактика – раздел медицинской психологии, который занимается разработкой и внедрением в практику мер по предупреждению психических болезней, переходу их в хроническую форму, а также по реабилитации психически больных. Отмечается тесная связь понятий психопрофилактики и психогигиены. Их разграничение (особенно первичной психопрофилактики и психогигиены) достаточно условно. Психогигиена главной своей целью имеет сохранение, укрепление и улучшение психического здоровья путем организации надлежащей природной и общественной среды, соответствующего режима и образа жизни, а психопрофилактика направлена на предупреждение психических расстройств. Т.о., отличие психогигиены и психопрофилактики заключается в объекте их исследования и практического применения.

Психогигиена направлена на сохранение психического здоровья, а психопрофилактика занимается субклиническими и клиническими нарушениями.

Задачи психопрофилактики:

- предотвращение действия на организм болезнетворной причины;
- предупреждение развития заболевания путем раннего его диагностирования и лечения;
- предупредительное лечение и мероприятия, предотвращающие рецидивы болезни и переход их в хронические формы.

Задачи и методы психопрофилактики зависят от особенностей и вида психических расстройств. Важно определить природу патологии психики (функциональная или органическая), форму течения болезни (реактивная или процессуальная), обратимы или необратимы психопатологические расстройства. Имеет значение также установление соотношения социального и биологического в этиологии болезни. В предупреждении расстройств психической деятельности следует учитывать как факторы окружающей среды, так и факторы, обусловленные конституцией и преморбидным складом личности. Необходимо помнить о защитных силах организма, сохранных сторонах психики, которые психопрофилактика должна стимулировать, усиливая сопротивление организма и личности болезни и компенсируя ее последствия.

Принципы психопрофилактики труда, быта, семьи и сексуальных отношений:

- повышение выносливости психики к вредным воздействиям;
- профилактика инфекционных заболеваний, интоксикаций и других вредных воздействий внешней среды;
- изучение динамики нервно-психического состояния человека во время трудовой деятельности и в бытовых условиях, например, учет влияния различных профессиональных вредностей (факторы интоксикации, вибрации, значение перенапряжения на работе, самого характера производственного процесса);
- проведение профотбора, особенно для деятельности в экстремальных условиях;
- психологическая подготовка персонала к деятельности в условиях эмоциональной напряженности при одновременном повышении требовательности к квалификации персонала и отсутствию абсолютной надежности прогнозирования стрессоустойчивости;
- устранение болезненных форм нервно-психического напряжения путем устранения психотравмирующей ситуации или же (наиболее оптимальный вариант) путем изменения отношения к этой ситуации личности при условии, что сама ситуация сохраняется;

- коррекция нарушенных межличностных отношений, обуславливающих возникновение нервно-психического напряжения путем индивидуальной или групповой работы, а также путем использования методов семейной психотерапии;
- использование комплексного подхода в проведении психопрофилактических мероприятий.

Методы психогигиены и психопрофилактики включают психокоррекционную работу в рамках консультативных центров, «телефонов доверия» и других организаций, ориентированных на психологическую помощь здоровым людям; массовые обследования с целью выявления так называемых групп риска и профилактической работы с ними; информирование населения и т. д. Специальными задачами психогигиены и психопрофилактики являются помощь людям в кризисных ситуациях семейного, учебного или производственного характера, работа с молодыми и распадающимися семьями и т. п.

Согласно классификации ВОЗ, выделяют первичную, вторичную и третичную психопрофилактику. *Первичная психопрофилактика* тесно связана с *психогигиеной*; она включает мероприятия, направленные на предупреждение инфекционных болезней, травм, психогенных воздействий, вызывающих нарушения психики, а также правильное воспитание подрастающего поколения, превентивные меры в остроконфликтных ситуациях, профилактику профессиональных вредностей, профессиональную ориентацию и профессиональный отбор, прогнозирование наследственных болезней.

Вторичную психопрофилактику составляют ранняя диагностика, своевременное лечение и прогноз опасных для жизни больного состояний, а также комплекс мероприятий по предупреждению неблагоприятной динамики возникших психических болезней, уменьшению патологических проявлений, по облегчению течения болезни и улучшению исхода.

Третичная психопрофилактика направлена на предупреждение неблагоприятных социальных последствий психических заболеваний; она включает реабилитационные мероприятия, предупреждение инвалидности и др. Психическое здоровье человека изменяется при воздействии различных социальных и природных факторов (развитие механизации и автоматизации на производстве и транспорте, которые ведут к повышению жизненного темпа во всех сферах и предъявляют более высокие требования к человеку, к подвижности и выносливости его основных нервных процессов; расширение социальных связей человека; воздействие средств массовой информации на психику, изменение темпа физического и психического развития человека). Перечисленные факторы могут при определенных условиях привести к возникновению и развитию психических расстройств, например пограничных состояний, что следует

учитывать при разработке психопрофилактических мероприятий. Важно помнить, что в этих условиях преобразуется и сам человек, его биосоциальная структура. Необходимо также иметь в виду неизмеримые потенциальные возможности присущей ему активной адаптации.

Психическая реабилитация (от лат. *re* — вновь, *habilis* — удобный, приспособленный) — система медико-психологических, педагогических, социальных мероприятий, направленных на восстановление, коррекцию или компенсацию нарушенных психических функций, состояний, личностного и социально-трудового статуса больных и инвалидов, а также лиц, перенесших заболевание, получивших психическую травму в результате резкого изменения социальных отношений, условий жизни и т. д. В основе психической реабилитации лежит представление о болезни как о разрушительном процессе в организме человека, характеризующемся не только плохим физическим самочувствием больного, но и изменением его личности, сдвигами в эмоциональной сфере. Возвращение к здоровью, с точки зрения такого подхода, предусматривает устранение последствий переживаний, нежелательных установок, неуверенности в своих силах, тревоги по поводу возможности ухудшения состояния и рецидива болезни и т. д. Особое внимание в психической реабилитации уделяется работе, направленной на компенсацию утраченных профессиональных и социально-адаптивных качеств. Осуществление психической реабилитации требует создания психологических условий, содействующих сохранению положительного эффекта лечения (например, организация досуга, общения, диспансеризация). Развитие теории и практики психической реабилитации непосредственным образом связано с решением проблем психопрофилактики, психотерапии, клинической психологии.

Наиболее содержательное и полное определение реабилитации принято на 9-м совещании министров здравоохранения и социального обеспечения восточно-европейских стран, согласно которому реабилитация является системой государственных, социально-экономических, медицинских, профессиональных, педагогических, психологических и других мероприятий, направленных на предупреждение развития патологических процессов, приводящих к временной или стойкой утрате трудоспособности, на эффективное и раннее возвращение больных и инвалидов (детей и взрослых) в общество и к общественно-полезному труду. Реабилитация представляет собой сложный процесс, в результате которого у пострадавшего формируется активное отношение к нарушению его здоровья и восстанавливается положительное восприятие жизни, семьи и общества.

Реабилитация включает профилактику, лечение, приспособление к жизни и труду после болезни, но прежде всего - личностный подход к больному человеку. В настоящее

время принято различать медицинскую, профессиональную и социальную и психологическую реабилитацию. Профессиональная реабилитация включает в себя мероприятия по возвращению больному трудоспособности, прибегая к возможностям сохранившихся профессиональных навыков, пусть даже путем переквалификации. Социальная реабилитация включает в себя меры по возвращению больного в сообщество путем обеспечения соответствующих условий для его жизни в семье, должных материальных условий. Психологическая реабилитация заключается в применении различных диагностических, лечебно-восстановительных и психотерапевтических способов, направленных на активизацию внутренних сил личности для восстановления нарушенных психических функций и эмоционально-волевой устойчивости.

При психических заболеваниях реабилитация имеет свои особенности, связанные в первую очередь с тем, что при них, как ни при каких других болезнях, происходят серьезные нарушения личности, ее социальных связей и отношений. Реабилитация психически больных понимается как их ресоциализация, восстановление или сохранение индивидуальной и общественной ценности больных, их личного и социального статуса. Основные принципы реабилитации: партнерство, разносторонность усилий, единство психосоциальных и биологических методов, ступенчатость прилагаемых усилий, проводимых воздействий и мероприятий. Реабилитация представляет собой одновременно цель (восстановление или сохранение статуса личности), процесс, имеющий нейрофизиологические и психологические механизмы, и метод подхода к больному. Т.о., первоначальное представление о реабилитации как о завершающей фазе медицинской деятельности в современной медицине уступило место более широкому ее пониманию как многоэтапного динамического процесса, включающего соответственно ориентированное лечение и нацеленного на социальную реинтеграцию пациента. В настоящее время реабилитация рассматривается как направление современной медицины и одновременно как система деятельности, имеющая целью восстановление личного и социального статуса больного и использующая особый методический подход. Главной его сутью является опосредование всех проводимых мероприятий и воздействий через личность пациента.

Психосоциальная реабилитация рассматривается как процесс, включающий разработку и реализацию индивидуальной программы реабилитационного обслуживания конкретных пациентов. Эти программы, составленные на основе принципов реабилитации и обязательных ресурсов реабилитационного процесса, являются инструментом достижения конечных целей реабилитации.

Глобальной целью реабилитационной деятельности является улучшение социального функционирования пациента при сокращении объемов профессионального вмешательства.

В качестве этапных, промежуточных или конкретных целей могут рассматриваться:

- достижение независимого функционирования пациента в обществе;
- преодоление нейрокогнитивного дефицита;
- предупреждение повторных обострений и регоспитализаций;
- развитие эффективных стратегий совладения с болезнью;
- удовлетворенность пациента своей жизнью и т.д.

Модель медико-социальной реабилитации предусматривает выделение трех сфер, на которые оказывается то или иное терапевтическое воздействие:

- сфера повреждения (психическое расстройство, выраженное в конкретном категориальном диагнозе);
- сфера функциональной недостаточности (дисфункция личности);
- сфера ограничения (дефекта) социальной активности пациента.

Принципиальные различия в содержании различных уровней несостоятельности пациента находят отражения при разработке целей реабилитации и методов воздействия на пациента (табл.). При этом лечение психического расстройства (купирование симптомов) осуществляется в обычном психиатрическом стационаре, восстановление утраченных навыков – в отделении психосоциальной реабилитации, а повышении социально-ролевого функционирования – во внебольничных условиях по месту жительства. Поэтому целесообразно выделять три этапа медико-социальной реабилитации:

1. Этап медицинской реабилитации.
2. Госпитальный этап медико-социальной реабилитации.
3. Экстрагоспитальный (внебольничный) этап социальной реабилитации.

Модель медико-социальной реабилитации

Сферы воздействия	Повреждение (психическое расстройство)	Функциональная несостоятельность (дисфункция личности)	Ограничения (дефект) социальной активности
Определение сферы воздействия	Утрата (снижение, извращение, аномалия) психических функций и процессов	Неспособность (ограниченная способность) личности использовать навыки и выполнять социально полезные действия	Невозможность адекватного социально-ролевого функционирования в различных сферах
Цель	Редукция или устранение симптомов психического расстройства (достижение терапевтического инсайта)	Формирование навыков и умений, необходимых для повышения уровня функционирования личности	Интеграция пациентов в общество и приспособление к требованиям реального окружения (достижение независимого функционирования пациента в обществе, расширение реальных полномочий, улучшение качества жизни).
Методы воздействия	Фармакотерапия, психотерапия, групповая терапия	<ol style="list-style-type: none"> 1. Психосообразовательные и обучающие программы. 2. Тренинг социальных навыков 	Различные приемы поддержки окружения, направленные на создание условий (возможностей) для реализации навыков и оптимизации социального функционирования в обычной для пациента сфере
Место проведения	Отделение кризисных состояний	Отделение медико-социальной реабилитации	По месту жительства (в сообществе)

Задание 1. В общесоматической поликлинике вывешен санбюллетень, посвященный проблемам депрессии. Данное мероприятие относится к:

1. Психогигиене;
2. Первичной психопрофилактике;
3. Вторичной психопрофилактике;

4. Третичной психопрофилактике;
5. Психологической реабилитации.

Задание 2. В школе подросткам прочитана лекция о вреде алкоголя. Данное мероприятие относится к проблемам:

1. Возрастной психогигиены;
2. Психогигиены труда и быта;
3. Психогигиены семьи;
4. Психопрофилактики;
5. Реабилитации.

Задание 3. Врач-терапевт дает рекомендации пациенту К., 68 лет, предлагая занятия физкультурой в группе здоровья, прогулки на свежем воздухе два раза в день, дозированную физическую нагрузку на дачном участке, посещение групповых психотерапевтических занятий. Данные мероприятия относятся к проблемам:

1. Возрастной психогигиены;
2. Психогигиены труда и быта;
3. Психогигиены семьи;
4. Психопрофилактики;
5. Реабилитации.

Задание 4. При поступлении на работу в органы внутренних дел претенденты проходят психологическое тестирование, направленное на определение особенностей основных психических функций, структуры личности, склонности к агрессивному и аутоагрессивному поведению. Данное мероприятие относится к:

1. Психогигиене;
2. Первичной психопрофилактике;
3. Вторичной психопрофилактике;
4. Третичной психопрофилактике;
5. Психологической реабилитации.

Задание 5. Молодая пара обратилась в центр психологического консультирования с просьбой определить их психологическую совместимость для создания семьи. Им предложено посетить курс лекций и групповых занятий, на которых рассматриваются вопросы мотивов вступления в брак, гармоничной семейной жизни, гармонии сексуальных отношений. Данные мероприятия относятся к проблемам:

1. Возрастной психогигиены;
2. Психогигиены труда и быта;
3. Психогигиены семьи;

4. Психопрофилактики;
5. Реабилитации.

Задание 6. В общесоматической больнице психолог каждые полгода проводит обследование врачей и медицинского персонала с целью определения признаков эмоционального выгорания и сопряженных с ним психопатологических и соматических симптомов. Данное мероприятие относится к:

1. Психогигиене;
2. Первичной психопрофилактике;
3. Вторичной психопрофилактике;
4. Третичной психопрофилактике;
5. Психологической реабилитации.

Задание 7. Больной К., 18 лет. Через 2 недели после купирования острых симптомов первого психотического эпизода (острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении) поступил в реабилитационное отделение. Подбор адекватной психофармакотерапии с целью полного купирования остаточных явлений перенесенного психоза относится к:

1. Психогигиене;
2. Первичной психопрофилактике;
3. Вторичной психопрофилактике;
4. Третичной психопрофилактике;
5. Реабилитации.

Задание 8. Больная В., 45 лет, находится на лечении в психиатрической больнице по поводу умеренного депрессивного эпизода, развившегося после внезапной смерти мужа. Помимо медикаментозной терапии, больная посещает групповые занятия, направленные на выработку у пациентки навыков жизни без поддержки супруга, с ней проводится индивидуальная психотерапевтическая работа с высоким уровнем эмоциональной поддержки. Данная система мероприятий относится к:

1. Психогигиене;
2. Первичной психопрофилактике;
3. Вторичной психопрофилактике;
4. Третичной психопрофилактике;
5. Реабилитации.

Задание 9. Больной В., 45 лет. В течение 20 лет страдает шизофренией. Является инвалидом III группы, работает лаборантом. Регулярно посещает занятия в Клубе бывших пациентов, индивидуальные и групповые психотерапевтические сеансы. Считает, что его

относительно стабильному состоянию помогает не только регулярный прием медикаментов, но и психологическая поддержка, которая настраивает его на постоянный прием лекарств, работу, помощь родителям по дому. Проводимые по отношению к больному мероприятия относятся к:

1. Психогигиене;
2. Первичной психопрофилактике;
3. Вторичной психопрофилактике;
4. Третичной психопрофилактике;
5. Реабилитации.

Задание 10. Больной Е., 26 лет, в течение 3-х лет страдает шизофренией, после очередного обострения, спровоцированного скандалом между родителями, находится на лечении в психиатрическом стационаре. В отделении больного посещает только мать, по словам которой, муж (отец) отказывается признать наличие болезни у сына, считает его лентяем, обвиняет мать в том, что она «покрывает бездельника». По этому поводу в семье часто бывают скандалы, во время которых мать защищает сына, а больной «закрывается в своей комнате и плачет». После разъяснительной беседы и купирования у больного психотических симптомов семья включена в программу семейной терапии, занятия посещают все члены семьи. Данная система мероприятий относится к:

1. Психогигиене;
2. Первичной психопрофилактике;
3. Вторичной психопрофилактике;
4. Третичной психопрофилактике;
5. Реабилитации.

Психотерапия дословно означает «лечение души» (от греч. *psyche* – душа, *therapeia* – лечение). Определения термина «психотерапия» включают такие понятия как больной, болезнь или здоровье, лечебные воздействия. Существует множество вариантов определения понятия «психотерапия», например:

- система лечебных воздействий на психику и через психику – на организм человека;
- специфическая эффективная форма воздействия на психику человека в целях обеспечения и сохранения его здоровья;
- процесс лечебного воздействия на психику больного или группы больных, объединяющий лечение и воспитание;

- целенаправленное упорядочение нарушенной деятельности организма психологическими средствами (Кратохвил).

Психотерапевтическое вмешательство (психотерапевтическая интервенция) – вид психотерапевтического воздействия, который характеризуется определенными целями и соответствующим этим целям выбором средств воздействия (методов психотерапии).

При всем разнообразии психотерапевтических подходов существует три основных направления в психотерапии, иными словами, три психотерапевтические теории (психодинамическая, поведенческая и гуманистическая, "опытная") соответственно трем основным направлениям психологии, и каждое из них характеризуется своим собственным подходом к пониманию личности и личностных нарушений и логически связанной с этим собственной системой психотерапевтических воздействий.

Современные методы психотерапии.

Психодинамический подход утверждает, что мысли, чувства и поведение человека детерминированы бессознательными психическими процессами. Личность, по Фрейду, состоит из трех основных компонентов. Первый компонент – «ид», оно – резервуар бессознательной энергии, включающий базальные инстинкты, желания и импульсы, с которыми люди рождаются (Эрос – инстинкт удовольствия и секса, Танатос – инстинкт смерти, который может мотивировать агрессию или аутоагрессию). «Ид» ищет немедленного удовлетворения, невзирая на социальные нормы или права и чувства других, т.е. действует согласно принципу удовольствия.

Второй компонент личности – «эго», я – разум. «Эго» находит компромиссы между неразумными требованиями «ид» и требованиями реального мира, т.е. действует согласно принципу реальности. «Эго» пытается удовлетворить потребности, защитив при этом человека от физического и эмоционального ущерба, который может явиться следствием осознания или отреагирования импульсов, исходящих из «ид», «Эго» - исполнительная власть личности.

Третий компонент личности – «суперэго» - развивается в процессе воспитания как результат интернализации родительских и социальных ценностей. «Суперэго» - это наша совесть, наши «надо» и «нельзя». «Суперэго» действует на основе принципа морали, нарушение его норм приводит к чувству вины.

Инстинкты («ид»), разум («эго») и мораль («суперэго») часто приходят в столкновение между собой, в результате чего возникают интрапсихические (психодинамические) конфликты. Фрейд считал, что число этих конфликтов, их природа и способы разрешения придают форму личности и определяют многие аспекты поведения. Личность проявляется в том, как человек решает задачу удовлетворения широкого

спектра потребностей. В норме адаптивное поведение связывается с малым количеством конфликтов или с эффективным их решением. Многочисленные, тяжелые или плохо управляемые конфликты приводят к отклоняющимся чертам личности или к психическим расстройствам.

Наиболее важная функция «эго» - образование защитных механизмов против тревоги и вины. Защитные механизмы (вытеснение, проекция, замещение, образование реакции, рационализация, отрицание, сублимация и др.) – это бессознательная психологическая тактика, помогающая защитить человека от неприятных эмоций. Невротическая тревога, по Фрейду, является сигналом того, что бессознательные импульсы угрожают преодолеть защитные механизмы и достичь сознания.

В классическом психоанализе выделяются такие психотерапевтические методики как метод свободных ассоциаций, реакции переноса и сопротивления. При применении метода свободных ассоциаций человек продуцирует поток мыслей, воспоминаний детства, не поддавая их анализу и критике, а психоаналитик оценивает их, рассортировывая в зависимости от значимости, стараясь выявить вытесненные из сознания патогенные детские переживания. Затем от пациента требуется отреагирование (катарсис) значимых переживаний с целью избавления от их негативного влияния на психическую деятельность. Сходным образом происходит процесс терапии при анализе сновидений, ошибочных действий (описок и оговорок) человека, за которыми, как считается в психоанализе, стоит символическое обозначение симптомов и проблем в связи с вытеснением их из сознания.

Психоанализ (и психоаналитически ориентированная психотерапия) ставит перед собой следующие задачи:

- добиться у пациента осознания (инсайта) интрапсихического, или психодинамического, конфликта;
- проработать конфликт, т.е. проследить, как он влияет на актуальное поведение и на интерперсональные отношения.

Основным показанием для применения психоаналитической психотерапии является анализируемость пациента (феномен, сходный с гипнабельностью и внушаемостью в суггестивной психотерапии), зависящая от личностных особенностей пациента, в первую очередь, от интенсивности мотивации на длительный процесс терапии, а также от способности снять контроль над своими мыслями и чувствами и способности к идентификации с другими людьми. К противопоказаниям относят истерические личностные расстройства.

Представители поведенческого направления фокусируют свое внимание на поведении как единственной психологической реальности, доступной непосредственному наблюдению. Норма - это адаптивное поведение, а невротический симптом или личностные расстройства рассматриваются как неадаптивное поведение, сформировавшееся в результате неправильного научения. Таким образом, целью психологического вмешательства является научение, то есть замена неадаптивных форм поведения на адаптивные (эталонные, нормативные, правильные). Методически научение осуществляется на основании базовых теорий или моделей научения, существующих в бихевиоризме (классическое и оперантное обусловливание, научение по моделям, социальное научение). Не имея четких представлений о научно-психологических основах того или иного конкретного метода поведенческой психотерапии, невозможно применять его эффективно. Поведение психотерапевта в рамках этого подхода также строго обусловлено теоретической концепцией. Показаниями к применению поведенческой психотерапии являются тревожные состояния, сексуальные нарушения, межличностные и супружеские проблемы, хронические психические расстройства (шизофрения), детская психопатология (нарушения поведения, агрессивность, делинквентность, гиперактивное поведение, аутизм).

Гуманистическое направление исходит из признания уникальности человеческой личности и в качестве основной потребности рассматривает потребность в самореализации и самоактуализации. В самом общем виде невроз является следствием невозможности самоактуализации, следствием блокирования этой потребности, что связано с недостаточным самопониманием и принятием себя, недостаточной целостностью Я. В этом случае целью психологического вмешательства будет создание условий, в которых человек сможет пережить новый эмоциональный опыт, способствующий осознанию и принятию себя, а также интеграции. Необходимость создания условий, в рамках которых человек получает наилучшие возможности для приобретения нового эмоционального опыта, определяет специфические особенности поведения психотерапевта, его роль, позицию, ориентацию и стиль.

Гуманистическая психотерапия основывается на следующих предположениях:

1. Лечение есть встреча равных людей (энкаутер), а не лекарство, предписываемое специалистом. Такое лечение помогает пациенту восстановить свой естественный рост, чувствовать и вести себя в соответствии с тем, какой он есть на самом деле, а не с тем, каким он должен быть по мнению других.
2. Улучшение у пациентов наступает само по себе, если терапевт создает правильные условия. Эти условия способствуют осознанности,

самопринятию и выражению пациентами своих чувств, особенно тех, которые они подавляли и которые блокируют их рост. Терапия способствует инсайту как осознанию текущих чувств и восприятий, а не бессознательных конфликтов, как в психоанализе.

3. Наилучший способ создания этих правильных условий – установление отношений, при которых пациент чувствует безусловное принятие и поддержку. Улучшение наступает не вследствие применения специальных техник, а вследствие переживания пациентом этих отношений.

4. Пациенты полностью ответственны за выбор своего образа мыслей и поведения.

Общая цель психотерапии состоит в помощи пациентам изменить свое мышление и поведение таким образом, чтобы стать более счастливыми и продуктивными. Современные методы психотерапии базируются на личностном подходе, который реализуется в следующих направлениях:

- изучение личности больного, закономерностей ее развития и специфики нарушений в целях оптимизации психотерапевтических воздействий;
- учет личностных особенностей при использовании любых психотерапевтических методов;
- ориентация психотерапевтического процесса на личностные изменения.

Последовательность психотерапевтического процесса:

- установление оптимального контакта, вовлечение пациента в сотрудничество, создание мотивации к психотерапии;
- прояснение (понимание психотерапевтом и, в определенной степени, пациентом) причин и механизмов формирования симптомов, возникновения эмоциональных и поведенческих нарушений;
- определение «психотерапевтических мишеней»;
- применение конкретных методов и техник, направленных на достижение изменений (когнитивных, эмоциональных, поведенческих) и приводящих в дальнейшем к редукции симптоматики;
- закрепление достигнутых результатов;
- окончание курса психотерапии (в частности, решение проблем, связанных с возможной зависимостью от психотерапевта).

Принципы психотерапии:

- выбор метода психотерапии осуществляется в соответствии с имеющимися у пациента показаниями, на основании изучения личности больного;

- психотерапевтическое вмешательство направлено на личностное развитие, профилактику, лечение или реабилитацию имеющихся у пациента проблем;
- целевой ориентацией психотерапии является достижение изменений в когнитивной, эмоциональной, поведенческой сферах;
- любой из психотерапевтических методов опирается на теорию происхождения, развития, сохранения и изменения личности;
- достигнутые в процессе психотерапии изменения должны подвергаться эмпирической проверке;
- психотерапевт должен иметь профессиональное и юридическое право использовать данный метод психотерапевтического вмешательства.

Показания к психотерапии.

Наиболее существенным показанием к психотерапевтической работе с конкретным пациентом является роль психологического фактора в возникновении и течении болезни. Чем больше удельный вес психологического фактора в этиопатогенезе заболевания, тем более показана психотерапия и тем большее место она занимает в системе лечебных воздействий. Иными словами, чем более выражена психогенная природа заболевания (то есть, чем более понятна связь между ситуацией, личностью и болезнью), тем более адекватным и необходимым становится применение психотерапевтических методов.

Показания к психотерапии также обусловлены возможными последствиями заболевания. Понятие "последствия заболевания" можно конкретизировать. Они могут быть связаны с клиническими, психологическими и социально-психологическими проблемами. Во-первых, это возможная вторичная невротизация, то есть манифестация невротической симптоматики, вызванная не первичными психологическими причинами, а психотравмирующей ситуацией, в качестве которой выступает основное заболевание. Во-вторых, это реакция личности на болезнь, которая может как способствовать процессу лечения, так и препятствовать ему. Неадекватная реакция личности на болезнь (например, анозогностическая или, напротив, ипохондрическая и т. д.) также нуждается в коррекции психотерапевтическими методами. В-третьих, речь может идти о наличии психологических и социально-психологических последствий. Тяжелая болезнь, изменяющая привычный образ жизни пациента, может приводить к изменению социального статуса; невозможности реализации и удовлетворения значимых для личности отношений, установок, потребностей, стремлений; изменениям в семейной и профессиональной сферах; сужению круга контактов и интересов; снижению работоспособности, уровня активности и мотивационных компонентов; неуверенности в себе и снижению самооценки; формированию неадекватных стереотипов эмоционального

и поведенческого реагирования и пр. В-четвертых, в процессе длительного или хронического заболевания возможна динамическая трансформация личностных особенностей, то есть формирование в ходе болезни повышенной сензитивности, тревожности, мнительности, эгоцентричности и пр., нуждающихся в корригирующих воздействиях. Безусловно, что в каждом конкретном случае показания к психотерапии определяются не только нозологической принадлежностью, но и индивидуально-психологическими особенностями пациента, его мотивацией к участию в психотерапевтической работе.

Непрямая психотерапия.

Методика "маска" - вариант косвенной (опосредованной) психотерапии. В этом случае медицинский персонал предварительно готовит больного к процедуре, заключающейся в ингаляции "нового, чрезвычайно эффективного" лекарства, которое "специально заказано для больного" и будет использовано в особых условиях. Пациента укладывают на стол, закрывают лицо наркозной маской, смоченной неизвестной ему пахучей жидкостью, и, когда он начинает ее вдыхать, осуществляют внушение, направленное на восстановление нарушенных функций, обычно истерической природы (мутизм, стойкие гиперкинезы, паралич и т. д.). Впервые об использовании методики "маски" упоминается в лекции выдающегося психоневролога Флексига, состоявшейся в Лейпциге в 1924 г.; демонстрировалась девушка, вообразившая, что у нее стеклянный зад. Боясь "разбить" его, она не садилась и не ложилась на спину. Флексиг пообещал пациентке удалить все стеклянные части оперативным путем. Больную в присутствии студентов уложили на стол, на лицо была наложена эфирная маска, один из ассистентов разбил над ее головой стеклянный сосуд, профессор произвел соответствующее внушение, после которого больная встала, спокойно села на предложенный ей стул и объявила, что она чувствует себя полностью выздоровевшей. Косвенное внушение с использованием "маски" чаще применяется при зафиксированных истерических нарушениях как завершающий этап личностно-ориентированной психотерапии, подготовившей пациента к "отказу" от симптома (выполнявшего приспособительные, адаптивные функции). Использование "маски" в подобных случаях убеждает в ценности симптомо-ориентированных методов, если применение их основывается на адекватном понимании механизмов развития невроза и включается в систему патогенетически обоснованной психотерапии.

Психотерапевтическое опосредование и потенцирование биологической терапии. В широком понимании это усиление эффективности биологической терапии, к которой в первую очередь относятся фармакологические средства, физиотерапия, другие физико-

химические факторы, например, имеющие целью непосредственное воздействие на мозговую ткань (электросудорожная терапия и др.) с помощью суггестивных приемов. В механизмах психотерапевтического опосредования и потенцирования биологической терапии представлены психологические явления различного уровня. К ним в первую очередь относятся макропсихологические процессы и процессы массовых коммуникаций. Это тенденции общественного сознания, культурные особенности, коллективные и групповые верования, а также такие явления, как мода и психологические аспекты действия средств массовой информации. В последнее время все активнее в процессы лечения вмешивается реклама, и ее воздействия нельзя не учитывать.

Помимо макропсихологических, на психотерапевтическое опосредование и потенцирование биологической терапии влияют также микросоциальные процессы, относящиеся к малым группам, в первую очередь реальным, в которые включен пациент. На этом уровне особое значение приобретает характер взаимодействия в терапевтической диаде "врач-больной". Сложность и многоплановость процесса терапевтической коммуникации известна. Так, например, обсуждение с пациентом планируемого лечения в значительной мере повышает его эффективность и снижает частоту и выраженность негативных эффектов биологической терапии. Индивидуально-психологические эффекты психотерапевтического опосредования и потенцирования биологической терапии в современной психотерапии изучены в большей степени и описываются в первую очередь через процессы косвенного (опосредованного, вооруженного) внушения и плацебо-эффекты.

Однако психотерапевтическое опосредование и потенцирование биологической терапии может рассматриваться и как самостоятельный психотерапевтический подход. Основные его принципы: учет оценочных суждений больного о том лечении, которое врач намерен ему назначить; учет мнения пациента о препарате; формирование эмоционального положительного отношения больного к предстоящему лечению; формирование реакции ожидания лечебного действия препарата; потенцирование лечебного эффекта как врачом, так и остальным медицинским персоналом, принимающим участие в лечении больного; дезактуализация возможных побочных явлений, связанных с приемом препарата; аксиологическая переориентация значимости для больного побочных действий препарата; коррекция эгротогении; формирование лечебной перспективы в связи с проводимой терапией.

Плацебо-терапия (от лат. placebo - понравлюсь, удовлетворю) - один из вариантов психотерапии посредством косвенного внушения или процесса научения. Развитие психофармакологии и внедрение в медицинскую практику все новых психотропных

средств способствовали увеличению числа случаев, когда применение тех или иных препаратов сопровождалось положительным или отрицательным эффектом, не соответствующим ожидаемому действию. Поэтому при испытании новых медикаментозных препаратов стали широко использоваться лекарственные формы, получившие название "плацебо". При приеме "пустышки" (плацебо-препарат имитирует по цвету, вкусу, запаху исследуемый, но содержит вместо действующих компонентов индифферентные) одна треть как больных, так и здоровых испытуемых сообщают о результативности медикамента.

Плацебо-тесты позволили выявить людей с положительным и отрицательным плацебо-эффектами и лиц, при исследовании которых сколько-нибудь существенный плацебо-эффект отсутствовал (плацебо-нореакторы). Плацебо стали назначать и на длительное время для косвенной (вооруженной) психотерапии или так называемой плацебо-терапии (медикаментозной психотерапии). Составляющей плацебо-эффектов являются процессы научения (условно-рефлекторные механизмы и моделирование). Если условно-рефлекторное научение объясняет длительность плацебо-реакций (например, при приеме плацебо-транквилизаторов плацебо-реакции могут сохраняться в течение 2 - 3 лет), то моделирование делает понятной их зависимость от личности врача и больного. Наиболее выраженные плацебо-реакции наблюдаются у внушаемых, конформных, боязливых пациентов, готовых к безусловному сотрудничеству со специалистом. Личность психотерапевта, назначающего лекарство, всегда решающим образом отражается в плацебо-эффектах и тем самым на действии любого медикамента. Успех терапии с помощью плацебо у разных врачей различен, но у одного и того же - повторяем. Результаты лечения зависят от способности специалиста к терапевтической коммуникации и его убежденности в действенности препарата также и тогда, когда речь идет о плацебо.

На выраженность плацебо-эффекта влияет множество самых различных факторов. Перечислим лишь некоторые из них: степень новизны препарата, его доступность, упаковка, реклама, характер информации, содержащейся в аннотации к препарату, предшествующая эффективность лекарства у данного больного, его установка на психотерапию, физиотерапию или лекарственные средства, отношение пациента к специалисту, назначающему препарат, и отношение врача к лекарству, установка врача на психотерапию или биологическую терапию, репутация лекарства среди других больных, отношение к препарату членов семьи и т. д. Под семейным, в частности родительским, плацебо-эффектом понимается высокая положительная (или отрицательная) оценка родственниками изменений состояния больного, получающего плацебо, причем ни сам

пациент, ни член семьи, оценивающий эти изменения, не знают, какой препарат назначен. Таким образом, необходимо учитывать, кто из близких наиболее авторитетен для больного в вопросах его лечения, их отношение к лечению последнего. Положительный родительский плацебо-эффект улучшает "терапевтическую" среду в семье, повышает чувство оптимизма, благоприятно сказывается на состоянии больного. Оценить эффективность медикаментозного лечения можно лишь с учетом плацебо.

Ожидание больным пользы от лечения само по себе может иметь устойчивое и глубокое влияние на его физическое и психическое состояние. Эффективность психотерапии также в определенной мере зависит от способности врача сформировать у пациента надежду на улучшение, а это означает, что плацебо-эффект проявляется в каждом контакте "психотерапевт - больной". Плацебо-эффект может быть носителем неосознаваемых элементов взаимоотношений между врачом и пациентом, например проявлений агрессии, сопротивления, защиты. Таким образом, ни один медикамент или какое-либо психотерапевтическое воздействие не лишено плацебо-суггестивного эффекта. Этот эффект может быть систематически использован как плацебо-терапия, интегрированная в комплексное лечение.

Индивидуальная психотерапия является такой организационной формой психотерапии, в которой в качестве основного инструмента лечебного воздействия выступает психотерапевт, а психотерапевтический процесс протекает в диаде врач - пациент. В организационном аспекте индивидуальная психотерапия рассматривается в качестве альтернативы **групповой психотерапии**, где инструментом лечебного воздействия выступает и психотерапевтическая группа. Как индивидуальная, так и групповая психотерапия используется в рамках практически всех концептуальных и методических направлений в психотерапии, которые и определяют специфику психотерапевтического процесса, цели и задачи, способы воздействия, методические приемы, тип контакта между пациентом и психотерапевтом (и группой), длительность и другие переменные психотерапии.

Вопрос о соотношении индивидуальной и групповой психотерапии при проведении реабилитации может решаться в сторону повышения интенсивности как той, так и другой. Индивидуальная работа с больным важна для выявления основной внутри- и межличностной проблематики, формирования мотивации к эффективному участию в групповых занятиях, коррекции реакций на ситуации группового взаимодействия. Групповая психотерапия во всех ее многочисленных вариантах может рассматриваться как наиболее адекватный метод реабилитации (ресоциализации) больных не только неврозами, но и психозами. В условиях группы осуществляется одновременное влияние

на все основные компоненты отношений - познавательный, эмоциональный и поведенческий: достигается более глубокая перестройка важнейших свойств личности, к которым относятся сознательность, социальность и самостоятельность. Групповая психотерапия способствует восстановлению системы отношений больных с микросоциальным окружением, приведению ценностных ориентации в соответствие с образом жизни, то есть решению тех первоочередных задач, без которых невозможно успешное социальное функционирование пациента. Можно выделить два вида групповых методов психотерапии и социотерапии в реабилитации:

1. Терапевтические вмешательства, направленные на социальное поведение больного, его коммуникабельность, способность к самореализации, разрешению психологических и преодолению социальных конфликтов. Они объединяют группы: разговорные, проблемных дискуссий, психомоторные, коммуникативные, арт- и музыкотерапии, а также семейную психотерапию.

2. Оптимальная организация социальной структуры коллектива пациентов, имеющая в своей основе так называемые средовые группы: совет и собрания больных, функциональные группы, коллективные экскурсии, клуб пациентов и т. п.

В зависимости от стадии развития, типа течения и формы психического заболевания меняется соотношение сомато-биологических и индивидуально-психологических факторов в формировании картины болезни, в различной степени страдают способности больного к самореализации и к установлению адекватных межличностных отношений. Соответственно этому должно меняться не только место психосоциальных методов в структуре реабилитации, но и сами методы, а также конкретные задачи.

Цели психотерапевтической работы достижимы тогда, когда учитывается активность патологического процесса, психическое состояние больного, его личностные характеристики, особенности непосредственного социального окружения, индивидуальные жизненные условия и прогноз. В зависимости от этого должен решаться вопрос о допустимой глубине вмешательства в сферу значимых отношений и о перестройке малоэффективных, но сложившихся форм психологической компенсации. Практика дает немало примеров срыва адаптации и обострения болезненного состояния при неразумном вскрытии и обсуждении психологических и социально-психологических проблем, имеющих неразрешимый для пациента характер.

Рациональная психотерапия – метод, в котором используется логическая способность пациента проводить сопоставление, делать выводы, доказывать их обоснованность.

Цель воздействия рациональной психотерапии – искаженная «внутренняя картина болезни», создающая дополнительный источник переживаний для больного. Снятие неопределенности, коррекция противоречивости, непоследовательности в представлениях пациента, касающихся его болезни, – основные точки приложения рациональной психотерапии.

Выделяют различные варианты рациональной психотерапии. При одних пациент подводится к определенному запрограммированному результату, при этом психотерапевт проявляет высокую активность в аргументации, опровергая неправильные доводы больного, побуждая его сформулировать нужные выводы. Большую роль в такой ситуации может сыграть методика сократовского диалога, при которой вопросы задаются таким образом, что предполагают только положительные ответы, на основе которых больной уже сам делает выводы. В рациональной психотерапии идет обращение к логическому мышлению пациента, значительная роль отводится также отреагированию, поведенческому научению.

Основные формы рациональной психотерапии:

- 1.Объяснение и разъяснение, включающие истолкование сущности заболевания, причин его возникновения с учетом возможных психосоматических связей, до этого, как правило, игнорируемых больными, не включаемых во «внутреннюю картину болезни»; в результате реализации этого этапа достигается более ясная, определенная картина болезни, снимающая дополнительные источники тревоги, открывающая пациенту возможность более активно самому контролировать болезнь;
- 2.Убеждение – коррекция не только когнитивного, но и эмоционального компонента отношения к болезни, способствующая переходу к модификации личностных установок больного;
- 3.Переориентация – достижение более стабильных перемен в установках больного, прежде всего в его отношении к болезни, связанное с изменениями в системе его ценностей и выводящее его за пределы болезни;
- 4.Психагогика – переориентация более широкого плана, создающая позитивные перспективы для пациента вне болезни.

Внушение (от лат. suggestio) – подача информации, воспринимаемой без критической оценки и оказывающей влияние на течение нервно-психических и соматических процессов. Основным средством внушения является слово, речь суггестора (человека, проводящего внушение). Неречевые факторы (жесты, мимика, действия) обычно оказывают дополнительное влияние. Внушение в состоянии бодрствования

присутствует в той или иной степени выраженности в каждой беседе врача с больным, но может выступать и в качестве самостоятельного психотерапевтического воздействия. Формулы внушения обычно произносятся повелительным тоном, с учетом состояния больного и характера клинических проявлений заболевания. Они могут быть направлены как на улучшение общего самочувствия (сна, аппетита, трудоспособности и пр.), так и на устранения некоторых невротических симптомов. Обычно внушению наяву предшествует разъяснительная беседа о сущности лечебного внушения и убеждение больного в его эффективности. Эффект внушения тем сильнее, чем выше в глазах пациента авторитет врача, производящего внушение. Степень реализации внушения определяется также особенностями личности больного, выраженностью «магического» настроения, веры в возможность влияния одних людей на других с помощью неизвестных науке средств и способов. Т.о., основными показаниями к внушению в состоянии бодрствования являются психогенные и психосоматические расстройства, коррекция «внутренней картины болезни» при наличии у пациента определенного уровня внушаемости. Внушаемость – это способность некритично (без участия воли) воспринимать получаемую информацию и легко поддаваться убеждению в сочетании с признаками повышенной доверчивости, наивности и иных черт инфантилизма.

Аутогенная тренировка (от греч. autos - сам, genos - происхождение) - активный метод психотерапии, психопрофилактики и психогигиены, направленный на восстановление динамического равновесия системы гомеостатических саморегулирующих механизмов организма человека, нарушенного в результате стрессового воздействия. Основными элементами методики являются тренировка мышечной релаксации, самовнушение и самовоспитание (аутодидактика). Активность аутогенной тренировки противостоит некоторым отрицательным сторонам гипнотерапии в ее классической модели - пассивному отношению больного к процессу лечения, зависимости от врача.

Как лечебный метод аутогенная тренировка была предложена для лечения неврозов Шульцем в 1932 г. В нашей стране ее стали применять в конце 50-х годов. Лечебное действие аутогенной тренировки, наряду с развитием в результате релаксации трофотропной реакции, характеризующейся усилением тонуса парасимпатического отдела вегетативной нервной системы и способствующей нейтрализации стрессового состояния, основано также на ослаблении активности лимбической и гипоталамической областей, что сопровождается снижением общей тревожности и развитием антистрессовых тенденций.

Показания к аутогенной тренировке: состояния нервно-психического напряжения, тревоги у больных с пограничными психическими расстройствами; как методика

психопрофилактики родовых болей; как психогигиеническое и психопрофилактическое средство при подготовке спортсменов, людей, работающих в условиях эмоциональной напряженности и в экстремальных условиях; как метод производственной гигиены; при лечении заболеваний, проявления которых связаны с эмоциональным напряжением и со спазмом гладкой мускулатуры, причем парасимпатический эффект достигается легче, чем симпатический (при бронхиальной астме, в инициальном периоде гипертонической болезни и облитерирующего эндартериита, при диспноэ, эзофагоспазме, стенокардии, при спастических болях желудочно-кишечного тракта и запорах); при лечении больных язвенной болезнью, одной из причин которой является местный невротический спазм сосудов; при лечении различных невротических расстройств речи и фонации (в общей группе больных аутогенная тренировка помогает купировать лишь явления логофобии, но не излечивает заикание как системный невроз, в связи с чем необходимы занятия пациентов в специализированных психотерапевтических группах для больных логоневрозами); как компонент комплексного лечения алкоголизма и наркомании, в частности для устранения абстинентного синдрома и формирования антиалкоголической установки; при лечении остаточных явлений органических заболеваний нервной системы с целью купирования психогенных расстройств, дополняющих и осложняющих картину органического поражения нервной системы, а также коррекции реакции личности на болезнь при сосудистых поражениях мозга, лечении остаточных явлений черепно-мозговых травм, нейроинфекций и др.

Противопоказаниями для применения аутогенной тренировки являются состояния неясного сознания и бреда, в особенности бреда отношения и воздействия. Не рекомендуется аутогенная тренировка во время острых соматических приступов и вегетативных кризов. При выраженной артериальной гипотонии используются некоторые специальные приемы для преодоления нежелательного преобладания вагусной системы.

Методики аутогенной тренировки.

Выделяют две ступени аутогенной тренировки (по Шульцу): 1) низшая ступень - обучение релаксации с помощью упражнений, направленных на вызывание ощущения тяжести, тепла, на овладение ритмом сердечной деятельности и дыхания; 2) высшая ступень - аутогенная медитация - создание трансовых состояний различного уровня.

Низшую ступень аутогенной тренировки составляют шесть стандартных упражнений, которые выполняются пациентами в одной из трех поз: 1) положение сидя, "поза кучера" - тренирующийся сидит на стуле со слегка опущенной вперед головой, кисти и предплечья лежат свободно на передней поверхности бедер, ноги свободно расставлены; 2) положение лежа - тренирующийся лежит на спине, голова покоится на

низкой подушке, руки, несколько согнутые в локтевом суставе, свободно лежат вдоль туловища ладонями вниз; 3) положение полулежа - тренирующийся свободно сидит в кресле, облокотившись на спинку, руки на передней поверхности бедер или на подлокотниках, ноги свободно расставлены. Во всех трех положениях достигается полная расслабленность, для лучшей сосредоточенности глаза закрыты.

Упражнения выполняются путем мысленного повторения (5 - 6 раз) соответствующих формул самовнушения, которые подсказываются руководителем тренировки. Каждое из стандартных упражнений предваряется формулой-целью: "Я совершенно спокоен".

Первое упражнение. Вызывание ощущения тяжести в руках и ногах, что сопровождается расслаблением поперечно-полосатой мускулатуры. Формулы: "Правая рука совершенно тяжелая", затем "Левая рука совершенно тяжелая" и "Обе руки совершенно тяжелые". Такие же формулы для ног. Окончательная формула: "Руки и ноги совершенно тяжелые".

Второе упражнение. Вызывание ощущения тепла в руках и ногах с целью овладения регуляцией сосудистой иннервацией конечностей. Формулы: "Правая (левая) рука совершенно теплая", затем "Руки совершенно теплые", те же формулы для ног. Окончательная формула: "Руки и ноги совершенно тяжелые и теплые".

Третье упражнение. Регуляция ритма сердечных сокращений. Формула: "Сердце бьется сильно и ровно".

Четвертое упражнение. Нормализация и регуляция дыхательного ритма. Формула: "Дышу совершенно спокойно".

Пятое упражнение. Вызывание ощущения тепла в области брюшной полости. Формула: "Мое солнечное сплетение излучает тепло".

Шестое упражнение. Вызывание ощущения прохлады в области лба с целью предотвращения и ослабления головных болей сосудистого генеза. Формула: "Мой лоб приятно прохладен".

Показателем усвоения очередного упражнения является генерализация ощущений. Например, упражнение по внушению тепла в конечностях считается усвоенным тогда, когда тепло начинает разливаться по всему телу. На проработку каждого упражнения уходит 2 нед. Весь курс аутогенной тренировки длится около трех месяцев. Обычно занятия проводятся в группах 1-2 раза в неделю под руководством психотерапевта; продолжительность занятия 15 - 20 мин. Большое внимание уделяется самостоятельным тренировкам пациентов, которые проводятся дважды в день (утром, перед тем как встать,

и вечером, перед сном), причем, как правило, пациенты ведут дневники, где описывают ощущения, испытываемые ими во время занятий.

Глубина аутогенного погружения подразделяется на три фазы. В первой фазе пациент ощущает тяжесть, тепло, истому, разлившуюся по всему телу. Вторая фаза характеризуется ощущением телесной легкости, невесомости, причем нередко возникают нарушения схемы тела. Третью фазу можно характеризовать как "исчезновение тела". В силу значительного торможения коры повторяемые формулы становятся эффективным средством самовнушения. В аутогенном погружении пациент приступает к направленному против определенных болезненных расстройств самовнушению.

Выделяется 5 типов формул-намерений: 1) нейтрализующие, использующие вариант самовнушения "все равно": "Глотание все равно" - при эзофагоспазме, "Цветочная пыльца все равно" - при аллергиях и т. п.; 2) усиливающие, например: "Я знаю, что я проснусь, когда мой мочевой пузырь даст знать о себе" - при энурезе; "Мой мозг говорит автоматически" - при заикании; 3) абстинентно-направленные, например: "Я знаю, что я не приму ни одной капли алкоголя, ни в какой форме, ни в какое время, ни при каких обстоятельствах"; 4) парадоксальные, например: "Я хочу писать как можно хуже" - при писчем спазме; 5) поддерживающие, например: "Я знаю, что я не завишу от лекарств" - при астме; "Имена интересны" - при плохом запоминании имен.

Аутогенная медитация по Шульцу. Прежде чем приступить к аутогенной медитации, тренирующийся должен научиться удерживать себя в состоянии аутогенного погружения длительное время - по часу и более. Во время такой "пассивной концентрации" возникают различные визуальные феномены ("тени", "простейшие формы", цветовые пятна и т. п.). Дальнейшая подготовка состоит в научении вызывать и удерживать "пассивную концентрацию" при наличии раздражающих помех - яркого света, шума, звучащего радио и т. п.

Первое упражнение медитации. Фиксация спонтанно возникающих цветовых представлений.

Второе упражнение медитации. Вызывание определенных цветовых представлений, "видение" заданного цвета.

Третье упражнение медитации. Визуализация конкретных предметов.

Четвертое упражнение медитации. Сосредоточение на зрительном представлении абстрактных понятий, таких как "справедливость", "счастье", "истина" и т. п. Во время выполнения этого упражнения возникает поток представлений строго индивидуальных. Например, "свобода" ассоциируется с белой лошадью, скачущей по прерии. Конкретные

зрительные образы, ассоциирующиеся с абстрактными понятиями, помогают, по мнению Шульца, выявиться подсознательному.

Пятое упражнение медитации. Концентрация "пассивного внимания" на произвольно вызываемых, эмоционально значимых ситуациях. Во время выполнения упражнения тренирующийся нередко "видит" себя в центре воображаемой ситуации.

Шестое упражнение медитации. Вызывание образов других людей. Вначале следует научиться вызывать образы "нейтральных" лиц, затем - эмоционально окрашенные образы приятных и неприятных пациенту людей. Шульц отмечает, что в этих случаях образы людей возникают несколько шаржированно, карикатурно. Постепенно такие образы становятся все более "спокойными", "бесстрастными", смягчаются карикатурные черты, элементы эмоциональной гиперболизации. Это служит показателем начавшейся "аутогенной нейтрализации".

Седьмое упражнение медитации. Автор назвал его "ответом бессознательного". Тренирующийся спрашивает себя: "Чего я хочу?", "Кто я такой?", "В чем моя проблема?" и т. п. В ответ он подсознательно отвечает потоком образов, помогающих увидеть себя "со стороны" в разнообразных, в том числе и тревожащих, ситуациях. Так достигается катарсис, самоочищение, и наступает "аутогенная нейтрализация", то есть излечение.

Аутогенное отреагирование по Луте. Для нейтрализации отрицательных переживаний используются приемы "повторения" тех ситуаций, которые и явились причиной психической травмы. Так же как и при психоаналитических сеансах, во время аутогенного отреагирования врач соблюдает полную нейтральность. Опыт показывает, что мозг пациента сам "знает", в какой форме и в каком порядке следует "высказывать материал" при аутогенной нейтрализации. При нейтрализации высвобождается (то есть вербализуется) лишь тот "материал", который мешает нормальной деятельности мозга. Аутогенная вербализация осуществляется при закрытых глазах, а задачей пациента является рассказ о всех появляющихся в состоянии аутогенного расслабления сенсорных образах. В методике практического проведения аутогенного отреагирования по Луте можно выделить пять основных правил, или условий: 1) необходимость перехода от стандартных упражнений к пассивному настрою на зрительные образы; 2) ничем не ограничиваемое вербальное описание любых восприятий (сенсорных образов); 3) принцип психотерапевтического вмешательства в управляемую мозгом нейтрализацию; 4) соблюдение или признание внутренней динамики, которая присуща периоду аутогенных разрядов; 5) принцип самостоятельного окончания психотерапевтической работы. На протяжении всего курса аутогенного отреагирования применяются стандартные

упражнения. Самостоятельное выполнение аутогенного отреагирования допускается только с разрешения психотерапевта. Интервалы между сеансами составляют 7 - 10 дней.

Гипноз (от греч. *hypnos* - сон) - временное состояние сознания, характеризующееся сужением его объема и резкой фокусировкой на содержании внушения, что связано с изменением функции индивидуального контроля и самосознания. Состояние гипноза наступает в результате специальных воздействий гипнотизера или целенаправленного самовнушения.

Научная гипнология берет начало с середины XIX в., хотя практическое использование гипноза имеет многовековую историю. Термин гипноз впервые был применен английским хирургом Брэдом, книга которого, посвященная нейрогипнологии, вышла в свет в 1843 г. Гипноз является основой **гипнотерапии**. В настоящее время, наряду с классической моделью гипноза, широко используется эриксоновский гипноз. Эриксоновскому подходу свойственно расширенное понимание гипнотического состояния, представляющего собой разновидность измененного или трансового состояния сознания. Гипнотический транс, согласно Эриксону, это последовательность взаимодействий гипнотерапевт - пациент, приводящая к поглощенности внутренними восприятиями и вызывающая такое измененное состояние сознания, когда Я пациента начинает проявляться автоматически, то есть без участия сознания. Эриксоновский гипнотерапевт действует в соответствии с принципом утилизации, согласно которому стереотипы самопроявления пациента рассматриваются как основа возникновения терапевтического трансa. Это требует не стандартизованных воздействий, а приспособления гипнотерапевта к текущему поведению пациента, а затем руководства им. Транс возникает из межличностного взаимодействия на уровне ощущений, когда гипнотерапевт подстраивается к пациенту, тем самым позволяя обеим сторонам становиться все более восприимчивыми по отношению друг к другу.

Показания к гипнотерапии: различные заболевания нервной системы, в клинике психических расстройств, при болезнях внутренних органов, в акушерско-гинекологической практике, при хирургических вмешательствах и кожных заболеваниях. Абсолютными противопоказаниями к гипнотерапии являются бредовые формы психозов (особенно когда больной считает, что его "загипнотизировали", и просит врача "разгипнотизировать" его) и гипноманические установки истерических личностей. При использовании гипнотерапии приходится учитывать степень гипнабельности пациента, при отсутствии которой или низкой ее выраженности применение гипнотерапии проблематично. Гипнабельность – психофизиологическая способность (восприимчивость) легко и беспрепятственно входить в гипнотическое состояние, поддаваться гипнозу, т.е.

изменять уровень сознания с формированием переходных между сном и бодрствованием состояний.

Основные осложнения при гипнотерапии - это потеря раппорта, истерические припадки, спонтанный сомнамбулизм, переход глубокого сомнамбулического гипноза в гипнотическую летаргию и др. Эти осложнения при спокойном поведении врача, понимании характера заболевания и знании техники гипноза не приводят к серьезным последствиям. Причины неудач гипнотерапии могут быть связаны с упорным применением врачом одного лишь гипносуггестивного метода при игнорировании им общих психотерапевтических подходов, рациональной психотерапии, тренировочных приемов и других показанных в данном конкретном случае методов психотерапии.

Основные различия классического и эриксоновского гипноза представлены в табл. __.

Таблица _-. Основные различия классического и эриксоновского гипноза

Дифференциальные критерии	Классический гипноз	Эриксоновский гипноз
Атрибуция лечебного воздействия	Метод и конкретный психотерапевт	Саногенные ресурсы пациента
Стратегия взаимоотношения приемов гипноза - психотерапевта - пациента	Пациент настраивается на работу с данным психотерапевтом в рамках предпочитаемых им приемов	Психотерапевт готовится работать с данным пациентом, подстраивает для него приемы
Гипнабельность	Считаются негипнабельными 5-20 % пациентов	Все пациенты считаются гипнабельными, негипнабельность расценивается как проявление методической ригидности психотерапевта и необходимости подбора других приемов гипнотизации
Параллельно возникающие трансовые состояния сознания самого психотерапевта	Воспринимаются как помеха, преодолеваются	Эксплуатируются для раскрепощения интуиции и эмпатии психотерапевта, подстройки к пациенту и для повышения сенсорной восприимчивости; контроль над ситуацией предоставляется котерапевту-наблюдателю
Лечебные формулировки	Четкие и рациональные (хотя гипнотические внушения адресуются бессознательному) с акцентированием на симптоме	Расплывчатые, с высокой разрешающей возможностью подключения субъективной реальности пациента, и оставляющие простор для "самодеятельности" его саногенных ресурсов
Нозологические и личностные противопоказания	Имеются	Практически отсутствуют; сам пациент решает, какие изменения и в каком объеме должны происходить

Гештальт-терапия

От немецкого слова *gestalt* - образ, форма, стремящаяся к завершенности. Метод создан F. Perls (1917). Основными тезисами гештальт-терапии является то, что психической деятельности свойственно стремление к целостности, завершенности. Это свойство психики наглядно иллюстрируется особенностями восприятия. Когда мы смотрим на квадрат и треугольник - мы видим их, а не просто несколько уголков: благодаря психической активности изображение достраивается до целого. По этой причине мы видим не сумму качеств, а именно целостные предметы.

Стремление психической деятельности к завершенности проявляется также в том, что неоконченное действие, невыполненное намерение оставляют след в виде напряжения в системе психики. Это напряжение стремится разрядиться (в реальном или символическом плане). Следствием сохраняющегося напряжения является, к примеру, эффект незавершенного действия, который состоит в том, что содержание неоконченного действия запоминается человеком лучше, чем содержание оконченного. По причине той же закономерности взрослый человек может вдруг купить себе игрушку, которую ему хотелось купить в детстве.

Отсутствие целостности, завершенности порождает напряжение, внутренний конфликт, невроз. Так, например, человек, потерявший кого-то из близких, часто испытывает чувство вины по отношению к умершему, подавленность или отчаяние от того, что ничего нельзя вернуть и исправить. Дело в том, что во взаимоотношениях близких людей всегда достаточно чего-то недосказанного, невыясненного, отложенного "на потом". С точки зрения гештальт-терапии все эти намерения, которые вдруг теряют возможность быть исполненными, играют весьма значительную (если не главную) роль в генезе депрессии и отчаяния.

Иногда гармония, устойчивость личности может нарушаться из-за конфликта противоположных тенденций внутри нее. Противоположности всегда существуют в психической жизни человека: он может одновременно души не чаять в близком человеке и испытывать раздражение по поводу каких-то его качеств; испытывать радость от того, что окончил институт и огорчение от того, что кончилась пора студенчества. В случае гармоничного развития противоположности дополняют друг друга, наполняют эмоциональную жизнь оттенками. Когда же противоположные тенденции (чувства, намерения) начинают вести баталии внутри человека, он испытывает чувство вины, беспомощности, делается пассивным, подавленным, неспособным к принятию решения. Так, например, может выглядеть конфликт между желанием и чувством долга: молодой человек хочет жить отдельно от родителей, но не решается сказать им об этом. Внутренний голос долга как бы говорит: "Ты должен оставаться дома, ты знаешь, как

родители в тебе нуждаются". Но тут же внутренний голос желания отвечает: "Но я хочу быть самостоятельным" и т. д. Подобный внутренний диалог может продолжаться до бесконечности, решение не принимается, ситуация представляется безвыходной.

Цель гештальт-терапии заключается в том, чтобы помочь клиенту осознать имеющийся конфликт или тенденцию и восстановить утраченную целостность, завершенность.

Гештальт-терапия может быть индивидуальной или групповой. Чаще всего используются методы, заимствованные из психодрамы (жизненные ситуации, имеющие личностный смысл для участников, моделируются театрализованными методами, в качестве "актеров" выступают сами клиенты). Конфликт выводится во внешний план и тем самым берется под контроль сознания; ситуация незавершенности может быть отыграна в символическом плане.

Показаниями для терапии являются болезни зависимости, пограничные расстройства, противопоказаниями - острые психозы, шизофрения, эпилепсия и умственная отсталость. Гештальт-терапия также применяется у психически здоровых лиц при решении задач психологической адаптации и социальной успешности.

Арттерапия.

Термин "арттерапия" ("art" - искусство, "arttherapy" - терапия искусством) особенно распространен в странах английского языка и означает чаще всего лечение пластическим изобразительным творчеством с целью выражения своего психоэмоционального состояния. Впервые этот термин был употреблен Хиллом в 1938 г. при описании своих занятий с туберкулезными больными в санаториях.

Показания к арттерапии достаточно обширны, тем более что ее применение может "дозироваться" от относительно "поверхностной занятости" до углубленного анализа скрытых индивидуальных переживаний. Многоплановое воздействие искусства и творчества позволяет применять его к пациентам разного возраста в самых широких диагностических пределах. При рассмотрении показаний к арттерапии помимо клинической картины, интенсивности переживаний и состояния эмоциональной сферы пациента необходимо учитывать и его отношение и интерес к изобразительному творчеству в преморбиде и во время болезни, подготовленность, интеллект и многие другие факторы. Арттерапию можно применять на разных уровнях в зависимости от степени вовлеченности пациента и роли, которую это лечение выполняет: ее используют как основной и единственный метод лечения, хотя чаще она выполняет синергические функции. Арттерапию можно использовать как седативное средство при психомоторном возбуждении и агрессивных тенденциях; она может выполнять функции отвлечения и

занятости, способна при социальной дезадаптации облегчить контакт и помогать выявлять скрытые переживания. Она может также выполнять активизирующие и адаптивные функции, оказывать и расслабляющее действие: расслабление наступает после творческой активности при высвобождении энергии снявшегося напряжения.

Противопоказания к арттерапии - состояния, не позволяющие больному определенное время усидеть за рабочим столом, или когда больной мешает другим. Самыми трудными для психотерапевта являются больные с выраженным психомоторным или маниакальным возбуждением, не позволяющим им сосредоточить внимание на объекте действия. Также противопоказанием являются расстройства сознания и тяжелые депрессивные расстройства с уходом в себя.

В странах СНГ одной из наиболее популярных моделей психотерапии остается **нейролингвистическое программирование (НЛП)**. Специфическая черта этого подхода заключается прежде всего в его притязаниях на высокую эффективность - книги по НЛП переполнены восторженными описаниями необычайной легкости, быстроты и блеска, с которыми терапевты упомянутой школы справляются с любыми, даже самыми трудными и сложными, проблемами. Еще более многообещающими выглядят рекламные объявления обучающих семинаров и тренингов. Адепты НЛП подчеркивают новизну и междисциплинарный характер своих техник, их исключительные возможности, всеобъемлющее совершенство.

Набор разнообразных приемов коммуникации и элементов поведения, используемых не только в психотерапии, но и в педагогике, менеджменте, психологии творчества и объединенных под названием НЛП, был разработан американскими исследователями Р.Бендлером и Д.Гриндером в 1975 г. Согласно "Психотерапевтической энциклопедии", эта модель является "междисциплинарной интегративной концепцией необихевиористской ориентации".

Основатели НЛП как специалисты в области математического моделирования и коммуникационных процессов почти конкретно восприняли популярную в те годы метафору человеческой психики как "биокомпьютера", имеющего свой специфический "язык", на котором составляются определенные "программы". С их точки зрения, эти "программы" всегда носят адаптивную направленность и формируются за счет: 1) уникального генетического набора; 2) закрепления внушений значимых лиц; 3) самопрограммирования и 4) стрессовых состояний различной степени интенсивности, сопровождающихся трансом, т. е. специфической диссоциацией психики.

Большая часть таких "программ" человеком не осознается и находит свое отражение лишь в глубинных речевых структурах. Поэтому основное внимание НЛП

уделяет не столько содержанию человеческого опыта, сколько его форме, а также тем процессам, с помощью которых этот опыт оформляется в том или ином структурированном виде.

НЛП представляет собой систему психологических манипуляций на основании изучения лингвистической мета-модели человека, суть которой заключена в признании шаблонности для каждой группы людей или одного человека лингвистической системы познания мира и самого себя, выражения чувств и решения проблем. Для этого в НЛП существует понятие модальности – наиболее типичном и характерном для индивида способе восприятия и отражения окружающей реальности. Выделяют три разновидности модальности: визуальная, аудиальная, кинестетическая. После выявления доминирующей модальности человека предполагается коррекция его поведения, которая может самим человеком осознаваться или не осознаваться. В первом случае можно говорить об управлении индивидом, во втором – о манипулировании им с помощью вербальных и невербальных методов. Целью программирования является выработка определенной стратегии поведения, желательной для человека или окружения.

В рамках НЛП используется несколько техник («якорение», «взмах», «взрыв», «метафора»). Основной техникой считается рефрейминг – переформирование личности, придание ей новой заданной формы. В основе рефрейминга лежат следующие базовые положения НЛП:

- любой симптом, любая эмоциональная или поведенческая реакция человека носят защитный характер и поэтому полезны; вредными они считаются только в тех случаях, когда используются в несоответствующем контексте;
- у каждого человека существует своя субъективная модель мира, которую можно изменить;
- каждый человек обладает скрытыми ресурсами, которые позволяют изменить и субъективное восприятие, и субъективный опыт, и субъективную модель мира.

Рефрейминг осуществляется чаще всего поэтапно. На первом этапе определяется симптом; на втором пациенту предлагается произвести своеобразное расщепление себя на части (здоровую и патологическую, представленную симптомом) и вступить в контакт с частью, отвечающей за формирование и проявление симптома, и осмыслить механизм его возникновения; на третьем – производится отделение симптома от первоначального мотива (намерение); на четвертом – обнаружение новой части, способной удовлетворить это намерение иными путями с «постановкой якоря» (ассоциативной связи между событиями или мыслями); на пятом и шестом – формирование согласия всего Я на новую связь.

Техники НЛП в лечебных целях могут использоваться при невротических расстройствах, расстройствах личности, психосоматических расстройствах, зависимости от психоактивных веществ с установкой на изменение жизненной позиции. Противопоказанием являются психические расстройства психотического уровня, особенно с симптомами нарушенного сознания.

Психотерапевтическая помощь людям, находящимся в кризисном состоянии, называется **кризисной психотерапией**. Кризис понимается как состояние человека, возникающее при блокировании его целенаправленной жизнедеятельности внешними, по отношению к его личности, причинами (фрустрацией), либо внутренними причинами, обусловленными ростом, развитием личности и ее переходом к другому жизненному циклу, этапу развития. Психотерапевтическая помощь показана людям не просто в кризисном состоянии, а в ситуации «патологического кризиса». К таким состояниям относятся кризисные состояния, которые сопровождаются патологической или непатологической ситуативной реакцией, психогенной, в том числе невротической, реакцией, невротической депрессией, психопатической или патохарактерологической реакцией. Наиболее значимым фактором «патологических» кризисных состояний являются суицидальные тенденции (суицидальные мысли и суицидальное поведение).

Принципы и задачи кризисной психотерапии:

1. Ургентный характер помощи, связанный, во-первых, с наличием жизненно важной для пациента проблемы, требующей неотложного активного врачебного вмешательства в ситуацию, во-вторых – с выраженной потребностью пациента в эмпатической поддержке и на первых порах – в руководстве его поведением;
2. Нацеленность на выявление и коррекцию неадаптивных когнитивных феноменов, приводящих к развитию суицидальных переживаний и способствующих рецидивам суицидоопасного поведения;
3. Поиск и тренинг неопробованных пациентом способов разрешения актуального межличностного конфликта, которые повышают уровень социально-психологической адаптации, обеспечивают личностный рост, повышение фрустрационной толерантности

По своему характеру кризисная психотерапия близка к когнитивно-поведенческой и включает три этапа: кризисная поддержка, кризисное вмешательство и повышение уровня адаптации, необходимого для разрешения конфликтной ситуации.

Схема индивидуальной психотерапевтической программы кризисной психотерапии

Этап кризисной поддержки:

1. Установление терапевтического контакта;
2. Раскрытие суицидоопасных переживаний;
3. Мобилизация адаптивных вариантов копинг-поведения и личностной защиты;
4. Заключение терапевтического контракта.

Этап кризисного вмешательства:

1. Когнитивный анализ неопробованных способов решения кризисной проблемы;
2. Выявление неадаптивных когнитивных механизмов, блокирующих оптимальные способы разрешения кризисной ситуации;
3. Коррекция неадаптивных когнитивных механизмов.

Этап повышения уровня адаптации:

1. Поведенческий тренинг неопробованных способов разрешения кризисной ситуации;
2. Выработка навыков самоанализа и самонаблюдения за неадаптивными когнитивными механизмами, а также их преодоления;
3. Введение новых значимых других для поддержки и помощи после окончания кризисной терапии.

Формы кризисной психотерапии: индивидуальная, семейная и групповая, проводимая в отделениях кризисных состояний; кроме последних оказание помощи пациентам, находящимся в кризисном состоянии, может быть оказана по телефону доверия (телефонное консультирование) или в кабинетах социально-психологической помощи.

Терминальная психотерапия – психотерапия пациентов, умирающих от неизлечимой болезни или от старости. В качестве неизлечимых заболеваний сегодня выступают прежде всего рак и СПИД, которые воспринимаются многими людьми как процессы, неминуемо ведущие через увядание и боль к смерти.

Основная мишень терминальной психотерапии – страх пациента перед стремительным и неотвратимым завершением жизни.

В контексте терминальной психотерапии одновременно применимы следующие меры:

1. выработка положительного переноса в рамках стабильных отношений с врачом;
2. обеспечение постоянной доступности врача в случае необходимости;
3. использование возможностей для вербализации ипохондрических представлений, чувств и фрустрационной агрессии больного;

4. психологическая поддержка в качестве дополнительного фактора программы соматической терапии;

5. усилия в направлении «третьей реальности», то есть иррациональности, религии.

Психологические особенности оказания медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях.

К чрезвычайным ситуациям (ЧС) относятся события, которые выходят за рамки обычного житейского опыта индивида или коллективного опыта окружающей его микросоциальной среды, и с психологической точки зрения могут вызвать стресс у каждого, вне зависимости от прежнего опыта или социального положения. ЧС как с социальной, так и с биологической точек зрения представляет собой нарушение стабильности и целостности системы, включающей индивида (биологического объекта), макро- и микросоциальную среду.

К ЧС относят:

- природные катастрофы (землетрясения, наводнения, смерчи, сход лавин, ураганы и т.д.);
- катастрофы, связанные с производственной деятельностью человека (антропогенные ЧС);
- ситуации, возникающие в связи со сменой социально-политического устройства общества.

Оказание психологической помощи населению при ЧС предполагает проведение подготовительных мероприятий, которые в итоге должны свести к минимуму число жертв и материальный ущерб от ЧС. Необходимые мероприятия проводятся на государственном, региональном и локальном уровнях.

С момента возникновения ЧС и до появления возможности оказания необходимой высококвалифицированной специализированной помощи проходит определенное время. Условно, по объему оказываемой помощи, выделяют три фазы:

1. Фаза изоляции. В зависимости от вида ЧС она может длиться от нескольких минут до нескольких часов. В этот период оказание помощи невозможно, поэтому решающее значение приобретают умение оказывать само- и взаимопомощь.

2. Фаза спасения. Длится от нескольких часов до нескольких дней. В это время помощь оказывается врачами службы скорой медицинской помощи и обученным персоналом.

3. Фаза специализированной медицинской помощи. Наступает, когда появляется возможность оказания высококвалифицированной медицинской помощи. Врачи – члены

группы психолого-психиатрической помощи – по прибытии в эпицентр ЧС должны оценивать состояние пострадавших с учетом нескольких параметров:

- психическое состояние индивида;
- общее состояние организма;
- объем помощи, который был оказан пострадавшему во время фазы изоляции и фазы спасения.

При ЧС медицинская служба эпицентра катастрофы по мере возможности должна быть представлена профессионалами-медиками, не пережившими ЧС. На первом этапе медицинские работники, пережившие ЧС, могут выступать лишь в качестве лиц, обладающих информацией о местной медицинской инфраструктуре. К медицинским работникам, пережившим ЧС, следует относиться как к пострадавшим, что подразумевает оказание им необходимой медико-психологической помощи. Их вовлечение в профессиональную деятельность должно быть постепенным. На первых порах им следует поручать конкретные, односложные задачи, которые не связаны с принятием ответственных самостоятельных решений.

Руководитель штаба оказания медицинской помощи должен быть знаком с функциями, выполняемыми психолого-психиатрической службой, а ее представители, в свою очередь, должны информировать руководство штаба о том, какие признаки (жалобы) обнаруживаются у пострадавших и у лиц, оказывающим им помощь. Представитель психолого-психиатрической службы должен принимать участие во встречах руководителей спасательных организаций и местных лидеров с пострадавшим населением и их родственниками с целью выявления лиц, которые в силу имеющихся у них временных расстройств сеют панику, распространяют тревожные, иногда не соответствующие действительности, слухи.

В очаге ЧС в первую очередь оказывается медицинская помощь лицам с физическими (химическими, радиационными и др.) видами поражения. Этим лицам психолого-психиатрическая поддержка оказывается крайне редко и лишь в случаях выраженного психомоторного возбуждения. Редко психолого-психиатрическая помощь оказывается и лицам с физическими травмами, потерявшим родственника и/или понесшим большой материальный ущерб. Как правило, эти люди получают помощь на более поздних этапах, когда угроза соматического нездоровья исчезает.

В эпицентре ЧС психолого-психиатрическая помощь наиболее часто оказывается лицам, не получившим (или имеющим незначительные) физические повреждения, не потерявшим близких родственников и не понесшим большой материальный ущерб, но травмированных самим фактом катастрофы.

Люди со стрессовыми расстройствами крайне редко самостоятельно обращаются за психолого-психиатрической помощью. Поэтому врачи-психиатры (психологи, психотерапевты) должны осуществлять амбулаторный прием (лучше в месте, где пострадавшим оказывают материальную помощь или в районной (городской) поликлинике общесоматического профиля), выезжать на дом (после предварительного уведомления и согласия пострадавших на беседу). Если позволяют обстоятельства, необходимо участие членов психолого-психиатрической бригады в общем осмотре пострадавших. Такая необходимость обусловлена тем, что в ряде случаев последствия стрессового воздействия проявляются главным образом в соматической сфере (повышение давления, тахикардия, вегетативные проявления и т.д.).

К настоящему времени сформировалось новое научное направление, обозначаемое как психиатрия чрезвычайных ситуаций. Знание особенностей возникновения, клинических проявлений, течения психических расстройств в условиях чрезвычайных ситуаций (они рассматриваются в частной психиатрии в разделе «Невротические и связанные со стрессом психические расстройства») способствуют оптимизации психологической и психиатрической помощи пострадавшим.

Представленные в данной главе общие принципы психопрофилактики и реабилитации и роль в их осуществлении методов психотерапии оказали в последние десятилетия существенное влияние на разработку и внедрение прежде всего реабилитационных и в меньшей степени психопрофилактических программ практически во всех областях медицины. Цели, задачи и конкретное содержание этих программ определяются особенностями клинических проявлений болезни, ее течением, прогнозом, соотношением биологических, психологических и социальных механизмов в возникновении и развитии патологических расстройств. Психотерапия вместе с социотерапией, фармакотерапией, трудовой терапией и др. составляют единый комплекс психосоциальных методов, сочетанное применение которых на клинически дифференцированной основе является решающей предпосылкой достижения эффективного социального и трудового восстановления пациентов, оптимизации их личностного развития.

С целью оценки успешности усвоения вышеизложенного материала предлагается решить следующие задания:

Задание №69. Больной П., 36 лет. Страдает обсессивно-компульсивным расстройством с преобладанием агорафобии. В комплексной терапии наряду с медикаментозной в данном случае целесообразно использовать:

- А) Психодинамическую психотерапию
- В) Когнитивную психотерапию
- С) Поведенческую психотерапию
- Д) Гипносуггестию
- Е) Гештальт-терапию

Задание №70. Больная И., 52 года. По характеру тревожная, властная, демонстративная. Страдает соматизированным расстройством. Настойчиво требует «назначить гипноз». В данном случае больной показана:

- А) Психодинамическая психотерапия
- В) Когнитивная психотерапия
- С) Поведенческая психотерапия
- Д) Гипносуггестия
- Е) Гештальт-терапия

Задание №71. Больной А., 27 лет, дизайнер. Страдает неврастенией. Обладает высоким интеллектом, ищет причины развившегося состояния («помогите разобраться в себе, сколько бы времени это ни заняло»). В комплексной терапии наряду с медикаментозной в данном случае целесообразно использовать:

- А) Психодинамическую психотерапию
- В) Когнитивную психотерапию
- С) Поведенческую психотерапию
- Д) Гипносуггестию
- Е) Гештальт-терапию

Задание №72. Больная Р., 37 лет. Страдает бронхиальной астмой. Связывает учащение и утяжеление приступов с состояниями психоэмоционального напряжения. Обратилась за помощью к психотерапевту, чтобы он «научил расслабляться, а то я постоянно как натянутая струна». В терапии наряду с медикаментозным лечением бронхиальной астмы в данном случае целесообразно использовать:

- А) Психодинамическую психотерапию
- В) Когнитивную психотерапию

- C) Поведенческую психотерапию
- D) Гипносуггестию
- E) Ауторелаксацию

Задание №73. Больная Т., 38 лет. После конфликтной ситуации на работе и в семье, в результате которой больная оказалась в полной социальной изоляции, развилось депрессивное состояние. Получает лечение антидепрессантами по поводу умеренного депрессивного эпизода. В комплексной терапии наряду с медикаментозной в данном случае целесообразно использовать:

- A) Психодинамическую психотерапию
- B) Когнитивную психотерапию
- C) Поведенческую психотерапию
- D) Гипносуггестию
- E) Клиент-центрированную психотерапию

Если Вы сомневаетесь в правильности решения или Вас что-то беспокоит, ещё раз прочитайте данный раздел информации и снова попробуйте решить задания. Только правильное их решение говорит о том, что информация Вами усвоена, и Вы можете переходить к изучению следующего материала.

Методики исследования внимания

Показания для проведения исследования: выявление нарушений концентрации и устойчивости внимания при экзогенных органических заболеваниях головного мозга, выраженных соматогенных астенических состояниях, невротических расстройствах.

1. **Корректурная проба.** Используется для выявления устойчивости внимания, его концентрации, умственной работоспособности и истощаемости. Исследование проводят при помощи специальных бланков с рядами букв, расположенных в случайном порядке. Инструкция предусматривает зачеркивание одной (двух) буквы и подчеркивание другой. Регистрируется время, затраченное испытуемым на выполнение всего задания, учитывается количество ошибок и темп выполнения задания, обращается внимание на распределение ошибок в течение опыта, характер ошибок (пропуски букв или строчек; зачеркивание других, расположенных рядом или внешне похожих букв).

2. **Таблицы Шульте** применяются с теми же целями, что и корректурная проба. Испытуемому предъявляется таблица с цифрами от 1 до 25, помещенными в клетки и расположенными в случайном порядке. Он должен показать и назвать в заданной последовательности (с начала или с конца) все цифры. Предлагают подряд четыре - пять таблиц с различным расположением цифр. Экспериментатор регистрирует время, затраченное на выполнение задания по каждой таблице, оценивает динамику показателей в процессе исследования.

3. **Счет по Крепелину.** Методика заключается в непрерывном сложении испытуемым в уме ряда однозначных чисел, записанных в виде столбца. Анализ результата подсчета регистрируется в виде кривой, на которой отмечены скорость работы и количество ошибок. Работоспособность оценивается по пятибалльной системе. Методика позволяет оценивать внимание, а также выявлять общую работоспособность и утомляемость.

Методики исследования памяти

Показания для проведения исследования: жалобы пациента на снижение памяти, клинически негрубо выраженные нарушения памяти. Расстройства памяти характерны, так же как и расстройства внимания, для экзогенных органических заболеваний головного мозга, причем могут быть более грубыми, но преходящими, в остром и подостром периодах и стойкими — на фоне резидуально-органических явлений. При выраженных астенических состояниях соматической и психогенной природы нарушается способность к запоминанию вследствие утомляемости и нарушения внимания. При олигофрении

отмечается равномерная недостаточность всех процессов памяти, но особенно нарушена ассоциативная память.

1. Тест зрительной памяти. Используется серия рисунков, на которых изображены отдельные предметы (обычно двенадцать) или таблица с изображением двенадцати предметов. Рисунки показывают с интервалом в 2 секунды несколько раз. После каждого показа проверяют, сколько предметов осталось в памяти.

2. Тест слуховой памяти. Исследование на запоминание повторно предъявляемого набора из 10 простых слов, произносимых с интервалом в 2 секунды. Испытуемый должен всякий раз повторить эти слова.

Через определенный промежуток времени (1—2 часа) испытуемого просят воспроизвести все предметы или слова, которые он запомнил. Методики позволяют оценивать непосредственную и долговременную память. Показателями нормы являются запоминание 10—12 предметов и 7—10 слов непосредственно после 3—4 кратного повторения и воспроизведение не менее 7 слов через час.

3. Метод пиктограмм. Данная методика предложена для исследования опосредованного запоминания, однако она имеет ценность и для оценки процессов мышления (особенности ассоциаций: конкретные, отвлеченные, символические и т.д.), установок личности (вариант проекции), эмоционального состояния и модуса поведения. Испытуемому предлагается на слух 10—15 слов или словосочетаний, представляющих собой определенные понятия конкретного и абстрактного содержания, в соответствии с которыми он должен сделать рисунки, чтобы впоследствии по ним воспроизвести заданные словосочетания.

Методики исследования мышления

Показания для проведения исследования: выявление характерных для определенной психической патологии расстройств мышления.

1. Методика «Четвертый лишний». Испытуемому поочередно предъявляют карточки, на которых изображены 4 предмета. Три из них имеют видовую, родовую или функциональную общность. Просят назвать предмет, который здесь «лишний», не подходит к остальным.

2. Классификация понятий. Данный метод часто используется для исследования процессов обобщения, абстрагирования, последовательности мышления, критичности, образования понятий и др.

Для проведения исследования необходимо иметь набор из нескольких десятков карточек с изображениями объектов живой и неживой природы. На первом этапе испытуемого просят разложить эти карточки по группам — что к чему подходит. Потом предлагают дать название каждой группе. Правильное выделение этих групп свидетельствует о сохранности у испытуемого процессов обобщения и сравнения. На втором этапе необходимо образовать более крупные группы из растений, животных и предметов неживой природы. Этот этап отражает способность к более высокой степени обобщения.

3. Методики исследования интеллекта

Показания для проведения исследования: необходимость определения степени интеллектуальной недостаточности, которая чаще всего возникает в педиатрической практике при решении вопросов обучения ребенка с умственным недоразвитием или педагогической запущенностью. У взрослых вопрос о состоянии интеллекта чаще ставится при проведении различных видов экспертиз (трудовой, военной, судебной).

Оценка производится в баллах по отдельным субтестам, уровню вербального, невербального и общего интеллекта (IQ).

Значение коэффициента интеллектуальности (IQ):

90—109 — средние показатели;

больше 109 — выше среднего;

80—89 — ниже среднего;

70—79 — пограничная интеллектуальная недостаточность;

69 и ниже — зона слабоумия.

Для количественной оценки интеллекта чаще всего используются методики: тест Векслера, тест Амтхауэра, прогрессивные матрицы Равена.

4. Понимание переносного значения пословиц и метафор. Испытуемого просят объяснить, что означает та или иная пословица или метафора. Например, пословицы: «Не в свои сани не садись»; «Шила в мешке не утаишь»; «Не плюй в колодец, пригодится воды напиться»; «Цыплят по осени считают»; «Семь раз отмерь, один раз отрежь»; «Не все золото, что блестит» и др. Метафоры: «золотые руки», «ежовые рукавицы», «заячья душа», «каменное сердце», «железный характер» и др. У лиц с низким интеллектом, отсутствием или недостаточностью абстрактно-логического мышления часто выявляются буквальное понимание, перенос на себя или невозможность толкования пословиц и метафор. При выраженных изменениях мышления, характерных для шизофрении, отмечается отвлеченное рассуждательство (резонерство), парадоксальное толкование.

Методики исследования эмоционального состояния

Эмоциональные нарушения могут изучаться при помощи вербальных методик, большое количество которых предложено разными авторами (определение уровня тревожности — шкалы Спилбергера, Тейлор, Шихана; выявление и оценка выраженности депрессии — шкалы Гамильтона, Бека, Зунга и др.). Все они, как правило, представляют собой опросники, при помощи которых испытуемый оценивает собственное эмоциональное состояние. Необходимо сравнивать результаты, полученные при использовании шкал тревоги и депрессии, с клиническими показателями. Наибольшее применение опросники находят в динамическом наблюдении за больным и оценке эффективности лечения.

Практическое исследование акцентуаций личности и типа отношения к болезни.

ОРИЕНТИРОВОЧНАЯ ОСНОВА ДЕЙСТВИЙ
АЛГОРИТМ РАБОТЫ С ОПРОСНИКОМ
ЛЕОНГАРДА-ШМИШЕКА



К.Леонгардом выделены 10 типов акцентуированных личностей, для диагностики типа акцентуации вам предлагается тест-опросник Леонгарда-Шмишека. Ниже приводится текст опросника.

1. Инструкция.

"Вам предлагается ответить на 88 вопросов, касающихся различных сторон Вашей личности. Рядом с номером вопроса поставьте знак "+" (да), если согласны, или "-" (нет), если не согласны. Отвечайте быстро, не задумываясь".

2. Текст опросника.

1. Является ли ваше настроение в общем веселым и беззаботным?
2. Восприимчивы ли вы к обидам?
3. Случалось ли вам иногда быстро заплакать?
4. Всегда ли вы считаете себя правым в том деле, которое делаете, и вы не успокоитесь, пока не убедитесь в этом?
5. Считаете ли вы себя более смелым, чем в детском возрасте?
6. Может ли ваше настроение меняться от глубокой радости до глубокой печали?
7. Находитесь ли вы в компании в центре внимания?
8. Бывают ли у вас дни, когда вы без достаточных оснований находитесь в угрюмом и раздражительном настроении и ни с кем не хотите разговаривать?
9. Серьезный ли вы человек?
10. Можете ли вы сильно воодушевиться?
11. Предприимчивы ли вы?
12. Быстро ли вы забываете, если вас кто-нибудь обидит?
13. Мягкосердечный ли вы человек?
14. Пытаетесь ли вы проверить после того, как опустили письмо в почтовый ящик, не осталось ли оно висеть в прорези?
15. Всегда ли вы стараетесь быть добросовестным в работе?
16. Испытывали ли вы в детстве страх перед грозой или собаками?
17. Считаете ли вы других людей недостаточно требовательными друг к другу?
18. Сильно ли зависит ваше настроение от жизненных событий и переживаний?
19. Всегда ли вы прямодушны со своими знакомыми?
20. Часто ли ваше настроение бывает подавленным?
21. Был ли у вас раньше истерический припадок или истощение нервной системы?
22. Склонны ли вы к состояниям сильного внутреннего беспокойства или страстного стремления?
23. Трудно ли вам длительное время просидеть на стуле?
24. Боретесь ли вы за свои интересы, если кто-то поступает с вами несправедливо?
25. Смогли бы вы убить человека?

26. Сильно ли вам мешает косо висящая гардина или неровно насланная скатерть, настолько, что вам хочется немедленно устранить эти недостатки?
27. Испытывали ли вы в детстве страх, когда оставались одни в квартире?
28. Часто ли у вас без причины меняется настроение?
29. Всегда ли вы старательно относитесь к своей деятельности?
30. Быстро ли вы можете разгневаться?
31. Можете ли вы быть бесшабашно веселым?
32. Можете ли вы иногда целиком проникнуться чувством радости?
33. Подходите ли вы для проведения увеселительных мероприятий?
34. Высказываете ли вы обычно людям свое откровенное мнение по тому или иному вопросу?
35. Влияет ли на вас вид крови?
36. Охотно ли вы занимаетесь деятельностью, связанной с большой ответственностью?
37. Склонны ли вы вступить за человека, с которым поступили несправедливо?
38. Трудно ли вам входить в темный подвал?
39. Выполняете ли вы кропотливую черную работу так же медленно и тщательно, как и любимое вами дело?
40. Являетесь ли вы общительным человеком?
41. Охотно ли вы декламировали в школе стихи?
42. Убегали ли вы ребенком из дома?
43. Тяжело ли вы воспринимаете жизнь?
44. Бывали ли у вас конфликты и неприятности, которые так изматывали вам нервы, что вы не выходили на работу?
45. Можно ли сказать, что вы при неудачах не теряете чувство юмора?
46. Сделаете ли вы первым шаг к примирению, если вас кто-то оскорбит?
47. Любите ли вы животных?
48. Уйдете ли вы с работы или из дома, если у вас там что-то не в порядке?
49. Мучают ли вас неопределенные мысли, что с вами или с вашими родственниками случится какое-нибудь несчастье?
50. Считаете ли вы, что настроение зависит от погоды?
51. Затруднит ли вас выступить на сцене перед большим количеством зрителей?
52. Можете ли вы выйти из себя и дать волю рукам, если вас кто-то умышленно грубо рассердит?
53. Много ли вы общаетесь?
54. Если вы будете чем-либо разочарованы, то придете в отчаяние?

55. Нравится ли вам работа организаторского характера?
56. Упорно ли вы стремитесь к своей цели, даже если на пути встречается много препятствий?
57. Может ли вас так захватить кинофильм, что слезы выступят на глазах?
58. Трудно ли вам будет заснуть, если вы целый день размышляли над своим будущим или какой-нибудь проблемой?
59. Приходилось ли вам в школьные годы пользоваться подсказками или списывать у товарищей домашнее задание?
60. Трудно ли вам пойти ночью на кладбище?
61. Следите ли вы с большим вниманием, чтобы каждая вещь в доме лежала на своем месте?
62. Приходилось ли вам лечь спать в хорошем настроении, а проснуться в удрученном и несколько часов оставаться в нем?
63. Можете ли вы с легкостью приспособиться к новой ситуации?
64. Есть ли у вас предрасположение к головной боли?
65. Часто ли вы смеетесь?
66. Можете ли вы быть приветливыми с людьми, не открывая своего истинного отношения к ним?
67. Можно ли вас назвать оживленным и бойким человеком?
68. Сильно ли вы страдаете от несправедливости?
69. Можно ли вас назвать страстным любителем природы?
70. Есть ли у вас привычка проверять перед сном или перед тем, как уйти, выключен ли газ и свет, закрыта ли дверь?
71. Пугливы ли вы?
72. Бывает ли, что вы чувствуете себя на "седьмом небе", хотя объективных причин для этого нет?
73. Охотно ли вы участвовали в юности в кружках художественной самодеятельности, в театральном кружке?
74. Тянет ли вас иногда смотреть в даль?
75. Смотрите ли вы на будущее пессимистически?
76. Может ли ваше настроение измениться от высочайшей радости до глубокой тоски за короткий период времени?
77. Легко ли поднимается ваше настроение в дружеской компании?
78. Переносите ли вы злость длительное время?
79. Сильно ли вы переживаете, если горе случилось у другого человека?

80. Была ли у вас в школе привычка переписывать лист в тетради, если вы поставили на него кляксу?
81. Можно ли сказать, что вы больше недоверчивы и осторожны, нежели доверчивы?
82. Часто ли вы видите страшные сны?
83. Возникала ли у вас мысль против воли броситься из окна, под приближающийся поезд?
84. Становитесь ли вы радостным в веселом окружении?
85. Легко ли вы можете отвлечься?
86. Трудно ли вам сдерживать себя, если вы разозлитесь?
87. Предпочитаете ли вы молчать (да), или вы словоохотливы (нет)?
88. Могли бы вы, если пришлось участвовать в театральном представлении, с полным проникновением и перевоплощением войти в роль и забыть о себе?

К л ю ч:

При совпадении ответа на вопрос с ключом, ответу присваивается один балл.

1. Демонстративность/демонстративный тип:

"+" : 7, 19, 22, 29, 41, 44, 63, 66, 73, 85, 88.

"-" : 51.

Сумму ответов умножить на два.

2. Застревание/застревающий тип:

"+" : 2, 15, 24, 34, 37, 56, 68, 78, 81.

"-" : 12, 46, 59.

Сумму ответов умножить на два.

3. Педантичность/педантичный тип:

"+" : 4, 14, 17, 26, 39, 48, 58, 61, 70, 80, 83.

"-" : 36.

Сумму ответов умножить на два.

4. Возбудимость/возбудимый тип:

"+" : 8, 20, 30, 42, 52, 64, 74, 86.

Сумму ответов умножить на три.

5. Гипертимность/гипертимный тип:

"+" : 1, 11, 23, 33, 45, 55, 67, 77.

Сумму ответов умножить на три

6. Дистимность/Дистимический тип:

"+" : 9, 21, 43, 75, 87.

Сумму ответов умножить на три.

7. Тревожность/тревожно-боязливый тип:

"+" : 16, 27, 38, 49, 60, 71, 82.

"-" : 5.

Сумму ответов умножить на три.

8. Экзальтированность/аффективно-экзальтированный тип:

"+" : 10, 32, 54, 76.

Сумму ответов умножить на шесть

9. Эмотивность/эмотивный тип:

"+" : 3, 13, 35, 47, 57, 69, 79.

"-" : 25.

Сумму ответов умножить на три.

10. Циклотимность/циклотимный тип:

"+" : 6, 18, 28, 40, 50, 62, 72, 84.

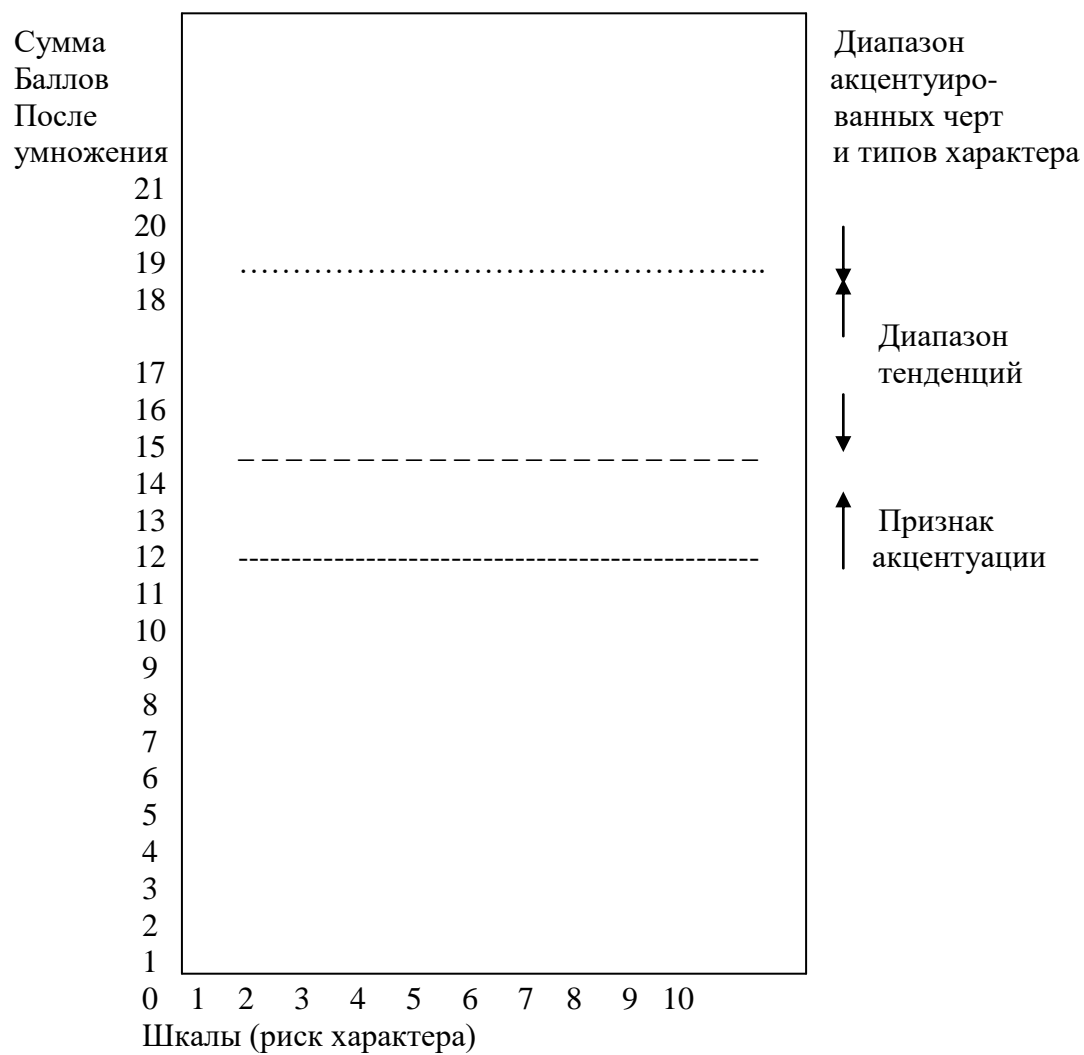
Сумму ответов умножить на три.

Максимальная сумма баллов после умножения - 24. По некоторым источникам, признаком акцентуации считается величина, превосходящая 12 баллов.

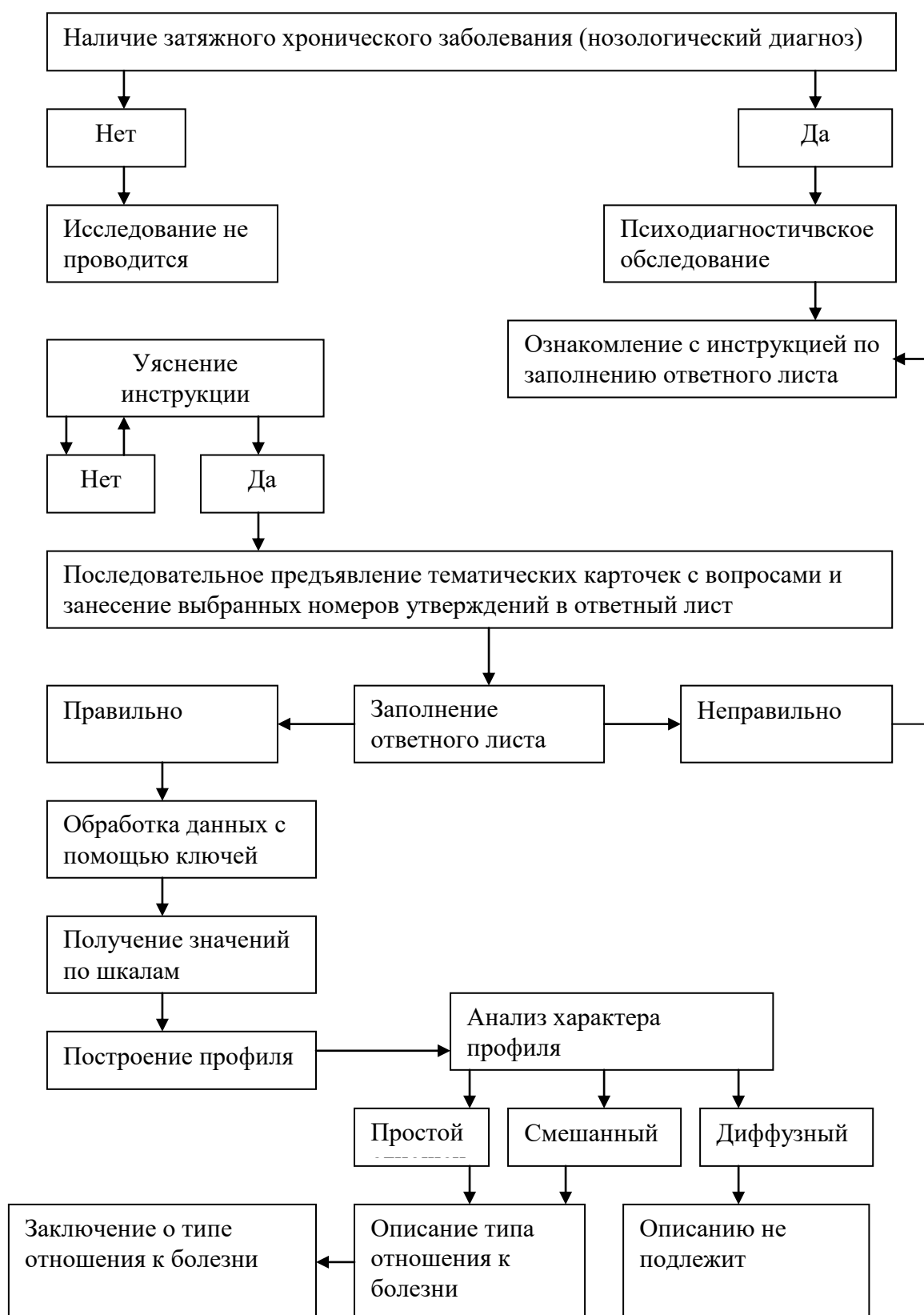
Другие же, на основании практического применения опросника, считают, что сумма баллов в диапазоне от 15 до 19 говорит лишь о тенденции к тому или иному типу акцентуации. И лишь в случае превышения 19 баллов черта характера является акцентуированной.

Полученные данные могут быть представлены в виде "профиля личностной акцентуации".

ПРОФИЛЬ ХАРАКТЕРА (ЛИЧНОСТНОЙ АКЦЕНТУАЦИИ)



ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТИПА ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ.



Подобные инструкции по заполнению ответного листа опросника, его тематические таблицы, ключи для обработки ответных листов и правила интерпретации полученных результатов приводятся ниже.

Правила работы с опросником

"Тип отношения к болезни".

Испытуемому предлагается в каждой таблице - наборе выбрать 2 наиболее подходящих для него утверждения и номера сделанных выборов обвести кружком в регистрационном листе, образец которого приводится ниже. Если больной не может выбрать 2 утверждения по какой-либо теме, то он обязательно должен отметить последнее утверждение в соответствующей таблице-наборе.

Время заполнения регистрационного листа не ограничено.

Исследование можно проводить одновременно с небольшой группой испытуемых при условии, что они не будут совещаться друг с другом. Кроме того, в регистрационный лист заносятся данные о больном в соответствии с практическими и исследовательскими задачами, стоящими перед врачом и клиническим психологом, например: развернутый клинический диагноз и ведущий синдром, длительность заболевания, инвалидность, прогноз заболевания, изменение социального и семейного статуса в связи с заболеванием и др.

Регистрационный лист опросника

"Тип отношения к болезни".

Ф.И.О. _____

Возраст _____ Пол _____

В графе "Номера выбранных ответов" обведите кружком для каждой темы номера тех двух утверждений, которые наиболее для Вас подходят.

Тема утверждений	Номера выбранных ответов
1.Самочувствие	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
2.Настроение	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13
3.Сон и пробуждение	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16

4.Аппетит и отношение к еде	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11
5.Отношение к болезни	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16
6.Отношение к лечению	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16
7.Отношение к врачам и медперсоналу	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14
8.Отношение к родным и близким	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13
9.Отношение к работе (учёбе)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15
10.Отношение к окружающим	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16
11.Отношение к одиночеству	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11
12.Отношение к будущему	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

Текст опросника.

Опросник включает 12 таблиц-наборов, которые содержат от 11 до 17 пронумерованных утверждений.

1. САМОЧУВСТВИЕ.

1. С тех пор как я заболел, у меня всегда плохое самочувствие.
2. Я почти всегда себя чувствую бодрым и полным сил.
3. Дурное самочувствие я стараюсь перебороть.
4. Плохое самочувствие я стараюсь не показывать другим.
5. У меня почти всегда что-нибудь болит.
6. Плохое самочувствие у меня возникает после огорчений.
7. Плохое самочувствие появляется у меня от ожидания неприятностей.
8. Я стараюсь терпеливо переносить боль и физические страдания.
9. Моё самочувствие вполне удовлетворительное.
10. У меня, с тех пор как я заболел, бывает плохое самочувствие с приступами раздражительности и чувством тоски.
11. Моё самочувствие очень зависит от того, как ко мне относятся окружающие.
12. Ни одно из определений мне не подходит.

2. НАСТРОЕНИЕ.

1. Как правило, настроение у меня очень хорошее.
2. Из-за болезни я часто бываю нетерпеливым и раздражительным.
3. У меня настроение портится от ожидания возможных неприятностей, беспокойства за близких, неуверенности в будущем.
4. Я не позволю себе из-за болезни предаваться унынию и грусти.
5. Из-за болезни у меня всегда плохое настроение.
6. Моё плохое настроение зависит от плохого самочувствия.
7. У меня стало совершенно безразличное настроение.
8. У меня бывают приступы мрачной раздражительности, во время которых достаётся окружающим.
9. У меня не бывает уныния и грусти , но может быть ожесточённость и гнев.
10. Малейшие неприятности сильно огорчают меня.
11. Из-за болезни у меня всё время тревожное настроение.
12. Моё настроение обычно такое же ,как у окружающих меня людей.
13. Ни одно из определений мне не подходит.

3. СОН И ПРОБУЖДЕНИЕ ОТО СНА.

1. Проснувшись, я сразу заставляю себя встать.
2. Утро для меня - самое тяжёлое время суток.
3. Если меня что-то расстроит, я долго не могу уснуть.
4. Я плохо сплю ночью и чувствую сонливость днём.
5. Я сплю мало, но встаю бодрым. Сны вижу редко.
6. С утра я более активен и мне легче работать, чем вечером.
7. У меня плохой и беспокойный сон и часто бывают мучительно-тоскливые сновидения.
8. Бессонница у меня наступает периодически без особых причин.
9. Я не могу спокойно спать, если утром надо вставать в определённый час.
10. Утром я встаю бодрым и энергичным.
11. Я просыпаюсь с мыслью о том, что сегодня надо будет сделать.
12. По ночам у меня бывают приступы страха.
13. С утра я чувствую полное безразличие ко всему.
14. Я не могу свободно регулировать свой сон.
15. По ночам меня особенно преследуют мысли о моей болезни.
16. Во сне мне видятся всякие болезни.
17. Ни одно из определений мне не подходит.

4. АППЕТИТ И ОТНОШЕНИЕ К ЕДЕ.

1. Нередко я стесняюсь есть при посторонних людях.
2. У меня хороший аппетит.
3. У меня плохой аппетит.
4. Я люблю сытно поесть.
5. Я ем с удовольствием и не люблю ограничивать себя в еде.
6. Мне легко можно испортить аппетит.
7. Я боюсь испорченной пищи и всегда тщательно проверяю её свежесть и доброкачественность.
8. Еда меня интересует прежде всего как средство поддержания здоровья.
9. Я стараюсь придерживаться диеты, которую сам разработал.
10. Еда не доставляет мне никакого удовольствия.
11. Ни одно из определений мне не подходит.

5. ОТНОШЕНИЕ К БОЛЕЗНИ.

1. Моя болезнь меня пугает.
2. Я так устал от болезни, что мне безразлично, что со мной будет.
3. Стараюсь не думать о своей болезни и жить беззаботной жизнью.
4. Моя болезнь больше всего угнетает меня тем, что люди стали сторониться меня.
5. Без конца думаю о всех возможных осложнениях, связанных с болезнью.
6. Я думаю, что моя болезнь неизлечима и ничего хорошего меня не ждёт.
7. Считаю, что моя болезнь запущена из-за невнимания и неумения врачей.
8. Считаю, что опасность моей болезни врачи преувеличивают.
9. Стараюсь перебороть болезнь, работать как прежде и даже ещё больше.
10. Я чувствую, что моя болезнь гораздо тяжелее, чем это могут определить врачи.
11. Я здоров и болезни меня не беспокоят.
12. Моя болезнь протекает совершенно необычно - не так как у других, и поэтому требует особого внимания.
13. Моя болезнь меня раздражает, делает нетерпеливым, вспыльчивым.
14. Я знаю, по чьей вине я заболел и не прощу этого никогда.
15. Я всеми силами стараюсь не поддаваться болезни.
16. Ни одно из определений мне не подходит.

6. ОТНОШЕНИЕ К ЛЕЧЕНИЮ.

1. Избегаю всякого лечения, надеюсь, что организм сам переборет болезнь, если о ней поменьше думать.
2. Меня пугает трудности и опасности, связанные с предстоящим лечением.
3. Я был бы готов на самое мучительное и даже опасное лечение, только бы избавиться от болезни.
4. Я не верю в успех лечения и считаю его напрасным.
5. Я ищу новые способы лечения, но к сожалению, во всех них постоянно разочаровываюсь.
6. Считаю, что мне назначают много ненужных лекарств, процедур, меня уговаривают на никчемную операцию.
7. Всякие новые лекарства, процедуры и операции вызывают у меня бесконечные мысли об осложнениях с ними связанными.
8. От лечения мне становится хуже.
9. Лекарства и процедуры нередко оказывают на меня такое необычное действие, что это изумляет врачей.
10. Считаю, что среди применяющихся способов лечения есть настолько вредные, что их следовало бы запретить.
11. Считаю, что меня лечат неправильно.
12. Я ни в каком лечении не нуждаюсь.
13. Мне надоело бесконечное лечение, хочу, чтобы меня только оставили в покое.
14. Я избегаю говорить о лечении с другими людьми.
15. Меня раздражает и озлобляет, когда лечение не даёт улучшения.
16. Ни одно из определений мне не подходит.

7. ОТНОШЕНИЕ К ВРАЧАМ И МЕДПЕРСОНАЛУ.

1. Главным во всяком медицинском работнике я считаю внимание к больному.
2. Я хотел бы лечиться у такого врача, у которого большая известность.
3. Считаю, что заболел я больше всего по вине врачей.
4. Мне кажется, что врачи мало что понимают в моей болезни и только делают вид, что лечат.
5. Мне всё равно, кто и как меня лечит.
6. Я часто беспокоюсь о том, что не сказал врачу что-либо важное, что может повлиять на успех лечения.
7. Врачи и медперсонал нередко вызывают у меня неприязнь.
8. Я обращаюсь то к одному, то к другому врачу, так как не уверен в успехе лечения.

9. С большим уважением отношусь к медицинской профессии.
10. Я не раз убеждался, что врачи и персонал невнимательно и недобросовестно исполняют свои обязанности.
11. Я бываю нетерпеливым и раздражительным с врачами и персоналом и потом сожалею об этом.
12. Я здоров и в помощи не нуждаюсь.
13. Считаю, что врачи и персонал на меня попусту тратят время.
14. Ни одно из определений мне не подходит.

8. ОТНОШЕНИЕ К РОДНЫМ И БЛИЗКИМ.

1. Я настолько поглощен мыслями о моей болезни, что дела близких меня перестали волновать.
2. Я стараюсь родным и близким не показывать вида, что болен, чтобы не омрачать им настроения.
3. Близкие напрасно хотят сделать из меня тяжело больного.
4. Меня одолевают мысли, что из-за моей болезни моих близких ждут трудности и невзгоды.
5. Мои родные не хотят понять тяжесть моей болезни и не сочувствуют моим страданиям.
6. Близкие не считаются с моей болезнью и хотят жить в своё удовольствие.
7. Я стесняюсь своей болезни даже перед близкими.
8. Из-за болезни я утратил всякий интерес к делам и волнениям близких и родных.
9. Из-за болезни я стал в тягость близким.
10. Здоровый вид и беззаботная жизнь близких вызывает у меня неприязнь.
11. Я считаю, что заболел из-за моих родных.
12. Я стараюсь поменьше доставлять тягот и забот моим близким из-за моей болезни.
13. Ни одно из определений мне не подходит.

9. ОТНОШЕНИЕ К РАБОТЕ (УЧЕБЕ).

1. Болезнь делает меня никуда не годным работником (не способным учиться).
2. Я боюсь, что из-за болезни я лишусь хорошей работы (придётся уйти из хорошего учебного заведения).
3. Моя работа (учёба) стала для меня совершенно безразличной.
4. Из-за болезни мне теперь стало не до работы (не до учёбы).

5. Всё время беспокоюсь, что из-за болезни могу допустить оплошность на работе (не справлюсь с учёбой).
6. Считаю, что заболел(а) из-за того, что работа (учёба) причинила вред моему здоровью.
7. На работе (по месту учёбы) совершенно не считаются с моей болезнью и даже придираются ко мне.
8. Не считаю, что болезнь может помешать моей работе (учёбе).
9. Я стараюсь, чтобы на работе (по месту учёбы) поменьше знали и говорили о моей болезни.
10. Я считаю, что несмотря на болезнь, надо продолжать работу (учиться).
11. Болезнь сделала меня на работе (в учёбе) неусидчивым, нетерпеливым.
12. На работе, учебе я стараюсь забыть о своей болезни.
13. Все удивляются и восхищаются тем, как я успешно работаю (учусь), несмотря на болезнь.
14. Моё здоровье не мешает мне работать (учиться) там, где я хочу.
15. Ни одно из определений мне не подходит.

10. ОТНОШЕНИЕ К ОКРУЖАЮЩИМ.

1. Мне теперь всё равно, кто меня окружает и кто около меня.
2. Мне хочется, чтобы окружающие только оставили меня в покое.
3. Когда я заболел, все обо мне забыли.
4. Здоровый вид и жизнерадостность окружающих вызывает у меня раздражение.
5. Я стараюсь, чтобы окружающие не замечали моей болезни.
6. Моё здоровье не мешает мне общаться с окружающими, сколько мне хочется.
7. Мне бы хотелось, чтобы окружающие на себе испытали, как тяжело болеть.
8. Мне кажется, что окружающие сторонятся меня из-за моей болезни.
9. Окружающие не понимают моей болезни и моих страданий.
10. Моя болезнь и то, как я её переносу, удивляет и поражает окружающих.
11. Моё окружение довело меня до болезни, и я этого не прощу.
12. С окружающими я стараюсь не говорить о моей болезни.
13. Среди окружающих я теперь вижу, что много людей страдают от болезней.
14. Общение с людьми мне стало теперь быстро надоедать и даже раздражать меня.
15. Моя болезнь не мешает мне иметь друзей.
16. Ни одно из определений мне не подходит.

11. ОТНОШЕНИЕ К ОДИНОЧЕСТВУ.

1. Предпочитаю одиночество, потому что одному мне становится лучше.
2. Я чувствую, что болезнь обрекает меня на полное одиночество.
3. В одиночестве я стремлюсь найти какую-нибудь интересную или нужную работу.
4. В одиночестве меня особенно начинают преследовать нерадостные мысли о болезни, осложнениях, предстоящих страданиях.
5. Часто, оставшись наедине, я скорее успокаиваюсь: люди стали сильно меня раздражать.
6. Стыжусь болезни, стараюсь отдалиться от людей, а в одиночестве скучаю по людям.
7. Избегаю одиночества, чтобы не думать о своей болезни.
8. Мне стало всё равно, что быть среди людей, что оставаться в одиночестве.
9. Желание побыть одному зависит у меня от обстоятельств и настроения.
10. Я боюсь оставаться в одиночестве из-за опасений, связанных с болезнью.
11. Ни одно из определений мне не подходит.

12. ОТНОШЕНИЕ К БУДУЩЕМУ.

1. Болезнь делает моё будущее печальным и унылым.
2. Моё здоровье пока не даёт никаких оснований беспокоиться за будущее.
3. Я всегда надеюсь на счастливое будущее, даже в самых отчаянных положениях.
4. Не считаю, что болезнь может существенно отразиться на моём будущем.
5. Аккуратным лечением и соблюдением режима я надеюсь добиться улучшения здоровья в будущем.
6. Своё будущее я целиком связываю с успехом в моей работе (учёбе).
7. Мне стало безразлично, что станет со мной в будущем.
8. Из-за моей болезни я в постоянной тревоге за своё будущее.
9. Я уверен, что в будущем вскроются ошибки и халатность тех, из-за кого заболел.
10. Когда я думаю о своём будущем, меня охватывает тоска и раздражение на других людей.
11. Из-за болезни я очень тревожусь за своё будущее.
12. Ни одно из определений мне не подходит.

Диагностический код опросника

"Тип отношения к болезни".

1 Г Р З Т И Н М А С Я П Д 2 Г Р З Т И Н М А С Я П Д

тема

тема

1. 3 5 2 5 3 3 3 1. 4

2. 4	2. 5 3
3. 5 5	3. 4 4
4. 4 3 4	4. 5 5 3
5. + 5	5. + 4 5 3
6. 3	6. 2 4 3 3
7. 4	7. + 5
8. 4 3	8. 5
9. 4	9. + 3 3
10. 4 1 4	10. 2 4
11. 4 4 3	11. + 4
12. 3	12.
	13.

3 ГРЗТИНМАСЯПД 4 ГРЗТИНМАСЯПД

тема	тема
1. 3 5	1. 5
2. 4 2	2. 3 5
3. 3 4 3 2	3. 4 3 4 1 2
4. 3 2	4. 3
5. 3	5. 4
6. 2	6. 3 4 4 3 4
7. 3 2 4 2 3 3	7. 2 5
8.	8. 5 3 1
9.	9. 3 3
10. 4	10. 4 5
11. 4	11.
12. 3	12.
13. 3 5	
14.	
15. 3 4	
16. 3	

5 ГРЗТИНМАСЯПД 6 ГРЗТИНМАСЯПД

тема	тема
------	------

- | | |
|---------------|------------|
| 1. + 4 | 1. + 2 4 |
| 2. + 2 5 | 2. 4 1 1 |
| 3. 4 | 3. 4 3 3 |
| 4. 5 | 4. + 5 3 |
| 5. + + 5 | 5. + 2 4 2 |
| 6. + 4 5 2 | 6. 1 2 3 |
| 7. 2 4 3 | 7. ++ 4 |
| 8. 4 | 8. |
| 9. 5 | 9. 5 |
| 10. + 3 5 2 3 | 10. 5 |
| 11. 3 | 11. 3 2 |
| 12. 5 | 12. + 4 |
| 13. 5 4 | 13. 1 2 5 |
| 14. 5 2 | 14. 3 5 |
| 15. 5 4 | 15. 4 4 |
| 16. | 16. |

+

7 ГРЗТИНМАСЯПД 8 ГРЗТИНМАСЯПД

тема

тема

- | | |
|--------------|------------|
| 1. 4 1 3 3 4 | 1. + + 3 3 |
| 2. 4 | 2. 4 3 4 |
| 3. 4 | 3. 3 4 |
| 4. + 3 2 3 3 | 4. 4 |
| 5. 5 | 5. + 5 4 |
| 6. + 4 3 | 6. 2 5 1 4 |
| 7. 4 | 7. 5 |
| 8. + 3 4 | 8. + 3 5 |
| 9. 5 3 2 | 9. 4 3 |
| 10. 5 4 | 10. 4 4 |
| 11. 5 | 11. 5 |
| 12. 4 | 12. 5 5 |
| 13. + 3 4 3 | 13. |
| 14. | |

9 ГРЗТИНМАСЯПД 10 ГРЗТИНМАСЯПД

тема

1. + 4 1

2. 4 2

3. ++ 3 4

4. + + 4 3 2

5. 4 3

6. 5 3

7. + 3 4 2 4

8. 3 4

9. 3 5

10. 4 5

11. 5

12. 4 3

13. 3 4

14. 4

15.

тема

1. + 3 5

2. 1 4 4

3.

4. + 3 4

5. 3 3 4

6. 2 4

7. + + 3 3 2 3

8. 2 4

9. + 2 4 4

10. 3

11. 3 3 4

12. 5

13.

14. 5 1 3

15. 4 3

16.

11 ГРЗТИНМАСЯПД 12 ГРЗТИНМАСЯПД

тема

1. 1 1 2

2. + + 4 2

3. 4 5

4. + 4 4 2

5. 5 2 4

6. 5

7. 3 2

8. + 5

9. 4 3 2 1

10. + 4 3 3

11.

тема

1. + 4 5 1

2. 5

3. 2 4

4. 3

5. 5

6. 5

7. + 2 5

8. + 4 3 1 3

9. 5 2

10. + 4 2 5

11. + 4 3 3 2

12.

Примечание:

1. Буквенными символами обозначены шкалы типов отношения к болезни:

Г-гармоничный, Р-эргопатический, З-анозогнозический,	И-
ипохондрический, Н-неврастенический, М-меланхолический,	А-
апатический, С-сенситивный, Я-эгоцентрический, П-паранойяльный,	Д-
дистрофический.	

2. Римскими цифрами указаны темы наборов утверждений опросника.

3. Арабскими цифрами указаны номера утверждений в теме и соответствующие им диагностические коэффициенты.

4. Знаком "+" отмечены утверждения, которые требуют приравнивания к нулю соответствующей шкальной оценки.

ПРАВИЛА АНАЛИЗА ДАННЫХ ОПРОСНИКА.

1. При анализе используется бланк "результаты обследования", образец которого приводится ниже.

2. По таблице кода для каждого отмеченного в регистрационном листе утверждения определяются диагностические коэффициенты, которые заносятся в бланк "результаты обследования".

3. Диагностические коэффициенты в каждом из столбцов, соответствующих 12 шкалам типов отношения к болезни, суммируют, получают 12 значений шкальных оценок, которые заносят в графу, обозначенную (Σ).

4. Шкальная оценка для гармоничного, эргопатического и анозогнозического типов приравнивается 0, если среди утверждений, выбранных испытуемым, встречается хотя бы одно, указанное в коде знаком (+).

Результаты обследования по методике "Тип отношения к болезни".

Шкалы Г Р З Т И Н М А С Я П Д

	Г	Р	З	Т	И	Н	М	А	С	Я	П	Д					
1.																	
2.																	
3.																	
4.																	
5.																	
6.																	
7.																	
8.																	
9.																	
10.																	
11.																	
12.																	

Темы опросника:

0																	
60																	
50																	
40																	
30																	
20																	
10																	
0																	

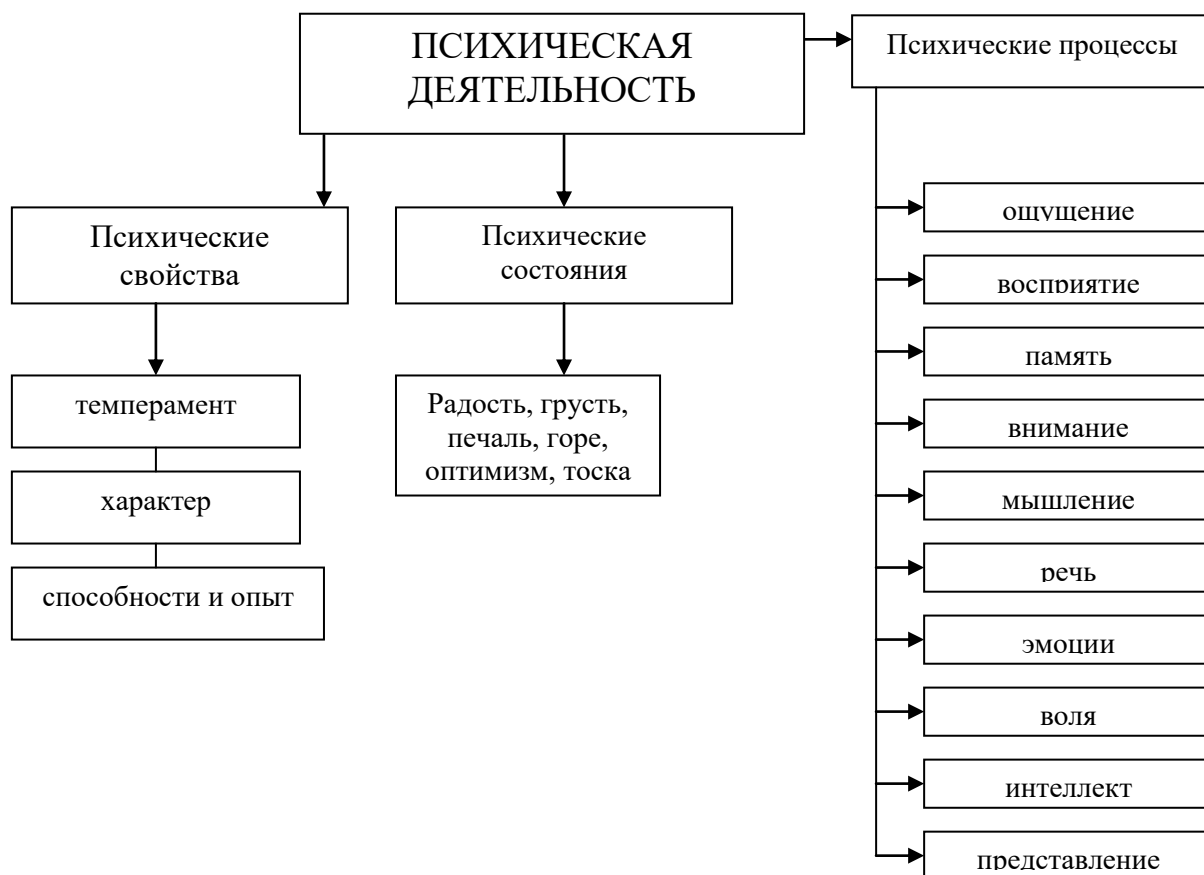
Г Р З Т И Н М А С Я П Д

Числовое выражение правила диагностики

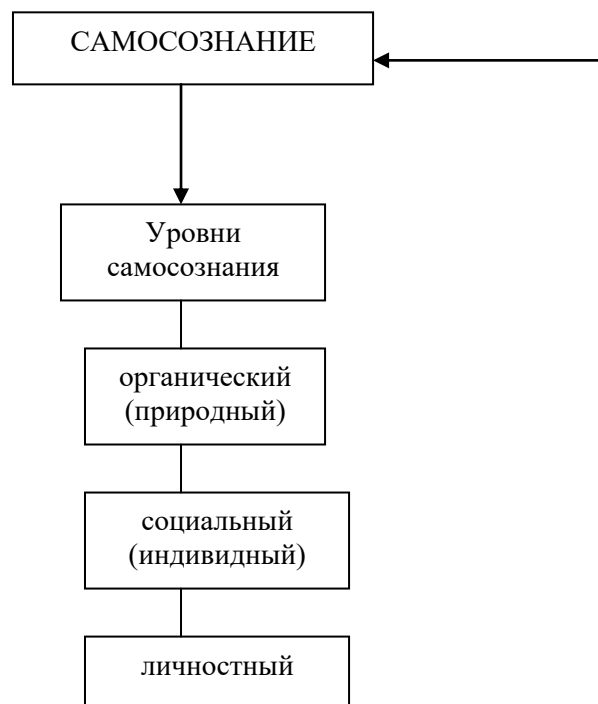
типа отношения к болезни.

5. При диагностике типа находят шкалу с максимальным значением суммы диагностических коэффициентов. Определяют, есть ли в профиле такие шкалы, которые находятся в пределах диагностической зоны - оценки которых отстают от максимальной в пределах 7 баллов. Если шкала с максимальной оценкой остаётся единственной, и нет других шкал, отстающих от неё в пределах 7 баллов, то диагностируют только тип, соответствующий этой шкале.
6. Если в диагностическую зону (интервал 7 баллов) помимо шкалы с максимальной оценкой попадают ещё одна или 2 шкалы, то диагностируют смешанный тип, который обозначают соответственно названиям составляющих его шкал.
7. Если в диагностическую зону попадает более 3-х шкал, то диагностируют диффузный тип.
8. Гармоничный тип диагностируют только как "чистый", т.е. только в том случае, когда шкала этого типа имеет максимальную оценку и нет других шкал, которые попадают в диагностическую зону.
9. При смешанном типе, если в диагностическую зону наряду с другими шкалами попадает шкала гармоничного типа, то она исключается из рассмотрения как составляющая.

Граф логической структуры темы «Психическая деятельность человека»



Граф логической структуры темы «Структура сознания и самосознания личности»



Методика классификации предметов

1. Этот метод является одним из основных, используемых почти при каждом психологическом исследовании больного. Метод применяется для исследования процессов обобщения и абстрагирования, а также дает возможность анализа последовательности умозаключений, критичности и обдуманности действий испытуемых, особенностей памяти, объема и стойкости внимания.

2. Для проведения исследования необходимо иметь набор карточек, на которых изображены разнообразные предметы и живые существа.

Метод применим для исследования детей и взрослых любого образовательного уровня.

3. Перед началом опыта экспериментатор тщательно перемешивает карточки и сверху выкладывает 5-6 карточек, которые облегчают начало классификации. Потом все оставшиеся карточки передаются испытуемому сверху рисунками, и экспериментатор говорит: "Разложите эти карточки на столе - что к чему подходит".

Это первый, так называемый "глухой" этап инструкции. Если испытуемый задает вопрос о том, как надо раскладывать, ему отвечают на этом этапе уклончиво: "Начните работать – сами увидите как надо". С самого начала необходимо фиксировать в протоколе действия и высказывания испытуемого. На первом этапе важно зафиксировать, как испытуемый старался ориентироваться в новой задаче, сам ли он понял задачу. После того, как пациент разложил треть карточек, дается вторая инструкция, и начинается второй этап работы. Он начинается с положительной или критической оценки того, что больной уже сделал. Например, экспериментатор говорит: "Правильно, вот Вы положили вместе мебель, так и надо объединять все по сортам, чтобы их можно было назвать одной названию", второй этап самый продолжительный. В протоколе записываются действия испытуемого, и время от времени его спрашивают, почему он положил те или иные карточки вместе, как можно назвать ту или другую группу.

Когда основные группы собраны и названы, переходят к третьему этапу. Испытуемому говорят: "Первую часть работы Вы выполнили хорошо. Теперь нужно выполнить другую часть. Раньше Вы соединяли карточку с карточкой в группу, а теперь нужно соединить группу с группой так, чтобы групп осталось как можно меньше, но чтобы можно было дать группе свое название". Иногда, если больной с трудом делает укрупнения, ему говорят: "Должно выйти всего 3 группы" (имеются в виду растения, живые существа, предметы).

4. Анализ экспериментальных данных представляет значительные трудности. Так, одинаковая ошибка, допущенная на разных этапах имеет разное значение, и может быть по-разному истолкована. Ошибки на первом этапе не дают еще права для оценки мышления, как нарушенного, так как пациент мог неправильно истолковать задание.

Эта же самая ошибка, допущенная уже на втором этапе, может быть истолкована иначе. После второй инструкции интеллектуально полноценный человек без труда классифицирует группы. Если на 2 этапе испытуемый продолжает выкладывать конкретные ситуационные группы - это свидетельствует о склонности к конкретному мышлению. На этом этапе могут быть также выявлены: чрезмерная детализация, разноплановость мышления, классификация с опорой на несущественный, латентный признак, появление одноименных групп, а также истощение внимания.

Большой интерес на 2 этапе составляет обсуждения осуществленных больным действий и названий, которые даются группам.

На 3 этапе выясняется, доступно ли испытуемому понимание сложных обобщений, при этом необходимо учитывать образовательный уровень испытуемого.

Непринятие прямого указания экспериментатора на наличие ошибки свидетельствует о снижении критики больного.

Методика исключения предметов (словесный вариант)

Испытуемому предъявляют бланк и говорят: *«Здесь в каждой строке написано пять слов, из которых четыре можно объединить в одну группу и дать ей название, а одно слово к этой группе не относится. Его нужно найти и исключить».*

Бланк для словесного варианта

1. Стол, стул, кровать, пол, шкаф.
2. Молоко, сливки, сало, сметана, сыр.
3. Сладкий, горячий, кислый, дуб, горький
4. Береза, сосна, дерево, дуб, ель.
5. Самолет, телега, человек, корабль, велосипед.
6. Василий, Федор, Семен, Иванов, Петр.
7. Сантиметр, метр, килограмм, километр, миллиметр.
8. Токарь, учитель, врач, книга, космонавт.
9. Глубокий, высокий, светлый, низкий, мелкий.
10. Скоро, быстро, постепенно, торопливо, поспешно.
11. Неудача, волнения, поражение, провал, крах.
12. Ненавидеть, пренебрегать, негодовать, понимать.
13. Успех, неудача, удача, выигрыш, покой.
14. Смелый, храбрый, решительный, злой, отважный.
15. Футбол, волейбол, хоккей, плавания, баскетбол.
16. Грабеж, кража, землетрясение, поджог, нападение.
17. Карандаш, ручка, рейсфедер, фломастер, чернило.

Психодиагностические шкалы для оценки тревоги и депрессии

Т. Тревога

1. Не чувствуете ли Вы себя **взвинченным и нетерпеливым**?

2. Свойственно ли Вам постоянно **беспокоиться** о чем-то?

3. **Раздражительны** ли Вы?

4. **Трудно** ли Вам **расслабиться**?

(Если на любой из этих вопросов получен утвердительный ответ - продолжайте)

5. Вы плохо спите?

6. У Вас бывают головные боли, боли в шее или ощущение напряжения в голове?

7. Бывают ли у Вас головокружение, дрожание, потливость, понос, учащенный пульс, звон в ушах и т.п. (вегетативные признаки тревоги)?

8. Вы беспокоитесь о своем здоровье?

9. Трудно ли Вам заснуть?

Д. Депрессия

1. Ощущаете ли Вы **снижение активности, энергичности**?

2. Не **утрачены** ли прежние **интересы**?

3. Не отмечается ли **потеря уверенности в себе**?

4. Бывает ли у Вас **чувство безнадежности**?

(Если на любой из этих вопросов получен утвердительный ответ - продолжайте)

5. Трудно ли Вам концентрировать внимание?

6. Вы не похудели в последнее время (потеря массы тела вследствие плохого аппетита)?

7. Вы стали раньше пробуждаться по утрам?

8. Не казалось ли Вам, что Вы стали более медлительным?

9. Вы не замечали, что по утрам обычно чувствуете себя хуже, чем к вечеру?

Каждый положительный ответ соответствует одному баллу.

Суммируйте число баллов по каждой группе вопросов.

О наличии тревожного состояния обычно свидетельствуют по меньшей мере четыре положительных ответа на вопросы группы «Т», о депрессивном – столько же по группе «Д».

Сокращенная Ньюкаслская шкала

	<i>Балл</i>
1. Возраст (ближайший год)	0/1
2. Время (ближайший час)	0/1
3. Адрес для воспроизведения в конце текста (попросите больного сразу же повторить названный Вами адрес, чтобы убедиться, что он расслышал его правильно; если потребуется, повторите его несколько раз, пока больной не воспроизведет его правильно): <i>Улица Константиновская, 51</i>	0/1
4. Год (текущий)	0/1
5. Название учреждения, в котором вы находитесь	0/1
6. Узнавание людей – врача, родственника (если поблизости никого нет, пропустите этот пункт и при подсчете количества баллов исходите из девяти вопросов)	0/1
7. Дата рождения (достаточно, чтобы больной назвал месяц и число)	0/1
8. Годы начала и окончания второй мировой войны	0/1
9. Фамилия главы государства	0/1
10. Счет в обратном порядке от 20 до 1	0/1

Показатель, составляющий восемь и менее баллов из десяти (или семь и меньше из девяти), указывает на органическое поражение головного мозга.

Общая схема исследования психического состояния пациента

1. Внешний вид и оценка двигательной активности

Описание внешнего вида; уровень сознания; реакция на врача; двигательная сфера: быстрота и количество движений, позы, непроизвольные движения.

2. Ориентировка

Во времени, месте и собственной личности.

3. Речь и мышление

Количественные (темп), качественные характеристики (последовательность, связность), содержание мышления («умственная жвачка», суицидальные мысли, патологическая убежденность).

4. Эмоциональная сфера (настроение и эмоциональные реакции)

Субъективная оценка; данные наблюдений – уровень колебания настроения и эмоциональные реакции во время беседы, адекватность ситуации; активность вегетативной нервной системы.

5. Внимание

Перечисление дней недели в обратном порядке, месяцев года в обратном порядке, вычитание по 7 из 100 (по 3 из 20).

6. Запоминание и кратковременная память

Субъективная оценка больным своей памяти; фразы Стенфорда-Бине; Имя-адрес-цветок.

7. Долговременная память

Память на события ближайшего времени (последних нескольких дней) и на события отдаленного времени.

8. Интеллект

Оценка уровня интеллекта больного в процессе беседы, проведение психодиагностического исследования.

9. Осознание и оценка пациентом своего психического состояния (критика к болезни)

Считает ли пациент себя больным? Осознает ли необходимость лечения?

Перечень вопросов для подготовки студентов к итоговому модульному контролю

Содержательный модуль 1: Общие вопросы медицинской психологии

1. Определение, предмет и задачи медицинской психологии.
2. Методы психологического исследования.
3. Принципы построения целенаправленной психологической беседы.
4. Определение психического здоровья и уровней психологической адаптации человека.
5. Критерии здоровья ВООЗ
6. Влияние особенностей возраста и хронических заболеваний на личность человека.
7. Определение и типология акцентуации личности, тактика поведения врача с пациентами, которые имеют акцентуированные черты личности
8. Определение и классификация основных типов отношения к болезни, особенности поведения больных с такими типами реагирования на болезнь.
9. Диагностика основных типов отношения к болезни.
10. Принципы психотерапевтической коррекции отношения к болезни
11. Влияние болезни на познавательные процессы человека.
12. Влияние особенностей интеллекта больного на лечебный процесс.
13. Влияние болезни на эмоционально-волевую сферу человека.
14. Влияние болезни на эмоциональное состояние, нозогении.
15. Роль волевых качеств личности в лечебном процессе.
16. Изменения воли, влечений и поведения во время лечения.
17. Сознание, самосознание, их уровень.
18. Психодинамический подход в медицине.
19. Критерии ненарушенного сознания. Состояния сознания у больного.

Содержательный модуль 2. Практические аспекты медицинской психологии

1. Требования к личности медицинских работников.
2. Понятие «врачебный долг» и «врачебная тайна».
3. Врачебные ошибки: причины и виды.
4. Психологические типы врачей.
5. Профессиональная деформация, «синдром выгорания» и пути его предупреждения.
6. Правила деонтологии и субординации в медицинской среде.
7. Виды и особенности общения в медицинской среде.
8. Психологические особенности этапов диагностического процесса.
9. Принципы общения врача с больными и их родственниками.
10. Конфликты в медицинской среде, их разновидности, способы решения и предупреждения.
11. Психосоматический подход как принцип лечебной деятельности.
12. Эмоциональный стресс как фактор этиопатогенеза психосоматических расстройств.
13. Влияние психологических факторов на течение соматических расстройств.
14. Теории психосоматических взаимоотношений.
15. Механизмы психологической защиты личности
16. Понятие адаптации и дезадаптации, дистресс.

17. Классификация психосоматических расстройств.
18. Непатологические психосоматические реакции.
19. Принципы профилактики психосоматических расстройств.
20. Психологические изменения при заболеваниях сердечно-сосудистой системы.
21. Психологические изменения при заболеваниях бронхов и лёгких.
22. Изменения при заболеваниях пищевого тракта.
23. Психологические особенности больных при инфекционных заболеваниях, туберкулёзе, СПИДе.
24. Психологические особенности больных при эндокринных, нервных и психических заболеваниях.
25. Психологические изменения у больных женщин в гинекологическом стационаре.
26. Психологические особенности женщин в период беременности и родов.
27. Особенности психологии больных детей и людей пожилого возраста.
28. Психологические особенности больных в хирургическом стационаре в до- и послеоперационном периоде, в ортопедии и травматологии.
29. Психологические особенности больных в стоматологии, офтальмологии, отоларингологии.
30. Психологические особенности больных с онкологической патологией.
31. Влияние на психику человека врожденных и приобретённых физических дефектов
32. Психологические аспекты зависимости от психоактивных веществ, сверхценные увлечения (гемблинг, интернет-зависимость), зависимости пищевого поведения.
33. Разновидности суицидального поведения, особенности суицидального поведения у соматических больных и при зависимостях.
34. Психологические аспекты умирания и смерти.
35. Понятие «психогигиена» и «психопрофилактика».
36. Психогигиена труда медицинского работника.
37. Принципы психопрофилактики труда, быта, семьи и сексуальных отношений.
38. Роль врача общей практики в профилактике нозопсихологических проявлений.
39. Реабилитация социальная и профессиональная, её основные разделы.
40. Основные современные методы психотерапии, принципы психотерапии.
41. Показания и противопоказания для проведения отдельных методов психотерапии.
42. Психологическая помощь в кризисных периодах.
43. Психологические особенности предоставления медицинской помощи в необычных ситуациях.

Перечень практических работ и заданий

1. Самостоятельно вести направленную психологическую беседу с больными, составлять психологический анамнез болезни и жизни, оценивать психологическое состояние больного.
2. Проанализировать данные, полученные при экспериментально-психологическом обследовании, дать заключение на основе анализа результатов исследования.
3. Уметь выявлять акцентуации характера.
4. Определить тип внутренней картины болезни и типы реагирования пациента на заболевание.
5. Формировать адекватное отношение к заболеванию у пациента и поддерживать на всём протяжении диагностично-лечебного процесса.
6. Дифференцировать психологические особенности больных при разных соматических заболеваниях, определять необходимость психологической коррекции с учётом индивидуальных особенностей пациента.
7. Дать психогигиенические советы пациенту соматического профиля.
8. Разработать тактику общения с больными и их родственниками с учётом принципов врачебной этики и деонтологии.
9. Оценить и провести коррекцию взаимоотношений больного с медицинским персоналом.
10. Сделать анализ профессионально важных качеств.
11. Уметь выявлять суицидальные тенденции.

Перечень учебно-методической литературы

1. Вітенко І.С. Загальна та медична психологія. Підручник для студентів медичних вузів. – К.Здоров'я, 1994 – 294с.
2. Вітенко І.С. Психологічні основи лікувально-профілактичної діяльності та підготовки лікаря загальної практики. – Х.Основа, 2002 – 388с.
3. Вітенко І.С., Чабан О.С., Бусло О.О. Сімейна медицина: психологічні аспекти діагностики, профілактики і лікування хворих. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2002 – 187с.
4. Гаванко В.Л., Вітенко І.С., Самардакова Г.О. Практикум з медичної психології. – Харків: Регіон-інформ, 2002 – 248с.
5. Загальна та медична психологія (практикум) під заг. Редакцією І.Д. Спіріної, Вітенко І.С. Дніпропетровськ: Арт-Пресс, 2002 – 175с.
6. Медична психологія (практикум)/ Спіріна І.Д., Лисиця Г.І., Вітенко І.С. Дніпропетровськ: Поліграфіст, 1998 – 54с.
7. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. Практическое руководство. М.: МЕДпресс. 1998 – 587с.
8. Волков В.Г., Стрелис А.К., Караваева Е.В., Тетенев Ф.Ф. Личность пациента и болезнь. – Томск. Медицина, 1995 – 328с.
9. Головаха Е.И., Панин Н.В. Психология человеческого взаимопонимания. – Киев. Изд. Полит. Литературы Украины, 1989 – 187с.
10. Леонгард К. Акцентуированные личности /Пер. с нем. – Киев: Вища школа, 1981 – 390с.
11. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания. (Изд. 4). – Москва. Медицина – 1977 – 12с.
12. Основи загальної і медичної психології /за рад. Вітенко І.С. і Чабан О.С. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2003 – 344с.
13. Полищук И.А., Видренко А.Е. Атлас для экспериментального исследования отклонений в психической деятельности человека. – Киев, «Здоровье». 1980 – 122с.
14. Ташликов В.А. Психология лечебного процесса – Л-д. «Медицина». 1984 – 191с.
15. Телешевская М.С., Погибко Н.И. Вопросы лечебной деонтологии. Л-д. «Медицина». 1978 – 158с.
16. Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства. Москва. Медицина. 1985 – 380с.