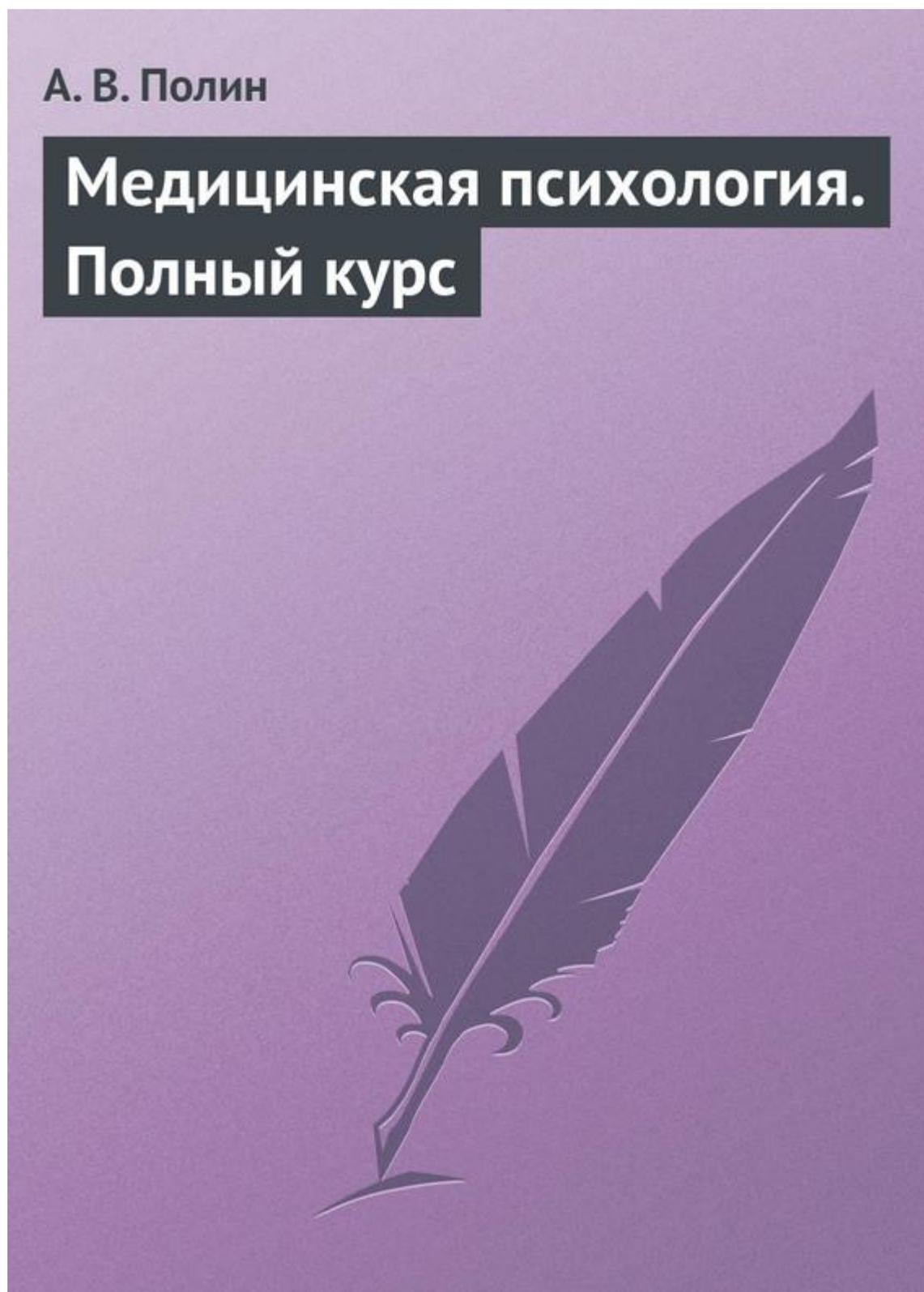


А. В. Полин
Медицинская психология. Полный курс



Текст предоставлен правообладателем http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=6148054
«Медицинская психология. Полный курс / Полин А. В.»: Научная книга; Москва; 2013

Аннотация

Книга включает в себя полный курс лекций по медицинской психологии, написана доступным языком и будет незаменимым помощником для тех, кто желает быстро

подготовиться к экзамену и успешно его сдать.

Предназначена для студентов колледжей, медицинских вузов.

А. В. Полин

Медицинская психология. Полный курс

Тема 1

Предмет, структура и задачи медицинской психологии

Предмет изучения медицинской психологии

Психология – это наука о психике как функции мозга, которая заключается в отражении объективной действительности. В процессе изучения психология разделилась на общую, изучающую отдельные психические процессы, и частную (специальную), включающую такие отрасли, как педагогическая, юридическая, медицинская и многие другие. Медицина, как и многие другие науки, стремительно развивается, в работе врачей и медицинских сестер появляется большое количество новейшей аппаратуры, разнообразных контролирующих средств, позволяющих усовершенствовать качество лечебно-диагностического процесса. Не всегда больные бывают подготовленными к воздействию на них разнообразных устройств, особенностям новых методов лечения. В связи с прогрессом медицинской науки появился новый термин – «психология обращения с больными». Предметом и целью психологии обращения с больными является умение рассмотреть судьбу больного в окружающей его лечебной среде. В начале своего заболевания человек борется со своим недомоганием самостоятельно. Через какой-то промежуток времени, когда его собственные силы исчерпаны, к процессу борьбы прибегают медицинские работники. В центре внимания психологии обращения с больным находится вопрос взаимодействия больного со средой лечебного учреждения, формирования отношений между больным и врачом, сестрой и больным и тройственного союза: врач-сестра-больной. В вопросах медицинского взаимодействия иногда складывается такое понимание процесса: врач лечит больного, а сестра ухаживает за ним. Однако это не совсем правильное понимание вопроса: распределение работы между врачом и сестрой во многом зависит от местных условий и характера лечебного учреждения. Кроме того, психологическое воздействие на больного сестра оказывает не в меньшей степени, чем врач, так как продолжительность ее общения с больным нередко бывает больше.

Структура медицинской психологии

Медицинскую психологию можно подразделить на общую и частную. Общая медицинская психология занимается такими вопросами, как изучение изменений психики человека, вызванных тем или иным заболеванием с разработкой критериев здоровой психики, больной психики и временно измененной; психология поведения медицинских работников вообще и врачей в частности, психологический климат лечебно-профилактических учреждений различного типа; влияние психики на физическое состояние человека и наоборот, т. е. психосоматические и сомато-психические взаимодействия; основные особенности, характеризующие индивидуальность человека (темперамент, характер, личность) и их возможные изменения в процессе онтогенеза; этика и деонтология в деятельности медицинских работников, включающая вопросы врачебного долга и врачебной тайны; вопросы психогигиены, включающие в себя психологию семьи, брака, половой жизни, психологию межличностных взаимоотношений человека в кризисные периоды его жизни (подростковый, климактерический, старческий); вопросы психотерапии, психотренинга, психологических консультаций.

Частная медицинская психология занимается изучением индивидуальных особенностей тех или иных пациентов. Она изучает особенности протекания психических процессов у личностей с психической патологией; у лиц, страдающих заболеваниями, требующими

хирургических вмешательств, особенно в такие периоды, как подготовка к операции и послеоперационный период; психологические особенности лиц, страдающих врожденными дефектами, особенно если это касается дефектов органов чувств, приводящих к инвалидности; психологические особенности граждан при проведении различных видов экспертиз, в том числе военно-врачебной, судебной, медико-социальной, психические особенности лиц, страдающих алкоголизмом и наркоманией, а также психические особенности больных при любой другой соматической патологии. Максимальное применение в психиатрической практике находит патопсихология, в неврологической – нейропсихология, в соматической – психосоматика.

Медицинская психология является относительно молодой отраслью знаний, в связи с чем возникают различные варианты трактовки ее содержания и функций. Не так давно медицинская психология была включена в обязательную программу обучения студентов медицинских вузов, а до этого момента являлась факультативным курсом. В большинстве развитых стран распространено понятие не медицинской психологии, а клинической. В нашей стране клиническая психология рассматривается как часть медицинской. В Соединенных Штатах Америки пользуются термином «клиническая психология», разделами которой являются психотерапия, психодиагностика, психогигиена, реабилитация, психосоматика, а также некоторые разделы дефектологии. В Польше используют термин «медицинская психология», и ее подразделами считают психотерапию, психокоррекцию, восстановительную медицину, реабилитацию. В России наибольшую популярность имеет следующее подразделение медицинской психологии на области знаний: клиническая психология, психогигиена, психопрофилактика. Клиническая психология включает в себя нейропсихологию, патопсихологию и психосоматику.

Задачи медицинской психологии

Основной задачей медицинской психологии является изучение психики и особенностей поведения больного и окружающих его близких, родственников и медицинского персонала на разных этапах их общения. Этими этапами могут быть осознание самого факта каких-либо неполадок в организме, требующих медицинского вмешательства, момент принятия решения обращения к врачу, реакция пациента на факт осознания того, что он болен и нуждается в посторонней помощи, отношение к объему назначенного лечения и обследования, а также возможного прогноза относительно жизни, здоровья и трудоспособности, прогнозирование своей дальнейшей значимости в семье, на работе и в обществе в целом, внутренняя адаптация психики заболевшего к описанным проблемам. Все возникающие смежные проблемы взаимодействия пациента и медицинского персонала рассматриваются и оцениваются в свете основной задачи – оказания максимально возможной и эффективной помощи больному. При этом она изучает проблемы медицины в психологическом аспекте и методы психологии в медицинском аспекте. Деятельность медицинской психологии находит отражение в деятельности различных звеньев системы здравоохранения: амбулаторно-поликлиническом, госпитальном, санаторно-курортном, аптечном, на разных этапах подготовки медицинских кадров, научно-исследовательской работе, в области организации здравоохранения и некоторых других аспектах. Медицинская психология развивается в тесном взаимодействии с психотерапией, психиатрией, неврологией, нейрохирургией, сурдопсихологией, олигофренопедагогикой, трудотерапией и др.

Таким образом, медицинскую психологию, подобно всей психологии в целом, можно разделить на общую и частную. Задачей общей медицинской психологии является изучение взаимоотношений личности больного и врача. Вопросом частной медицинской психологии является разработка различных методов лечения в конкретном применении к тем или иным областям медицины. Общая и частная медицинская психология тесно переплетаются с философскими, биологическими, социологическими и многими другими дисциплинами.

Психологические составляющие взаимоотношений между врачом и больным

Фундаментом лечебной среды любого учреждения являются отношения: врач и больной, сестра и больной и врач-сестра-больной.

Для формирования таких взаимоотношений прежде всего должно наступить осознание потребности в получении медицинской помощи, обращения к врачу. Признаки заболевания могут нарастать постепенно или наступить внезапно. При быстро или стремительно ухудшающемся состоянии вопрос о необходимости медицинской помощи решается быстро, в противном случае больной может долго думать и колебаться, стоит ли обращаться в медицинское учреждение или он справится сам, а может, тревожащие симптомы исчезнут без лечения и вообще они не являются признаком какого-либо заболевания. Больной обращается за советами к родственникам, друзьям, знакомым. Часть советов использует на практике и получает самые неожиданные, в лучшем случае не вредящие его здоровью результаты. Продолжительность такого самостоятельного этапа лечения зависит от уровня культуры, образованности, тяжести состояния, предыдущего опыта общения с медициной в целом, интенсивности реакции отрицания болезни, степени занятости, материальных возможностей и других аспектов жизни. В результате стадия заболевания, на которой больной попадает к врачу, может быть от первоначальной до тяжелой, терминальной, когда возможности медицины заключаются только в констатации факта и назначении симптоматического лечения. В зависимости от стадии и характера заболевания первый контакт может быть с врачом общей практики или участковым врачом, врачом-специалистом узкого профиля, врачом приемного покоя или сразу врачом скорой медицинской помощи. Вне зависимости от того, к какому врачу и в какой стадии заболевания попал пациент, работа врача будет складываться из трех основных этапов, которые различаются только по продолжительности и степени интенсивности в каждом конкретном случае.

1. *Сбор анамнеза*, начинающийся с фиксирования жалоб пациента. Больного мучают тысячи вопросов: что с ним? болен ли он вообще? если болен, то излечимо ли заболевание? что будет с ним дальше? какие действия предпримет врач? можно ли вообще доверять этому врачу? Невозможно предусмотреть все вопросы и сомнения, которые могут терзать пациента. Врач должен дать возможность пациенту подробно изложить все его жалобы, сомнения и задать вопросы. Подробно излагая свои переживания, больной может и сам суметь оценить степень значимости каждой конкретной из них, если не был в состоянии сделать этого до визита к врачу. Выступая в роли внимательного слушателя, врач одновременно решает несколько задач: начинает путь формирования доверительных отношений с больным, дает пациенту возможность выговориться, облегчить душу. Анализируя сказанное, грамотный врач сразу исключает истинные симптомы и жалобы от мнимых, нафантазированных, избавляет себя от необходимости корректного формулирования вопросов, так как уже получил на них ответы. В противном случае, не дав больному возможности высказаться в должном объеме, врач рискует потерять контакт с больным сразу и даже получить необоснованную жалобу от больного только лишь потому, что его не выслушали, хотя врачу уже было достаточно сказанного для постановки диагноза и дальнейших действий. В процессе сбора анамнеза врачу необходимо не только выслушать больного, но и понять его, выразить свое сопереживание, дополнить его рассказ уместными репликами, сочувственными жестами, внимательно наблюдая за действиями и реакцией пациента на них, позволяющими судить об отношении больного к себе, своим жалобам, адекватности их оценки самим больным. Закончив свой рассказ перед внимательным слушателем, больной уже чувствует облегчение. Это как раз тот случай, о котором известный венгерский врач Баллинг сказал: «Врач и сам лекарство». Далее наступает очередь врача задавать вопросы. Имеют большое значение корректность постановки вопроса, тон, каким он был задан, степень культуры речи. Вопросы должны демонстрировать доброжелательность врача, способность и желание сопереживания и помощи, ни в коем случае не содержать даже скрытого намека на насмешку, высокомерие или недостаточный интеллектуальный уровень пациента. В большинстве случаев грамотный врач уже в процессе сбора анамнеза может

установить предварительный диагноз. Однако сложившееся представление врача (трогенное представление) может не соответствовать представлению пациента (аутогенному представлению) о своем состоянии, возможном заболевании. В истинном диагнозе должно найти отражение то и другое представление. Долг врача в этой ситуации – провести с больным разъяснительную работу, обосновать происхождение его жалоб и своего мнения об этих жалобах и предполагаемом диагнозе. Разговор с больным врач должен вести на доступном ему языке, не использовать терминов и оборотов речи, понятных только медикам, не высказывать категоричных суждений, особенно если они противоположны мнению пациента.

2. Следующим этапом является *назначение обследований*. Помимо медицинских показаний, следует учитывать настрой больного на проведение обследований в целом и отношение к конкретным методам в частности. Если есть необходимость в проведении платных обследований, доктор должен тактично поинтересоваться материальными возможностями пациента, причем акцент должен быть сделан не на финансовые возможности пациента в целом, а желание и возможность потратить какую-либо сумму на проведение медицинских исследований. Врач должен создать у пациента мотивацию к проведению обследований. Каждое из назначенных исследований должно быть обосновано доктором как проводимое исключительно в целях быстрой и максимально точной постановки диагноза. Если состояние больного требует проведения каких-либо сложных или неэстетичных, болезненных манипуляций в целях обследования, врач должен подробнее разъяснить характер проведения и необходимость использования именно таких методов.

3. Завершающим этапом являются *назначение лечения острого процесса и разъяснение дальнейшего отношения к своему заболеванию*. К этому этапу общения между врачом и больным уже сложились какие-то отношения, в большинстве случаев трудно поддающиеся дальнейшей коррекции. Одним из вариантов таких отношений могут быть беспредельная вера в лечащего врача, наделение его сверхъестественными способностями. От таких отношений недалеко до предрассудков, с одной стороны, а с другой – боязни причинения вреда, так как врач знает все, а больной – ничего. При таком варианте взаимоотношений грамотный врач старается закрепить веру больного в себя, но и избавить больного от надежды на чудо. Отношения больного и врача могут складываться совершенно иначе. Пациент может быть настроен воинственно, настойчиво и решительно. Этот настрой не всегда демонстрирует враждебное отношение лично к доктору, такое поведение может быть лишь выходом общего эмоционально-психологического состояния пациента, напряженности его нервной системы. Построение взаимоотношений с такими больными требует от врача высокой морально-психологической устойчивости, умения дифференцировать отношения пациента к врачу от его эмоционального состояния в целом. Наряду с вышеописанными отношениями существует отношения взаимного сотрудничества, к которым должны стремиться все врачи и пациенты, так как в этом случае можно ожидать максимального эффекта от лечения.

Есть и различные патологические формы взаимоотношений врача и больного. Одним из вариантов являются невыполнимые претензии пациентов, требование от врача выполнения функций, не входящих в круг его обязанностей. Такие больные часто меняют врачей, но не находят желаемых результатов. Противоположной патологической формой взаимоотношений является болезненная привязанность пациента к единственному доктору, вера в то, что ему может помочь только этот врач. Взаимоотношения пациента и доктора не являются раз и навсегда установившимися, они подвергаются изменениям в процессе взаимодействия. На них могут влиять более внимательное отношение доктора, эффективность проведенного лечения, точность и быстрота поставленного диагноза, и наоборот, изначально хорошие отношения способствуют большей эффективности лечения. Условия, в которых ведется лечебная деятельность, не могут не оказывать своего специфического влияния. Естественно, различными будут отношения на амбулаторном этапе лечения и госпитальном. На амбулаторном этапе врач имеет возможность наблюдать больного в течение многих лет, все лучше узнавая его как личность, зная условия жизни больного, семейные и социальные проблемы, кризисные моменты его жизни. Исходя из этого, участковый врач, длительное время наблюдающий данную семью, быстрее разберется в источниках и предрасполагающих факторах заболевания. Венгерский врач Баллинт так охарактеризовал роль участкового врача в обществе:

«Участковый врач может стать истинным представителем медицинской науки, стремящейся лечить не болезни, а больного человека, в центре внимания которой патология личности как единого целого, и таким путем он станет продолжателем благородного дела «домашних» врачей, врачей семьи». Лечебная деятельность, осуществляемая в условиях стационарного учреждения, предусматривает более короткий, но интенсивный период общения, за который состояние больного меняется стремительнее. Разумеется, характер взаимоотношений будет определяться и профилем госпитального отделения: один вариант – терапевтическое отделение, другой – гинекологическое и совсем иной – психиатрическое.

Помимо взаимоотношений между врачом и больным следует помнить, что врач является образцом и примером для среднего медицинского персонала. Характер взаимоотношений врача с больными воздействует и на медицинских сестер. Грамотный доктор, осознающий это, имеет в своем арсенале важнейшее средство психологического воздействия на них.

Психологические составляющие взаимоотношений между сестрой и больным

Медицинская сестра практически любого лечебно-профилактического учреждения часто жалуется на усталость и чрезмерную занятость. Следует понимать, что в большинстве случаев усталость и перегруженность определяются не количеством выполненных сестринских манипуляций, а эмоционально-психологической перегрузкой среднего медицинского работника. Сестре в течение рабочего дня приходится сталкиваться с большим количеством споров, недоразумений, претензий больных, часто необоснованных. В конце рабочего дня даже культурная, грамотная, исполнительная медицинская сестра может получить замечание, так как больные жаловались на нее, хотя порой их претензии необоснованы и невыполнимы, а причинами претензий являются их нетерпеливость и беспокойство. Основным психологическим аспектом деятельности медицинской сестры является налаживание контакта с больным. Происходит все это наряду с огромным объемом медицинских манипуляций, являющихся основной ее работой. В связи с такими объемами работы выполнение сестрой своих обязанностей часто носит механический характер, доводится до автоматизма. В подобных случаях происходит обезличивание деятельности, хотя сами по себе манипуляции выполняются безупречно, но о больном, его чувствах и переживаниях забыли, и отношения складываются формальные, официальные. Большинство жалоб пациентов порождается именно из-за таких отношений, несмотря на то, что медицинская сестра безупречно выполнила манипуляции. Во время амбулаторного приема врач только перечисляет назначаемые диагностические и лечебные манипуляции, обосновывает их необходимость, а уже медицинская сестра объясняет особенности их проведения, характер и необходимость подготовки и даже проводит часть назначенных врачом процедур. Больные, находящиеся на стационарном лечении, еще больше времени проводят в непосредственном контакте с медицинской сестрой. Если не возникает чрезвычайных ситуаций, то контакт врача с больным ограничивается временем обхода, все остальное время дня больной предоставлен общению с медицинской сестрой. Таким образом, помимо профессиональных знаний в области медицины, сестра должна иметь и психологическую подготовку. Физический уход за больным, осуществляемый медицинскими сестрами, является основным связующим звеном, на котором строится психологический контакт с сестрами. Напрашивается аналогия этих взаимоотношений и отношений между матерью и ребенком, за которым она поначалу просто физически ухаживает, а затем между ними формируется прочная духовная связь. Забота, внимание и сопереживание являются основными качествами в работе сестры, которая должна помнить, что больной человек прежде всего стремится освободиться от болезни и ищет в окружающих именно эти качества. Поддержка, оказываемая больному медицинской сестрой, проявляется не только в делах, но и в словах, жестах, всем стиле работы с больным. Одинаково большое значение имеют сказанные слова и их эмоциональная окраска, при этом необходимо учитывать интеллектуальный уровень больного, характер темперамента и другие индивидуальные особенности личности, не менее важен факт сочувствия переживаниям пациента. В идеальном варианте сестра должна практически вжиться в переживания пациента, суметь поставить себя

на его место. Столь же важно, как и в работе врача, сестре уметь выслушать больного. Общеизвестна поговорка: «Слово – серебро, молчание – золото». В процессе выслушивания больного роль медицинской сестры несколько отличается от роли врача: сестра должна проявлять интерес, демонстрировать реакцию на услышанное, расположиться поближе к больному, принять доверительную позу. Прямой, открытый, доброжелательный взгляд, посадка на краю стула, открытые ладони, наклон туловища вперед – вот лишь немногие характерные признаки человека, готового к внимательному заинтересованному выслушиванию.

Имеют значение и характер реакции на рассказ пациента: вовремя вставленное слово, кивок головы, доверительная улыбка, заинтересованный вопрос или дополнение к повествованию. В отличие от врача, больной не ждет от сестры разрешения своих проблем, в ней он прежде всего видит внимательного слушателя, которому можно излить душу. Если беседу удалось направить в нужное русло, больной быстрее успокаивается и адаптируется к предстоящим процессам обследования и лечения. Сестра должна быть очень внимательна, отвечая на вопросы, и четко представлять себе, в каком случае необходимо корректно переадресовать вопрос врачу. Немало трудностей вызывает и обсуждение личных дел больного, которыми он с радостью готов поделиться и ждет от медицинского работника такой же откровенности. Он может с удовольствием демонстрировать фотографии близких родственников, «случайно» оказавшиеся при нем, и обижаться, если сестра не проявляет такой же готовности к откровенности. Несмотря на это, сестра не должна забывать, что все это не относится к сфере ее прямых обязанностей, но и отказ больному в откровенных беседах не должен быть резким, обидным, унижающим личность и достоинство. Продуктивнее всего научиться беседовать на легкие отвлеченные темы: о спорте, погоде, проведенном отпуске, о последних событиях в городе. Установившуюся связь между пациентом и сестрой необходимо рассматривать как нечто лабильное, развивающееся. Помимо особенностей личности больного на процесс взаимодействия немало влияют особенности личности сестры. Повседневная практика свидетельствует о том, что профессиональные качества медицинского работника среднего звена играют одинаково важную роль наряду с его способностями достигнуть необходимого контакта с больным. Многие жалобы пациентов, если не большинство из них, связаны не с процессом диагностики и лечения, а с отношением к этому процессу и поведению медицинского персонала. Медицинских сестер можно разделить на несколько типов.

1. *Сестра-рутинер*. Медицинский работник этого типа скрупулезно, порой механически выполняет все предписания и распоряжения врачей, качество такого выполнения весьма высоко. Но такая медицинская сестра не видит самого больного, его личность, не демонстрирует и не испытывает сопереживания, действует обезличенно.

2. *Сестра-актриса*, играющая заученную роль. Такая сестра выработала для себя определенный идеал, к которому считает нужным стремиться. На этом пути ее поведение часто становится наигранным, неискренним, искусственным.

3. *Нервная сестра*. Об этом типе медицинской сестры следует говорить лишь в том случае, если нервозность отражается на работе. Результатом деятельности такого типа нервной системы могут стать вспыльчивость, грубость, раздражительность. Нервозность, тревожность могут проявляться и в форме ипохондрии, боязни заражения какими-либо инфекционными заболеваниями или поисками у себя симптомов каких-либо тяжелых неизлечимых недугов.

4. *Медицинская сестра, являющаяся сильной, иногда мужеподобной личностью*. Такой тип медицинских сестер достаточно широко распространен в медицинской практике. Такую сестру отличают любовь к строгому порядку, неукоснительному соблюдению всех требований без исключения, настойчивость, напористость, решительность. В большинстве случаев эти сестры обладают хорошими организаторскими способностями, но иногда страдают от прямолинейности и недостатка гибкости, в крайних случаях бывают грубы и агрессивны.

5. *Материнский тип медицинской сестры*. Она характеризуется максимальной, иногда чрезмерной заботливостью и состраданием к больным. Такая сестра все делает тихо, с улыбкой, без суеты, но все успевает не хуже других. В своей работе она находит свое главное жизненное призвание – заботу и помощь ближнему. Медицинская сестра такого типа иногда страдает от собственной доброты и безотказности, которой пользуются пациенты.

6. *Достаточно редко распространен тип сестер-специалистов*. Они находят свое

призвание в одной узкой области медицины, успешно совершенствуются в ней и не интересуются ничем другим.

Все этапы установления взаимоотношений между сестрой и больным условно можно поделить на три части.

На начальном этапе происходит ознакомление с особенностями личностей сестры и больного, выяснение отношения больного к своей болезни, особенностей лечебного учреждения, особенностей отношения сестры к своей работе и больным вообще. Установлению продуктивного контакта на начальной стадии могут мешать сложившиеся предрассудки, предубеждения, опыт отрицательных эмоций обоих участников этого процесса. На этапе самого процесса лечения мы видим уже сложившиеся взаимоотношения и их положительное или отрицательное влияние на процесс лечения. Особенно важно позитивное влияние при недостаточно успешном или затяжном процессе лечения. На завершающем этапе лечения важна подготовка больного к дальнейшему существованию без медицинского вмешательства. Пациент должен получить подробные, конкретные, исчерпывающие рекомендации по дальнейшему образу жизни, приему медикаментов в случае необходимости, правильной диете и режиму питания.

Психологические составляющие тройственного союза: врач-сестра-больной

Основой работы любого лечебного учреждения является этот тройственный союз. Выше были описаны этапы взаимодействия больного – врача и сестры – врача. В этом тройственном союзе руководителем, естественно, является врач как лицо более опытное и несущее большую ответственность. Многие зависят от правильного выбора врачом стиля руководства. Наиболее распространенным и, вероятно, эффективным является дружеско-товарищеский, т. е. настроенный на сотрудничество и взаимоуважение. Он возможен при творческом подходе к работе обоих медицинских работников. В этом случае сестра, являясь постоянным связующим звеном между пациентом и врачом, способствует установлению режима сотрудничества, создавая врачу определенный имидж, исходя из его личностных и профессиональных особенностей. Врач, в свою очередь, должен всячески поддерживать сестру, ни в коем случае не критиковать ее в присутствии больного, даже если абсолютно уверен в ее ошибке или неправоте. Больные должны ощущать на каждом этапе своего контакта с лечебным учреждением единообразие требований всего медицинского персонала. Разногласия, возникающие в процессе работы между врачом и сестрой, не должны быть известны больным. Все они должны разрешаться в рабочем порядке, вежливо и конструктивно. Очень важно, чтобы такой стиль руководства не переходил на фамильярный. Каковы бы ни были взаимоотношения врача и сестры вне стен медицинского учреждения, в лечебном учреждении они должны четко помнить и выполнять свои собственные обязанности, за которые и несут ответственность в рамках своих должностных полномочий. Встречаются ситуации, когда после многих лет совместной работы врач настолько доверяет медицинской сестре, что позволяет ей самой ставить диагнозы, назначать обследование и лечение. Эта порочная практика несет в себе несколько отрицательных сторон: ответственность за назначения несет врач независимо ни от чего, а в глазах больного его авторитет неизмеримо падает, если пациент знает, что все назначения исходят от медицинской сестры, а врач даже не проконтролировал их правильность. Врач, использующий авторитарный стиль руководства, прав в том случае, если сестра значительно моложе его и менее опытна, замечена в безответственном отношении к работе. Помимо перечисленных существуют возрастные проблемы взаимоотношений сестры и врача. Молодая сестра с удовольствием перенимает опыт у знающего врача, слушается его во всем и уверена в его правоте. Между ровесниками тоже возникают проблемы непонимания, споры из-за назначений врача возникают редко и легко разрешаются. Наиболее сложной является проблема молодого врача и старой опытной медицинской сестры. Во-первых, таких ситуаций старшие и главные медицинские сестры должны стараться избегать; во-вторых, такая ситуация будет менее болезненной при высоком культурном уровне обоих медицинских работников или хотя бы одного из них, в-третьих, при умелом вышестоящем руководстве эту ситуацию можно

развернуть в пользу обоих: опытная сестра, тактично и ненавязчиво подсказывающая молодому врачу, будет чувствовать свою значительность, а молодой врач будет чувствовать поддержку в тех вопросах, которые еще недостаточно знает, будет уверен, что подсказка сестрой будет сделана в корректной форме.

В большинстве случаев контакт пациента с лечебно-профилактическим учреждением начинается с общения со средним медицинским персоналом. Медицинская сестра должна провести подготовительную работу и настроить больного на контакт с лечащим доктором, учитывая личностные особенности обоих. Общение с больным должно строиться на уважении к нему, которое пациент должен ощущать, исходя из первых же слов, обращенных к нему медицинской сестрой. В ежедневной работе с больным есть множество задач, выполнить которые может как врач, так и медицинская сестра. Вопрос о том, кто будет выполнять данную конкретную задачу, решается индивидуально, исходя из местных условий. Нередко сестре приходится по несколько раз объяснять назначения врача, когда доктор уже занимается с другим пациентом, до тех пор, пока она не убедится, что больной понял разъясняемое. Врачу также порой приходится брать на себя функции медицинской сестры в момент ее большей занятости. В глазах пациентов выигрывает тот врачебно-сестринский коллектив, где распространена такая практика, это идет на пользу лечебно-диагностическому процессу в целом. Врач, заставляющий больного долго ждать, пока сестра оформит ему направления на анализы, в то время как она занята какими-либо срочными манипуляциями, демонстрирует свое неуважение к больному, медицинской сестре и лечебному учреждению в целом.

Тема 3

Основными задачами любого лечебно-профилактического учреждения являются прием пациента на каком-либо этапе его заболевания, осуществление в отношении него определенных лечебно-диагностических мероприятий в соответствии со своим профилем. Психологический климат, созданный в данном учреждении, должен помогать и упрощать решение основных, возложенных на него задач. На всем протяжении времени, пока больной находится в стенах лечебного учреждения, он должен ощущать, что все происходящее с ним и с другими пациентами подчинено одной цели – скорейшей диагностике и максимально эффективному лечению. В таком случае какие-либо неувязки, задержки в его собственных лечебно-диагностических манипуляциях будут восприняты им исключительно как крайняя необходимость и не вызовут негативных эмоций. Наоборот, больной может ощутить свою значимость, если будет знать, что его обследование было отложено в интересах другого более тяжелого пациента и, вовремя проведенное, оно спасло человеку жизнь. В структуре медицинской психологии выделяется такое понятие, как психология обращения с больными. Суть этого термина заключается в умении найти метод обращения с каждым конкретным пациентом, проложить путь к эффективному контакту с ним. Прежде всего необходимо научиться понимать больного, спектр его переживаний и надежд. Решающая роль в лечебном процессе зависит от единого стиля работы всего лечебного коллектива и вовлечения в этот стиль больного как временного участника. Единообразие подходов всего лечебного коллектива к любому больному играет решающую роль в эффективности лечения и авторитете данного коллектива. В любом отделении есть больные, к которым легко найти подход, объяснить необходимость той или иной манипуляции, назначения или отмены медикамента, задержки или ускорения выписки из отделения.

Полной противоположностью являются больные, не согласные ни с какими назначениями, вмешательствами, постоянно подозревающие несправедливость по отношению к себе и обвиняющие в этом весь медицинский персонал. Даже с таким пациентом можно найти общий язык, если весь коллектив лечебного учреждения будет действовать слаженно и поддерживать мнение своих коллег.

Особенности психологического климата в амбулаторных учреждениях

У большинства больных, как и вообще членов человеческого общества, бытует мнение о враче как о человеке с положительными чертами характера. В литературе и искусстве, культуре в целом веками создавался благородный образ врача, способного на самопожертвование, служение науке и обществу. Большинство пациентов, сталкиваясь с медициной в том или ином ее проявлении, в глубине души надеются на подобное отношение. Со стороны врача очень важно дать понять больному, что он способен на то, чего тот от него ожидает, и не его вина, если не все удастся. Известный факт, что эффективность лечения во многом зависит от веры больного в выздоровление, а это, в свою очередь, тесно связано со степенью доверия к врачу, с тем, насколько удастся врачу расположить к себе больного и разобраться в его сложных (или кажущихся сложными) переживаниях, сколь разумен и реален будет совет врача, столь эффективно будет налажен контакт с больным. Не следует забывать, что больной, посетивший врача, в большинстве случаев знает о враче гораздо больше, чем врач о больном. Создавшееся невыгодное положение врача обязывает его быть предельно внимательным, чутким и осторожным. Отсюда следует, что в амбулаторно-поликлиническом учреждении крайне важно создать такую обстановку, в которой любой пациент еще до общения с врачом мог бы почувствовать, что забота и внимание к нему есть первый этап действительного стремления оказать ему максимально возможную помощь. Любое лечебное учреждение начинается с регистратуры или приемного покоя, где основными работниками является средний и младший медицинский персонал. Уделяя основное внимание лечебным мероприятиям, руководство лечебных учреждений нередко забывает о воспитательной работе и обучению элементарным психологическим приемам этой категории медицинских работников, хотя их чуткость, доброжелательность, деловитость, лишенная назойливости и ненужных разговоров, как нельзя лучше подготавливают благоприятную почву для дальнейших действий старшего медицинского персонала. Важными аспектами являются соблюдение в коридорах учреждения и в кабинетах врача тишины, доброжелательной обстановки, наличие свежего воздуха, отсутствие неприятных или специфических запахов. Оформление кабинетов и коридоров должно предусматривать следующие цели: успокоить больного, сообщить ему чувство уверенности, но не напоминать ему об имеющихся или возможных страданиях. Наглядная агитация должна способствовать санитарно-гигиеническому просвещению и выработке профилактических навыков. Однако в ряде случаев, несмотря на все усилия, остается психологический барьер недоверия и отчужденности между врачом и больным. Причин тому может быть множество: недостаточный врачебный опыт, чувство антипатии, имевшее место в прошлом, чувство брезгливости при различных тяжелых заболеваниях, плохое самочувствие или плохое настроение врача в день приема. Не стоит забывать, что врач, как и любой другой человек, не застрахован от заболевания, личных огорчений и жизненных невзгод. Однако все перечисленные и неперечисленные аспекты не должны накладывать отпечаток на взаимоотношения доктора и пациента. Врач в самом начале беседы должен полностью переключиться на проблемы и переживания больного и забыть о своих личных невзгодах, до которых больному, обратившемуся за помощью, нет никакого дела. Врач не должен забывать, что больной, особенно при первой встрече, очень внимательно следит за каждым жестом, взглядом, выражением эмоций врача. В течение определенного времени больной находится в состоянии особой настороженности, выясняя, найдет ли он в общении с этим доктором контакт, взаимопонимание и настоящую помощь. От того, насколько оправдаются ожидания больного, настолько окажется прочен зарождающийся союз пациента и врача. Очень важен эффект первой встречи. Если при первом контакте прочного союза достичь не удалось, в последующем врачу придется приложить гораздо больше усилий для получения эффективного контакта с больным. Во время общения с больным врач должен быть артистом, ведь от настороженного взгляда больного не ускользнут ни торопливость врача, его невнимательность, скованность в движениях, тревога во взгляде. Как такое поведение будет истолковано больным, известно только ему одному, а врач в его лице получит недоверяющего, мало уважающего его пациента. Нетактичными моментами поведения врача больным будут считаться всевозможные отвлечения доктора на какую-либо другую работу: просматривание полученных анализов, подпись рецептов или других медицинских документов, поданных медицинской сестрой,

систематическое поглядывание на часы, частые ответы на телефонные звонки. Все это неизбежно порождает недоверие к доктору, провоцирует чувство антипатии и раздражения, исключает возможность откровенного разговора. Долгом и прямой обязанностью врача является постоянный контроль своих чувств и действий как при первой встрече с пациентом, так и в дальнейшем.

Особо следует остановиться на культуре речи врачей, а также средних и младших медицинских работников. Слова и выражения, которые употребляет медицинский персонал в общении между собой в присутствии больного или обращаясь к больному, должны исключать специальные термины, которые больной может не понять и расценить по-своему, жаргонные выражения и т. п. Все, что врач или медицинская сестра объясняют больному о его состоянии, должно быть на максимально доступном ему языке, исключать недосказанность и общие фразы, так как такое поведение может спровоцировать недоверие больного и разнообразные домыслы, не соответствующие действительности.

К сожалению, не у всех заболеваний благоприятный или известный прогноз. В этом случае врач должен четко определить, какую долю правды он должен сообщить данному больному. Сообщение заведомой лжи, как правило, не приводит к желаемым результатам, ибо это через какой-то промежуток времени ведет к потере контакта и доверия между врачом и пациентом. Не стоит забывать о том, что врач должен поддерживать доверие больного не только лично к себе, но и к медицине в целом. Назначения, сделанные разными врачами по поводу одного и того же заболевания, могут не совпадать. Данный факт отнюдь не свидетельствует о хорошей либо плохой квалификации того или иного врача. Следует помнить, что методов лечения и лекарственных препаратов, назначаемых по поводу одного и того же заболевания, может быть великое множество. Поэтому если врач, узнав о назначениях коллеги, выразит удивление, недоумение или, еще хуже, недоверие, он может подорвать доверие не только к своему коллеге, но и к себе самому и медицине в целом. Во-первых, возможно, коллега в дополнение к удивившему препарату назначил что-то еще, о чем больной забыл или не хочет рассказывать, во-вторых, за то время, когда проводилось лечение первым врачом, картина болезни могла измениться под действием препаратов, в-третьих, любой из врачей может ошибаться. В любом из вариантов врач должен вести себя тактично и убедить больного, что как первый, так и второй врач действовали исключительно в его интересах. Бестактность врача, неуместный юмор или сарказм накладывают глубокий отпечаток на психологию больного, после чего даже самое правильное медикаментозное лечение значительно снижает свою эффективность.

Особенности психологического климата в стационарном учреждении

Находясь в таких учреждениях, больные испытывают на себе наибольшее влияние лечащего коллектива по сравнению с другими лечебными учреждениями. Это объясняется длительностью и интенсивностью контакта пациента и медицинского персонала в данном случае. В связи с этим требования, предъявляемые к больничной палате, отделению, касаются не только гигиенических, но и эстетических требований. При оборудовании больничного отделения необходимо предусмотреть наличие комнатных растений, картин с приятными, умиротворяющими или жизнеутверждающими, оптимистичными сюжетами. Мебель в отделении должна соответствовать не только санитарно-противоэпидемиологическим нормам, но и эстетическим. Покрытие мебели должно легко подвергаться санитарной обработке. Соблюдение этих требований вызывает у пациента чувство доверия к учреждению, успокаивающе влияет на психику больного и способствует выздоровлению. Одновременно с созданием благоприятных условий для выздоровления больничное учреждение призвано оказывать воспитательное воздействие в отношении образа жизни, привычек и пристрастий пациента. Больной должен освоить или хотя бы встать на путь освоения образа жизни, более целесообразного для него, препятствующего дальнейшему прогрессированию болезни. У человека, находящегося на лечении, неизбежно формируются определенные представления об этом учреждении. Формирование позитивного представления идет на пользу одновременно больному и всему коллективу больницы, создавая имидж учреждения. Процесс попадания в

больницу часто оказывает на людей тяжелое воздействие, создает стрессовую ситуацию. В жизни человека, попавшего в стационар, меняется много аспектов повседневной деятельности. Реакция на стресс может быть самой разной у больных с разными заболеваниями и особенностями характера.

Основными факторами, влияющими на этот процесс, являются тяжесть заболевания больного, длительность нахождения в стационаре, особенности восприятия новой обстановки и многое другое.

У пациента, попавшего в лечебное учреждение, могут сложиться самые разнообразные представления. Многие ждут избавления, освобождения от страданий, выздоровления. Иные больные ждут других результатов от пребывания в больнице (например, обследования, позволяющего получить группу инвалидности). В большинстве случаев попадание в больницу оказывает на пациентов тяжелое, иногда потрясающее воздействие. Неизвестные предметы, непонятные аппараты, необъяснимые действия лечащего персонала, особенности поведения соседей по палате, новая обстановка, тревога за исход своей болезни, тяжелые картины чужих переживаний – все это и многое другое не может не отражаться на психике больных. Находясь в больнице, пациент постоянно чего-то ожидает: манипуляций, консультаций, операций, перевязок, обходов, результатов обследований, визитов из дома. Попавший в больницу вынужден расстаться с привычным окружением, домашней обстановкой, ритмом жизни. Разные пациенты воспринимают это по-разному: негативно или позитивно. Пребывание в стационаре влияет благоприятно, если больному комфортно и приспособление к новой среде не требует от него особых усилий. К неблагоприятной, не располагающей обстановке приспосабливаться труднее, да и сама госпитальная среда в этом случае может послужить причиной возникновения состояния тревоги, напряженности, не способствующего выздоровлению. Врачу могут встретиться даже такие случаи, когда больные в начале заболевания начинают избегать дальнейшего контакта с ним под теми или иными предлогами. Такие больные не хотят углубленного и подробного обследования. Объясняют они это свое поведение страхом, что у них обнаружат тяжелую, неизлечимую болезнь. Встречаются и другие больные, требующие массы дополнительных исследований, уверенные в наличии у них тяжелого, неизлечимого недиагностированного заболевания. Пациента, поступающего на стационарное лечение, встречает персонал приемного покоя. Формальные процедуры, регистрация личных данных больного, заполнение всевозможных медицинских документов требуют много времени. С этого этапа больные должны получать внимательное, доброжелательное, теплое отношение медицинского персонала. На этапе приемного покоя начинается налаживание охранительного режима персоналом лечебного учреждения. В налаживании и соблюдении охранительного режима нет мелочей, все имеет значение: оформление помещений, организация четкой работы в отделении с учетом режима дня больных, внешний вид пациентов и медицинского персонала, освещение, запахи и многое другое. Больной, поступающий в относительно удовлетворительном состоянии, стремится побыстрее сориентироваться в окружающей обстановке, получить максимум необходимой информации для дальнейшего проживания в новой для него обстановке. Таким образом, для него создаются более комфортные условия. Заслуживают внимания привычки и особенности членов лечащего коллектива, сложившиеся в данном учреждении. Вежливость и обходительность, спокойная речь, тихая ходьба – все это оказывает благоприятное психологическое воздействие на больного и играет важную роль в борьбе с вредностями, причиняемыми шумом. Тишина – одно из главных условий ухода за больными в течение всего процесса лечения. Другим важным условием ухода является освещение. Тусклый свет столь же вреден, как и слишком яркий, режущий в глаза. Беспочинное частое изменение режима освещения в палате также оказывает отрицательное влияние на психологическое состояние больных. Не менее важно соблюдение комфортного температурного режима в отделении. Кроме того, помимо оптимальных требований медицинский персонал должен учитывать индивидуальные запросы больных в соответствии с их заболеванием. Чистота является не только предметом соблюдения санитарно-противоэпидемиологических норм, но и аспектом психической гигиены. Нужно добавить, что у больных возможны личные гигиенические запросы, пренебрегать которыми нежелательно, несмотря на их индивидуальный характер. У

любого культурного человека грязь вызывает отвращение. Нельзя назвать приятным соседство с лежащим больным, вынужденным справлять естественные надобности в палате, соседство с больным, отхаркивающим зловонную мокроту. Существует еще немало подобных неприятных случаев. Долг заведующего отделением в данном случае – избавить более легкого больного от подобного соседства, с одной стороны, а с другой – сделать соседями больных, находящихся примерно в одинаковом состоянии, тем самым облегчая общение и взаимопонимание более тяжелых и беспомощных больных. Даже при размещении больных, не создающих неудобств окружающим, не вызывающих у них отрицательных эмоций, следует учитывать психологические аспекты размещаемых. Одному больному в силу его психологических особенностей требуется большая изоляция, другой боится спать один, потому что опасается ночного приступа своего заболевания, третьему для уменьшения страха и беспокойства хочется быть поближе к комнате медицинской сестры, четвертый боится лежать у окна, чтобы лишней раз не простудиться, пятый не хочет спать у радиатора, потому что не переносит духоту. Размещая больных, медицинский персонал не должен забывать о совместимости больных внутри палаты. Разногласия могут возникать между людьми разных темпераментов или разных типов личностей. Спокойствие в этом случае может нарушить любой, на первый взгляд, невинный вопрос, если он задевает глубоко скрываемый конфликт в душе больного. Постоянным требованием любого лечебного учреждения является поддержание порядка в госпитальных палатах. Степень осуществления этого требования зависит от многих местных условий и реальных возможностей. Иногда больные сталкиваются с чрезмерной педантичностью палатных сестер, отвечающих за этот раздел работы. Они буквально «терроризируют» больных, требуя от них идеального порядка, не считаясь с особенностями заболевания и проводимыми лечебно-диагностическими манипуляциями. Такая обстановка может мешать выздоровлению, особенно если приходящая на смену ночная медицинская сестра не столь категорична в своих требованиях, чем подчеркивает определенную степень унижения больного в дневное время. Нельзя не отметить, как важен подбор сестер, близких по стилю работы и особенностям личностей.

Руководителем лечащего коллектива является главный врач. Особенности его поведения, взглядов, манера общения служат примером для всего медицинского персонала. Он является духовным наставником коллектива, от него зависит эмоциональный настрой работы всего лечебного учреждения. Отсюда следует, что важна личность главного врача. Не во всех лечебных учреждениях существенное значение придается личностным качествам, чаще первостепенное значение придают знаниям и способностям. Главный врач должен своим отношением к работе, характером своей повседневной деятельности давать позитивный пример подчиненному ему медицинскому персоналу. Он должен быть не только руководителем, но и воспитателем, формируя медицинских работников не только как специалистов, но и как людей, сознающих свое предназначение – сохранение здоровья и жизни людей.

Одной из проблем, с которой сталкивается любой руководитель медицинского учреждения, является недопонимание между врачами старшего и молодого поколений. Разногласия между поколениями могут носить характер соревнования, спора. Но, когда соревнования принимают нездоровый характер, появляется необходимость вмешательства более высокопоставленного руководителя. Роль главного врача в данной ситуации заключается в том, чтобы добиться использования в работе новых прогрессивных методов, пропагандируемых молодым поколением, не забывая старые, давно проверенные.

Из практики известно, насколько особенности стиля работы отдельных главных врачей влияют на атмосферу вверенных им лечебных учреждений. Столь же важно для работы среднего и младшего медицинского персонала влияние личности главной (старшей) медицинской сестры. В ее работе одинаково необходимы гуманность и твердость руководства. В современной действительности старшая медицинская сестра часто слишком загружена хозяйственными и административными задачами, ее возможностей руководителя часто не хватает для организации высокого уровня деятельности медицинских сестер и младшего медицинского персонала. С проблемами старшего и младшего поколения приходится сталкиваться и среди сестер. Это касается распределения работы, дежурств, особенно при нехватке кадров, несовершенстве условий труда. К трениям и конфликтам могут приводить

личные проблемы, темперамент, особенности поведения.

Пациент, замечая, что все в лечебном учреждении подчинено установленному плану, с большим уважением относится к предъявляемым к нему требованиям и стремится их выполнять. Организованность способствует поддержанию у больных чувства уверенности в их дальнейшей судьбе. Постоянная изменчивость времени обходов и пропусков отдельных посещений больных может привести к организационной неразберихе, что подрывает доверие к врачам и воспитывают в них безалаберное отношение к назначенным лечебно-диагностическим манипуляциям. Врачебный обход как таковой оказывает многогранное медико-психологическое воздействие на больных. Ежедневный врачебный обход вызван необходимостью, но он имеет и отрицательные стороны. Доля уделяемого внимания к каждому больному порой зависит не от тяжести его состояния и характера болезни, а времени, которым располагает врач. Поэтому метод регулярных врачебных обходов всего отделения используется не везде, в ряде отделений используется метод индивидуального занятия с больным. В основном это зависит от профиля госпитального отделения. В психиатрических отделениях стараются меньше использовать практику регулярных врачебных обходов. Учитывая особую специфику такого лечебного учреждения, практически главным методом работы с любым больным является индивидуальный. Массовый, групповой метод работы, для которого не являются помехой врачебные обходы, больше подходит для выздоравливающей группы больных. Врачебный обход в таком отделении, как хирургическое, также не всегда актуален, потому что больные, находящиеся в одной и той же палате, порой нуждаются в совершенно различных манипуляциях, которые нельзя провести вне манипуляционной. Соответственно, в этом случае также будет использован индивидуальный метод работы. Палаты интенсивной терапии и реанимационные отделения вообще требуют многократного осмотра и вмешательства в состояние больного в течение суток.

При выписке больного из стационара нельзя забывать, что пациент должен быть морально подготовлен к этому событию, даже если до этого он сам настойчиво к нему стремился. Выписка не должна быть неожиданной, иначе она неизбежно вызовет домыслы и сомнения пациента и его родственников: не выписывают ли меня недолеченным, или, может быть, врачи выяснили безнадежность моего состояния и скрывают от меня это; возможны и другие тревожные состояния. Наличие у больного неразрешенных сомнений неизбежно приведет к конфликтной ситуации и отразится на эффекте лечения и эмоциональном состоянии других больных.

Тема 4

Влияние заболеваний на психику человека и его поведение

Понятие здоровья и болезни

Определить понятие болезни и здоровья ученые и медики пытались издавна. Со времен Гиппократов было множество точек зрения на этот вопрос. Болезнь и здоровье всегда воспринимались как два взаимоисключающих состояния, следовательно, плохое самочувствие и хорошее самочувствие логично рассматривать как два полюса, подходящих к любому из этих состояний. Понятие плохого и хорошего самочувствия носит чисто субъективный характер. Даже при серьезном заболевании человек может считать себя здоровым, так как он хорошо себя чувствует. Типичным примером может служить онкологическое заболевание, являющееся прогностически очень серьезной проблемой для всего организма, но не приносящее в начальной стадии никаких неприятных субъективных симптомов. Наоборот, плохое самочувствие может быть обусловлено разнообразными причинами, помимо соматической патологии. Кроме соматических, основными причинами плохого самочувствия можно считать социальные. К ним относятся семейные проблемы, любые нарушения коммуникации, взаимодействия личности с представителями социальной среды, в которой она обитает.

Понятие здоровья нужно рассматривать как состояние, к которому должны стремиться

успешные лечебные воздействия, а также как цель постоянно предпринимаемых и пропагандируемых профилактических мер. Понятие психического здоровья включает в себя три основных аспекта: хорошее самочувствие, как физическое, так и душевное; самоактуализация, т. е. способность к саморазвитию, наличие самодостаточности; уважение к себе и окружающим, или чувство собственного достоинства. Все эти качества можно рассматривать как характерологические особенности личности с низким риском возникновения психического расстройства. Вероятность определяется не только преморбидными свойствами личности, но и экологическими, экономическими и социальными условиями жизни. «Вся жизнь – театр, а все мы в ней актеры». Уместность этой цитаты объясняется тем, что помимо объективных понятий здоровья и болезни существует не менее актуальное понятие роли здорового и роли больного. Роль подразумевает определенные ожидания общества от поведения данного индивида. Роль здорового подразумевает, что человек в состоянии выполнять все возложенные на него окружающим обществом социальные функции и в перспективе брать еще и дополнительные. Роль здорового характеризуется нормальной работоспособностью, выносливостью, готовностью к выполнению возложенных функций. Роль больного подразумевает прямо противоположную ситуацию. В состоянии болезни человек претендует на повышенное внимание, заботу со стороны окружающих. Роль больного подразумевает, что возложенные на него прежде социальные функции должны быть переданы другому лицу или их выполнение должно быть приостановлено, так как роль больного включает в себя невозможность выполнения прежних действий в полном объеме.

Любое заболевание диагностируется на основе анализа клинических признаков (симптомов) и результатов проведенных обследований. Среди многообразия симптомов присутствуют признаки соматического неблагополучия, а также измененной реакции психики в результате заболевания. При ряде заболеваний, таких как нейроинфекции, разнообразные интоксикации, психические болезни, заболевания сосудов головного мозга, изменения психики обусловлены непосредственным воздействием на головной мозг. При других заболеваниях изменения психики и поведения будут обусловлены не поражением головного мозга, а изменившимися ощущениями со стороны других органов и систем. Общий механизм таких изменений принципиально одинаков. Нарушение привычной деятельности органов и систем в результате возникновения и развития соматического заболевания приводит к изменению нервной импульсации, поступающей от пораженного органа в головной мозг. В результате происходит изменение физиологических параметров высшей нервной деятельности, что и приводит к изменению психической деятельности пациента. Такие изменения не могут быть односторонними, им всегда сопутствует церебро-висцеральная связь. Взаимодействие по принципу прямой и обратной связи создает в конечном итоге целостную картину заболевания. Изменения в психическую деятельность человека вносит именно обратная связь. Реагирование на одинаковую болезнь или травму у разных личностей будет различным. Оно обусловлено разным осознанием болезни или травмы, предшествующим жизненным опытом, уровнем интеллекта и знаний в конкретной области и многими другими обстоятельствами. В практической деятельности врачу нередко приходится сталкиваться с несоответствием обилия предъявляемых жалоб и скудностью объективных данных. Все психологические особенности осознания больным своей болезни можно условно разделить на виды переживаний и реакций на заболевание. К ним относятся суждения пациента о начальных проявлениях болезни, особенности изменения самочувствия в связи с усугублением болезненных расстройств, в дальнейшем, на пути к выздоровлению и восстановлению здоровья – представления о вероятных последствиях перенесенного болезненного процесса для себя и окружающих, возможности продолжения привычной профессиональной деятельности и многое другое. Следует обратить внимание на то, что в центре переживаний больного находятся его субъективные ощущения, они занимают максимум его внимания и интересов. Они имеют несколько разновидностей:

- 1) сенситивный, подразумевающий ощущения соматического дискомфорта в виде общей слабости, болевых ощущений и других проявлений;
- 2) эмоциональный, выражающийся в надеждах на выздоровление, опасениях за неблагоприятный исход болезни, возможные осложнения;

3) волевой, характеризующийся отчетливым пониманием необходимости принятия мер к преодолению заболевания в результате обследования и активного лечения;

4) рациональный и информативный, выражающийся в потребности знать особенности своего заболевания, возможную длительность течения, вероятные осложнения, возможные варианты исхода: полное выздоровление, временная нетрудоспособность (краткая или длительная), инвалидность, смерть.

Перечисленным субъективным переживаниям соответствуют различные типы реагирования на возникшую болезнь. Они подразделяются на нормальные и аномальные.

Нормальные реакции :

1-й тип – склонность переоценивать значение отдельных симптомов и заболевания в целом;

2-й тип – реальная оценка своего состояния и дальнейших перспектив, совпадающая с мнением лечащего врача;

3-й тип – склонность недооценивать тяжесть и серьезность своего состояния в текущий период времени и возможности последствий и осложнений;

4-й тип – полное отрицание болезни в целом и каких-либо отдельных патологических симптомов в частности в результате отсутствия критики к своему состоянию или диссимуляции;

5-й тип – вытеснение из своего сознания явных угрожающих признаков заболевания в связи со страхом его неизвестных последствий.

Аномальные реакции :

1) астенический тип характеризуется повышенной утомляемостью, истощаемостью, несмотря на благоприятный исход болезни; пациента мучают сомнения, он боится повторения заболевания или перехода его в хроническую форму;

2) депрессивный тип характеризуется преобладанием чувства тревоги, тоски, растерянности, отсутствием надежды на выздоровление, в связи с чем утрачиваются побудительные мотивы к борьбе с болезнью;

3) ипохондрический тип характеризуется «уходом в болезнь», которая заполняет всю его жизнь, определяет интересы и помыслы, с ней связаны все его желания и стремления;

4) истерический тип характеризуется склонностью к фантазированию, искусной демонстрации воображаемых болезненных симптомов, сопровождающихся богатой мимикой, театральными жестами, стонами, криками. При этом больные охотно делятся своими переживаниями, красочно и подробно рассказывают об отдельных симптомах, они проявляют придирчивость по отношению к медицинскому персоналу, который обвиняют в недостаточном внимании, равнодушии и черствости по отношению к ним, несчастным страдальцам;

5) мозаичный тип является комбинацией из отдельных признаков, присущих другим типам. В разные периоды заболевания преобладает один из описанных выше видов аномальной реакции.

Одной из характерных особенностей аномальных реакций является их склонность к быстрому развитию и быстрому исчезновению. При психопатологических реакциях у пациентов отсутствует критика к своему состоянию или присутствует, но в недостаточной мере.

Сочетание нормальных и аномальных типов реагирования в преломлении эмоциональных особенностей и социальных потребностей позволяет выделить три основных наиболее часто встречающихся варианта отношения к своему заболеванию.

Первый вариант расценивается как нормальная реакция на болезнь. Пациент адекватно оценивает свое состояние и дальнейшие перспективы, в связи с чем стремится выполнять назначенное лечение и обследование, интересуется полученными результатами. В действиях такого больного отмечаются целеустремленность, настойчивость, самообладание, стремление взять ситуацию под свой контроль.

Второй вариант является депрессивным типом аномальной реакции на болезнь. Больные этой группы растеряны, суетливы, пессимистичны, в поведении неуравновешены. Цели и задачи, прежде значимые для этих пациентов, уходят на второй план, свои неудовлетворенные потребности им иногда удается решать при помощи демонстрации своей беспомощности.

Пациенты малоинициативны, интерес их к результатам своего обследования и лечения недостаточен, они не используют своих собственных резервных возможностей.

Третий вариант – истерический тип аномальной реакции на болезнь: больные пассивны, игнорируют существующие трудности, их настроение неустойчивое, поведение неровное. Контакт с окружающими затруднен вследствие частой непредсказуемой смены настроения. Пациенты долго и цветисто повествуют о своих болезненных переживаниях, нередко демонстрируя их.

Ятрогения

В целом ятрогения является частным случаем психогении, т. е. заболевания, развивающегося вследствие психической травмы, в данном случае слова врача. В более узком смысле ятрогией следует считать изменения психики человека под влиянием неправильного мнения, ошибочного высказывания врача. Таким образом, слово врача является серьезным оружием, способным как лечить, так и наносить вред здоровью. Человек, страдающий практически любым заболеванием, становится более восприимчивым и чувствительным к окружающим воздействиям, более подвержен отрицательным влияниям. Однако не все пациенты одинаково подвержены таким воздействиям. Имеют значение особенности личности человека. Наибольшая подверженность характерна для лиц тревожных, мнительных, впечатлительных, привыкших прислушиваться к своим ощущениям, с легко ранимой психикой. Поводом обычно служат неправильно понятые слова врача в сочетании с ярким впечатлением о болезни какого-либо другого пациента, сопровождающиеся чувством тревоги: вид тяжелобольного, рассказы очевидцев, чтение литературы о внезапном заболевании с трагическим исходом. Спустя непродолжительное время у такого впечатлительного больного появляются разнообразные неприятные ощущения, напоминающие, по его мнению, признаки того самого заболевания, о котором он узнал или наблюдал у другого человека. Если врачебным обследованием не подтверждаются его опасения, он начинает обращаться к другим докторам, будучи уверенным, что он болен. Если заболевания не находят и другие врачи, он может жаловаться в вышестоящие инстанции, требуя повторного обследования и назначения лечения. Иногда такие пациенты становятся «профессиональными жалобщиками», отнимающими массу времени у врачей и контролирующих организаций на поиски несуществующей болезни и ответы заявителю. Одновременно такой пациент пытается самостоятельно разобраться в своем состоянии здоровья, пытается читать специальную медицинскую литературу, которую весьма нелегко понять человеку без медицинского образования, делает ошибочные выводы и на их основании пытается заниматься самолечением. Недостающие симптомы появляются в результате самовнушения, мнимые ощущения в конечном итоге приходят в систему, приобретают упорядоченность. На этом этапе больной может действительно производить впечатление истинно больного человека. Отсутствие понимания и сочувствия со стороны медицинских работников может вызвать снижение настроения, расстройство сна, аппетита, общего самочувствия. В таком состоянии действительно развиваются функциональные расстройства со стороны «больного» органа. При повседневном общении с пациентом большое значение имеет его степень внушаемости. Она может иметь положительное значение, так как легко внушаемый пациент лучше воспримет и запомнит советы, назначения и рекомендации. В других случаях внушаемость может сыграть злую шутку с врачом и пациентом в случае ошибочного мнения или опрометчивого высказывания доктора. Особенно часто ятрогенные влияния наблюдаются в ходе обследования при выявлении ранних проявлений той или иной болезни, когда больной уже обеспокоен изменениями в своем самочувствии и становится предрасположенным к вольным толкованиям своего меняющегося состояния. Тщательный анализ жалоб и переживаний больного позволяет лучше понять особенности его психической индивидуальности, найти более эффективные и приемлемые формы влияния на него. Этому способствует также исключение из употребления в присутствии больного терминов, не понятных для него, которые из непонятных могут превратиться в пугающие. Большое значение следует придавать анализу переживаний больного, ибо врач в результате непосредственного словесного контакта может получить

материал, нередко превосходящий тонкостью наблюдения физические методы исследования. В самом начале контакта с больным врач должен укреплять положительные установки пациента, а не излишне сочувствовать ему и говорить о возможных тяжелых последствиях и длительности заболевания, неоправданно много и долго лечить, назначать большое количество препаратов с разнонаправленным действием, без особой необходимости выдавать листок нетрудоспособности, как бы перестраховываясь, вместо того, чтобы давать рекомендации по трудоустройству, исходя из психического и соматического здоровья. Особо следует отметить необходимость соблюдения аккуратности и осторожности при сообщении больному результатов обследования и установленного диагноза. Сообщение одного и того же диагноза разным пациентам носит сугубо индивидуальный характер с элементами театральности. Форма сообщения, слова, выражения, демонстрация собственного отношения врача к сообщаемому диагнозу должны зависеть от уровня интеллекта, образования, культуры, соматического и эмоционального состояния пациента. Наиболее неприемлемым, вредоносным вариантом считается медикоцентричное отношение к сообщению о диагнозе. Оно характеризуется сухой научной характеристикой свершившихся фактов. В этом случае врач выступает только как профессионал в одной конкретной своей узкой области знания, с небольшой натяжкой в этом случае его можно назвать просто ремесленником. Вредное влияние на больного могут оказать и рассуждения врача вслух, особенно если это касается дифференциально-диагностических вопросов. Он порой даже не может догадаться, какой вихрь вопросов и сомнений поднимает в голове больного замечание о том, с какими разнообразными болезнями может быть связан симптом, беспокоящий больного. Рассматривая аспект сообщения пациенту результатов его обследования, следует особое внимание уделить электрокардиографии, так как до сих пор этот метод диагностики остается одним из наиболее информативных в отношении состояния сердца, а оно является крайне важным органом, что известно любому, самому необразованному пациенту. В ряде исследований ведущих кардиологов отмечается, что неосторожное сообщение результатов электрокардиографии нанесло не меньший вред, чем выявленные этим методом соматические проблемы. Распространенный в настоящей медицине диагноз «кардиальный невроз» нередко становится следствием нетактичных сообщений результатов ЭКГ особо мнительным пациентам. Больные с ипохондрическим складом личности порой скрупулезно коллекционируют результаты проведенных обследований, мнения различных специалистов, сравнивают их между собой и с результатами исследований других больных, пытаются самостоятельно делать выводы, чем наносят себе серьезный вред, концентрируя свои интересы на состоянии своего здоровья и проявлениях болезни. Мысль о возможной болезни сердца ужасает их особо, они просят, требуют повторных проведенных электрокардиографии, а затем впадают в панику, услышав даже о незначительных отклонениях. Не имея медицинского образования, не зная медицинской терминологии, такие больные приходят к выводу о наличии у них серьезной болезни сердца, хотя объективно об этом нет и речи. Они требуют повторных ЭКГ-исследований и немного успокаиваются только тогда, когда удается обнаружить хотя бы минимальные отклонения в сторону ухудшения, так как этим подтверждаются их опасения, с которыми никто не хочет соглашаться. Трактовка рентгенологических исследований тоже имеет свои подводные камни. В большей степени это касается спорных заключений, которые в этом виде обследований встречаются довольно часто. Одна и та же картина может быть расценена как вариант нормы у одного пациента и как проявление патологии у другого, причем это не всегда ясно сразу. Рентгенологические данные всегда необходимо оценивать в сочетании с другими обследованиями, поэтому рентгенолог единолично не должен ставить диагноз и сообщать об этом пациенту. Характерным примером может служить следующий случай из педиатрической практики. Ребенку 2 лет было назначено рентгенологическое исследование легких в связи с длительно сохраняющимся кашлем после перенесенного бронхита. Рентгенолог детской поликлиники находился в отпуске, поэтому заключение делал рентгенолог, работающий с взрослым населением и утративший навыки изучения детских рентгенограмм. Его вердикт был однозначен: у ребенка диссеминированный туберкулез легких. К счастью или к несчастью, у матери ребенка было медицинское образование. К несчастью потому, что она сразу представила себе предстоящий объем и длительность лечения, последствия перенесенного столь серьезного заболевания в столь нежном возрасте для

организма в целом и последствия влияния токсичных лекарственных препаратов, без которых невозможно добиться излечения этого заболевания. Такая ситуация могла привести к неправильному лечению ребенка с непредсказуемыми последствиями и невротическому расстройству со стороны матери. К счастью, мать не удовлетворилась заключением этого рентгенолога и стала искать возможность проконсультировать ребенка и проверить результаты обследования у специалиста, работающего в детском лечебном учреждении. Заключение гласило, что такой результат может быть вариантом нормы, что и подтвердилось дальнейшими клиническими наблюдениями.

Следует отличать от истинных ятрогенных влияний псевдоятрогению. Она встречается в тех случаях, когда больные, обладающие мнительным характером, склонные к фантазированию. В ряде случаев, не соглашаясь с мнением доктора, такой пациент утверждает о наличии противоположного мнения у его коллеги, хотя это не соответствует действительности. Необходимо осветить и такой аспект врачебной этики деонтология – раздел этики, как обсуждение, проверка и контроль мнений своих коллег по профессии. Врач, уполномоченный сообщить больному, что по его жалобе была проведена проверка, выявлены нарушения в действиях лечащего персонала, должен очень тактично строить свою беседу. Его задача – не только формально сообщить пациенту результаты своей работы, но и постараться не подорвать веру больного во врача, лечебное учреждение и медицину в целом. В случае врачебной ошибки или оплошности в большинстве ситуаций существуют объективные причины, оправдывающие действия врача или хотя бы объясняющие их. Больной должен о них узнать из тактичного сообщения контролирующего специалиста. На состояние пациента, обратившегося за медицинской помощью, влияют многие обстоятельства, в том числе авторитет врача, его внешний вид, состояние кабинета врачебного приема, в который он попал, внешний вид медицинской аппаратуры, находящейся в поле зрения пациента. Но самое большое влияние оказывают слово врача, его поведение, манера и тон разговора. Нельзя переоценить силу влияния личности врача. В большинстве случаев манеру поведения доктора можно отнести к одной из двух, наиболее распространенных. Это тип добродушного, все понимающего и всепрощающего доктора и тип «профессора», который все знает, но очень далек от пациента в связи со своим особым социальным статусом. Атмосфера, в которой работает врач, может способствовать наилучшему контакту с больным и результативности лечения, а может препятствовать ему. В поведении врача имеют значение и его собственные мысли, переживания, настроения, не связанные с больным и лечебным процессом вообще. Однако нельзя допускать, чтобы больной зависел от личной жизни врача, в которой, как у любого другого человека, возможны разнообразные ситуации. Невротические черты личности препятствуют формированию доверительного контакта с больным и могут привести к ятрогенным влияниям. В поведении доктора важно все: манера одеваться, культура речи, соблюдение общепринятых правил приличия. Типичным примером может служить ситуация, когда уставший хирург после успешной операции, не задумываясь, выходит к ожидающим родственникам в окровавленном медицинском халате. Наиболее впечатлительных это может довести до обморока, хотя доктор пришел с хорошей вестью об успешной операции, но они-то сначала увидели устрашающий внешний вид и испугались, еще ничего не услышав. В шутках с больными доктор должен соблюдать особую осторожность и не шутить, даже если он привык к такой манере общения вообще, если он не уверен, что пациент понимает юмор. В большинстве случаев больные всерьез воспринимают каждое слово врача. Вполне понятно, что нередко возникают ситуации, в которых велико искушение сделать больному дерзкое или презрительное замечание. На этот момент врач должен забыть о том, что перед ним человек, с которыми у него равные права. Врач не имеет права на подобные заявления больному, так как такими высказываниями может не только свести на нет все лечебные воздействия, но и даже ухудшить состояние пациента по сравнению с исходным. Иногда поведение медицинского персонала может показаться нелогичным в отношении некоторых больных, что проявляется необоснованной симпатией или антипатией. Обычно это бывает результатом ассоциативных связей доктора с прежними событиями, не имеющими отношения к данному пациенту, что является в корне ошибочным. Таких нюансов в поведении врач должен избегать и не делать из случайного пациента козла отпущения, хотя врач – такой же обычный человек и ему не чужды

все слабости и переживания. Вследствие постоянно высокой занятости врача является распространенной еще одна ошибка в поведении, когда он пытается отделаться от навязчивого пациента трафаретными, ничего не значащими фразами. Они подрывают авторитет врача, демонстрируя его формальное отношение к своему делу вообще и данному пациенту в частности. В случае большой занятости врач должен постараться объяснить это пациенту и назначить другое время для более подробного разговора. Еще Гиппократ в трактате о поведении врача говорил: «Все, что надо делать, делай спокойно и умело, чтобы больной мало замечал твои действия; думай только о больном, когда следует – ободри его дружеским и участливым словом; при необходимости – строго и твердо отклони его требования, но в другом случае окружи любовью и разумным утешением». Рассмотрим пример. Женщина 56 лет, склонная к депрессивным реакциям, приходит на прием к невропатологу, к которому была направлена терапевтом в связи с явлениями беспокойства, плаксивости, нарушениями сна. Около года назад ее стали беспокоить неопределенные боли в области нижней части живота, доставлявшие больной выраженное беспокойство. Врач, к которому она обратилась, заявил, что подозревает саркому (один из вариантов злокачественной опухоли, трудно поддающейся лечению), поэтому необходимо срочное обследование. Больная прошла множество обследований, ни одно из них не подтвердило диагноз, но пациентка продолжала испытывать непреодолимый страх, что у нее возникнет неизлечимая онкологическая болезнь. Ошибка в поведении врача заключается в том, что он, не оценив особенностей личности пациентки, подверженной депрессивным состояниям, сразу сообщил ей о своих наихудших предположениях, хотя в этом случае, назначая тот же перечень обследований, обосновывать их для пациентки нужно было гораздо мягче, даже если врач действительно подозревал возможность столь серьезной болезни. И. П. Павловым в работах проводилась аналогия между словесными влияниями и физическими раздражителями. Он говорил о необходимости врачу соблюдать принцип стерильности слов. Известны случаи, когда больные из-за неосторожного слова врача или предсказания в отношении исхода болезни решаются на различные аутоагрессивные поступки, в том числе и суицидальные попытки. Слова врача – это не только инструмент общения, но и нередко своеобразное лекарство. Если больной говорит, что ему стало легче просто после разговора с доктором, мы имеем дело с квалифицированным специалистом, понимающим все стороны болезни. Сила словесного убеждения в некоторых случаях не может сравниться с действием самых эффективных медикаментозных препаратов, за произнесенные слова и действия больного, ими спровоцированные, несет полную ответственность врач. Неосторожные сообщения могут привести к прямо противоположному восприятию болезни. Глубокий такт, внимание к рассказу пациента, тщательное изучение особенностей его личности в большинстве случаев минимизируют возможности вредного влияния. Это относится не только к словесному общению между врачом и пациентом, но и к медицинской документации, которую ведет каждый врач в достаточно большом количестве. История болезни, амбулаторная карта, отдельные результаты обследований, выдаваемые больному на руки с определенной целью или попавшие к нему по неосторожности медицинского персонала, могут содержать сведения, непонятные больному и, следовательно, неправильно истолкованные. Неправильное толкование может быть направлено как в сторону усугубления имеющихся болезненных проявлений, так и в сторону утверждения, что у пациента все хорошо и нет необходимости в дальнейшем обследовании и лечении. Как сказано выше, варианты толкования зависят от особенностей личности больного. То же самое касается инструкций, прилагаемых к медикаментам. Их излишняя подробность может спровоцировать ипохондрические проявления у пациентов, склонных к ним. Фармацевтические компании, уважающие себя, считают необходимым указывать все возможные противопоказания и побочные эффекты, которые когда-либо случались в практике применения данного средства, даже если случай произошел однократно. Пациент, склонный к ипохондрии, мнительности, читая такую инструкцию, обязательно начнет выискивать у себя все перечисленные возможные отрицательные влияния и обязательно найдет какое-нибудь из них. Врач должен понимать, что должен знать не только, какая болезнь развивается, но и у какой личности происходят эти процессы. Это позволяет правильнее оценить прогноз и назначить адекватное лечение. Именно поэтому врач независимо от своей основной специальности должен знать основы

психотерапии. Без знаний психотерапии лечение может в ряде случаев приобретать однобокий характер. Врач любой специальности должен понимать: самая важная его задача – не только вылечить конкретный недуг, но и научить человека быть здоровым. Вопросы ятрогении и деонтологии касаются не только врачей, но и фармацевтических работников, средний медицинский персонал. Между фармацевтами и посетителями аптек нередко возникают трения, отрицательно влияющие на процесс лечения. Больной приходит в аптеку не только за механическим получением лекарственных препаратов, но и за советом, которого не хватило у врача, или за ответом на вопрос, который он забыл задать врачу, или уверен, что фармацевт в этом аспекте разбирается лучше. Ответы фармацевта будут влиять на ход лечения, отношение больного к своему состоянию и общий эмоциональный фон настроения. Фармацевт должен помнить, что общей картины состояния пациента он не знает, врачу известно больше, поэтому, если его мнение в назначении лечения в чем-то не совпадает с мнением доктора, он не должен высказывать этого больному. Нетактичное поведение работника аптеки может поколебать веру больного в своего целителя и привести, с одной стороны, к несоблюдению назначенного лечения, с другой – нанести психическую травму пациенту, который при ипохондрическом складе личности начнет сомневаться во всем: диагнозе, прогнозе, правильности лечения. Медицинские сестры в своем поведении в той или иной мере ориентируются на поведение врача, поэтому доктор должен быть примером для среднего медицинского персонала. Отрицательное влияние медицинской сестры на больного, вызванное ее действиями, словесными выражениями, поведением, называется сороригенным. Актуальность этого вопроса определяется тем количеством времени, которое медицинская сестра общается с пациентом. Медицинские сестры, точно и тщательно выполняющие назначения врача, нередко вызывают у больных чувство теплой привязанности. Для медицинской сестры недопустимо проявление нетерпения, раздражения при необходимости повторно объяснять одно и то же, резких действий, свидетельствующих о ее недовольстве, так как все это способствует усугублению чувства беспомощности и подавленности у больного, с которым она в это время работает и общается. На больного оказывают отрицательное влияние как нетактичное поведение медицинской сестры, холодность и официальность в обращении с больными, обусловленные во многих случаях недостаточным уровнем культуры, образования, так и излишняя фамильярность, панибратство. Медицинская сестра не должна делать выводов и заключений в тех областях, которые находятся не в ее компетенции, а тем более обсуждать назначения и мнение врача. По сути своей деятельности медицинская сестра является помощником врача, а не равноправным с ним специалистом. Со временем, приобретая большой практический опыт работы, медицинская сестра в ряде случаев может располагать знаниями почти на уровне врача. При доверительном контакте между доктором и его помощником они могут в некоторых случаях и на равных обсуждать проблемы, советоваться, принимать решения. Однако этот процесс должен оставаться сугубо между ними. Медицинская сестра должна всячески поддерживать авторитет лечащего врача, воздерживаться от критических замечаний в его адрес в присутствии больных и родственников, даже если она энциклопедически уверена в своей правоте. В случае установления хорошего доверительного контакта между медицинской сестрой и пациентом ей порой удается с легкостью сглаживать элементы бестактности, ненароком допущенные врачом. Банальные формальные фразы, которые чаще приходится слышать от медицинских сестер в силу их более тесного и длительного общения с больным, могут нанести неожиданный вред. Напомним, что одни и те же слова и выражения, сказанные в разных ситуациях в адрес разных людей, могут нести совершенно разную смысловую нагрузку, хотя говорящий каждый раз имел в виду одно и то же. Особенно этот факт значим при общении с больным перед операцией, когда он находится в состоянии тревожного ожидания, и ничего не значащих слов в этот момент для него не существует, а также при пробуждении от наркоза. В момент освобождения мозга от действия наркоза он не сразу начинает функционировать как прежде, об этом должны помнить медицинские работники, находящиеся рядом с больным в момент его пробуждения. Порой невозможно предположить, как будут им восприняты те или иные слова, поэтому то, что слышит пациент в данный момент, должно быть продумано говорящим. Информации должно быть минимальное количество, и она должна быть такой, которую трудно толковать двусмысленно.

Все ошибки в обращении с больными, оказывающие на них отрицательное влияние, можно объединить в несколько групп.

1. *Несоблюдение основных правил ухода за тяжелыми беспомощными пациентами*, в большинстве своем престарелыми. Больные старческого возраста нередко отличаются специфическим поведением людей, которое объективно могут раздражать медицинский персонал. Но нельзя забывать о том, что они такие же, что их особенности связаны с возрастом и болезнью и они имеют право на достойное обращение. Терпимость и выдержка являются обязательными качествами медицинской сестры при работе с такими пациентами.

2. *Нарушения в корректном обращении с больными* :

1) демонстрационное равнодушие в работе с больными служит одной из наиболее частых причин жалоб пациентов, причем объективные причины, спровоцировавшие жалобу, часто не столь значительны, чтобы излить их на бумаге. Жалобы наверняка бы не было, если бы медицинская сестра своим поведением не демонстрировала больному, что ей на него наплевать;

2) несерьезное отношение к мелким жалобам и замечаниям пациентов тоже является ошибкой, так как вызывает в дальнейшем недовольство в еще большем размере;

3) излишняя официальность или чрезмерная фамильярность в обращении с больным. И то, и другое демонстрируют больному неуважение к его личности и могут усугубить либо депрессивные, либо агрессивные настроения с целью заставить себя уважать;

4) отсутствие внимания или навязчивое внимание. Невнимательное отношение со стороны одного члена лечащего коллектива может нанести урон авторитету всего учреждения, а восстановить его гораздо труднее, чем поддерживать. Излишнее внимание к одному из пациентов в ущерб другим дает почву для сплетен самого разнообразного характера, хотя может и не иметь под собой никаких реальных оснований и обуславливаться состоянием больного, требующего более пристального внимания.

3. *Поучения и наставления не являются обязанностью медицинской сестры*, и она должна избегать искушения заниматься излишними нравоучениями, провоцировать разговоры по душам, которые больному могут оказаться совсем ни к чему в данный момент.

4. *Агрессивность со стороны среднего медицинского персонала*. Она может быть открытой и скрытой. Типичным примером служит постоянное держание в страхе и напряжении беспомощного больного, так как он не уверен в том, что его насущные требования будут выполнены. Такая сестра долго тянет время, прежде чем принести судно, а когда, наконец, приносит, то сопровождает это грубыми замечаниями; введение назначенных обезболивающих препаратов задерживает, мотивируя тем, что больных много и она не успевает; медицинские манипуляции производит так, чтобы причинить больному не минимум, а максимум страданий. Такой стереотип поведения свидетельствует о нарушении психологического равновесия в личности медицинской сестры, который нужно корректировать.

5. *Предоставление советов*. Медицинская сестра должна четко представлять себе, что входит в сферу ее компетенции, а что нет, а также то, что она отвечает за произнесенные слова, в том числе и разнообразные советы и рекомендации, о которых, возможно, никто не просил. Давать советы – это целое искусство, здесь должен действовать принцип «не навреди». Поэтому давать советы в области знаний, выходящей за пределы компетенции медицинской сестры, является ошибкой, способной иметь соригиенное влияние. Если медицинская сестра сомневается, как правильно ответить на вопрос пациента, самым верным является ответ, что она посоветуется с врачом. Такой ответ продемонстрирует, что врач и сестра работают во взаимосвязи и взаимной поддержке, а также будет способствовать укреплению врачебного авторитета.

Встречаются ситуации комбинированного ятрогенного и соригиенного вредного воздействия на пациента. Обычно это происходит в случае, когда больной узнает о разногласиях между врачом и сестрой, или, что еще хуже, врач и медицинская сестра начинают обсуждать свои разногласия в присутствии больного. Такие действия с их стороны подрывают веру больного в эффективность всего лечебного процесса.

В целом доля вреда, наносимая ятрогенными влияниями, невелика по сравнению с другими вредными воздействиями, которым подвергаются пациенты. В большинстве случаев последствиями ятрогенных влияний являются элементы депрессии, различные невротические

реакции, реже – развитие психосоматической патологии, сопровождающиеся чувством подавленности, страха, беспокойства. Ятрогенные влияния могут провоцировать функциональные изменения со стороны того органа, о котором больной проявляет наибольшее беспокойство, что в худшем случае приводит к психосоматической патологии.

Тема 5 Типы темперамента

Характеристики темпераментов определяются особенностями нервной системы. И. П. Павловым было выделено три ведущих свойства нервной системы, разнообразное сочетание которых определяет тип темперамента. К таким свойствам относятся сила, подвижность и уравновешенность процессов возбуждения и торможения. У сангвника живой тип нервной системы, нервные процессы характеризуются силой, подвижностью и уравновешенностью. У холерика тип нервной системы нейрофизиологи называют безудержным, нервные процессы его сильны, подвижны, но не уравновешены. Флегматика характеризует инертный тип нервной системы, нервные процессы его сильны, уравновешены, но инертны. У меланхолика тип нервной системы относится к слабым, нервные процессы его слабы, не уравновешены, могут быть подвижными или инертными. Таким образом, наиболее гармоничным темпераментом можно считать темперамент сангвника, чуть менее гармоничным – флегматика. Самым неудачным темпераментом с точки зрения адаптации к окружающей действительности является меланхолический темперамент.

Мнения врачей и ученых о том, какие проявления поведения и психических процессов являются проявлениями определенного темперамента, неоднозначны. Поэтому следует рассмотреть те проявления, в отношении которых большинство исследователей едины в своих мнениях. К ним относятся активность и эмоциональность, многие добавляют темп и пластичность. Кроме того, указанные свойства необходимо рассматривать в зависимости от сферы проявления. Таких сфер в настоящее время выделено две: предметная, характеризующаяся взаимодействием с окружающей физической предметной средой, и социальная, характеризующаяся взаимодействием в социуме, в котором существует данный индивид.

Активность характеризует ту степень напористости и энергичности, с которой человек воздействует на окружающую его действительность. Ею определяются способности конкретного человека преодолевать препятствия для достижения поставленных целей, умение концентрироваться и сосредотачиваться. Основными внешними проявлениями активности являются упорство в достижении поставленной цели и четкая целенаправленность деятельности.

Эмоциональность подразделяется на эмоциональную возбудимость и эмоциональную лабильность. Возбудимость характеризуется эмоциональной восприимчивостью, критерием которой является наименьшая сила воздействия, необходимая для формирования эмоциональной реакции. Лабильность характеризуется той скоростью, с которой эмоциональная реакция наступает или прекращается. Лабильностью определяется быстрота замены, вытеснения одних переживаний другими, возникшими позже.

Темп происходящих реакций является одной из наиболее внешне заметных характеристик, так как определяется скоростью происходящих психических реакций, в том числе процессов запоминания, скоростью речи, быстротой физических движений и другими скоростными характеристиками.

Пластичность определяется способностями индивида гибко приспосабливаться к изменившимся условиям его жизни в результате изменения собственных подходов к решению постоянно возникающих проблем. Некоторые авторы вместо этого понятия используют термин «ригидность», которым характеризуются противоположные способности человека, т. е. степень его косности и консерватизма в подходе к постоянно меняющимся условиям существования.

Помимо указанных характеристик многие ученые используют и другие: сенситивность,

реактивность, соотношение активности и реактивности, а также экстраверсия, интроверсия.

Сенситивность характеризуется общей чувствительностью индивида, т. е. силой наименьшего воздействия, приводящего к какой-нибудь (любой) психической реакции.

Реактивность иногда называют импульсивностью. Она характеризуется степенью произвольности реакции на любые внешние или внутренние раздражители: громкий звук, неожиданную угрозу, грубое слово, обидное выражение и др.

Соотношение активности и реактивности определяется тем, какая регуляция внешней деятельности преобладает у данного индивида – осознанная или неосознанная. Это соотношение определяет, чем в большей степени определяется деятельность человека – достижением продуманных целей, осуществлением далеко идущих планов или настроением, капризами, эмоциями. Считается, что чем выше у человека степень реактивности, тем он менее активен в своей повседневной деятельности.

Соотношение экстраверсии и интроверсии определяется тем, от чего зависят реакции человека на внешние воздействия. Если основную роль играют внешние впечатления, возникшие здесь и сейчас, речь идет об экстраверте, если основными являются мысли, переживания, разнообразные эмоции от того, что произошло в прошлом и ожидается в будущем, перед нами интроверт. Внешне экстраверт отличается от интроверта большей потребностью в общении и стремлении к этому, демонстрацией своей доступности для общения. У интроверта эти качества имеют прямо противоположный характер. Соотношение интроверсии и экстраверсии иногда называют социальностью. Для описания внешних проявления того или иного варианта темперамента основное значение имеет сочетание вышеописанных черт. Следует заметить, что темпераменты в чистом виде, классическом варианте встречаются редко, чаще имеет место преобладание какого-либо одного типа темперамента с небольшим количеством черт, характерных для других темпераментов.

Сангвиника внешне характеризуют высокая активность, быстрота движений, богатство мимики, высокая эмоциональная возбудимость и лабильность. Несмотря на эмоциональную возбудимость, переживания сангвиника редко бывают глубокими. В случае дефектов в воспитании к этим характеристикам присоединяются поверхностность мышления, неумение сосредотачиваться, поспешность в выводах и решениях.

Для холерика также характерны высокая активность и энергичность, выраженность эмоциональных переживаний. По сравнению с сангвиником они будут более глубокими, двигательная активность его тоже высока, но является более резкой и стремительной, мимические движения богаты, разнообразны, но они резче, чем у сангвиника.

Флегматика внешне характеризуют относительно низкая активность в поведении, медлительность и спокойствие во всех действиях, мимика его менее богата, иногда вялая. Флегматика характеризует глубина эмоциональных переживаний, внешне сдерживаемая, настроение его не подвержено резким переменам. При дефектах в воспитании его черты могут неудачно трансформироваться в вялость, апатичность, эмоциональное оскудение.

Для меланхолика характерны весьма низкий уровень активности, тихая медленная речь, скудность мимики. При внешне слабом и сдержанном выражении меланхолика отличают глубина эмоциональных переживаний, их инертность. При неправильных воспитательных влияниях у меланхолика развиваются чрезмерная болезненная эмоциональная ранимость, стремление к изоляции от окружающей действительности, отчужденность, склонность к излишне болезненным переживаниям тех событий, которые не имеют столь выраженного реального значения.

На особенности темперамента необходимо ориентироваться при выработке стиля воспитания, обучения, профессиональной ориентировке. Темперамент не бывает плохим или хорошим, психолог должен понимать, какой темперамент у данного индивида, и правильно использовать эти сведения.

Тема 6

Понятие о личности, ее основных характеристиках и функциональных

Личность является центральным объектом изучения психологии и не только этой науки. Понятие «личность» можно определить как продукт социального развития определенной исторической эпохи в виде конкретного человека с индивидуальными биологическими и социально обусловленными свойствами и качествами психики. Отдельные свойства личности принято называть ее чертами, они могут подвергаться изменениям под воздействием условий жизни, воспитания, различных соматических или психических заболеваний. Направленностью личности называют комплекс взглядов, убеждений, стремлений, руководящих активными действиями данного конкретного индивидуума, нацеленных на достижение конкретных близких и отдаленных целей. Формами направленности личности являются влечения, желания, интересы, склонности, идеалы, мировоззрение, высшей формой являются убеждения. Качествами направленности личности являются уровень, широта, интенсивность, устойчивость, действенность. Уровнем называется социальная значимость направленности, широтой называется разнообразие направленности, при неблагоприятном развитии может переходить в разбросанность. Интенсивность может быть весьма различной и колебаться от тотального безразличия до ярко выраженной страсти. Действенность зависит от активности характера.

Формы направленности личности

Самые простые – это влечения и желания. В основе влечения лежит деятельность на уровне основных инстинктов, присущих и высшим животным, и человеку. Отличием от животных являются их иное содержание и способы удовлетворения. Влечение, оформленное в сознании в виде уточнения путей и способов его удовлетворения, превращается в желание. Интерес является специфической направленностью личности познавательного характера на окружающие предметы и явления. Объект интереса имеет эмоциональную окраску. При небольшой степени активности интерес будет иметь преимущественно созерцательный характер, при значительной активности интерес побуждает к действию и становится склонностью. Не существует человека, которому не присущи интересы. Они отличаются по широте, устойчивости и другим качествам. Широта интересов подразумевает, что среди них есть один или несколько основных, что способствует концентрации воли и достижения определенных успехов. Идеалом является высшая цель сознательных активных устремлений личности. Человеку свойственно воплощение своих идеалов в конкретные жизненные образы. Идеалы имеют значительное воспитательное значение, хотя самовоспитание зависит еще и от волевых свойств конкретного человека. Мировоззрением называется система взглядов конкретного индивидуума на окружающую действительность. Мировоззрение определяется духом времени, конкретной исторической эпохой и свойственным ей общественным сознанием в контексте воспитания в конкретной семье. Убеждения, являющиеся высшей формой направленности, определяются стремлением к реальному осуществлению существующего мировоззрения.

«Характер» в переводе с греческого означает «примета», «признак». Характер – это сочетание наиболее устойчивых особенностей главных свойств личности, которые проявляются в поведении человека и его отношении к окружающей действительности и самому себе. Характер не является свойством личности, он является внешним проявлением большинства компонентов, определяющих понятие «личность». К. К. Платоновым четко сформулировано соотношение понятий «личность» и «характер»: «Все черты характера являются чертами личности, но не все черты личности являются чертами характера». Проявления характера можно видеть в следующих аспектах:

1) отношение личности к другим индивидам и социуму в целом (коллективизм или индивидуализм, эгоизм; гуманность, чуткость или человеконенавистничество, жестокость и черствость; правдивость или лживость);

2) отношение к процессу труда (трудолюбие или склонность к лени; аккуратность или небрежность; бережливость или расточительность; стремление к нововведениям или консерватизм);

3) отношение к самому себе (высокая требовательность или самоуспокоенность;

скромность или высокомерие; застенчивость или чрезмерная самоуверенность; самокритичность или некритичность по отношению к себе; чувство собственного достоинства или недооценка себя);

4) наличие и проявление волевых качеств (целеустремленность или отсутствие определяющих целей в жизни; самостоятельность, решительность или постоянная неуверенность в собственных действиях; способность или неспособность довести начатое дело до завершения; выдержка, самообладание или несдержанность в проявлении эмоций и чувств; смелость или трусость; дисциплинированность или неспособность подчинить свои желания правилам общежития). Характер не является раз и навсегда устоявшейся величиной, он может подвергаться изменениям в течение жизни под влиянием окружающей действительности и возрастных особенностей.

Акцентуации характера. В современной психологии обычно используется определение этого понятия, данное А. Е. Личко: «Акцентуации характера – это крайние варианты нормы, при которых отдельные черты характера чрезмерно усилены, вследствие чего обнаруживается избирательная уязвимость в отношении определенного рода психогенных воздействий при хорошей, даже повышенной устойчивости к другим». Акцентуации бывают явными и скрытыми. Определение акцентуации, данное А. Е. Личко, больше подходит к явным акцентуациям, так как они являются крайним вариантом нормы, скрытые акцентуации являются обычным вариантом нормы. Скрытая акцентуация проявляется явно при разнообразных психотравмирующих ситуациях и исчезает по мере разрешения ситуации. Проявления явной акцентуации идут на протяжении всей жизни, а при появлении психотравмирующего события наступает декомпенсация.

Психопатии относятся к патологии характера. Для утверждения, что данный характер является патологическим, необходимо соблюдение трех условий: проявления дезадаптации, стабильность этих проявлений, их тотальность. По причине возникновения психопатии подразделяют на конституциональные, приобретенные и органические. При конституциональной форме решающий вопрос относится к наследственным факторам, среди них чаще встречаются циклоидные, эпилептоидные, шизоидные. Приобретенные психопатии развиваются под влиянием неправильного воспитания, отрицательного воздействия внешней среды, они бывают истероидными, возбудимыми, неустойчивыми. Органические психопатии развиваются в первые 2–3 года жизни под воздействием факторов, отрицательно влияющих на головной мозг, таких как интоксикации, инфекционные заболевания, черепно-мозговые травмы. Учитывая то обстоятельство, что психопатии и акцентуации характера можно считать разными степенями проявления одного и того же процесса, для них существует единая классификация. Различают следующие варианты психопатий: гипертимная, циклоидная, лабильная, астено-невротическая, сенситивная, психастеническая, шизоидная, эпилептоидная, истероидная, неустойчивая, конформная. Кроме указанных типов, возможны смешанные варианты. Охарактеризуем некоторые из них, наиболее часто встречающиеся.

Гипертимная, или возбудимая, психопатия. В этом случае преобладающим патологическим компонентом является дефицит активного торможения, что проявляется в явном несоответствии силы раздражителя и реакции на него. Бурную эмоциональную реакцию может вызвать любой пустяк, который при отсутствии психопатии может вообще не вызвать никакой реакции. В случае возникновения конфликтной ситуации такие люди ведут себя крайне несдержанно, могут громко кричать, размахивать руками, склонны к агрессивным проявлениям в адрес противоположной стороны конфликта. Крайние проявления такой психопатии могут выражаться в самоповреждении в пылу ссоры или спора. Внимание у таких личностей неустойчиво, если у них возникает необходимость в длительном скрупулезном выполнении монотонной работы, они начинают испытывать беспокойство, дискомфорт, внутреннее волнение, такая работа им не по плечу. Возбудимые психопаты, не задумываясь, могут сделать язвительное замечание в адрес любого, но будут очень обижены, получив подобное замечание в свой адрес.

Астено-невротическая психопатия характеризуется слабостью и истощаемостью процессов возбуждения и торможения. В общении такие люди характеризуются робостью и застенчивостью, могут быть малодушны и трусливы. Любые жизненные трудности выводят

такого психопата из равновесия, он не способен прилюдно защищать свои интересы, так как боится выглядеть смешным в результате неудачного выражения своих мыслей. Такие люди склонны к уединению, переживают и оплакивают свои неудачи в одиночестве, отказавшись от борьбы. В домашней обстановке такой человек может быть тираном, требуя от близких беспрекословного выполнения своих прихотей, как бы компенсируя неудачи в других сферах жизни. При возникновении соматической патологии такие личности склонны уходить в болезнь, требуя к себе повышенного внимания и опеки окружающих. В таком состоянии они чувствуют себя комфортнее. Любое более или менее серьезное заболевание у такого человека неминуемо приведет к инвалидности.

Истероидная психопатия характеризуется эгоизмом и эгоцентризмом личности. Таким личностям жизненно необходимо находиться в центре внимания, во всем быть главными, независимо от мнения окружающих и даже вопреки нему. Для них характерно своеобразное выпукло-рельефное непосредственное восприятие действительности. Все их поведение носит черты театрального представления, они постоянно играют на публику, женщин отличает кокетливость. Знания таких людей редко бывают глубокими, суждения и умозаключения обычно зависят от внешнего эмоционального фона. Если психопат испытывает чувство симпатии к кому-либо, то будет преувеличивать его достоинства, и, наоборот, если испытывает антипатию, то будет высказываться отрицательно о любом действии такого лица. Попытка получить разумный совет от такого человека не приведет к желаемому результату, хотя внешне это будет выглядеть совсем иначе. Истероид сделает глубокомысленный вид, задумается, а потом с серьезным видом авторитетным тоном будет изрекать банальные истины, пытаясь создать ощущение, что оказывает значительную услугу. Не умея аргументированно спорить, такие люди в споре уклоняются от обсуждаемого предмета, переходя на личности. У части истерических психопатов отмечается избирательность запоминания событий. Малозначительные события могут глубоко врезаться в память, тогда как существенные события остаются без внимания. В результате этого их поступки продиктованы не объективной необходимостью, а аффективной логикой. Действия их подчинены надуманным выводам, а не рациональной оценке, настроение значит для них больше, чем убеждение. Лживость и фантазирование свойственны истероидным психопатам. В выдуманных образах для них воплощается желаемое: они командуют окружающими, подчиняя себе всех, находясь всегда в центре любого события. Вживаясь в собственные фантазии, они иногда начинают воспринимать их как реальность. В общении с окружающими такие личности бывают вкрадчивыми, обворожительными, капризными, стремятся к достижению своих целей любой ценой. Для этого могут использовать лесть, унижение, изворотливость, ложь, легко поступаются своими моральными принципами. К людям, препятствующим достижению их целей, относятся жестоко, мстительно, могут беспричинно унижать. Нервная система таких психопатов не отличается силой, но для достижения поставленной цели они могут сконцентрироваться, развить бурную целенаправленную деятельность, быть настойчивыми. Попытка окружающих указать на недостатки приводит к бурному проявлению несогласия в виде гнева, угроз. Вегетативная нервная система реагирует на происходящее в виде блеска в глазах, покраснения лица пятнами, дрожи в руках, что нередко производит впечатление на окружающих. Если поддержки со стороны окружающих нет, психопат переходит к пассивно-оборонительной реакции, закатывает истерики, стремясь вызвать сочувствие к себе. Истероиды не в состоянии выдерживать длительное напряжение в отношениях, поэтому спустя непродолжительное время пытаются любыми путями наладить отношения, снова поступаясь собственными принципами и убеждениями. Могут просить извинения, унижаясь и заигрывая, но без свидетелей. На людях продолжают демонстрировать свое превосходство и неприязнь, даже подчеркивая его. Истерическая психопатия нередко сопровождается физическими недостатками, чаще в виде эндокринных нарушений (инфантилизм, диэнцефальный синдром).

Характерные изменения психических процессов и личности при различных психических заболеваниях

Любое психическое заболевание проявляется нарушением психической деятельности.

Возникновение большинства психических заболеваний обусловлено эндогенными факторами, к которым относятся конституционально-генетические особенности.

Шизофрения

Для лучшего понимания особенностей психических процессов при данной патологии необходимо рассмотреть перевод с греческого самого названия болезни: шизо – «расщепляю», френио – «душа». Основные изменения личности при шизофрении характеризуются склонностью к интровертированности прогрессирующего характера, эмоциональной обедненностью, снижением общей активности, а также разнообразными искажениями психических процессов. На современном этапе медицинской науки выделяют 3 формы шизофрении:

- 1) непрерывно текущая;
- 2) приступообразно-прогредиентная (или шубообразная);
- 3) рекуррентная, являющаяся наиболее благоприятной в прогностическом плане.

Главными характерными симптомами, необходимыми для диагностики шизофрении, являются нарушения мышления и эмоционально-волевой сферы, они будут рассмотрены ниже. Кроме них, существуют позитивные симптомы, которые указаны в той последовательности, в которой они нарастают при непрерывно текущей шизофрении:

- 1) неврозоподобные;
- 2) аффективные;
- 3) психопатоподобные;
- 4) галлюцинаторные явления;
- 5) параноидный бред, он же бред преследования;
- 6) онейроидные помрачения сознания – переживания, содержащие яркие фантастические образы, но не отражающиеся в поведении;
- 7) парафренный бред, он же бред величия, сопровождающийся разорванностью мышления;
- 8) гебефранные, выражающиеся в неадекватном глупом возбуждении при разорванном мышлении и чрезмерно радостном настроении; кататонические – такие психические расстройства, при которых наблюдаются двигательные нарушения, проявляющиеся в ступорозном состоянии или кататоническом возбуждении.

Указанная последовательность не характерна для шубообразной шизофрении.

Нарушения эмоционально-волевой сферы больного шизофренией проявляются в эмоциональном оуплении, появлении и нарастании безразличия ко всему, что ранее являлось значимым для индивида. Пациент утрачивает интерес к членам своей семьи, окружающим людям и явлениям, его эмоциональные реакции характеризуются однообразием, а в дальнейшем – неадекватностью. Волевые процессы при шизофрении также подвержены болезненным нарушениям и характеризуются снижением способности к волевому усилию (вплоть до полного безволия). Если в результате лечения удастся добиться возрастания способностей к волевому усилию, это свидетельствует о правильно выбранной тактике лечения. Из всех больных шизофренией нетрудоспособными являются около 60 %.

Нарушения процессов мышления. Мышление при шизофрении в большинстве случаев заболеваний характеризуется сохранностью формально-логических связей, основным нарушением становится искажение процесса обобщения, в результате чего появляется большое количество случайных ассоциаций на основе весьма общих связей. Для пациента, страдающего шизофренией, характерно нарушение способностей актуализации сведений прошлого опыта. При проведении эксперимента больные шизофренией испытывают больше затруднений при опознании стимулов, являющихся более ожидаемыми, чем те, которые являются менее ожидаемыми. Такие больные не могут выделить существенно значимые связи между предметами и явлениями, но и не пытаются применять незначительные ситуационно обусловленные признаки. Их мышление следует по пути актуализации чрезмерно общих признаков, часто основанных на случайностях. При изучении мышления больного шизофренией необходимо использование методик, в которых от больного требуются исключение или классификация предметов. Пациенты производят обобщение, основываясь на

личных пристрастиях, случайных признаках, обычно предлагают несколько вариантов решения задачи, при этом затрудняясь отдать предпочтение какому-либо из них. Описанные особенности мышления можно отнести к его разноплановости. Искажение процесса обобщения обычно не является изолированным явлением, а протекает совместно с нарушением критичности и последовательности. Наиболее ярко эти явления можно проследить, оценивая способности пациента к чувству юмора. Рассматривая картинки явно юмористического характера, они не считают их смешными, а изображения иного плана, не являющиеся юмористическими, по мнению здоровых людей, вызывают смех у больного шизофренией. Аналитико-синтетическая деятельность мышления у таких пациентов тоже обычно нарушается, что ярче выявляется при использовании методики пиктограмм. Больные оказываются неспособными выбирать образы, соответствующие содержанию понятия, пытаются соотносить такие образы и понятия, в которых здоровые люди не усматривают ничего общего. Резонерство также является частым нарушением мышления при шизофрении, оно проявляется в том, что больные стремятся к значительным обобщениям по поводу очень мелких объектов суждения. Соскальзывание проявляется в таком неожиданном изменении хода мысли пациента, когда он вдруг неожиданно переходит на ложные суждения. Характерно, что присутствие явлений соскальзывания не имеет зависимости от истощаемости, сложности умозаключений. В итоге отметим, что при шизофрении нарушения затрагивают в основном процессы мышления.

Маниакально-депрессивный психоз

Возникновение данного заболевания нередко провоцируется стрессогенными факторами, родами, но возможно и спонтанное возникновение болезни. Заболевание протекает в виде фаз: маниакальной и депрессивной, они могут быть парными или изолированными. Периоды между фазами называются интермиссиями. Изменения личности и интеллекта не являются следствием данного патологического процесса независимо от количества рецидивов. Маниакально-депрессивный психоз может протекать в выраженной форме, которая называется циклофренией, и стертой форме, называемой циклотимией. Последние годы отмечается преобладание скрытых, стертых форм, латентных вариантов заболевания.

Депрессивная фаза болезни повторяется чаще и характеризуется эмоциональными расстройствами разной степени выраженности. Основными симптомами депрессии являются сниженное, подавленное настроение, замедление мыслительных процессов, а также темпа речи. Маниакальная фаза является полной противоположностью депрессивной и проявляется неадекватно повышенным настроением, ускорением мыслительных процессов, темпа речи, психомоторным возбуждением. Продолжительность фаз очень вариабельна – от нескольких дней или недель до нескольких лет. Чаще всего продолжительность составляет 2–6 месяцев. В течение жизни редко бывает более 3-х фаз. Фаза интермиссии характеризуется полным отсутствием психических расстройств. Для диагностики данного заболевания используется патопсихологическое исследование, основной целью которого является выяснение глубины депрессивных нарушений. С этой целью используют личностные опросники, цветовой тест Люшера и пр. В депрессивной фазе выявляется выраженная замедленность всех видов психической деятельности, в маниакальной выявляются нецеленаправленность мышления, его соскальзывание.

Эпилепсия

Данное заболевание характеризуется периодически возникающими пароксизмальными судорожными расстройствами, которые сопровождаются расстройствами сознания и настроения. Хроническое течение данной болезни постепенно приводит к характерным изменениям личности и интеллектуальным нарушениям. При длительном течении заболевания могут возникать острые, реже затяжные психозы. Наследственный фактор в возникновении этого заболевания играет существенную роль. Судорожные припадки, являющиеся основным проявлением эпилепсии, возникают внезапно. Больные, длительно страдающие данной патологией, обычно за 1–2 дня могут ощущать «предвестники» припадка, они проявляются в виде беспричинного ухудшения самочувствия, раздражительности, изматывающей головной боли. Непосредственно перед припадком у многих больных имеется аура (симптом эпилепсии).

Она весьма вариабельна у различных больных, можно сказать, индивидуальна. Аура может быть сенсорной, моторной, речевой, вегетативной. Припадки бывают частыми (ежедневно) и редкими (до 1 раза в год). По степени выраженности припадки подразделяют на большие и малые. Большие припадки характеризуются потерей сознания, тоническими, затем клоническим судорогами, отсутствием реакции зрачков на свет, такие припадки длятся 3–4 мин. По окончании припадка развивается чувство вялости и сонливости, в дальнейшем переходящее в глубокий сон. Малые эпилептические припадки выглядят менее ярко и характеризуются кратковременной потерей сознания при сохранении равновесия. Атипичные припадки протекают в виде сумеречных состояний сознания, сопровождающихся нарушением ориентировки, возникновением бреда, галлюцинаций, или амбулаторного автоматизма, проявляющегося в том, что в состоянии сумеречного сознания больной производит упорядоченные действия, которые могут быть разной степени сложности.

Изменения личности при эпилепсии. Характерные изменения развиваются постепенно, при длительном течении заболевания со временем нарастают. Степень изменения личности при эпилепсии зависит от срока болезни и частоты судорожных припадков. Развиваются замедленность всех психических процессов, склонность к излишней обстоятельности, в результате чего больной склонен уделять излишнее внимание малосущественным деталям и подробностям, испытывать затруднения при дифференцировании основного и второстепенного. Пациенты, страдающие эпилепсией, склонны к приступам дисфории, настроение при таких приступах характеризуется злобностью и тоскливостью, у пациентов постепенно наступают более глубокие изменения в характере, они становятся беспричинно озлобленными, обидчивыми, мстительными. Постепенное снижение интеллектуальных способностей выражается в затруднении при использовании как прошлого опыта, так и приобретении новых навыков. Педантизм является характерной чертой эпилептика, он выражается в каждой мелочи и приобретает со временем карикатурный характер. Другой характерной чертой является инфантилизм. У больного, страдающего эпилепсией, несмотря на образование, воспитание, суждения отличаются неадекватностью, незрелостью, детскостью. Мимика таких пациентов бедна, в общении они обычно чрезмерно любезны до приторной слащавости или, наоборот, угрюмы и злобны. Для изучения патопсихологических процессов у таких больных используются методы, исследующие мышление, память, внимание. Мышление пациента, страдающего эпилепсией, характеризуется вязкостью, тугоподвижностью, пробы на переключение больные выполняют с большими затруднениями или вообще не справляются с ними. Темп мыслительных процессов снижен значительно, однако истощаемость не выявляется. При использовании методик, требующих исключения чего-либо или классификации, проведения аналогий, больные допускают ошибки, связанные с затруднением различить главное и второстепенное. Внимание больного устремлено на детали, не являющиеся существенными. Тестируемый, от которого требуются пересказ текста или описание рисунка, сможет сделать это, но будет застревать на деталях, слишком подробно описывать их незначительные признаки, затрудняясь при этом в подборе соответствующих описаний, часто повторяясь. Темп речи замедлен, в суждениях присутствуют резонерство, банальность, стремление поучать. Выстраивая различные суждения и умозаключения, больные опираются на свой жизненный опыт, который очень преувеличивают и бравируют этим, оставаясь глухими к критическим замечаниям окружающих, обижаясь на них. Характер эпилептика отличается эгоцентризмом, с течением времени память прогрессивно снижается прямо пропорционально снижению уровня обобщения. При длительном течении заболевания опытный врач или психолог может со значительной долей уверенности говорить о диагнозе после обычного разговора с пациентом на отвлеченные темы. Постоянная детализация всего обсуждаемого, смакование незначительных подробностей, патетическая настроенность, при этом злобность или приторная слащавость – вот краткий портрет больного эпилепсией.

Олигофрения

В дословном переводе диагноз звучит как «малоумие». Это заболевание характеризуется врожденной интеллектуальной недостаточностью, недоразвитием психики, при этом дальнейшего прогрессирования с возрастом не наблюдается. Различают три степени

олигофрении. Наименьшая из них – дебильность. Она характеризуется низким уровнем мышления, которое является слишком конкретным, больные трудно воспринимают абстрактные понятия, обучать их можно только самым элементарным понятиям, собственная самооценка завышена. Память больного недолговечна, сложные понятия он не способен воспринять и запомнить. Такие люди характеризуются повышенной возбудимостью и внушаемостью.

Вторая степень олигофрении – имбецильность. Мышление таких больных страдает в большей степени, их обучаемость еще больше нарушена, они способны воспринимать только самые элементарные понятия и выполнять простейшие элементы труда. При этой степени страдает и речевая функция, словарный запас больного скуден, речью владеют, но косноязычны. Характер имбецила отличается агрессивностью, вспыльчивостью, у большинства из них повышено половое влечение.

Самая глубокая степень олигофрении – идиотия. Она характеризуется глубоким нарушением памяти, мышления, эмоциональной сферы: больные практически ничего не понимают, речь отсутствует или носит бессмысленный характер и состоит из 15–20 слов, движения их однообразны и бессмысленны.

При любой степени олигофрении отмечаются нарушения памяти, внимания, восприятия, моторики разной степени выраженности. Применение тестовых методик возможно в отношении больных в степени дебильности и части больных в степени имбецильности. При анализе тестов выявляются нарушения процессов обобщения, использование при обобщении конкретно-ситуационных признаков, затруднения в выделении главного и второстепенного, в установлении сходства. Память таких больных развита недостаточно, при этом механическая преобладает над смысловой. Переносный смысл слов и фраз для таких пациентов практически недоступен, любое выражение они понимают буквально. Внимание их рассеяно, неустойчиво, объем его весьма невелик, необходимость переключения внимания вызывает сложности и дискомфорт.

Психические расстройства органической природы

К таким расстройствам относятся заболевания головного мозга сосудистой природы, атрофические процессы, опухоли, травмы, приводящие к психическим нарушениям. Психические нарушения выражаются чаще всего в психопатоподобных изменениях личности, астенических расстройствах, интеллектуально-мнестическом снижении. Изменения личности характеризуются сужением круга интересов, преобладанием пассивности в поведении, эмоциональной лабильностью, реже грубостью. Интеллектуально-мнестические нарушения выражаются в беспричинной эйфории, неожиданных вспышках гнева, плаксивости при общем снижении уровня самокритичности. Астенизация выражается в повышенной утомляемости, слабости, истощаемости психических процессов.

Патопсихологическое исследование и выявляемые нарушения при органической патологии головного мозга

Нарушения речи:

- 1) контаминации (больной объединяет вместе части разных слов и использует их как одно слово);
- 2) персеверации (больной навязчиво повторяет отдельное слово или фразу и не может сдвинуться дальше в разговоре);
- 3) парафазии (бессмысленное искажение звучания части слова или всего слова целиком, иногда подмена одного слова другим, похожим по звучанию, но далеким по смыслу);
- 4) аграфия (полная или частичная утрата способности писать при сохранении уровня интеллекта, не препятствующего процессу письма, частичная утрата характеризуется неспособностью писать отдельные буквы);
- 5) ахалия (нарушение речи при отсутствии нарушений слуха); 6) дизартрия (нарушение или затруднение произношения всего текста фразы или отдельных слов);
- 7) афазия (нарушение речевой функции, выражающееся в неспособности использовать

слова и фразы для выражения имеющихся мыслей);

8) паралексия (нарушение воспроизведения текста при чтении, когда слова заменяются близкими по звучанию, но далекими по значению). Для изучения нарушений речи применяется анализ устной и письменной речи пациента, при котором оцениваются разнообразие речи, правильность ее грамматического построения, желание больного говорить вообще и конкретно о чем-либо, присутствие перечисленных выше нарушений. При анализе устной речи обращают внимание на понимание больного обращенной к нему сложной и простой речи, его отношение к нелепым выражениям и рекомендациям. Сохранность способности читать и понимать прочитанное тоже подлежит изучению и оценке.

Нарушения восприятия чаще всего развиваются при поражении патологическим процессом затылочных или затылочно-теменных отделов коры головного мозга. Наиболее распространенное расстройство – зрительная агнозия, реже встречаются слуховые и тактильные варианты агнозий. Агнозии развиваются вследствие нарушения у испытуемого способности разделять главные и второстепенные раздражители и концентрации внимания на второстепенных.

Нарушения праксиса. Такие нарушения чаще возникают у больных с поражением патологическим процессом нижнетеменной области головного мозга. Нарушения характеризуются утратой ранее существовавших навыков в области произвольных движений. Это не означает нарушение способности двигаться, речь идет о нарушении возможности двигаться так, как нужно пациенту. Он способен совершать действия, но не способен контролировать их последовательность и направленность. В целях исследования этих способностей пациенту предлагают выполнять простые действия, которыми он наверняка владел в прошлом. К таким заданиям можно отнести шнурование ботинка, заплетание косы, открывание и закрывание простого замка простым ключом.

Патопсихологические нарушения при церебральном атеросклерозе

Наиболее отчетливым нарушением при данном патологическом процессе является усиленная истощаемость психических процессов. Она может протекать по гиперстеническому типу и гипостеническому типу. Гиперстенический тип истощаемости обычно наблюдается в начальных стадиях болезни. Он характеризуется сменой эпизодов истощаемости с нормальным течением психических процессов. Если больному предложить тест с отыскиванием чисел на таблицах Шульце, можно увидеть, что кривая времени будет носить зигзагообразный характер, что свидетельствует о том, что у больного частично присутствуют компенсаторные возможности, он периодически способен мыслить и действовать, как здоровый человек, но это продолжается небольшой отрезок времени. Затем наступает период истощаемости, но он быстро проходит, и все повторяется сначала. При гипостеническом типе истощаемости следует говорить о более глубокой стадии заболевания. При этом в тестовых исследованиях больной сначала может продемонстрировать почти нормальное течение психических процессов, но по мере дальнейшего выполнения задания отмечается прогрессирующее снижение темпа выполнения, увеличивается количество ошибок. Ошибки могут носить характер парафазий, персевераций. При гипостеническом типе отмечаются также нарушения со стороны памяти. Они носят прогрессирующий характер, в начале процесса происходит нарушение воспроизведения известного, на следующем этапе нарушается долгосрочная память, а затем и запоминание вообще. При исследовании процессов мышления отмечается неравномерность уровня обобщения, что выражается в том, что при сохранности мыслительных операций обобщение основывается на признаках второстепенных, а главные и основные исчезают из поля мыслительных процессов больного. В целом вся психическая деятельность имеет инертный характер. При прогрессировании церебрального атеросклероза возможно развитие его крайнего варианта – атеросклеротического слабоумия. Оно характеризуется нарастанием истощаемости психических процессов, прогрессирующим снижением уровня обобщения, памяти, появлением и нарастанием речевых расстройств.

Сенильное слабоумие. Данное заболевание является следствием нарастающих атрофических процессов в головном мозге у лиц старше 65 лет. Наиболее выраженными

являются изменения поведения пациента. Отрицательные черты личности, с которыми он сознательно справлялся в течение жизни, могут приобретать гротескный характер, больной может стать отталкивающим в общении. Для больных, страдающих сенильным слабоумием, характерны замкнутость, черствость, грубость, эгоцентризм, подозрительность, скупость. Расстройства памяти значительны, нарушения затрагивают как смысловую, так и механическую память. Память на первых этапах болезни нарушается на текущие события, в дальнейшем – и на прошлые. Постепенно происходит рассредоточение внимания. Речь таких больных прогрессивно обедняется, словарный запас уменьшается, больные склонны говорить много, расплывчато, а смысл в их высказываниях уловить становится очень сложно. Высказывания становятся поверхностными, предметы обсуждения – незначительными, но подробно обсуждаемыми. Речь больного может неожиданно переключиться на иной предмет обсуждения, а тот, о котором говорилось до этого, больному порой бывает трудно вспомнить. В речевых расстройствах присутствуют персеверации, аграфия и другие нарушения. При длительном прогрессировании болезни круг интересов больного сужается до удовлетворения физиологических потребностей: в еде, сне, физиологических отправлениях. Выделяют три формы старческого слабоумия: простую, конфабуляторную, делириозную. Все описанное выше относится к простой форме. При конфабуляторной форме отмечается параллельное развитие церебрального атеросклероза и атрофического процесса в головном мозге. У больных с такой формой болезни, помимо изменений, характерных для простой формы, периодически будут присутствовать эпизоды эйфории, суетливости. Делириозная форма отмечается в том случае, когда к атрофическому процессу присоединяется другое психическое или соматическое заболевание, в результате чего атрофические процессы ускоряются и углубляются. При этой форме наступает полное помрачение сознания.

Болезнь Альцгеймера

Это еще один вариант слабоумия у людей пожилого и старческого возраста, называемый атипичным в связи с ранним началом патологического процесса (40–45 лет). При этом заболевании атрофическим процессом поражаются не все области головного мозга равномерно. Преимущественно нарушения отмечаются в теменно-затылочных, лобных и височных отделах левого полушария. В начальной стадии болезни происходит интеллектуально-мнестическое снижение, нарушение внимания. На этом этапе редко удается заподозрить данную патологию, указанные проблемы пытаются связать с другими причинами, например, с переутомлением, что нередко встречается в современной жизни. С появлением нарушений письменной речи, чтения, праксиса становится ясно, что проблемы нужно искать глубже. На второй стадии нарастают явления апраксии, агнозии, афазии. На третьей стадии происходит глубокий распад психической деятельности. По своим этапам заболевание не отличается от обычного старческого слабоумия, его характеризуют более раннее начало и более глубокий распад психики. На третьей стадии болезни, а иногда и на второй больные являются глубокими инвалидами, не способны себя обслуживать и нуждаются в постоянном постороннем уходе.

Болезнь Пика

Наподобие болезни Альцгеймера, она характеризуется атрофическими процессами на отдельных участках головного мозга. Это лобные, височные или теменные доли. Характерными чертами личности такого больного являются апатичность, пассивность, вялость, безразличие, безынициативность, грубость, нередко беспричинно веселое настроение и половая распущенность. Интеллектуально-мнестические процессы быстро снижаются, на этом фоне появляется склонность к беспричинным конфликтам. Амнестические, афазические, аграфические расстройства также присутствуют и нарастают. На фоне перечисленных нарушений отмечается снижение памяти. Способность к чтению долго сохраняется, даже без понимания прочитанного, речь нарушается в далеко зашедших стадиях патологического процесса. При болезни Пика нарастание психических нарушений происходит еще быстрее, чем при болезни Альцгеймера, в терминальной стадии болезни происходит полная утрата всех интересов к жизненным явлениям с полным нарушением речевой функции.

Истерия

Данное заболевание нередко называют «великой симулянткой». Такое сравнение связано с тем, что при этом психическом заболевании появляются разнообразные симптомы, характерные для других патологических процессов. Головная боль характерна для многих болезней, сердцебиение приступообразного характера свойственно как для заболеваний сердечно-сосудистой системы, так и для функциональных вегетативных расстройств, судорожные припадки при истерии напоминают эпилептические, эмоциональная неуравновешенность характерна для многих соматических и психических болезней. При истерии различают двигательные, сенсорные и психические нарушения. Двигательные симптомы характеризуются изменением тонуса и самих движений в виде гиперкинезов или параличей функциональной природы. Гиперкинезы могут проявляться в виде писчего спазма, тиков, навязчивых движений. Сенсорные симптомы проявляются в виде снижения или исчезновения какого-либо вида чувствительности, реже – в виде ее повышения. Это могут быть истерическая слепота или глухота, отсутствие реакции на боль, отсутствие ощущений осязания, исчезновение голоса, вкуса. При повышенной чувствительности больные могут ощущать непрекращающуюся боль, остро реагировать на самые слабые слуховые или зрительные раздражители, повышение осязания может быть по типу перчаточной или носочной гиперчувствительности, встречается даже истерическая беременность. Психические симптомы проявляются разбалансировкой процессов возбуждения и торможения, больные пребывают в состоянии повышенного возбуждения или глубокой апатии, может нарушаться память до степени амнезии или возможны появления неожиданно хорошей памяти. Больные истерией иногда впадают в истерический ступор, может быть сумеречное состояние, реже бывают состояния экстаза.

Невроз навязчивых состояний, он же ананкастический невроз, что в переводе означает «фатальная необходимость». При нарастании сопротивления принуждению симптомы болезни тоже нарастают. Больные испытывают патологическое стремление к порядку, при его нарушении или несоблюдении возникают страх, тревога, чувство вины. У больного формируется ощущение, что строгое соблюдение правил и норм действует на него в качестве защиты, а без их соблюдения он чувствует себя некомфортно. Помимо соблюдения всевозможных правил больные склонны использовать обряды, талисманы, магические знаки, заклятия и т. п.

Навязчивыми могут быть мысли, действия и страхи. Навязчивые мысли обычно имеют яркую эмоциональную окраску, реже они эмоционально не окрашены и выглядят как навязчивое пересчитывание чего-либо или повторение какого-то высказывания, услышанного или прочитанного. Навязчивые мысли могут быть в виде самооценки собственных действий, поступков. Крайний вариант навязчивых мыслей – дереализация, деперсонализация. Навязчивые действия – это повторяющиеся однотипные движения, не подвластные разумной оценке. Цель навязчивых действий та же, что и мыслей: получение защиты от окружающих отрицательных воздействий. Они могут быть разной степени сложности. Например, больной считает, что должен вымыть руки перед едой 5 раз подряд для того, чтобы не заболеть кишечной инфекцией. Пациенты понимают, что их действия смешны и нелепы, но не в состоянии от них отказаться. Навязчивые страхи обычно бывают трех видов: клаустрофобия (боязнь закрытого пространства); агорафобия (боязнь открытого пространства); эрейтофобия (боязнь покраснеть в присутствии кого-либо). Все другие варианты страхов встречаются редко.

Тема 7

Расстройства эмоций

Эмоции – это «интегральное выражение измененного тонуса нервно-психической деятельности, отражающееся на всех сторонах психики и организации человека». Такое определение этого понятия дал В. Н. Мясищев.

Им же была предложена следующая классификация видов эмоций:

1) эмоциональные реакции – они вызываются определенными событиями, значимыми для данного субъекта;

2) эмоциональные состояния – их можно назвать эмоциональной реакцией, растянутой во времени, т. е. эмоциональный накал снижается, эмоциональный фон остается;

3) эмоциональные отношения – они определяются конкретными связями эмоций и объектов, а также действий и процессов.

Практически при любых психических заболеваниях возникают эмоциональные нарушения. Для неврозов характерно возникновение эмоционально-аффективных реакций в виде раздражения, страха, эмоциональных состояний в виде астено-невротических реакций. Невроз навязчивых состояний чаще приводит к состоянию постоянной тревоги, неврастения – к утомляемости, слабости, разбитости, раздражительности.

При истерии наблюдается быстрая смена эмоциональных состояний импульсивного характера. Эпилепсия характеризуется состоянием дисфории, эмоциональные состояния тревоги, злобности присутствуют чаще всего. Шизофрению характеризуют эмоциональное оупение, скудность эмоциональных проявлений и неадекватность эмоциональных реакций, эмоциональные отношения вообще становятся патологически искаженными. Маниакально-депрессивный психоз вообще во всех своих проявлениях подразумевает смену крайних вариантов эмоциональных реакций и состояний. Изменения и нарушения в эмоциональной сфере характерны и для соматических заболеваний. При серьезных заболеваниях сердечно-сосудистой системы (например, инфаркте, инсульте) характерно депрессивное состояние; язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки характеризуется состоянием тревоги, перевозбуждения, резкой сменой настроения.

При исследовании эмоций часто применяют тест Люшера, а также шкалы Тейлора, Спилбергера. Для более четкого выявления эмоциональных нарушений, их провоцирования психологом могут применяться различные приемы, усложняющие задание (например, сокращение времени выполнения). При отсутствии эмоциональных нарушений у тестируемого сохраняется стремление завершить задание, при их наличии возможно возникновение любых эмоциональных реакций: вспышки гнева, раздражительности, отчаяние и обида с последующим отказом от выполнения задания со ссылкой на абсолютную невозможность его осуществления, вегетососудистые нарушения в виде тремора рук, покраснения лица и шеи и др.

Наиболее часто встречающимися нарушениями являются стресс, фрустрация, кризис.

Фрустрация

Термин «фрустрация» произошел от английского слова, означающего дословно «крушение планов». Состояние фрустрации возникает в тех случаях, когда на пути к достижению поставленной, значимой для индивидуума цели встречается непреодолимое препятствие, или оно, не являясь таковым, так воспринимается. Состояние фрустрации может рассматриваться как своеобразный тест на зрелость личности, попавшей в подобное состояние. Зрелая личность повышает уровень собственной активности, сохраняя поставленную цель, одновременно анализирует ситуацию на предмет реальности поставленной цели, не является ли она реально недостижимой. Инфантильная личность характеризуется неконструктивным поведением, проявляющимся в агрессии, направленной на себя или вне себя, или уходом от разрешения сложившейся ситуации без анализа поставленных целей на предмет реальности их достижения.

Кризисы

Данное эмоциональное состояние отчасти похоже на состояние фрустрации. Кризис возникает тогда, когда личность на пути достижения значимых целей сталкивается с препятствиями, являющимися непреодолимыми в течение некоторого периода времени, если использовать привычные проверенные методы решения проблем. Многие попытки решения возникшей ситуации являются неудачными до тех пор, пока не удастся найти наиболее приемлемую форму адаптации к сложившейся ситуации. Кризис, так же как и стресс, имеет

патогенные и саногенные последствия. Саногенные последствия развиваются в случае успешного преодоления данной личностью кризиса, так как в результате она приобретает новые навыки решения кризисных ситуаций. Если кризисная ситуация не разрешается в течение длительного периода времени, могут развиваться патогенные последствия в виде психических нарушений.

Современная классификация выделяет следующие виды кризисов:

1) кризисы развития: вступление в первый коллектив сверстников (детский сад), поступление в школу, получение профессии, вступление в брак и рождение детей, уход на пенсию, старение и т. д.;

2) случайные кризисы: стихийное бедствие, несчастный случай, приводящий впоследствии к значительному изменению сложившегося уклада жизни, безработица и пр.;

3) типовые кризисы: появление нового члена семьи – новорожденного, горе в связи с утратой близкого человека и т. д.

Стресс

В современной жизни стресс – явление обычное, часто встречающееся. Стрессом называется эмоциональная и операциональная напряженность, возникающая в результате негативных переживаний. Незначительные стрессы неизбежны и безвредны, некоторые авторы считают их полезными, как бы тренировочными, так как стресс является неотъемлемой частью человеческого существования. К эмоциональным нарушениям и психическим заболеваниям приводит чрезмерный стресс. Различают допустимую степень стресса и слишком большой стресс, а также выделяется понятие посттравматического стресса, которое определяется как чрезмерное психологическое и (или) физиологическое напряжение. Физиологические признаки стресса разнообразны, к ним относятся: повышение артериального давления, боли в области сердца, боли в желудке (вплоть до возникновения язвы), головные боли и многое другое. Психологические признаки стресса включают в себя раздражительность, потерю аппетита или чрезмерный аппетит, депрессию, снижение полового влечения, снижение интереса к межличностным отношениям и др.

Факторы, вызывающие стресс, представлены ниже.

1. *Чрезмерная рабочая нагрузка или значительная недогруженность в течение рабочего времени*. Под рабочей нагрузкой понимается определенный объем работы, который необходимо выполнить в течение заданного периода времени. Если он является непомерно большим, реально не выполнимым, у человека возникают беспокойство, состояние фрустрации, чувство безнадежности и возможных материальных потерь. В случае неадекватно малых заданий у работника возникают точно такие же чувства. Его беспокойство будет связано с сомнением в собственной ценности и положения в данной социальной структуре, он ощущает себя вознагражденным.

2. *Конфликт ролей*. Он возникает в случае предъявления противоречивых требований. Это может быть связано с нарушением принципа единоначалия, когда два руководителя дают работнику противоречивые указания. Кроме того, конфликт ролей может быть в том случае, если предъявляемые требования организации, в которой он работает, значительно отличаются от принципов и установок неформальной группы, к которой он принадлежит. В этом случае человек будет испытывать значительный дискомфорт, так как не может удовлетворить требования либо одной, либо другой стороны.

3. *Неопределенность ролей*. Она возникает в том случае, если работнику не было точно сформулировано задание, либо он не понял вследствие недостатка собственных знаний.

4. *Неинтересная работа*. Следует помнить, что взгляды на понятие «интересная работа» значительно различаются у разных людей, поэтому каждый человек должен тщательно и продуманно подходить к выбору образования и последующей трудовой деятельности. Многочисленные исследования свидетельствуют о том, что лица, занимающиеся интересной работой, меньше болеют и реже испытывают чувство беспокойства и душевного дискомфорта.

Существует также ряд других факторов трудового процесса, способных привести к стрессовому состоянию. К ним следует отнести условия труда, такие как температурный режим

в помещении, освещенность рабочего места, шум, неприятные запахи и другие подобные факторы. К стрессу могут приводить и неправильные взаимоотношения в трудовом коллективе (например, плохо налаженные потоки информации, в результате чего сотрудники вынуждены получать информацию, важную для их служебной деятельности, не в виде официальных сообщений, а в виде слухов и домыслов).

Личностные факторы

Жизнь любого человека изобилует ситуациями, приводящими к стрессовым состояниям, они являются частью повседневных событий. Следует выделять факторы, являющиеся наиболее стрессогенными, и сопутствующие события, способные усиливать их стрессогенность. Это поможет смягчить их негативные последствия. Событие или явление, вызывающее стресс, в дальнейшем может привести к психическому или психосоматическому заболеванию. Однако следует помнить, что не все события, способные вызвать стресс, являются отрицательными. Часть из них благоприятно влияет на жизнь индивидуума (например, свадьба, рождение ребенка, личные успехи, сдача экзаменов, спортивные достижения и т. п.). Стрессовое напряжение могут вызвать как положительные, так и отрицательные ситуации, положительные стрессы и их источники называются эвстресс, отрицательные – дистресс, или просто стресс. Не всегда стресс является неожиданным явлением, иногда его можно предсказать. Существуют потенциально опасные жизненные ситуации, избежать которых или трудно, или вообще невозможно. К ним относятся биологические изменения в организме, возрастные кризисы, кризисные этапы становления и развития семьи и многое другое. К непредсказуемым ситуациям относятся несчастные случаи, природные катастрофы, внезапные смерти и пр. Третьим вариантом ситуаций, способных вызвать стресс, являются действия человека, обусловленные принятием сознательных решений, такие как перемена местожительства, развод, увольнение с работы и т. д.

Итак, стрессом называется напряженное состояние организма в результате неспецифического ответа на предъявленные требования.

Разнообразные изменения в состоянии человека могут являться признаками внутреннего напряжения. Если человек способен их осознать, то в дальнейшем может предпринять меры для их устранения.

Основные признаки стрессового напряжения:

- 1) несосредоточенность;
- 2) появление ошибок в такой работе, которая ранее не вызывала затруднений;
- 3) снижение памяти;
- 4) постоянное чувство усталости независимо от времени предыдущего отдыха;
- 5) речь становится быстрой, скороговоркой;
- 6) появление болей без видимых объективных причин;
- 7) чрезмерная возбудимость;
- 8) появление неудовлетворенности работой, хотя раньше такая работа вполне устраивала;
- 9) неадекватное восприятие шуток;
- 10) усиление или появление пристрастия к табакокурению;
- 11) усиление или появление пристрастия к алкоголю;
- 12) изменение, извращение вкусовых ощущений;
- 13) беспричинное частое чувство голода.

При обнаружении признаков стрессового напряжения (хотя бы нескольких из перечисленных) необходимо изучить его причины.

Стрессовое напряжение чаще всего является следствием таких причин, как:

- 1) частое несоответствие значимых обязанностей и действий, вызывающих положительные эмоции;
- 2) значительный дефицит времени;
- 3) постоянное ощущение внутреннего напряжения для себя и окружающих;
- 4) постоянное желание спать из-за нехватки времени на сон;
- 5) сон только со сновидениями;
- 6) увеличение количества и частоты конфликтов в различных ситуациях;

- 7) появление и укрепление чувства неудовлетворенности жизнью;
- 8) развитие комплекса неполноценности.

Причин стрессового напряжения значительно больше, чем перечислено выше, для каждой личности они могут быть сугубо индивидуальными.

Медицинские эксперименты свидетельствуют, что любой организм реагирует на стрессовое напряжение аналогичными биохимическими реакциями, цель которых – улучшить приспособляемость организма к изменившимся требованиям окружающей действительности.

Канадский патофизиолог и эндокринолог Г. Селье в 1936 г. изучил изменения деятельности организма под влиянием вредных внешних воздействий. Им было выделено две реакции организма: специфическая, проявляющаяся формированием конкретного заболевания, и неспецифическая, получившая название общего адаптационного синдрома.

Фазы общего адаптационного синдрома следующие.

1. *Аларм* – реакция тревоги. Адаптационные ресурсы организма мобилизуются как бы по тревоге. Организм меняет свои характеристики, будучи подвергнут стрессу, но сопротивление его недостаточно, а если стрессор намного превосходит сопротивление, может наступить смерть. Уже на первой стадии видно, что адаптационные возможности организма не беспредельны.

2. *Фаза резистентности* (или сопротивления). Она наступает в том случае, если интенсивность влияния стрессора не превышает возможностей адаптации данного организма, который в этом случае начинает сопротивление. Явления, присущие аларм-реакции, практически уступают место явлениям сопротивления, которые с течением времени нарастают. На этой фазе адаптационного синдрома организм существует почти как в обычных стандартных условиях.

3. *Фаза истощения адаптационных резервов*. Организм, находящийся под длительным воздействием стрессора, к которому он приспособился, не может до бесконечности находиться в таком состоянии. Постепенно нарастает процесс истощения, появляются и нарастают явления несбалансированности требований окружающей среды и ответа организма на эти требования. Он просит о помощи, поддержке или срочном устранении стрессогенного влияния. Если срочно не принять эти меры, организм может отреагировать каким-либо заболеванием.

В результате действия стресса организм может пострадать в той или иной степени, а может стать крепче и устойчивее, приобрести жизненный опыт. Насколько стресс повлияет на конкретный организм, зависит от многих факторов, многие из которых трудно предугадать. Пословица «Где тонко, там и рвется» подходит к этой ситуации наилучшим образом. Действие стресса накладывается на специфические реакции организма на стрессор и меняет картину в худшую или лучшую сторону. Именно поэтому действие стресса может быть благотворным или губительным – в зависимости от того, борются с нарушением или усиливают биохимические реакции, присущие стрессу. Интенсивность адаптационной активности зависит от значимости для организма действующего фактора. В зависимости от вида стрессора и характера его влияния выделяют следующие виды стресса:

- 1) физиологический;
- 2) информационный;
- 3) эмоциональный;
- 4) психологический.

Под информационным стрессом понимают 2 варианта реакций:

1) на ситуации нарастающего огромного объема информации, из-за чего человек не успевает принимать продуманные решения на основе получаемой информации, хотя несет за них большую, иногда единоличную ответственность;

2) на ситуацию недостатка или отсутствия требуемой информации, когда человек, остро нуждающийся в известиях, помещен в ситуацию информационного голодания.

Выделяют различные формы такого стресса: импульсивная, тормозная и генерализованная. Воздействия стресса на деятельность человека могут быть различными. Положительным вариантом влияния может стать мобилизующее, заставляющее быстрее принимать решения, быстрее и эффективнее действовать стрессовое состояние. Негативное влияние, наоборот, замедляет и дезорганизует целенаправленную деятельность. Следовательно,

в целях оптимизации любого вида деятельности необходимо максимально снизить уровень возможного стресса, так как предсказать его влияние в конкретной ситуации не всегда возможно.

Травмирующие события, обуславливающие возникновение посттравматических стрессовых нарушений, следующие.

1. *Непосредственный опыт личности*. Боевые действия, физическое насилие над личностью (сексуальное насилие, физическое нападение, грабеж, попытка удушения), жертва похищения с целью получения выкупа, взятие в заложники, террористическое нападение, пытки, заключение в качестве узника, стихийное бедствие или катастрофа, применение оружия и др.

2. *Присутствие при событиях* (непрямой опыт личности). Наблюдение серьезного повреждения или смерти в результате физического насилия, катастрофы, войны, стихийного бедствия или неожиданное столкновение с мертвым телом или его частью.

3. *Известие о событиях, происходящих с другим человеком*. Физическое насилие над личностью, серьезная катастрофа, серьезное повреждение, угрожающее жизни членов семьи или близких людей, известие о неизлечимой болезни ребенка, сообщение о внезапной смерти одного из членов семьи или близкого друга.

Посттравматическое стрессовое нарушение может быть особенно сильным или продолжительным, если стрессовые факторы были делом человеческих рук (например, изнасилование или пытки). Сходство в развитии таких расстройств заключается в том, что при физической близости к человеку, чье поведение являлось стрессовым фактором, может усиливать интенсивность проявления посттравматических стрессовых нарушений.

Как показывают наблюдения и экспериментальные данные, жертвы травмирующей ситуации переживают острое состояние посттравматического стресса в течение некоторого времени (около месяца) по окончании действия стрессовых факторов, после чего большая часть людей приходит в обычное для них состояние. Однако воздействие травматических событий на некоторых лиц продолжается и после этого срока. При этом они переходят в состояние посттравматических стрессовых нарушений, что затрудняет их адаптацию к обычным условиям жизни и ведет к возникновению различных дезадаптивных форм поведения. Неопределенность по времени возникновения синдрома посттравматических стрессовых нарушений может приводить к отсутствию своевременной медицинской и психологической помощи. Первые признаки этого синдрома иногда остаются незамеченными, а иногда его вообще путают с другими психологическими нарушениями и реакциями.

4. *Острая реакция на стресс*. Она быстро развивается и быстро проходит, степень тяжести бывает самой различной. Острая реакция на стресс диагностируется у лиц, не имевших в анамнезе каких-либо психических органических или функциональных расстройств.

Синоним данного термина – «катастрофическая стрессовая реакция».

5. *Приспособительная реакция*. Она продолжается несколько дольше, чем острая реакция на стресс, является преходящим ситуационно обусловленным состоянием, по времени продолжается несколько месяцев. Основными проявлениями ее являются эмоциональные нарушения, а иногда и поведенческие. Приспособительная реакция может развиваться в любом возрасте у лица, не имевшего в анамнезе психических расстройств.

6. *Реакция, связанная с горем*. Такая реакция возникает при потере близкого человека после минования фазы шока и потрясения. Основные нарушения протекают в виде депрессивной сосредоточенности на умершем. Все интересы сводятся к воспоминаниям о прошлом, застревании на подробностях и мучительном повторном обсуждении мельчайших деталей событий, связанных с усопшим. Реакция, связанная с горем, может привести к депрессивному психическому заболеванию.

7. *Экстремальные ситуации* бывают кратковременными и длительными. Кратковременные в большинстве случаев оказывают менее пагубное влияние на весь организм, при длительных такое влияние более вероятно, так как перестройка всех систем реагирования происходит на более длительный период времени. В случае развития длительного стресса возможно постепенное начало такого процесса, при котором мобилизация адаптационных резервов организма протекает постепенно, некоторое время незаметно, менее значительно

нарушая привычное функционирование организма. На этапе скрытого протекания физиологические изменения имеют незначительный характер, их можно регистрировать только специальными методами. Максимально переносимые по интенсивности и длительности стрессоры приводят к наиболее выраженным проявлениям стресса. В случае длительного стресса клинические проявления его на первых этапах будут схожи с признаками каких-либо соматических заболеваний, реже психических, при неблагоприятном стечении обстоятельств следующим этапом будут уже не функциональные нарушения, а настоящее заболевание. Длительный стресс обычно развивается под действием неоднократно повторяющегося одного и того же экстремального фактора.

При длительном стрессе происходит попеременная смена процессов адаптации и реадaptации, что все равно может привести к истощению адаптационных механизмов, несмотря на их попеременное функционирование.

Клинические симптомы, позволяющие диагностировать наличие посттравматических стрессовых нарушений:

1) наличие в опыте личности травмирующего события. Человек испытывает действие стрессового фактора через свой, непосредственный опыт участия, наблюдения или известия о событии (событиях), включающих смерть, серьезное ранение, угрозу физической целостности и т. д. Ответной реакцией организма являются сильный страх, беспомощность, ужас;

2) постоянные переживания, связанные с прошлым травмировавшим событием. Повторяющиеся и назойливые, доставляющие страдания воспоминания о событии, включая детали образа, мысли и ощущения. Непрошенные воспоминания – это наиболее важный симптом, дающий основания говорить о наличии посттравматических стрессовых нарушений. В памяти пациента внезапно всплывают жуткие картины, сцены, связанные с травмирующим событием. Эти воспоминания могут возникать как во сне, так и во время бодрствования. Во время бодрствования воспоминания всплывают в памяти в том случае, если какие-то события напомнили о случившемся своими проявлениями (например, звуки, запахи, расцветки, движения людей или что-либо другое). Основным их отличием от любых других воспоминаний является чувство нарастающей тревоги или других более сильных отрицательных эмоций. Сны такого рода бывают 2-х типов:

1) точное воспроизведение травмирующего события так, как оно запечатлелось в памяти пережившего его человека;

2) обстановка и персонажи сна могут быть совершенно иными, но по крайней мере некоторые из элементов имели место в травмирующем событии. Физическое состояние после пробуждения можно охарактеризовать как слабость, разбитость, эмоциональную вымотанность. Человек обычно просыпается в холодном поту. Подобное потение считается значимым симптом, так как большинство людей не помнят своих сновидений, а ночное потение является реакцией на него, хотя и не оставшееся в памяти. Помимо потения характерно просыпание со сжатыми кулаками, т. е. человек во сне видел то, от чего следует защищаться. Повторяются действия или чувства как в травмирующем событии, включая чувство повторного проживания; немотивированное воскрешение в памяти различных моментов травмировавшего события; галлюцинации, при которых случившееся давно настолько отчетливо, что настоящие события видятся менее реальными, чем воспоминания.

1. Устойчивое стремление избегать всего, что может напоминать о травме:

1) осознанные усилия по избеганию размышлений или эмоциональных переживаний, ассоциирующихся с травмирующим событием;

2) осознанные усилия по избеганию действий и ситуаций, которые пробуждают воспоминания о пережитом событии;

3) неспособность воспроизвести в памяти важные аспекты травмировавшего события;

4) потеря интереса к вещам и занятиям, имеющим большое значение, чувство депрессии, при котором кажется, что все бесполезно и бессмысленно, в сочетании с нервным истощением и апатией;

5) отстраненность от других людей;

6) сниженная выраженность аффективных реакций.

Это полная или частичная неспособность к эмоциональным проявлениям, такой человек

редко радуется, испытывает чувство творческого вдохновения. С близкими людьми его отношения носят безэмоциональный характер, он стремится избегать близких отношений;

7) ощущение укороченного будущего, отсутствие в субъективном восприятии завтрашнего дня.

2. Уровень возбудимости: затруднения с засыпанием, прерывистый сон. Возбужденному человеку трудно заснуть, он на уровне подсознания противится этому, потому что помнит, что вслед за засыпанием приходят кошмарные сновидения, которые страшно видеть и которые вызывают оборонительную реакцию. Постоянное недосыпание усиливает явления нервного и физического истощения.

3. Повышенная раздражительность, вспышки гнева, агрессивность. Присутствует стремление решать все проблемы с помощью грубой силы. Проявления агрессивности чаще связаны с физическим силовым воздействием, реже встречается психическая, эмоциональная и невербальная агрессивность. Человек склонен проявлять силу каждый раз, когда хочет добиться своего, даже если цель не является жизненно важной.

4. Затруднения с сосредоточением внимания. Человеку трудно сосредоточиться на том, что нужно и тогда, когда это нужно. Он долго пытается сосредоточиться для того, чтобы что-нибудь вспомнить. Причем эти проблемы не носят постоянный характер, а появляются вследствие воздействия стрессовых факторов.

5. Повышенный уровень общей тревожности: настороженность, гипертрофированная бдительность, состояние постоянного ожидания чего-то плохого. Тревожность проявляется на разных уровнях. Физиологический уровень: ломота в спине, головные боли, боли в области живота спастического характера. Психический уровень: постоянное беспокойство и озадаченность, параноидальные явления (например, необоснованная боязнь преследования). Эмоциональные переживания: постоянное чувство страха, неуверенность в себе, комплекс вины.

6. Гипертрофированная реакция испуга (стартовая реакция на внезапный звук: при малейшей неожиданности человек делает стремительные движения оборонительного характера).

7. Физиологическая реакция на события, напоминающие обстоятельства травмы.

8. Значимое чувство вины выжившего – из-за того, что выжил в тяжелых испытаниях, стоивших другим жизни. Многие жертвы посттравматических стрессовых нарушений готовы на что угодно для избежания напоминаний о гибели близких людей. Сильное чувство вины иногда провоцирует приступ самоуничужительного поведения.

9. Чувство сожаления о том, что сделал или не сделал в период травмы.

Время, в течение которого у больного наблюдается проявление большинства симптомов, должно быть не менее 1 месяца. Только в этом случае может идти речь о наличии посттравматического стрессового нарушения.

Профилактика стрессогенных состояний

К любой стрессовой ситуации человек пытается приспособиться, делая это сознательно или бессознательно. Частые стрессы приводят к истощению адаптационных возможностей организма, что в дальнейшем может приводить к психосоматическим заболеваниям. Рассмотрим возможные реакции на стресс.

Пассивность. Эта реакция возникает у такой личности, адаптационные резервы которой низки или исчерпаны, такой человек не в состоянии активно бороться со стрессом. Он впадает в состояние депрессии, апатии, такое состояние носит преходящий характер, как бы позволяет человеку отдохнуть, набраться сил для активных действий. Две другие реакции являются активными.

Активная защита от стресса. Эта реакция помогает человеку обрести душевное равновесие в результате радикальной смены сферы деятельности. К таким вариантам активности относятся занятия физкультурой и спортом, любое коллекционирование, садоводческая деятельность и т. п.

Активная релаксация (расслабление). В ответ на любую стрессовую ситуацию организм

автоматически начинает подготовку к активным действиям, которые могут ему потребоваться в ближайшее время, их характер может быть атакующим или оборонительным. Способность активного расслабления помогает избежать этого состояния, сопровождающегося чувством тревоги, смутения и другими негативными ощущениями.

Импульс автоматической реакции может быть потенциально небезопасен и приводит организм в состояние высшей готовности. Сердце начинает биться учащенно, артериальное давление повышается, мышечный тонус повышается. Реакция тревоги возникает у человека вне зависимости от серьезности опасности, т. е. угрожает ли эта опасность жизни или это всего лишь оскорбление словом, вызвавшее обиду.

Основные способы борьбы со стрессом

Выделяют следующие способы борьбы со стрессом.

1. *Релаксация*. Автоматическая реакция тревоги, по теории Г. Селье, включает три последовательные фазы: импульса, стресса и адаптации. Отсюда следует, что, если наступает стресс, вскоре стрессовое состояние начинает уменьшаться – человек так или иначе успокаивается. Если же адаптация нарушается или вообще отсутствует, то могут появиться психосоматические нарушения либо заболевания. Следовательно, если человек хочет направить свои усилия на сохранение здоровья, то на стрессовый импульс он должен осознанно отвечать расслаблением. Посредством данного вида активной защиты человек в состоянии вмешиваться в любую из трех фаз стресса. Тем самым он может помешать влиянию стрессового импульса, задержать его или (если стрессовая реакция еще не наступила) ослабить стресс, предотвратив этим психосоматические нарушения в организме. Активизируя деятельность нервной системы, релаксация может контролировать настроение и степень психического возбуждения, позволяет ослабить или сбросить спровоцированное стрессом психическое и мышечное напряжение. При помощи релаксации можно частично или полностью избавляться от физического или психического напряжения. Для овладения этим методом не требуется специального образования или природного дара. Необходимое условие для овладения этим методом – наличие мотивации, т. е. каждый должен знать, зачем он использует приемы релаксации. При регулярности занятий релаксационные упражнения постепенно станут привычкой, будут ассоциироваться с приятными впечатлениями, хотя для того, чтобы их освоить, необходимы упорство и терпение. Большинство людей настолько привыкли к душевному и мышечному напряжению, что воспринимают его как естественное состояние, не осознавая, насколько это вредно. Освоив релаксацию, можно это напряжение регулировать, приостанавливать и расслабляться в тот момент, который нужен самому человеку.

2. *Концентрация*. Овладение этим приемом помогает более успешно использовать имеющиеся временные ресурсы для выполнения конкретных дел. Человек, находящийся в состоянии стресса, в большинстве случаев испытывает трудности с сосредоточением внимания. Например, для большинства женщин характерно постоянное совмещение нескольких функций: матери, жены и домработницы. Каждая из перечисленных функций является весьма объемной и требующей сосредоточенности, концентрации внимания, физических и моральных усилий. Но любому человеку очень сложно одновременно одинаково хорошо выполнять несколько функций, в результате нет сосредоточенности ни на одной из них. Женщина ощущает, что не может должным образом сосредоточиться ни на одной из своих функций, следовательно, постоянно что-то делает не столь хорошо, как бы ей этого хотелось, все это приводит к стрессу. Длительно существующий стресс приводит в конечном итоге к психическому истощению. В такой ситуации могут помочь концентрационные упражнения, не требующие дополнительного оборудования и длительного времени. Подойдут концентрационные упражнения на слове или на счете.

3. *Ауторегуляция дыхания*. В повседневной жизни никто постоянно не вспоминает и не думает о дыхании, но при различных нестандартных ситуациях дыхание меняется, и человек не может этого не замечать. При физическом усилии, стрессовой ситуации дыхание становится затрудненным и тяжелым. Если человека напугать, он рефлекторно задерживает дыхание, как бы затаивает его. Зная сказанное, человек может сознательно управлять дыханием, изменяя его

в зависимости от своих целей. Изменив ритм дыхания и проделав это несколько минут, человек замечает, как начинает успокаиваться, что способствует тому, чтобы продолжать начатое упражнение.

Методы профилактики стресса

Образом жизни конкретного человека являются все его действия в течение дня, месяца и вообще всей жизни. В понятие образа жизни входит множество составляющих, в том числе как он начинает свое утро, трудовую деятельность, характер питания, физическая активность, взаимоотношения с окружающими, реакция на стресс и многое другое. Образ жизни зависит от каждого конкретного человека, будет ли он здоровым, активным или нездоровым, пассивным. Существует 3 других метода.

Противострессовая переделка дня. В повседневной жизни многие из нас регулярно допускают одну и ту же ошибку: вернувшись домой после интенсивной трудовой или учебной деятельности, мы продолжаем находиться в состоянии возбужденности, нервозности и дома. В результате даже те члены семьи, у которых был относительно спокойный день, подвергаются воздействию тех стрессовых факторов, от которых не смог отрешиться один из них. Дома каждый хочет и должен быть самим собой и не должен мешать это делать другим членам семьи. Домашний очаг должен быть для человека самым комфортным местом, он должен быть в этом всегда уверен. Помня об этом, несложно понять, что привычка приносить домой стресс разрушает семью, превращает домашний очаг в еще одно поле битвы и дополнительно усугубляет стрессовую ситуацию. Поэтому, приходя домой после трудового дня, насыщенного различными событиями, желательно потратить небольшое количество времени (10–15 мин) на релаксационные упражнения.

Примеры релаксационных упражнений

1. Необходимо сесть в кресло, расслабиться и спокойно отдохнуть, ни о чем не задумываясь. Если нет возможности сесть в кресло, можно поудобнее сесть на стул, приняв релаксационную «позу кучера».

2. Медленно, делая акценты на каждом этапе действий, заварить крепкий чай или сварить ароматный кофе, в зависимости от собственных предпочтений. Растянуть процесс употребления напитка на 10 мин, смакуя и ни о чем серьезном не размышляя в этот момент.

3. Включить любимую музыку и послушать ее, закрыв глаза, отдавшись приятным воспоминаниям.

4. Принять ванну, она не должна быть горячей, температура ее должна быть комфортной. Если человек привык использовать ароматические соли, можно их добавлять, предварительно ознакомившись с особенностями действия именно этих солей, они не должны быть возбуждающими.

5. Погулять на свежем воздухе, желательно, чтобы окружающий пейзаж был приятен глазу.

6. Надеть спортивный костюм и кроссовки и сделать небольшую десятиминутную пробежку.

Перечисленные упражнения элементарны, какому из них отдать предпочтение, зависит от личных особенностей, вкусов и пристрастий, но любое из них поможет справиться со стрессом, так как переключает внимание и мысли на другой вид деятельности, хотя бы на короткий промежуток времени.

Первая помощь при остром стрессе

Острый стресс развивается в том случае, если человек неожиданно оказался в стрессовой ситуации (взыскание на работе, нелicenseприятное высказывание сослуживца, ссора дома, неожиданное известие о болезни или другой неприятности кого-то из близких). На первом этапе человеку необходимо понять, что у него начинается стресс, только после этого он сможет начать осознанные действия по предотвращению его дальнейшего развития. Волевым усилием необходимо приостановить собственное дальнейшее вхождение в стрессовое состояние. Для

выхода из состояния острого стресса необходимо подобрать индивидуальный метод самопомощи. В большинстве случаев те, кто использует такие приемы, имеют универсальный метод для различных стрессовых ситуаций. Зная такой способ и будучи в нем уверенным, человек в критической ситуации сможет быстро сориентироваться и эффективно помочь себе.

Ниже даны наиболее распространенные приемы самопомощи.

1. Противострессовое дыхание. Сначала глубокий вдох через нос, после глубокого вдоха задержать дыхание на 1 с, после чего сделать длинный медленный выдох.

2. Минутная релаксация. Расслабить уголки рта, облизать губы, расслабить плечи, глядя в зеркало, сосредоточиться на выражении своего лица и положении тела, при этом помнить, что лицо и тело выражают эмоции, мысли, внутренне состояние.

3. Попад в состояние острого стресса, сознательно постараться притормозить немедленную необдуманную реакцию, затем внимательно оглядеться вокруг, тщательно осмотреть окружающее помещение. При осмотре обращать внимание на мельчайшие детали, даже если они хорошо известны. Медленно, не торопясь, необходимо мысленно перебрать все предметы один за другим в определенной последовательности (по величине, по цвету или по любому другому признаку). Все внимание должно быть поглощено такой «инвентаризацией». Мысленно необходимо проговаривать описания того, что является предметом «инвентаризации»: «коричневый письменный стол, белые занавески, красная ваза для цветов» и т. п. В результате таких действий человек отвлекается от внутреннего стрессового напряжения, сосредотачиваясь на конкретном предметном и образном восприятии окружающей действительности.

4. Использовать любую возможность, чтобы покинуть территорию, где произошел стресс, перейти в другое помещение, где нет людей, или выйти на свежий воздух, т. е. очутиться там, где можно спокойно подумать, чтобы при этом никто не отвлекал и не был свидетелем размышлений. После этого необходимо сменить обстановку.

5. Если позволяет ситуация, необходимо заняться совершенно другой деятельностью, чем та, которой человек был занят в момент возникновения стресса. Подойдут стирка белья, мытье посуды, уборка. Секрет этого способа прост: любая деятельность, особенно связанная физическим трудом, выполняет функцию громоотвода – помогает отвлечься от внутреннего напряжения.

6. Включить успокаивающую музыку, ту, которая нравится. Слушать музыку нужно внимательно, концентрируясь на ней. Концентрация на чем-либо одном называется локальной концентрацией, она способствует полной релаксации, вызывает положительные эмоции.

74. Обратиться к любому постороннему человеку, находящемуся рядом, и поговорить с ним на любую тему, не касающуюся стрессовой ситуации. Такой маневр является отвлекающим, он переключает сознание на совершенно иные события и вытесняет эмоции и мысли, связанные со стрессом.

Аутоанализ личного стресса

Для использования этого метода борьбы со стрессом надо научиться определять свои собственные индивидуальные реакции на стрессовую ситуацию и дифференцировать их от других физиологических и психологических проявлений. Самым простым и эффективным методом на данный момент является ведение дневника стрессов. Метод весьма прост и интересен, учитывая, что большинство людей в тот или иной период жизни вели дневники. Однако метод требует некоторого терпения, так как записи должны быть регулярными в течение некоторого периода времени. Ежедневно на протяжении месяца в дневнике отражаются обстоятельства, приведшие к стрессовой ситуации, и собственные ощущения по этому поводу. Для ведения записей лучше отвести определенное время в конце дня и делать записи лучше дома вечером, в спокойной обстановке легче сосредоточиться и припомнить мельчайшие детали, так как в последующем анализе любая незначительная деталь может оказаться важной. Если по каким-то причинам регулярность записей часто нарушается, лучше их не использовать для анализа, так как события, описанные не сразу, а через день и более после их наступления, могут выглядеть недостаточно достоверно. В этом случае написание дневника лучше немного отложить во времени. Анализ записей следует проводить после завершения отведенного

времени (месяц или несколько недель). В результате анализа удастся выявить факторы, чаще всего приводящие к стрессовой ситуации, особенно если удалось сделать записи сразу после наступления стресса. Далее следует проанализировать и выявить основные признаки стрессового состояния, повторяющиеся чаще всего. У одного и того же индивидуума признаки стресса обычно идентичны независимо от ситуации, приведшей к стрессу: раздражительность, несосредоточенность, рассеянность, дрожь в конечностях, покраснение лица, потливость, чувство нехватки воздуха, сухость во рту и др. Анализ записей поможет также выявить, в какое время суток чаще случаются стрессовые ситуации, происходит это дома, на работе или где-либо еще. В целом дневник стрессов позволяет установить причины, обстоятельства, индивидуальные проявления и другие личностные особенности стресса каждого индивидуума.

Тема 8

Психосоматика и психология телесности

По мере развития цивилизации роль психосоматических расстройств существенно увеличивается в структуре общей заболеваемости населения.

Психосоматические расстройства можно условно разделить на две части: к «большим» относят ишемическую болезнь сердца (I20–I25), гипертоническую болезнь (I10), язвенную болезнь желудка (K25) и двенадцатиперстной кишки (K26) и некоторые другие, к «малым» относят так называемые органические неврозы (F45.3). Например, в практике часто встречается кардиальный невроз. Вопросы соотношения психического и соматического пытались выяснять еще древние врачи, психологи и философы, но и до сих пор многие вопросы остаются открытыми.

Основоположителем психосоматического подхода в медицине считают Фрейда, хотя он сам никогда не использовал термин «психосоматическая медицина».

В психосоматической медицине постепенно формируется несколько направлений: психоаналитическое, антропологическое и др.

Психоаналитическое направление. Соматическая болезнь в его понимании – это преобразование невостребованной сексуальной энергии в нарушение вегетативных функций. В концепции органических неврозов (F45.3) основное значение придается ослаблению организма в результате перенесенной болезни. В целом принято различать три группы психосоматических расстройств – конверсионные истерические явления, органические неврозы и психосоматические заболевания. Ведущим критерием для их дифференцировки считается используемый вид вытеснения. Для пациентов первой группы возникший конфликт разрешается в результате относительно легкого вытеснения, для подавления конфликта во второй группе вытеснение должно быть значительно сильнее, третья группа психосоматических расстройств возникает в результате судорожной попытки справиться с конфликтом, для чего приходится использовать более глубокое вытеснение, иногда даже двойное.

В психосоматической медицине разработана так называемая концепция «профиля личности», согласно которой эмоциональные реакции зависят от особенностей личности больного, отсюда следует вывод, что возникновение тех или иных соматических заболеваний во многом зависит от профиля личности. Различают следующие типы личности: коронарный, гипертонический, аллергический и склонный к повреждениям. Автором Данбар так охарактеризовал психосоматический подход: «Некоторые думают, что психосоматическая медицина как специальность имеет дело лишь с известной группой болезней, как, например, дерматология или офтальмология. Но фактически прилагательное «психосоматический» указывает на концептуальный подход к человеческому организму со всеми его болезнями. Быть может, эта точка зрения более существенна для оценки одних заболеваний, чем других, но не должно быть прежней дихотомии «психики» и «соматики». Психосоматический подход – стереоскопический, он содержит в себе и физиологическую, и психологическую технику. Он может быть применим ко всем болезням».

Антропологическое направление. Это направление подходит к анализу

психосоматических явлений с точки зрения анализа бытия конкретного индивида, т. е. возникновение болезненных патологических симптомов представители этого направления ставили в зависимость от духовной экзистенции больного, а конкретное заболевание рассматривалось ими как экзистенциальное бедственное состояние во внутренней истории жизни пациента. В целом между психоаналитическим и антропологическим направлениями нет принципиальной разницы, так как и то, и другое опирается на глубинный анализ переживаний пациента в течение длительного отрезка времени, разница заключается лишь в том, какими путями они это делают.

Концепция профиля личности. Для установления степени специфичности тех или иных психосоматических расстройств для определенной личности необходимо ответить на несколько вопросов: насколько предрасположен индивидуум с той или иной структурой личности к конкретному психосоматическому заболеванию; насколько некая конфликтная ситуация или жизненный уклад способствуют возникновению психосоматического заболевания; какова связь между особенностями поведения конкретного человека и риском развития психосоматического заболевания. По мере развития психосоматического направления в медицине сформировалась точка зрения, согласно которой существуют профили личности, специфичные для определенного психосоматического расстройства. Такая точка зрения имеет диагностическую, прогностическую и терапевтическую значимость. Английская и американская литературы описывают личностные профили, характерные для больных с определенной, часто встречающейся соматической патологией: стенокардией (I20), гипертонической болезнью (I10), язвенной болезнью желудка (K25), ревматоидным артритом (M05), мигренью (G43) и рядом других. Многие другие исследователи считают, что существуют не личностные профили, характерные для отдельных заболеваний, а такие базисные особенности личности, при которых возрастает вероятность развития той или иной психосоматики. К ним относятся инфантильность, невротические особенности, так как соматическое преобразование эмоциональных переживаний является признаком инфантильности. Характеристика конкретной жизненной ситуации тоже имеет относительное значение: важнее не то, что переживает человек, а как переживает, его отношение к происходящему, характер испытываемых эмоций.

Концепция алекситимии. Термин «алекситимия» в переводе означает «нет слов для названия чувств». Алекситимия рассматривается как один из вероятных факторов риска психосоматических расстройств. Она выражается в своеобразном утилитарном способе мышления, стремлении в стрессовых и конфликтных ситуациях прибегать к конкретным действиям, полном отсутствии способности фантазировать или скудности фантазии, затруднении в выборе подходящих слов и выражений для описания своих чувств и переживаний.

Алекситимия признана одной из психологических характеристик, обусловленных следующими особенностями:

- 1) сложностью в обозначении и выражении своих чувств;
- 2) затруднениями в дифференциации чувств и соматических ощущений;
- 3) оскудением фантазии и воображения;
- 4) постоянным заострением внимания на явных внешних проявлениях происходящего.

Роль алекситимии в возникновении психосоматических расстройств характеризуется двумя моделями: «отрицания» и «дефицита». Модель «отрицания» подразумевает глубокое торможение аффективных проявлений личности. Ее можно рассматривать как психологическую защиту и надеяться на обратимость явлений. Модель «дефицита» подразумевает необратимость алекситимических проявлений. У пациентов, несмотря на длительное психотерапевтическое воздействие, не удается восстановить способность к аффективным проявлениям и фантазированию. В соответствии с моделью «дефицита» происходит не торможение определенных функций, а констатация факта их отсутствия.

В настоящее время разработаны методики оценки степени алекситимии, к ним относятся: опросники, результаты которых оцениваются незаинтересованными наблюдателями, шкалы самоотчетов, проективные техники. Одной из наиболее распространенных является Торонтская Алекситимическая Шкала (TAS).

Психиатрия консультирования – взаимодействия

1. *Консультирование* . Проводится по просьбе или рекомендации врача непсихиатрического профиля для внесения коррекции в методику ведения больного с учетом его психического состояния и психологических особенностей.

2. *Взаимодействие* . Подразумевает сотрудничество профессионалов различных медицинских направлений для достижения единой цели.

Психиатрическое консультирование в лечебно-профилактических учреждениях непсихиатрического профиля подразделяют на 3 типа:

а) консультирование, ориентированное на личность больного;

б) консультирование, ориентированное на проблемы пациента, обсуждаемые в его отсутствие;

в) консультирование, ориентированное на проблемную ситуацию, сложившуюся в результате взаимодействия больного и лечащего коллектива.

Взаимодействие подразумевает постоянный тесный контакт между пациентом, его семьей, лечащим врачом, психологом, средним медицинским персоналом, социальными работниками и в ряде случаев – другими лицами, участвующими в оказании какой-либо помощи (не обязательно медицинской) больному. Центральной фигурой консультирования взаимодействия является врач-психиатр. Он должен быть экспертом в психологических и социальных проблемах больного, поэтому обязан располагать знаниями на стыке психиатрии и других медицинских дисциплин.

На основе психосоматической модели болезни заболевание необходимо рассматривать не как сбой какого-либо механизма, а как реакцию живого организма на влияние различных факторов внешней и внутренней среды.

Изменения психологии больного, страдающего хроническим соматическим заболеванием, в том числе приведшим к инвалидизации

Пациент, имеющий серьезное, неизлечимое полностью хроническое заболевание, испытывает неудобства и проблемы, связанные не только с конкретными патологическими симптомами и синдромами, но и с изменением собственного социального уровня функционирования, изменением ценностей, интересов, круга общения, своей собственной социальной роли. В своем измененном состоянии он сталкивается с неизвестными ему ранее ограничениями, запретами и предписаниями, которые он не может игнорировать. Нарушения психики под действием соматической болезни подразделяют на две разновидности:

1) соматогенное влияние болезнетворных факторов на состояние центральной нервной системы, таких как гипоксия различной природы, разнообразные интоксикации;

2) психогенное влияние – связано с психологической реакцией конкретной личности со своими личностными особенностями на имеющееся заболевание и его последствия, уже существующие и те, которые могут возникнуть с разной степенью вероятности.

Соотношение соматогенных и психогенных влияний различно при различных нозологических формах патологического процесса. При пороках сердца различной этиологии, заболеваниях почек, приведших к почечной недостаточности, соматогенное влияние выражено в большей степени.

У пациентов, страдающих различной почечной патологией, осложнившейся хронической почечной недостаточностью (N18), на первый план выходят влияния интоксикации. В результате этого развивается и нарастает астения. Под действием нарастающей астении происходят изменения в структуре таких значимых психических процессов, как память и внимание, являющихся основой интеллекта. У больного отмечается уменьшение объема внимания, процессы запоминания и сохранения полученной информации резко замедляются. Если состояние больного не удастся стабилизировать, явления астении нарастают, к ним присоединяются изменения со стороны интеллектуальной сферы: нарушаются мыслительные процессы. Мыслительная деятельность становится конкретной и ситуативной, появляется и прогрессирует интеллектуальная недостаточность, продуктивность мышления падает. Помимо изменений в познавательной сфере происходят изменения в эмоциональной сфере больного.

Под действием факторов гипоксии у пациента снижается контроль над эмоциональными реакциями: чаще отмечается раздражительность, реже – тревожность и ипохондрические реакции. Часто развивается депрессия, которая в большинстве случаев является психологической реакцией на понимание больного, что его интеллект меняется, оскудевает, что его интеллектуальные возможности все дальше и дальше уходят от прежнего уровня. Особенно выражены явления депрессии у тех больных, чей интеллект ранее был достаточно высоким и это было признано их коллегами и родственниками.

Личность больного претерпевает существенные изменения в сторону появления и усугубления эгоцентризма, обидчивости, излишней требовательности к окружающим. Эти изменения происходят в результате существенных изменений в социальной роли такого пациента: изменение профессиональной деятельности или полный отказ от нее в зависимости от характера, тяжести заболевания, получения инвалидности соответствующей группы и особенностей имеющейся профессии; превращение в объект опеки родственников и близких; периодическая необходимость в длительной изоляции от привычного социального окружения в результате курса стационарного лечения, которое, как правило, поддерживает состояние больного от дальнейшего прогрессирования болезни, но не излечивает от нее.

Тяжелое хроническое заболевание, ставшее причиной инвалидности, значительно меняет всю социальную ситуацию жизнедеятельности индивида. Оно приводит к существенному ограничению контактов с окружающей действительностью, у человека формируется свой собственный маленький мирок, в котором присутствуют интересы очень ограниченного числа людей, кроме него самого. Занимаемое место в жизни радикально меняется, что ограничивает круг интересов, снижает работоспособность, целенаправленность деятельности, пациент становится постоянно вялым и апатичным.

Нельзя обойти вниманием так называемый механизм замкнутого круга, он определяет соотношение между психическим и соматическим уровнями функционирования человека, имеющего серьезные проблемы со стороны соматического здоровья. Суть его определяется тем, что проблемы, исходящие из состояния соматического здоровья, способствуют возникновению психопатологических реакций, отрицательно влияющих на изначально целостную личность, а они в дальнейшем провоцируют сохранение и прогрессирование имеющихся соматических проблем. Так выглядит целостная картина заболевания.

Самым наглядным примером описанного механизма «замкнутого круга» можно считать реакцию на боль, часто встречающуюся при самых разнообразных болезнях. У пациента, постоянно испытывающего боль и массу других аспектов соматического дискомфорта, знающего, что они связаны с тяжелым трудно поддающимся лечению соматическим заболеванием, постепенно развиваются хронические эмоциональные нарушения. Длительно существующее эмоциональное нарушение вызывает активизацию адаптационных и компенсаторных механизмов, которые изменяют большое количество параметров основных физиологических процессов, что не может не привести к вторичным соматическим нарушениям. В связи с актуальностью описываемой проблемы предложено понятие психосоматического цикла, которое заключается в том, что длительные эмоциональные переживания по поводу нерешаемых проблем с нарушенным здоровьем приводят к декомпенсации имеющегося соматического заболевания или появлению новых его симптомов.

Следует помнить, что острая патология, даже весьма тяжело протекающая, при правильном лечении приводит к полному выздоровлению и восстановлению нарушенных функций. Хронический патологический процесс никогда не приводит к полному восстановлению здоровья, пациент остается больным, меняется только тяжесть его состояния. Кроме того, он должен быть морально готов к возможному ухудшению своего состояния, дальнейшему снижению работоспособности, он должен понимать, что никогда не сможет делать многое из того, что раньше мог делать с легкостью, смириться с этим. В целях повышения социальной защищенности таких пациентов направляют на медико-социальную экспертизу для установления или продления группы инвалидности. Несмотря на то, что это делается для блага больного, сам факт освидетельствования порой пагубно отражается на состоянии его психики, так как он получает документальное подтверждение своей «неполноценности».

Для человека, страдающего серьезным хроническим заболеванием, существует две стратегии поведения – пассивная и активная. Активная стратегия заключается в осознании происходящего и активном преодолении появившихся препятствий в результате изменений в образе жизни. Изменить образ жизни, изыскать возможность «жить вместе с болезнью» бывает очень сложным, иногда нереальным, в результате могут развиваться такие реакции, как апатия, страх, депрессия. Пассивная стратегия поведения основана на реакции отрицания серьезности болезни и необходимых ограничений. Актуализируются защитные механизмы самообмана, игнорирования, сверхконтроля. Практика показывает, что наибольшую ценность имеют механизмы активной стратегии. Весьма полезными оказываются стремления больного приспособиться к новому образу жизни, сохранять эмоциональное равновесие и адекватные отношения с окружающими.

Такая стратегия реализуется в случае, если пациент:

1) стремится получить и адекватно оценить необходимую информацию о своем заболевании; прислушивается к советам специалистов в области своей проблемы, находит эмоциональную поддержку у знакомых или товарищей по несчастью;

2) стремится приобрести и приобретает навыки самообслуживания для избежания излишней зависимости от окружающих и повышения собственной самооценки;

3) находит новые цели в жизни, связанные с преодолением заболевания, и старается планомерно их достигать.

Задача медицинских работников (врачей, психологов, средних медицинских работников) в такой ситуации – помочь каждому конкретному пациенту в максимально короткие сроки восстановить трудоспособность в тех ее пределах, в которых это возможно, или приобрести новые трудовые навыки. Этот процесс называется медицинской реабилитацией, его актуальность возрастает год от года, особенно если обратить внимание на рост числа инвалидов среди лиц трудоспособного возраста. Медицинскую реабилитацию иногда называют ресоциализацией. Прежде всего необходимо основной акцент делать на те функции и способности человека, которые остались нетронутыми патологическим процессом. Перечислим основные группы заболеваний лиц, которые нуждаются в реабилитационных мероприятиях. В медицинской реабилитации нуждаются пациенты, страдающие туберкулезом или при его последствиях; перенесшие острое нарушение мозгового кровообращения, повреждения головного и спинного мозга; страдающие нарушениями со стороны органов чувств; перенесшие тяжелые заболевания сердца или почек и страдающие хронической сердечной или почечной недостаточностью; страдающие тяжелой формой бронхиальной астмы; перенесшие ампутации конечностей или их частей.

Способы реабилитации различны. Задачами любого из них являются возвращение пациента к максимально возможной активной жизни, борьба с ощущением неполноценности, неизбежно возникающим в такой ситуации. В современном обществе различают три вида реабилитации: медицинскую, профессиональную и социальную.

Медицинская реабилитация заключается в восстановлении или улучшении трудоспособности пациента в результате разнообразных лечебных воздействий. Профессиональная реабилитация подразумевает приспособление больного к прежней трудовой деятельности в новом его состоянии здоровья или приобретение новых трудовых навыков в результате переквалификации. Социальная реабилитация необходима для того, чтобы обеспечить больному возможность приспособиться к жизни в семье и обществе в новом своем качестве в результате создания соответствующих материальных условий.

Медицинские работники независимо от области медицины, в которой они трудятся, должны быть знакомы с возможными вариантами реабилитации. Пациенты, подлежащие реабилитации, вынуждены справляться с рядом психологических проблем, им должна быть оказана соответствующая помощь. Первой из проблем является сам дефект, который привел к заболеванию и последующей инвалидности. Нередко происходит так, что психологическая проблема приносит больше сложностей в жизнь больного, чем сам соматический дефект. Длительная целенаправленная психотерапия, как правило, помогает больному принять ситуацию как неизбежную, смириться со случившимся и привыкнуть решать свои житейские проблемы в новом состоянии. Одним из особо значимых аспектов этой проблемы становится

тот факт, является ли дефект врожденным или приобретенным, если он был приобретен, то на каком этапе жизни.

Психосоматические аспекты боли. Боль различного характера является симптомом большинства соматических заболеваний. Боль возникает тогда, когда воздействие внешних агентов ведет к разрушению части или всего организма или серьезно угрожает возникновению разрушения. Она является сигналом, предупреждением о грозящей серьезной опасности. Боль зависит не только от интенсивности внешних раздражителей, но и от эмоционально-психологического состояния индивидуума, так как является субъективным ощущением. Знаменитый хирург Н. И. Пирогов в своих работах, описывающих деятельность хирурга в военных условиях, писал, что врач должен уметь отличать истинное страдание от кажущегося, что пострадавшие, которые сильнее других кричат и стонут, далеко не всегда являются действительно самыми тяжелыми, что неотложная помощь порой должна быть оказана не им, а другим, выражающим свои эмоции иначе или вовсе демонстрирующих апатию и безразличие.

Проанализируем коротко основные факторы, определяющие выраженность болевого ощущения. Несомненно, одним из основных факторов являются интенсивность и длительность воздействия болевого раздражителя. В таком случае в нервных центрах подкорковых образований и коры образуется болевая доминанта. Став доминантными, болевые ощущения приобретают массу дополнительных условных связей, формирующихся в результате конкретных представлений и психических переживаний данного индивида.

Интенсивность болевого ощущения зависит также от типа нервной системы, наличия или отсутствия нарушений в деятельности эндокринной системы.

Психологическими факторами, определяющими интенсивность болевых ощущений, являются сосредоточенность внимания на боли или отвлечение от нее, особенности личности, врожденные и сформировавшиеся в течение жизни (выносливость, изнеженность), морально-общественные установки, эмоциональное состояние человека в момент возникновения болевой импульсации, собственное отношение пациента к факту болевых ощущений. Фактор ожидания болевых ощущений также имеет немаловажное значение.

Знаменитый французский хирург Г. Дюпюитрен в своих работах анализировал разницу в отношении к болевым ощущениям вообще и хирургическому лечению в частности среди гражданских лиц и людей, поступивших в госпиталь с поля боя после огнестрельных ранений. Раненый боец привык к постоянно грозящей опасности и перспективе получения увечья, поэтому он стойко переносит все весьма неприятные ощущения, в том числе и боль, и возможность дальнейшей инвалидизации, так как избавляется от более опасных перспектив – расстаться с жизнью. Совсем иные чувства испытывают рабочий, фермер, ремесленник, которые понимают, что после проведенной операции не смогут так же зарабатывать и кормить свою семью, что им грозит нищета, поэтому их преследуют глубокий страх и отчаяние.

При исследовании соотношения между значительностью ранения и интенсивностью болевого ощущения у гражданских лиц и солдат было выявлено отсутствие такой зависимости. Степень выраженности ощущения боли определялась отношением к ней пострадавшего. Для тех, кто прибыл непосредственно из района боевых действий, где перед этим в течение многих дней и ночей подвергался непрерывной опасности быть убитым или покалеченным, поступление в госпиталь воспринималось как избавление от мучительного страха, приобретение чувства безопасности. Не более трети из них просили сильные обезболивающие препараты, так как находились под влиянием сильных положительных эмоций. Для гражданских лиц, получивших ранение или увечье при относительно благоприятных предшествующих обстоятельствах жизни, болевые ощущения были более значимыми, и потребность в сильных обезболивающих средствах возникала почти у всех.

При любых болевых ощущениях (функциональных или имеющих под собой органическую основу) в степени переживания боли большое значение имеет отношение личности к переживаемому процессу. Нередки ситуации, в которых боль имеет максимальную выраженность у пациентов с личной неустроенностью, массой неразрешенных внутренних конфликтов. Болевые ощущения, становясь доминантными, переключают на себя основное внимание больного и становятся средством разрешения возникшего конфликта, так как в

результате больной получает временную возможность устраниваться от решения назревшей проблемы. Характерны и обратные ситуации, когда пациент сознательно вырабатывает у себя установку на изменение отношения к боли, в результате происходит повышение пределов выносливости. Такая ситуация характерна для сильных личностей с сильным типом нервной системы.

Рассматривая вопрос о психосоматических аспектах боли, необходимо остановиться на понятии психалгии, или психической боли. Под психалгией понимается возможность существования ощущения боли без болевой импульсации от болезненного очага. Доказательства существования такого феномена изложены в работе Энгеля.

1. Боль необходима для того, чтобы предупреждать человека о возникновении опасности серьезного повреждения его организма, она возникает при наличии импульсов от повреждаемого органа в результате рефлексов, но в дальнейшем, после окончания формирования рефлекса, периферическая импульсация перестает быть обязательной для возникновения болевого ощущения.

2. Одной из возможных эмоциональных реакций на боль являются плач, стон, которые, в свою очередь, могут вызвать жалость, стремление утешить, что приводит к устранению боли и установлению более близких отношений с утешающим.

3. Другой возможной эмоциональной реакцией на боль является восприятие ее как наказание. В этом случае боль воспринимается как маркер вины и последующего ее искупления. Человек испытывает радость от болевых ощущений, если, по его мнению, это приводит к прощению и сближению с обидевшимся близким человеком.

4. Боль может возникать параллельно с агрессивными намерениями, властными стремлениями, поэтому ее можно расценивать как индикатор для контроля за своими агрессивными тенденциями.

5. Человек может испытывать боль в качестве психического искупления. Это происходит в тех случаях, когда человек мучается от собственного чувства вины по отношению к близкому человеку.

6. Сочетание боли с половыми ощущениями иногда может стать источником удовольствия. При формировании болевой доминанты и утрате способности испытывать наслаждение, не испытывая боли, следует говорить о мазохизме.

Одни индивидуумы склонны использовать свои болевые ощущения как психологический феномен, другие не имеют подобных личностных особенностей. В процессе изучения психологических особенностей тех и других удалось выделить наиболее часто встречающиеся для лиц, склонных использовать боль в качестве «психологического оружия»:

- а) мучительное ощущение вины, для успокоения которой используется боль;
- б) склонность к мазохизму, что подтверждается большим количеством оперативных вмешательств, не всегда обоснованного характера;
- в) присутствие в характере агрессивных черт, которые неизменно встречают отпор, в результате чего также возникает боль;
- г) возникновение болевых ощущений при угрозе потери каких-либо значимых связей;
- д) расположение болевых ощущений связано с бессознательной идентификацией себя с объектом любовных притязаний, боль развивается в том случае, когда пациент находится в состоянии конфликта с любимым человеком или же речь идет о боли, которую испытывал истинный или воображаемый объект любви.

Для решения вопроса о том, является ли данное болевое ощущение психалгией или нет, необходимо ответить на несколько вопросов:

1) присутствует ли соматический субстрат боли, который способен воздействовать на рецепторы таким образом, чтобы возникло болевое ощущение;

2) если он существует, то в какой степени он ответствен за возникновение болевых ощущений;

3) какими психологическими механизмами определяются конечный вариант болевых ощущений и способ информирования об этом лечащего врача и родственников. Таким образом, основные выводы, сделанные Энгелем, сводятся к тому, что наличие периферического фактора боли не всегда имеет значение; в том случае, когда его значение очевидно, не всегда он один

определяет характер и интенсивность испытываемой боли.

Исходя из сказанного выше, психалгия является частным случаем боли вообще. Даже при истинной психалгии нельзя говорить, что материальной основы боли нет вовсе. С другой стороны, множество клинических наблюдений свидетельствуют о том, что психологические переживания болевых ощущений определяются не исключительно сенсорными ощущениями, а во многих случаях они вообще являются не основными компонентами, из которых формируется общее переживание, в таких случаях основным является эмоциональный компонент. Следовательно, для правильной оценки интенсивности болевых ощущений, их причины необходимы выяснение соотношений сенсорного и эмоционального компонентов, формирование своеобразного коэффициента «психогенности боли».

Лечащему врачу необходимо также обращать внимание на то, в каких выражениях больной описывает свои болевые ощущения. При описаниях болей типа «психалгий», пациенты в большинстве случаев испытывают определенные затруднения, сомнения при необходимости указать точный характер и локализацию боли. При общении с ними не всегда удастся заметить внешние признаки переживания болевых ощущений: мимику, позу и др. Врач также обычно замечает, что у больного не отмечается существенного эффекта от применения анальгетических препаратов (даже при замене одного другим или назначении наиболее сильнодействующих из них). Боль незначительно изменяется с течением времени, даже если в течение заболевания, обуславливающего ее, отмечается выраженная динамика. Характерно, что боль существенно не уменьшается при благоприятном течении болезни, но и не нарастает при ее выраженной отрицательной динамике. В целом психалгию можно отнести к определенному кругу феноменальных явлений, для возникновения которых необходимо единство физиологического и психологического, сенсорного и эмоционального.

Не следует делать ошибочных выводов о том, что сенсорный компонент психалгий отсутствует вовсе, его значение может быть самым различным, но никогда не бывает решающим. Определяющим всегда является эмоциональный компонент, который зависит от переживаний конкретного индивида. А характер переживаний, в свою очередь, определяется сформировавшимся отношением к окружающей действительности вообще и болевым ощущениям в частности.

Роль и значение психосоматических расстройств при различных заболеваниях

Наиболее часто о психосоматических нарушениях приходится вспоминать при разнообразных невротических расстройствах (F40-F48). В данном случае психосоматические нарушения могут быть самого разнообразного происхождения. Чаще всего, особенно если речь идет о таком диагнозе, как кардиальный невроз, пусковым механизмом является эмоциональное нарушение, возможна бурная кратковременная эмоциональная реакция, одним из проявлений которой является нарушение в деятельности вегетативной нервной системы, приводящее к широкому спектру функциональных нарушений в деятельности той или иной системы или органа. В большинстве случаев функциональные нарушения происходят со стороны того органа, который уже поражен латентно протекающим патологическим процессом. Нарушения могут проявляться возникновением тех или иных патологических симптомов или при существовании этих симптомов ранее – декомпенсированием ослабленной функции. Для развития декомпенсации необходимы либо избыточная потребность в данной функции, что приводит к истощению возможностей организма, либо нарушение ритмичности в потребности организма в этой функции, что тоже может привести к ее истощению.

По-другому следует рассматривать психосоматические аспекты при так называемых больших психосоматических заболеваниях. Большинство современных исследователей, занимающихся этой проблемой, склоняются к необходимости дальнейшего поиска и детализации личностных профилей, характерных для отдельных заболеваний. Продолжаются научные исследования и в плане возможного искажения исходного профиля личности под влиянием конкретного заболевания, а также под влиянием множества иных факторов, которым подвергается каждый индивид в процессе своей жизни. Становится очевидным, что, чем старше

пациент, тем сильнее будет отличаться его профиль личности от исходного, генетически обусловленного.

На основе анализа большого количества психосоматических исследований следует остановиться на некоторых выводах, подтверждаемых большинством из них.

Механизмы преобразования функциональных расстройств в органические патологические процессы со стороны внутренних органов неоднократно анализировались в работах Б. Д. Карвасарского, В. А. Абабкова, Ю. М. Губачева и многих других исследователей. Результатом их многолетних изысканий стали выводы о том, что в подавляющем большинстве случаев не происходит преобразования невротических расстройств внутренних органов в аналогичные «большие» психосоматические заболевания. Исходя из этого, следует четко понимать, какие патологические состояния следует рассматривать как функциональные непсихогенные, а какие – как функциональные психогенные. Выявлен был еще один, весьма интересный аспект психосоматических расстройств: невротические соматические расстройства можно расценивать как прогностически благоприятный признак в плане развития «больших» психосоматических заболеваний. Наиболее вероятными причинами такой ситуации считаются, во-первых, частые обращения за медицинской помощью лиц, страдающих разнообразными невротическими расстройствами. Как известно любому квалифицированному доктору, прежде чем расценить жалобы пациента как невротические расстройства какого-либо органа, необходимо провести достаточно большое количество обследований для исключения органических причин предъявляемых жалоб. Проведенное обследование в некоторых случаях позволяет выявить органическую патологию на ранних стадиях, назначить соответствующее лечение и предотвратить более тяжелые последствия для здоровья. При невротических расстройствах вступают в силу своеобразные психологические компенсаторные механизмы, которые способны снизить пагубное эмоционально-аффективное напряжение. В ряде исследований удалось даже выявить механизмы психологической защиты, специфичные для конкретных соматических заболеваний в их начальных стадиях (например, гипертонической болезни, ишемической болезни сердца).

Одним из психических факторов, значительно способствующих развитию соматической патологии, являются отрицательные эмоции, в ряде случаев их роль является основной и решающей. В настоящее время достоверно известно несколько механизмов влияния отрицательных эмоций на соматическое состояние: они ослабляют иммунную систему, приводят к гормональному дисбалансу, активизируют ряд физиологических механизмов до той степени, которая может привести к их истощению (частоту сердечных сокращений, артериальное давление, частоту дыхательных движений, интенсивность выработки пищеварительных ферментов и др.).

Для некоторых заболеваний выявлены эмоциональные состояния, являющиеся наиболее значимыми для их возникновения:

1) для развития язвенной болезни желудка или двенадцатиперстной кишки (K25 или K26) помимо инфекционного агента, названного «хеликобактер пилори», решающими являются неконтролируемые или недостаточно контролируемые переживания страха, тревоги, беспомощности и чрезмерной перегрузки;

2) для развития гипертонической болезни (I10 или I11) или ишемической болезни сердца – стенокардии (I20) – или инфаркта миокарда (I21) характерными являются эмоции гнева, возникающие в процессе преодоления сложной проблемы, и враждебности, направленной на неустраняемое препятствие;

3) для возникновения других заболеваний, чаще с присутствием аллергического компонента, таких как бронхиальная астма, разнообразные кожные болезни, значение определенных конкретных негативных эмоций не доказано, очевидным является только то, что их значение велико.

С точки зрения медицинской психологии переживание негативных эмоций является последствием нарушения взаимоотношений между индивидуумами, а к различным соматическим проблемам оно приводит при нарушениях отношений между конкретной личностью и социальной системой, с которой она постоянно взаимодействует.

Тема 9 Патопсихология

На начальных этапах развития этой отрасли знаний патопсихологическое исследование проводилось только в клиниках психиатрии. С этой целью обследованию подвергали заведомо здоровых и заведомо больных психическими расстройствами. Так были определены критерии нормы и патологии. В дальнейшем, по мере определения критериев здоровой и больной психики, патопсихологические исследования стали проводиться и в соматических клиниках с целью определения особенностей изменения психики под влиянием соматических заболеваний и определения возможностей ее коррекции. Патопсихологическое исследование включает в себя несколько компонентов. Оно всегда начинается с беседы с пациентом; этому может предшествовать изучение истории болезни. Однако ряд психологов придерживаются того мнения, что данные, полученные из истории болезни, могут исказить мнение психолога, если они предшествуют беседе с больным, другие психологи, наоборот, считают, что изучение истории болезни является обязательным первым этапом, и беседу с больным в дальнейшем строят, исходя из полученных данных. После беседы возможно проведение тестирования, в большинстве случаев это желательный компонент патопсихологического обследования, но в ряде случаев оно не проводится, если у больного имеется исходная крайне негативная реакция на любые тесты и эксперименты. В процессе беседы, тестирования психолог не только слушает ответы пациента или читает их, но и наблюдает за его поведением, так как наблюдение позволяет увидеть невербальные реакции пациента, которые во многих случаях значат больше, чем словесные ответы. В результате анализа полученных результатов психолог оформляет заключение. Патопсихологический метод главным образом изучает расстройства развития личности и нарушение течения психических процессов: нарушения восприятия, внимания, памяти, мышления, умственной работоспособности.

Нарушения развития личности

В разных психологических школах на разных этапах развития психологии существуют самые разнообразные определения понятия «личность». В начале работы с пациентом психолог должен четко представлять себе, что именно ему необходимо исследовать у данного пациента: мотивы, интересы, ценности, установки, явные и неявные конфликты и др.

Б. В. Зейгарник считает, что исследование личности необходимо проводить через анализ изменения мотивов ее деятельности. Свое мнение он основывает на результатах проведенных исследований деятельности психически нездоровых людей, в которых было выявлено нарушение в формировании структуры иерархии мотивов. При различных психических заболеваниях выявляемые нарушения были различны: формирование неадекватного уровня притязаний, патологических потребностей и мотивов, нарушение критики к своему поведению, а следовательно, и его саморегуляции, неадекватное смыслообразование и др. Российскими психологами М. С. Лебединским и В. Н. Мясищевым рассматривались возникновение и течение соматических болезней во взаимосвязи с особенностями личности пациента. В результате органического поражения головного мозга выделялись распад и деградация личности; в результате патологического развития личности выделялась возможность возникновения психопатий; неврозы рассматривались как патологические реакции здоровой личности. Наиболее распространенные психические заболевания – маниакально-депрессивный психоз и шизофрения – являются генетически детерминированными, однако условием возникновения их дебюта часто служат особенности личности. В процессе развития шизофрении, эпилепсии и органических поражений головного мозга происходят патологические изменения личности, характерные для каждого из этих патологических состояний. Карвасарским выделены основные задачи исследования личности:

- 1) выяснение роли особенностей данной личности в происхождении и развитии имеющихся психических и соматических заболеваний;
- 2) выделение личностного фактора как значимого в патогенезе и формировании

клинической картины данной болезни;

3) изучение особенностей возможных изменений личности при различных болезнях и патологических состояниях;

4) подбор конкретных личностно ориентированных методов психотерапии, психопрофилактики и реабилитации.

Все методы исследования личности принято разделять на клинические и лабораторные. Клинические методы подразумевают беседу с пациентом, наблюдение за ним в процессе беседы и вне ее, в том числе в процессе его реальных взаимодействий с окружающей действительностью, а также в процессе групповой психотерапии, сбор анамнестических данных со слов пациента, а также его близких; лабораторные методы предполагают использование различных тестовых методик.

Существует множество тестов для исследования личности, следует рассмотреть наиболее распространенные из них. Вероятно, именно они признаны наиболее информативными, что и послужило причиной их популярности.

1. *Тест Люшера*. Прост в исполнении, обычно легко воспринимается больными. Пациенту дают восемь одинаковых по размеру и разных по цвету карт: четыре из них с основными цветами (синий, зеленый, красный, желтый), четыре с дополнительными (фиолетовый, коричневый, черный, серый). Пациенту предлагают расположить цвета в порядке убывания предпочтения. Выбор цвета характеризует направленность личности исследуемого на определенный вид деятельности, определяет наиболее устойчивые черты характера, а также отражает его настроение и функциональное состояние в момент испытания.

2. *Метод исследования уровня притязаний*. Пациенту предлагается несколько задач, пронумерованных по степени сложности. Испытуемый сам выбирает посильную для себя задачу, а экспериментатор разыгрывает ситуации успеха и неуспеха для пациента, затем анализирует его реакции.

3. *Метод Дембо – Рубинштейн*. Цель его использования – определение самооценки личности. Больному предлагается несколько вертикальных отрезков, символизирующих здоровье, ум, характер, счастье. Пациент сам оценивает себя по этим показателям и делает отметки на шкале. После этого экспериментатор просит его описать свои собственные представления об этих понятиях.

4. *Метод фрустрации Розенцвейга*. Этим методом производится исследование реакций конкретной личности в стрессовой ситуации. Уровень стресса и характер стрессогенных факторов, действовавших на пациента, при которых было получено состояние фрустрации, дают возможность сделать вывод о степени социальной адаптации или дезадаптации.

5. *Метод незаконченных предложений*. Эта методика существует в различных вариациях. Наиболее используемый вариант заключается в том, что тестируемому предлагают 60 незаконченных предложений, которые он должен завершить. Эти предложения по смысловой нагрузке сгруппированы в 15 групп, каждая из которых дает возможность оценить отношение испытуемого к той или иной сфере социальных взаимоотношений: с родителями, с детьми, с подчиненными, с руководством, с противоположным полом и пр.

6. *Метод Роршаха*. Пациенту предлагаются 10 карт с изображением чернильных пятен. Все они симметричные одноцветные или многоцветные. Испытуемый должен ответить на вопрос, на что это может быть похоже. Ответы распределяются на 4 категории по следующим признакам: расположение, содержание, оригинальность, а также форма, цвет, динамичность.

7. *Тематический апперцептивный тест (ТАТ)*. Для проведения теста необходимо 20 картин, содержащих разноплановые сюжеты. Пациент составляет рассказ по каждой из них. Анализируя составленные рассказы, можно сделать выводы о состоянии эмоциональной сферы испытуемого, предположить наличие или отсутствие психотравмы в анамнезе, оценить мыслительные способности, степень воображения, особенности восприятия и другие характеристики личности.

8. *Миннесотский многопрофильный личностный опросник*. Тест относится к наиболее громоздким, но и наиболее информативным. Тестируемый должен проявить свое положительное или отрицательное отношение к предлагаемым утверждениям, их предлагается большое количество – не менее 100. При анализе ответов в результате специфических оценок

выстраивается график, по которому производится анализ соотношения ряда личностных особенностей: истерии и лабильности, мужественности и женственности, депрессии и напряженности, психопатии и импульсивности и ряда других особенностей характера, а также сиюминутного физического и психического состояния.

Нарушения мышления

Б. В. Зейгарником дано следующее определение понятия «мышление»: «Это деятельность, опирающаяся на систему понятий, направленная на решение задач, подчиненная цели, учитывающая условия, в которых эта задача осуществляется». В настоящее время выделены следующие виды патологии мышления: нарушения в области операциональной стороны мышления, в области динамики мышления, в сфере личностного компонента мышления.

1. Нарушения в области операциональной стороны мышления.

В процессе мышления происходят следующие операции: обобщение, отвлечение, анализ, синтез. На первом этапе мыслительных процессов происходит анализ, целью которого является выявление взаимосвязи между явлениями и объектами. Следствием анализа является процесс обобщения. Он подразделяется на несколько уровней, нарушение может возникать на любом из них. Нулевой уровень подразумевает лишь перечисление предметов или выполняемых ими функций по типу констатации фактов, попытки обобщения отсутствуют. Конкретный уровень подразумевает обобщение исключительно по конкретным, явным признакам. Функциональный уровень подразумевает обобщение по функционирующим признакам. Категориальный уровень является наиболее высоким, требует более существенных интеллектуальных возможностей, так как обобщение происходит по принципу выделения наиболее значимых, самых главных признаков.

Нарушение обобщения происходит обычно по одному из двух вариантов: снижение уровня обобщения или искажение процесса обобщения. Если нарушение идет по типу снижения уровня, то у пациента преобладает конкретное представление обо всем происходящем, процессах и предметах, в них задействованных. Такие больные затрудняются абстрагироваться от всего конкретного. Степень указанных нарушений бывает различной, от легкой до тяжелой. Снижение уровня обобщения можно наблюдать при олигофрении, энцефалите тяжелой степени, при различных поражениях головного мозга с явлениями деменции. Процесс обобщения может подвергаться снижению в результате возникновения и прогрессирования заболеваний при исходном нормальном его уровне, это происходит при эпилепсии, травмах головного мозга. В случае врожденной олигофрении имеет место изначально сниженный уровень. Искажение процессов обобщения встречается реже, характерно для больных шизофренией. Такие пациенты в своих рассуждениях пытаются обобщить необобщаемое, руководствуясь формальными, неадекватными соотношениями, случайными ассоциациями.

Методы исследования операциональной стороны мышления:

1) образование аналогий. В зависимости от уровня интеллекта и образования сложность заданий будет различна. Тестируемому представляют образцы пар слов, между которыми имеются некие смысловые взаимосвязи, а затем просят выявить пару слов по аналогии;

2) классификация. Для проведения этого теста необходим набор карточек с графическим изображением всевозможных растений, животных, предметов. В другом варианте этого теста вместо изображений можно использовать их названия. От пациента требуется разложить карточки так, чтобы получились группы. Каждая группа должна характеризоваться общностью свойств входящих в нее предметов. На следующем этапе испытуемый должен укрупнить группы. Результатом теста должна стать характеристика уровня обобщения. О высоком уровне говорят в том случае, если пациенту удается довести укрупнение до 2–3 групп;

3) исключение. Данная методика также имеет два варианта: предметный и словесный. Испытуемому предлагают 4 карточки с изображениями предметов или их словесными описаниями. Карточки формируются таким способом, чтобы три предмета имели существенное количество общих признаков, а четвертый по этим признакам значительно отличался. От

пациента требуется выделить три карточки с предметами, имеющими больше сходства. Результаты теста оцениваются по тем признакам, на основании которых пациент исключил один предмет. Если этот признак имеет очень конкретный характер, речь идет о снижении уровня обобщения, если, наоборот, обобщение произведено по очень отвлеченным, чрезмерно обобщенным признакам, имеет место искажение процесса обобщения;

4) понимание переносного смысла пословиц и метафор. Тест можно проводить в упрощенном или усложненном варианте. При упрощенном варианте пациенту просто предлагают рассказать, как он понимает смысл пословиц и метафор, предлагая его вниманию наиболее распространенные. При усложненном варианте для предлагаемой пословицы или метафоры необходимо подобрать близкое по смыслу словосочетание или другую пословицу. Еще один вариант указанного теста заключается в том, что тестируемому предлагают объединить по смыслу карточку, на которой написана пословица или метафора, с одной из предлагаемых фраз. Такой вариант чаще выявляет нарушения мышления по шизофреническому типу;

5) пиктограммы. Пациент получает задание нарисовать простой рисунок, который не будет оцениваться по своим художественным качествам, но предназначен для более простого и быстрого запоминания 15 названных ему слов и словосочетаний. Среди предложенных слов и словосочетаний в обязательном порядке должны присутствовать конкретные, абстрактные и эмоционально окрашенные. После проведения теста производится анализ смысловых связей, возникших между словесным стимулом и графическим изображением. Они могут быть содержательными или слабыми, их анализ используется для оценки степени нарушения обобщения.

2. Нарушения динамики мыслительной деятельности .

Существуют два варианта нарушения: лабильность мышления и инертность мышления.

Лабильность мышления . При такой форме нарушения выявляется, что у пациента отсутствует устойчивость в выборе способа выполнения задания, поручения. Уровень обобщения у таких пациентов может быть самым разнообразным, в большей степени зависит от уровня интеллекта и образования. Процессы обобщения, сравнения и понимания у таких больных не отличаются от здоровых, но после правильно обобщенных выводов отмечается принятие решений вследствие предпочтения слабых, случайных связей. Для больных с лабильностью мышления характерна повышенная откликаемость на любые случайные раздражители, в результате чего происходит утрата целенаправленности действий, так как эти случайные раздражители становятся основными до появления других раздражителей, которые также могут оказаться случайными и увести мысли пациента в следующее русло.

Инертность мышления . Инертность по-другому можно назвать тугоподвижностью, она заключается в затруднении переключения с одного вида деятельности на другой. Инертность может вести за собой и другие нарушения процессов мышления, в основном, снижение уровня обобщения.

Нарушения динамики мыслительной деятельности выявляются при помощи тех же методик, что и для исследования операциональной стороны мышления, в этом случае испытатель должен заострять свое внимание на способности испытуемого к переключению с одного вида деятельности на другой, способности или неспособности к целенаправленности действий и ассоциаций, присутствию или отсутствию чрезмерной обстоятельности в суждениях.

3. Нарушения личностного компонента мышления .

Различают следующие виды таких нарушений: нарушение критичности, нарушение саморегуляции, резонерство, разноплановость суждений.

Нарушение критичности заключается в нарушении способности пациента адекватно соотносить получаемые результаты с исходными условиями и возможными итогами. Нарушение критичности мышления характерно для больных шизофренией и олигофренией.

Нарушение саморегуляции заключается в неспособности пациента к целенаправленности мыслительных процессов. У такого больного могут отсутствовать другие нарушения

мыслительной деятельности, он может быть способен к сложным обобщениям, логическим заключениям. Однако эти способности сводятся к бесполезным в результате отсутствия целенаправленности, что в конечном итоге не может привести к решению какой-либо задачи. Нарушение саморегуляции встречается у больных эпилепсией, шизофренией.

Резонерство проявляется в склонности больного много и долго рассуждать о тех предметах и понятиях, которые либо ясны изначально, либо требуют лишь небольших пояснений. Резонерство подругому называют бесплодным мудрствованием.

Разноплановость суждений состоит в том, что рассуждения больного, а затем и сформировавшиеся суждения о каком-либо предмете или явлении протекают в разных плоскостях.

Кроме перечисленных, существуют и другие виды нарушений мышления.

Нарушение стройности мышления: разорванность мышления (отсутствие смысловых связей между членами предложения или фразы, при этом грамматически предложение построено правильно), бессвязность мышления (отсутствие смысловой связи между членами предложения в сочетании с нарушением грамматического построения его), вербигерации (использование в речи стереотипных фраз, доходящее до бессмыслицы), парагномен (нелепое, алогичное умозаключение, внезапно приводящее к действию), паралогическое мышление (мышление, не связанное с логическими умозаключениями).

Нарушения целенаправленности мышления: символизм (обнаружение больным символов там, где они не играют никакой общепринятой роли), аутизм (уход от реальности в результате фантазий, приобретающих сверхценность).

Нарушения мышления, приводящие к патологическим суждениям. Бредовые расстройства – неправильные умозаключения. Бредоподобные расстройства – это тоже неправильные умозаключения, но отличие от бреда состоит в том, что они поддаются частичной коррекции сторонних лиц в результате использования методов убеждения, разубеждения. Сверхценные идеи – чрезмерно стойкие убеждения и представления о чем-либо. Навязчивые мысли – неправильные мысли, неправильность которых сам больной понимает, но не в состоянии расстаться с ними.

Нарушения мышления по темпу. Ускоренное мышление – это такое мышление, при котором мысль, не успев логически завершиться, сменяется другой. Ускоренное мышление встречается при маниакально-депрессивном психозе в маниакальной фазе и при шизофрении. Замедленное мышление встречается при маниакально-депрессивном психозе в депрессивную фазу, а также при эпилепсии.

4. *Нарушения памяти*

Определение понятия памяти дано С. Я. Рубинштейном: «Память – это процессы организации и сохранения прошлого опыта, делающие возможным его повторное использование в деятельности или возвращение в сферу сознания». Выделяются понятия непосредственной памяти и опосредованной.

Непосредственная память – это способность воспроизвести произошедшее событие сразу после того, как оно случилось. Наиболее распространенными нарушениями непосредственной памяти являются корсаковский синдром и прогрессирующая амнезия. Корсаковский синдром – это расстройство памяти на текущие события, а события давно прошедших дней и лет помнятся значительно лучше, ярче и во всех подробностях. При прогрессирующей амнезии отмечаются нарушения памяти как на прошедшие события, так и на текущие, кроме того, у больного может в результате прогрессирования этих процессов развиться постоянная или преходящая дезориентировка во времени и пространстве, а также отмечается наложение событий прошлого и настоящего друг на друга в любой последовательности.

Опосредованная память – это процесс запоминания с участием промежуточного звена, функция которого – укрепление процессов запоминания и воспроизведения. У больных с определенной патологией введение опосредующего фактора приводит к ухудшению процессов запоминания. Если это больной олигофренией, то сложности, возникающие в результате опосредования, заключаются во врожденном недоразвитии мышления. У олигофренов отмечается нарушение всех видов памяти. У больного эпилепсией менее выражено нарушение

опосредованного запоминания, чем у олигофрена, но для больного эпилепсией наиболее эффективной является непосредственная память. У больных шизофренией память нарушена в меньшей степени, если расстройство и выявляется, то выясняется его вторичный характер, являющийся следствием нарушения волевых качеств. При неврозах и реактивных психозах вариантов нарушения памяти огромное множество, но при детальном исследовании выясняется субъективный характер этого явления. При этих заболеваниях механизм нарушения памяти носит эмоциональный характер. Испытуемый может осознанно или неосознанно «копировать» какое-либо заболевание. При проведении тестовых исследований для таких пациентов характерны правильное выполнение сложных заданий и большое количество ошибок в самых простых и элементарных.

Методики, применяемые при исследовании памяти

1. *Десять слов* . Тестируемому озвучивают десять односложных или двусложных слов и затем просят их повторить в любом порядке 5 раз. Шестой раз задание повторить дается через 20–30 мин.

2. *Пиктограммы* . Пациенту предлагается для запоминания 15 слов. С целью облегчения процесса запоминания и дальнейшего воспроизведения испытуемый должен сделать карандашный набросок, имеющий смысловую связь с запоминаемым. Первый раз просят повторить слова сразу, второй раз – через 20–30 мин. Для оценки результатов теста учитывается, сколько слов воспроизведено абсолютно точно, сколько – близко по смыслу, сколько – совершенно неверно и сколько не воспроизведено никак. Для детей и лиц с невысоким интеллектом можно использовать разновидность этого теста, в которой предполагается не рисование, а выбор готовой картинки из предложенных.

3. *Воспроизведение рассказов* . Пациенту зачитывают рассказ или он читает рассказ сам. Вторым этапом происходит воспроизведение рассказа устно или письменно. При анализе результатов теста необходимо обращать внимание, все ли смысловые элементы воспроизведены, что пропущено полностью, что искажено и в каком плане.

4. *Исследование зрительной ретенции* . Для проведения теста необходимо пять серий рисунков. На первых трех этапах теста пациенту предлагают по 10 карточек с рисунками одинаковой степени сложности, на последующих двух – по 15 карточек. Каждую карточку пациент имеет право рассматривать в течение 10 с, а затем он должен нарисовать увиденное на бумаге.

5. *Нарушения внимания* .

Внимание определяется как способность сосредоточенной деятельности данного субъекта в данный момент времени на каком-либо объекте, реальном или идеальном.

Выделяют следующие характеристики внимания: избирательность, объем, устойчивость, переключаемость.

Избирательность внимания некоторые авторы предпочитают называть концентрацией, она характеризуется способностью субъекта настроиться на максимально эффективное восприятие информации, причем сделать это в тот момент, когда либо информация наиболее доступна, либо потребность в ней наиболее высока.

Объем внимания – это количество объектов, составляющих информацию, которые одновременно может воспринять субъект.

Устойчивость внимания – это способность сконцентрироваться на восприятии данной информации независимо от других внешних или внутренних раздражителей.

Переключаемость внимания – это способность субъекта быстро сменить объект внимания при смене цели.

Нарушения внимания встречаются достаточно часто, как при психических, так и при соматических заболеваниях. Нарушения внимания могут быть и у абсолютно здоровых людей, находящихся в состоянии аффекта или при других сильных эмоциональных переживаниях.

При неврозах отмечается нарушение активного внимания, его концентрации, переключаемости, устойчивости. При органических поражениях головного мозга наблюдается повышенная истощаемость внимания, замедлена переключаемость, больному трудно сосредоточиться, он быстро отвлекается. При травматических поражениях головного мозга и его сосудистых поражениях наблюдаются примерно одинаковые нарушения внимания, оно

быстро истощается, характеризуется неустойчивостью, затруднена концентрация внимания. Алкогольное поражение головного мозга приводит к недостаточной концентрации внимания и его неустойчивости. При шизофрении прежде всего страдает активное внимание в результате уменьшения энергетического потенциала, общей психической активности, у больных снижены устойчивость и переключаемость. Для больных эпилепсией характерно снижение устойчивости внимания и сложности в его переключении вследствие нарастающей ригидности большинства психических процессов.

Методики исследования внимания

1. *Отсчитывание* . Пациент получает задание отсчитывать от 100 одно и то же число (обычно это бывает 3, 7, 13, 17 и т. п.). Психолог в дальнейшем анализирует характер и частоту пауз, ошибок, сосредоточенность испытуемого, истощаемость его внимания.

2. *Счет по Крепелину* . Данная методика используется для исследования степени работоспособности и возможностей переключения внимания. Вниманию пациента предлагаются бланки, на которых расположены столбцы цифр, которые ему предстоит складывать и вычитать в уме, при этом на бумаге можно записывать только результат своих вычислений. После выполнения задания анализу подвергаются темп работы, количество ошибок, их распределение в течение работы, способность к переключению, количество выполненных действий.

3. *Корректирующая проба* . Эта методика существует давно и является одной из наиболее старых в исследовании внимания. Цель ее использования – исследование пациента на устойчивость внимания и способность к концентрации внимания. Для проведения необходимы специальные бланки и секундомер. На бланках располагаются ряды букв, представленные хаотично, без какой-либо упорядоченности. Психолог дает задание испытуемому зачеркивать одну букву, в некоторых случаях – две. Тест оценивается по частоте ошибок, характеру ошибок (зачеркивание не тех букв, пропуски букв, пропуски целых строчек), распределение ошибок во времени проведения тестирования (их может быть больше в начале, в конце, они могут быть распределены равномерно), скорости работы.

4. *Отыскивание чисел на таблицах Шульте* . Для проведения эксперимента используются специальные таблицы, где беспорядочно расположены числа от 1 до 25. Пациент должен показывать числа указкой в том порядке, в котором они расположены, называть их вслух. Время выполнения задания фиксируется при анализе результатов. Психолог должен учитывать скорость и наличие ошибок, оговорок, распределение их в течение задания. При этом можно сделать выводы о способности сосредотачиваться, быстроте вработываемости, наличии или отсутствии истощаемости внимания и по какому типу это происходит (гиперстеническому или гипостеническому), скорости реакций, способности к переключению, объеме внимания.

6. Нарушение восприятия .

Под восприятием в психологии понимается активный процесс, в результате которого осуществляются анализ и синтез получаемых ощущений здесь и сейчас в результате сопоставления их с пережитым опытом. Нарушения восприятия всегда тесно связаны с особенностями личности.

Нарушения восприятия значительно меняются при разных психических и неврологических заболеваниях. При ограниченных патологических процессах в головном мозге выделяют элементарные и сенсорные расстройства и сложные гностические расстройства. Элементарные и сенсорные нарушения наступают вследствие патологических поражений в области подкорковых уровней анализаторных систем (например, нарушения цветоощущения или ощущения высоты). Сложные гностические расстройства связаны с патологией корковых структур головного мозга. Их называют агнозиями. «Агнозия» переводится как «неузнавание». Это расстройство узнавания при сохраненном сознании и самосознании, отсутствии нарушений в периферическом и проводящем отрезках анализатора. Они различаются в зависимости от того, какой анализатор подвергся болезненному процессу, поэтому их делят на 3 основные группы: зрительные, тактильные и слуховые. Зрительные агнозии делятся на 3 основные группы: предметную (пациент не узнает давно знакомых ему людей, вещи, различные предметы, а также изображения перечисленного); агнозию на цвета и шрифты (пациент не

способен к различению цветов и давно известных шрифтов); оптико-пространственную агнозию (больной перестает понимать рисунок, не может оценить его пространственные характеристики, такие как удаленность, величину, пространственное расположение и др.).

Слуховые агнозии характеризуются нарушением способности отличать звуки друг от друга и понимать речь. В этих случаях возможно возникновение слуховых галлюцинаций, несущих в себе заместительную функцию. Возможны более легкие варианты слуховых агнозий, при которых пациенты, например, перестают понимать интонации, в результате чего их собственная речь становится невыразительной, монотонной. Тактильные агнозии характеризуются нарушением процесса узнавания предметов при их ощупывании при условии, что тактильная чувствительность сохранена. Тактильные агнозии выявляются при ощупывании предмета с закрытыми глазами. Причинами возникновения таких агнозий являются энцефалиты, опухоли головного мозга, сосудистые нарушения головного мозга.

При любых нарушениях восприятия значительную роль имеют изначальные особенности личности. У больного неврозом агнозии проявляются в виде увеличения времени узнавания известных образов и предметов, эти трудности находятся в прямо пропорциональной зависимости от уровня интеллекта пациента. При заболевании шизофренией основную роль играет апатоабулический синдром, создающий трудности узнавания. Наибольшее разнообразие нарушений восприятия представляют депрессии разной природы. При депрессивно-параноидальном синдроме происходит искажение восприятия по аффективному типу. При астено-депрессивном синдроме восприятие приобретает фрагментарный характер и сопровождается нарушениями концентрации внимания и переключения внимания, при истероидо-депрессивном синдроме характерна повышенная внушаемость, поэтому типичным является возникновение псевдоагнозий.

Кроме перечисленных вариантов нарушения восприятия, отмечаются и другие: гиперестезия (повышенная чувствительность), гипестезия (пониженная чувствительность), тотальная анестезия (полная потеря чувствительности, встречается при истерии), деперсонализация (нарушение восприятия себя самого), бедность участия (неспособность испытывать сложные чувства), дереализация (нарушение восприятия окружающей действительности, так называемые симптомы уже виденного и никогда не виденного), обманы восприятия (к ним относятся иллюзии и галлюцинации).

Исследование восприятия

Для исследования восприятия используются клинические и экспериментально-психологические методы.

Основными ситуациями, в которых используется клинический метод, являются следующие:

1) определение состояния болевой и тактильной чувствительности, которое проводится с использованием специальных иголок, волосков, щетинок разной толщины и остроты;

2) определение состояния температурной, вибрационной чувствительности, а также состояния слуховой и зрительной чувствительности;

3) использование аудиометра для исследования слуховой чувствительности, ее пороговых значений. Экспериментально-психологические методики применяются для определения состояния более сложных слуховых и зрительных функций. Существует 2 основных варианта таких методик:

1) методики, исследующие простые стороны разных этапов действия анализаторов;

2) методики, применяемые для изучения более сложной комплексной деятельности.

Кроме перечисленных, существуют и менее распространенные и применяемые.

Интересна методика, используемая для исследования зрительной агнозии. Для нее используются наборы всевозможных предметов и их графических изображений. На первом этапе исследования пациенту для анализа представляют четкие изображения, пациент должен сказать, узнал ли он предмет. На следующем этапе вниманию пациента представляют таблицы Поппельрейтера. Они представляют собой сложные рисунки, состоящие из перечеркнутых, наложенных или смазанных изображений. Испытуемый должен узнать все изображенные

предметы. Анализ теста основан на количестве и характере ошибок. Для выяснения состояния слухового восприятия применяется тахистоскопический метод. Он заключается в том, что больному предлагают звукозаписи, на которых зафиксированы разнообразные звуки: журчание воды, звон разбитого стекла, шелест листьев или страниц читаемой книги, шепот и др. Также больному предъявляют различные изображения. В его задачу входит идентификация и записей, и изображений. При помощи данного метода порой удается выявить механизмы возникновения иллюзий и галлюцинаций при различных психических заболеваниях.

Тема 10 Нейропсихология

Нейропсихология является разделом психологии, изучающим основу психических процессов на уровне деятельности головного мозга. Она подразделяется на клиническую, экспериментальную, реабилитационную и психофизиологическую нейропсихологию. Клиническая нейропсихология занимается изучением нейропсихологических синдромов, возникающих при патологии того или иного участка головного мозга в результате заболевания или травмы. Экспериментальная нейропсихология занимается изучением различных вариантов нарушения психических процессов, нормальных психических функций, используя для этого различные эксперименты, в том числе на животных. В экспериментах используются различные методы воздействия на кору электротоком, временное выключение из функционирования отдельных зон в результате охлаждения, химического воздействия и других методов. Реабилитационное направление в нейропсихологии, как и в других областях знаний, последнее время приобретает все большую актуальность. Реабилитация направляется на частичное или полное восстановление утраченных или ослабленных функций организма. Реабилитационные мероприятия нацелены на восстановление, активизацию высших психических функций в результате переобучения, выработку новых навыков как в социальной, так и в профессиональной сфере. Основные направления применения реабилитационной нейропсихологии – последствия черепно-мозговых травм, нарушений мозгового кровообращения, особенно при наличии нарушений речи, умственная отсталость, дефекты органов чувств (слуха, зрения). Основными приемами, используемыми в реабилитационной нейропсихологии, являются разнообразные методы обучения, переобучения, коррекция воспитания, активизации нарушенных или утраченных психических и двигательных функций. Психофизиологическая нейропсихология занимается изучением психических процессов, используя для этого показатели физиологической деятельности. Для этого широко применяются электроэнцефалография, миография, механограмма. При дальнейшем обследовании иногда используются магнитно-резонансная томография, компьютерная томография. Однозначных границ между разновидностями нейропсихологии не существует, все указанные направления пересекаются и взаимодействуют между собой.

Психика является одной из основных функций головного мозга, она предназначена для постоянного поддержания функции приспособления человеческого организма к окружающей среде, а личности человека – к социальной среде, причем деятельность психики является лишь некоторой частью жизнеобеспечения человека в целом. Любой психический акт – это результат отражения в головном мозге нынешнего состояния внешней и внутренней среды организма. Объекты внешней и внутренней среды организма обладают разнообразными качественными и количественными характеристиками. От объекта как такового до формирования абстрактного понятия о нем в головном мозге проходит многоступенчатый процесс, начинающийся с рецепторного аппарата и заканчивающийся в коре головного мозга. Все психические процессы несут в себе какую-либо информацию. Сначала происходит ее получение, затем обработка, конечным итогом которой является понятийное мышление, приводящее к упорядочиванию психической деятельности. Психическая активность приводит к изменению двигательной активности, поведения в целом, изменения ведут к приспособлению организма к имеющимся условиям окружающей среды. Любой психический процесс является активным, что в итоге

приводит к тому или другому преобразованию его в действие, чаще всего и изменению в поведении. Психическая активность не может существовать изолированно от физиологической деятельности головного мозга. Одними из главных закономерностей жизни являются ее постоянное развитие, попеременное включение в процесс жизнедеятельности и выключение из него различных функциональных систем. Приоритетное функционирование то одной, то другой функциональной системы связано с постоянным приспособлением организма к меняющимся условиям жизни, состояния здоровья в различные возрастные периоды. Средством, позволяющим обеспечивать адекватные взаимоотношения между различными функциональными системами, а также функциональными системами и условиями внешней среды, являются разнообразные психические процессы.

Психофизиологическая и психическая деятельность мозга работает по конкретным принципам и законам. Для их понимания необходимо остановиться на некоторых понятиях. Л. С. Выготским была разработана культурно-историческая теория развития высших психических функций, нашедшая свое продолжение в работах А. Р. Лурия и А. Н. Леонтьева. Основным тезисом этой теории является утверждение о том, что над каждой элементарной психической функцией находится некая надстройка в виде высших психических функций. Так, над механической памятью возвышается логическая, над произвольным вниманием – произвольное, над низшими чувствами – высшие и т. д. Несовершенство этой теории заключалось в том, что она рассматривала два этих уровня изолированно друг от друга, не замечая их функциональной взаимосвязанности. Каждый отдельный высший психический процесс связывался по времени своего возникновения с каким-либо возрастным этапом, но без объяснения, почему она могла возникнуть именно в этом возрасте. В дальнейшем был разработан исторический принцип понимания психических процессов, его основным отличием было понимание роли социальной среды в возникновении и развитии конкретных психических функций. С точки зрения исторического принципа поведенческая деятельность взрослого человека складывается в результате двух различных процессов: эволюционного, так как человек является представителем живой природы, и исторического развития человечества. Говоря кратко, высшие психические функции являются тем, во что преобразовались низшие функции под воздействием культурного развития человеческого общества. Основным и главным отличием культурного поведения является изготовление и использование орудий. Искусственные орудия в виде специфических человеческих сигналов имеют название знаков. К знакам относятся языки, произведения искусства, письменность, картографические изображения, чертежи, условные знаки и др. Знак является средством социальной связи, он прежде всего воздействует на других членов общества, потом на себя самого. В процессе эволюции человек все больше изменял природу, что потребовало создания нового типа связей между вновь созданными знаками и новыми задачами. Вследствие этого Л. С. Выготским был сформулирован принцип сигнификации, заключающийся в том, что человеком создаются связи в мозгу в результате воздействий извне, посредством которых он управляет мозгом, а через него – своим телом. Согласно этому принципу высшие психические функции представляют собой «слепок социального». Высшие психические функции все время находятся в состоянии развития, для которого используют разнообразные опосредующие звенья, в результате получается, что каждая такая психическая функция включает в себя другие функции, в результате чего и рассматривается как высшая. В результате таких процессов возникают многообразные формы непосредственного слияния функций, приводящие к необходимости возникновения новых межфункциональных связей и к сложным образованиям из нескольких психических функций, которые можно назвать психологическими системами. Со сменой возрастных периодов жизни происходят в основном изменения межфункциональных отношений, а не самих функций. Л. С. Выготским сформулированы основные принципиальные выводы относительно мозговой организации высших психических функций:

1) в основе организации психической функции находятся межцентральные отношения, выстроенные по значимости и находящиеся в непрерывном развитии;

2) при нарушениях развития в результате органических поражений головного мозга в большей степени страдает функция ближайшего по отношению к нездоровому участку высшего центра, ближайший низший центр страдает меньше; при распаде психических функций

наблюдается обратная зависимость.

С точки зрения педагогики актуальным является вопрос о соотношении развития и обучения. Существуют две крайние точки зрения: по одной эти процессы не зависят друг от друга, по другой они практически идентичны. Обе точки зрения оказались несостоятельными. По ныне существующей концепции обучение находится впереди развития. Разработано понятие «зоны ближайшего развития». В нее входят те возможности ребенка, которые он уже может осуществить, но не сам, а с помощью взрослого или в результате подражательных действий. После того как он сможет это сделать самостоятельно, это действие или навык относится к зоне актуального развития. Обучение является наиболее эффективным, если учитывает период развития ребенка, т. е. сенситивность данного периода развития к конкретному виду обучения конкретным навыкам.

Для нейропсихологии важнейшим понятием является понятие функциональной системы. Функциональной является такая система, все элементы которой находятся в постоянном плодотворном взаимодействии с целью достижения организмом наилучшего приспособительного результата. Функционирование такой системы находится под контролем и происходит в результате целенаправленного поведения. Существенными свойствами целенаправленности являются принятие решения и предсказание последствий. Следовательно, системой сначала формируются идеальная модель, к которой нужно стремиться, вариант поведенческого акта, который по прогнозам должен привести к подобному результату, и лишь затем происходит сам поведенческий акт. Идеальный и реальный результаты в дальнейшем подвергаются сравнению. Если результат не является идеальным, но достаточным, организм прекращает свои действия, направленные на достижение данной цели, и переходит к формированию другой функциональной системы с другими целями. При недостаточности результата происходит дополнение функциональной системы новыми компонентами, ее функционирование продолжается. В конечном итоге методом проб и ошибок удается прийти к достаточному приспособительному результату. Следовательно, любой компонент может стать частью функциональной системы при условии, что будет содействовать достижению приспособительного результата. Вопрос о том, какой конкретный результат должен быть получен в каждом конкретном случае, решается мозгом в процессе афферентного синтеза.

Процесс афферентного синтеза заключается в выборе возможных направлений возбуждений к мышцам, которыми должно быть совершено конкретное необходимое действие. Итогом афферентного синтеза является формирование комплекса функциональных элементов системы. Все факторы, воздействующие на живое существо вообще и человека в частности, можно условно разделить на две группы: разовые и повторяющиеся. Повторяющиеся могут повторяться иногда, а могут это делать с определенной регулярностью. Каждый из огромного числа факторов, влияющих на организм, приводит к многообразным изменениям со стороны многих систем – от биохимических до высших форм психической деятельности. Повторные влияния приводят к ускорению ответных реакций, а многократно повторяющиеся – и действию организма на опережение методом развертывания подготовительных реакций.

Такие ответные реакции называются опережающим отражением окружающего мира. Мозг является особым органом, действующим по принципу актуального и опережающего отражения. Для осуществления этих функций мозг должен поддерживать адекватное течение физиологических и психологических процессов. Подводя итог сказанному, следует выделить составные части поведенческих реакций: отражение условий, афферентный синтез, принятие решения, выбор нескольких полезных результатов в цепи действий, обратная афферентация для определения достаточности результата. Постоянное развитие является закономерностью жизни, следовательно, приспособительные реакции тоже постоянно находятся в движении, они изменяются для обеспечения адекватных приспособительных реакций в разные возрастные периоды жизни человека в разных условиях окружающей действительности. Одним из средств эволюции считается неодновременность роста и темпов развития различных структурных образований, называемая гетерохронностью. В разные возрастные периоды жизни она проявляется в более стремительном развитии одной из психических функций, а также в периодическом возникновении различных межсистемных координаций. Критические периоды развития человека характеризуются более активным развитием и координацией

функциональных систем, что проявляется в значительных изменениях поведения и психических реакций. Каждый критический возрастной период подразумевает, что к моменту его наступления каждая функциональная система должна соответствовать определенной степени зрелости. В процессе развития происходит не только формирование новых форм реагирования на события окружающей действительности, но и угасание старых, исчерпавших свою необходимость. Если угасание старых запаздывает, формирование новых может быть затруднено. Внутрисистемная гетерохронность характеризуется постепенным и постоянным усложнением существующих функциональных систем. В начале формирования любой функциональной системы происходит формирование простых ее элементов, связанных простыми действиями, в процессе развития добавляются более сложные элементы и уровни функционирования, включая высшие психические. Каждая функциональная система развивается неравномерно, проходя этапы быстрого (сенситивного) развития и относительно замедленного. Межсистемная гетерохронность характеризуется неодновременным началом формирования разных функциональных систем и дальнейшей скоростью. На первых порах для развития ассоциативных межфункциональных связей используется аксиома пространственно-временной близости. Далее многоступенчатое развитие этих связей подчиняется некоей последовательности, что происходит в результате разницы во времени формирования различных психических функций. Так, до 2 лет достаточно интенсивно формируются двигательные функции, речь развивается медленнее, с 2 до 5 лет отмечается преобладающее развитие восприятия и речи, а развитие двигательных функций замедляется. В процессе онтогенеза функциональной асимметрии полушарий отмечается периодическая смена доминирования одного полушария над другим, что отражается на психическом развитии индивидуума. Эти процессы находят отражение в таких аспектах, как формирование общего интеллекта, индивидуальных особенностей личности и многих других. Функциональная асимметрия полушарий находит свое отражение в тестовых исследованиях функциональных возможностей детей в разные периоды жизни при поражениях патологическим процессом разных полушарий. Во все периоды жизни и развития человека мозг остается целостной структурой, все звенья которой постоянно находятся в функциональной взаимосвязи, которая постоянно подвергается изменениям в зависимости от доминирующих задач в данный период времени, обусловленных определенным возрастным периодом или социальным влиянием. В процессе изучения ролей правого и левого полушарий было проведено множество экспериментов и других исследований. Их значительная часть свидетельствует о том, что в процессе онтогенеза, а также культурной эволюции отмечается нарастание левополушарного типа сознания. Данный факт не умаляет роли правого полушария и необходимости межполушарных взаимодействий в процессе любой деятельности человека. Все структуры мозга функционируют по принципу иерархической соподчиненности. Это значит, что в данный конкретный период времени в психической деятельности человека доминирует одна конкретная система в зависимости от выполняемых задач, остальные системы в данный момент являются управляемыми и подчиненными. В процессе онтогенеза раньше созревают те участки мозга, деятельность которых связана с удовлетворением жизненно важных физиологических потребностей. Их функциональная организация является наиболее однозначной, жесткой и меньше всего подвержена влиянию других функциональных систем, что является весьма разумным с точки зрения инстинкта самосохранения. На более поздних этапах происходит формирование и созревание участков мозга, чья деятельность связана с осуществлением психических функций. Их функциональная организация значительно более многозначна, реализация таких функций во многом зависит от внешних целей и реальных возможностей организма в данный момент, оставшихся после выполнения низших витальных функций. В еще большей степени сказанное имеет отношение к высшим психическим функциям. Вопросы жесткости или пластичности отдельных элементов психофизиологических систем во многом зависят от степени вероятности участия в осуществлении тех или иных функций. Те элементы высших психических функций, которые в большинстве случаев принимают участие в деятельности, будут более жесткими, а те, чье участие менее значимо или значимо в редких случаях, будут более способны к изменениям в каждом конкретном случае. Каждая высшая психическая функция имеет свою психофизиологическую основу, которая представляет собой

функциональную систему с конкретным многоступенчатым набором афферентных (настраивающих) и эфферентных (исполняющих) составляющих. Каждый последующий уровень функциональной организации влияет на нижележащий доминирующим образом.

В нейропсихологии разработаны два основных принципа теории локализации высших психических функций.

1. *Принцип системной локализации функций* . Любая психическая функция осуществляется благодаря разнообразным разнонаправленным связям корковых и подкорковых мозговых структур, каждая из которых выполняет свою конкретную роль в реализации определенной функции.

2. *Принцип динамической локализации функций* . Любая психическая функция, представленная мозговыми структурами и взаимосвязями между ними, не является раз и навсегда законченным образованием, она подвергается постоянным изменениям под влиянием возрастных факторов и меняющихся условий окружающей действительности.

Вопросы функциональной межполушарной асимметрии

Абсолютная идентичность в деятельности парных органов и полушарий головного мозга не является целесообразной. В процессе развития ребенок постоянно решает определенные задачи в конкретных жизненных обстоятельствах, что приводит к использованию определенных мозговых механизмов, функционально связанных с правым или левым полушарием. В раннем детстве между ролями двух полушарий в обеспечении доминирующих на данном периоде функций наблюдаются конкурентные отношения, развивающиеся в процессе познания окружающего мира и приспособления к нему и приводящие к определенному типу функциональных взаимозависимостей, которые в дальнейшем сохраняются у конкретного взрослого человека на протяжении жизни. Структурная асимметрия головного мозга наиболее отчетливо выражается в увеличении размеров борозд и площади коры в левом полушарии. Так, например, длина сильвиевой борозды на правом и левом полушарии неодинакова, а ее задняя часть, значительно больше на левой стороне. Клеточная организация этой области имеет существенные отличия справа и слева, которые можно выявить даже у человеческого плода. Протяженность сильвиевой борозды левого полушария взрослого индивидуума в 7 раз больше, чем у правого. Структурная асимметрия полушарий отмечается и на уровне кровотока, и биохимических показателей, и чувствительности к действию различных фармакологических препаратов.

В настоящее время является признанным тот факт, что каждое полушарие является доминантным по обеспечению определенных психических процессов. В 1980-х гг. был введен термин «функциональная специализация полушарий мозга».

Межполушарная асимметрия

Сенсорные асимметрии

Зрение . У зрительного анализатора асимметрия отмечается в среднем в 90 % случаев. У большей части испытуемых (60 %) выявляется преобладание правого глаза, который называется ведущим. Цвет воспринимается сразу ведущим глазом, а неведущим – чуть позже. У правого глаза шире поле зрения, им же лучше осуществляется прицеливание. На явление асимметрии зрения рассчитаны некоторые эффекты живописи.

Слух . Явление сенсорной асимметрии касается остроты слуха и способности более точно определить местонахождение источника звука. Так, большинство здоровых людей лучше слышат левым ухом, а с задачей выявления местонахождения источника звука лучше справляется правое ухо. Такое явление получило название эффекта правого уха. Различия в восприятии правым и левым ухом появляется в возрасте 4 лет, у девочек это явление проявляется раньше, чем у мальчиков. Наибольшая интенсивность выраженности этого феномена сохраняется между 5 и 12 годами.

Осязание . В процессе осязания около 80 % испытуемых считают, что для левой руки этот процесс несколько сложнее, чем для правой. Если рассматривать адекватность оценки

предметнопространственных свойств исследуемых предметов, то правая рука характеризуется большей успешностью, а если речь идет о возможно более полной оценке за короткий промежуток времени одной рукой, то более успешной является левая рука. Если рассматривать по отдельности каждый вариант чувствительности, то выясняется, что болевая, вибрационная и температурная чувствительность выше на левой руке, а кинестетическая выше на правой. Интересно распределение чувствительности у детей глухих от рождения в отличие от слышащих. Глухие дети в возрасте 10–11 лет правой рукой лучше узнают фигуры, а левой – буквы, слышащие – наоборот.

Обоняние. 70 % взрослых людей отмечают, что левая сторона носа более чувствительна к запахам, а у детей никакой разницы между половинами выявить не удается.

Вкус. Подавляющее большинство людей замечают, что на левой половине языка вкусовые ощущения острее.

Любые виды активности сопровождаются межполушарной асимметрией. Электроэнцефалографические исследования свидетельствуют, что при интеллектуальной деятельности отмечается значительно большая активность левого полушария. Обработка полученной информации осуществляется разными полушариями по-разному.

При исследовании деятельности зрительного анализатора было установлено, что правым полушарием сначала осуществляется описание деталей изображения, после чего происходит их обобщение. В левом полушарии процесс имеет противоположную направленность – от общего к частностям. Результатом таких особенностей является тот факт, что при сравнении двух предметов или изображений элементы сходства быстрее устанавливаются левым полушарием, а элементы различия – правым. Показательны опыты, проведенные в психиатрической клинике на больных, получавших лечение, приводящее к угнетению функций одного из полушарий и активизации функций другого. Правое полушарие, действующее изолированно, воспринимает метафоры и идиомы значительно лучше, чем левое, но, кроме этого, и лучше, чем оба полушария, действующие вместе. Как выяснилось, правое полушарие лучше сохраняет отдельные куски текста – фразеологизмы, ругательства, которые можно рассматривать как штампы. Идиомы являются такими же штампами, не подлежащими дешифрованию, но которые можно запомнить и знать.

Правое полушарие более приспособлено для узнавания пространственных характеристик зрительных и звуковых раздражителей, а также словесных стимулов, характеризующихся высокой конкретностью. В качестве рабочей гипотезы нейропсихология использует утверждение, что правое полушарие живет и действует в настоящем времени с опорой на прошлое, а левое – в настоящем с опорой на будущее время. Полушарная асимметрия характеризуется и разницей в эмоциональном реагировании. За положительные эмоции отвечает левое полушарие, а за отрицательные – правое. Различные экспериментальные данные свидетельствуют, что в решении любой задачи принимают участие оба полушария. Это не зависит от способа обработки информации и способа решения проблемы.

Характерно, что именно тип предлагаемой задачи является основным фактором, активизирующим конкретные мозговые структуры одного из полушарий. К типу задачи можно отнести обнаружение, узнавание, идентификацию, сравнение и другие процессы. Для лучшего понимания вопроса используются понятия «индивидуальный латеральный профиль человека» или «профилелатеральная организация», рассматривающие в качестве индикатора асимметрии несколько конкретных ведущих систем (например, зрительный и слуховой анализаторы).

Латеральные функциональные различия при патологии мозга

При очаговых односторонних поражениях мозга справа или слева выделяют два наиболее существенных клинических факта.

1. Отмечается значительная разница в психических нарушениях у правшей при локализации патологического процесса в правом или левом полушарии. При поражении правого полушария происходят нарушения со стороны психосенсорной сферы, нарушаются процессы восприятия и чувственного познания окружающего мира и себя самого в нем. При локализации патологического процесса в левом полушарии происходит нарушение двигательного поведения, речевой функции, а также процессов познания и мышления,

связанных с ними.

Отмечаются и менее отчетливо различимые отличия. Например, депрессия бывает как при право-, так и при левополушарной локализации патологического процесса, но при правополушарной патологии депрессия имеет тоскливый характер, сопровождается двигательной и общепсихической заторможенностью; при левополушарной патологии депрессия тревожная, сопровождается двигательным беспокойством. Слуховые галлюцинации при локализации очага поражения в правом полушарии носят невербальный характер, больной слышит мнимую музыку или какие-либо другие звуки, а при локализации очага поражения в левом полушарии галлюцинации имеют характер мнимых речевых высказываний.

2. Вышеописанные закономерности не соблюдаются у левшей. В редких случаях нарушения, выявляемые у левшей, будут такими же, как у правшей, но не встречались такие левши, у которых картина патологического процесса по своим закономерностям была бы противоположна таковой у правшей. В большинстве случаев патологическая симптоматика у левшей меньше зависит от того, какое полушарие поражено. Наиболее отчетлива зависимость патологии эмоциональной сферы от пораженного полушария. При левостороннем поражении отмечаются приступы отчаяния, агрессивности, нетерпимости и другие явления дисфории, а при правополушарном поражении характерны эйфорические реакции.

По способу обработки информации при нарушениях со стороны левого полушария у правшей наблюдаются следующие нарушения:

1) неспособность вычленивать наиболее значимые признаки из получаемой информации и обобщить их;

2) неспособность выделять значимые признаки для выбора способа классификации элементов получаемой информации и проводить сам процесс классификации;

3) неспособность к обучению и приобретению любого нового опыта;

4) неспособность запоминать обобщенные категории.

При нарушениях со стороны правого полушария у правшей наблюдаются следующие нарушения:

1) неспособность оценивать специфические особенности чего-либо при сохраненной способности к обобщению;

2) неспособность запоминать индивидуальные признаки и особенности чего-либо или кого-либо;

3) неспособность оценивать пространственные свойства предметов и признаков.

Эмоциональные нарушения более ярко выражены при патологии правого полушария, чем левого. При правостороннем поражении наблюдаются лабильность эмоциональных реакций, а также неспособность к самоконтролю своего эмоционального состояния. Такие больные отличаются веселостью, благодушием, а также безразличием к окружающему и беспечностью во всем, в том числе в отношении собственной болезни (анозогнозия). При левостороннем поражении отмечаются заторможенность, вялость, отрицательные эмоциональные переживания в виде тревожной депрессии с приступами беспокойства и страха. Условно принято считать, что у правшей положительные эмоции формируются в левом полушарии, а отрицательные – в правом.

Проблема «левшества». «Левшеством» является преобладание функциональной значимости леворасположенных парных органов над правыми при совместном осуществлении функций и является особенностью межполушарной асимметрии. «Левшество» не идентично понятию леворукости. Нередко бывает, что при нормальном психическом развитии большинство парных органов относится к «правшеству», а один или два – к «левшеству», и наоборот. Полные правши встречаются в 38–54 % обследований, а полные левши бывают не более чем в 2 % случаев. В настоящий момент существуют три теории возникновения «левшества». Согласно первой из них «левшество» является наследственной характеристикой и обусловлено хромосомными особенностями. Вторая теория называется социокультурной и связывает «левшество» с постоянной преимущественной тренировкой и использованием левой руки. Патологическая теория объясняет явление «левшества» как результат черепно-мозговой травмы, чаще всего родовой. В каждой конкретной ситуации «левшество» рассматривается как результат одной из указанных причин, так и их комбинацией.

Семейная психотерапия и семейное консультирование

Семейная психотерапия является разновидностью психотерапии, которая направлена на позитивные изменения отношений между членами семьи, избавление членов семьи от эмоциональных расстройств, наиболее ярко выраженных у одного из них.

В настоящее время существует несколько моделей семейной психотерапии, их цели едины и заключаются в следующем:

- 1) изменение взглядов в семье на существующую проблему;
 - 2) преобразование взглядов членов семьи на их проблему от индивидуально-личностных к системным;
 - 3) модификация проницаемости каналов и границ между подсистемами;
 - 4) уменьшение эмоционального реагирования членов семьи на действия одного из ее членов;
 - 5) регулирование вопросов иерархии в семейных отношениях;
 - 6) ликвидация не оправдавших себя стереотипов поведения, взятых из родительской семьи, вскрытие семейных тайн, улучшение имеющихся и разработка новых способов коммуникации между членами семьи.
- В семье происходит постоянное взаимодействие между членами семьи и с разнообразными окружающими системами. Семья постоянно развивается в результате воздействия обратных связей с внешними системами (биологическими и социальными). Внешние системы могут оказывать положительное или отрицательное влияние на семью.

Здоровые и дисфункциональные члены семьи по-разному реагируют на обратную связь с окружающей действительностью. Обратная связь является вариантом ответа на предъявляемые требования с целью адаптации.

Некоторые признаки гармоничной семьи следующие.

1. Все члены семьи стремятся к общению друг с другом, умеют выслушать собеседника. В спорах все члены семьи уважительно относятся к мнению каждого. В процессе общения члены семьи могут проявлять как положительные, так и отрицательные чувства и эмоции.

2. Каждый член семьи несет ответственность за определенные общие дела, у каждого есть перечень обязанностей.

3. В случае непредвиденных обстоятельств обязанности и ответственность легко перераспределяются.

4. Каждый член семьи имеет адекватную самооценку, доверяет другим.

5. В семье уважают мнение и вкусы других людей и других членов семьи.

6. Для всех членов семьи едины система ценностей, каждый знает свои права и уважает права другого.

7. Семейные традиции существуют, их уважают и поддерживают.

8. С детства прививается позитивное отношение к жизни, поощряется юмор.

9. Развлечения считаются необходимой частью жизни.

10. Стремление к совместному приему пищи, особенно в выходные дни.

11. Приветствуется альтруизм.

12. Члены семьи стремятся к своему личностному росту.

13. Обращение к специалистам по кризисным ситуациям не считается неуместным.

Семью с дисгармоничной (дисфункциональной) организацией семейной структуры следует понимать как такую семейную организацию, главной задачей которой является неизбежность сложившихся много лет или даже поколений назад стилей взаимного общения между членами семьи, а также семьи в целом с окружающим миром, хотя сам окружающий мир постоянно меняется. В результате игнорируются потребности самого слабого члена семьи, обычно ребенка. Дисфункциональные семьи, даже поняв наличие проблемы и обратившись за психотерапевтической помощью, трудно поддаются коррекции и стремятся сохранить постоянство своих взаимоотношений. При психотерапевтических вмешательствах необходимо не только учитывать сами патологические взаимоотношения, которые следует ликвидировать, но и прогнозировать, во что превратятся семейные взаимоотношения после удаления нежелательного симптома.

Семейная психотерапия разделяется на четыре этапа:

- 1) диагностический (семейный диагноз);
- 2) ликвидационный (устранение семейного конфликта);
- 3) реконструктивный;
- 4) поддерживающий.

Семейный диагноз. Для установления семейного диагноза психотерапевт должен на основании вопросов членам семьи и последующих ответов определить:

1) какие события, случившиеся недавно, отрицательно повлияли на взаимоотношения в семье;

2) в чем изменились семейные взаимоотношения с появлением проблемы;

3) что привело к обращению за помощью именно сейчас;

4) имеет ли семейная проблема острый или хронический характер? (Для ответа на этот вопрос необходимо знакомство с семейной историей);

5) кем является обратившийся член семьи – ответственным членом семьи или виноватым в проблеме;

6) имеется ли связь между предъявляемой проблемой или симптоматическим поведением с нарушениями внутри семейной системы? Члена семьи, проблемное поведение и психологические нарушения которого привели к обращению семьи к психотерапевту, называют идентифицированным пациентом, или носителем симптома.

7) наличие и характер нарушения семейной коммуникации, а именно: постоянное осуждение друг друга, частая нерациональная критика, отсутствие навыков слушать одного члена семьи другим, взаимное пренебрежение, отсутствие или чрезмерность дисциплинарных ограничений;

8) насколько ребенок идентифицирует себя с родительской моделью поведения сознательным или бессознательным образом.

9) наличие или отсутствие дисфункциональных вариантов преодоления стресса;

10) наличие или отсутствие существенных социальных навыков (совместный прием пищи, умение вести совместную беседу, соблюдение элементарных правил общежития);

11) что известно о нынешнем поведении идентифицированного пациента;

12) какие границы существуют между подсистемами (Понятие «подсистема» подразумевает описание отдельных элементов семейной системы, например членов семьи. Семейные подсистемы чаще всего разграничены по возрасту, полу, интересам. Каждый член семьи может участвовать в нескольких семейных подсистемах. Все системы находятся в постоянном взаимодействии между собой, определенном семейными правилами. При гармоничных семейных взаимоотношениях границы между системами являются достаточно четкими, но не жесткими и не размытыми.);

13) наличие семейного треугольника (характер треугольников может быть наследственным);

14) наличие семейных секретов, а затем понять, не слишком ли их много в данной семье (Секретом является информация, тщательно скрывающаяся от индивидов, не являющихся членами данной семьи. Секрет обладает тайной властью над тем членом семьи, чья информация утаивается.);

15) возможны ли конструктивные изменения в этой семье? (Если ответ на этот вопрос положителен, необходимо определить связь между симптомом и существующей семейной системой. Важно выяснить, не является ли симптом тайным оружием одного из членов семьи. Если это так, то психотерапевт может оказаться в весьма сложной ситуации, когда семья будет просить его ликвидировать симптом патологических взаимоотношений, но бессознательно сопротивляться изменениям.);

16) кто из членов семьи стремится к сотрудничеству с психотерапевтом, а кто – нет;

17) какое влияние на эту семью оказывают внешние системы, такие как школа, работа, друзья, близкие родственники;

18) способен ли данный психотерапевт физически и психологически работать с данной конкретной семьей.

Реконструкция семейных отношений

Принято выделять следующие этапы реконструкции: присоединение психотерапевта к существующему в данной семье распределению ролей, формулирование итоговой цели, собственно реконструкцию семейных отношений.

Присоединение заключается в умении психотерапевта установить продуктивный контакт с каждым членом семьи. Выделяются три типа присоединения: поддержка, следование, отражение.

Поддержка заключается в уважении и стремлении понять существующие семейные правила и сложившуюся семейную иерархию. Интервью психотерапевт начинает с главы семьи или инициатора обращения, затем переходит к другим членам семьи, удостоив вниманием каждого. На первых этапах общения психотерапевт слушает, собирая максимум информации, почти не комментируя ее. Его позиция в целом нейтральна, допустимы высказывания, стремящиеся к уменьшению уникальности существующей проблемы («В семьях с укладом, подобным вашей...» и т. д.).

Следование заключается в таких действиях психотерапевта, которыми он выражает поддержку существующих семейных правил и традиций, но направляет их для достижения собственных целей.

Отражение заключается в адаптации семейного стиля общения, способа выражения эмоций, соответствующих потребностям семьи. Например, если в общении в такой семье принято использовать шутки, психотерапевт должен принять такой же стиль общения. Процесс отражения чаще бывает бессознательным.

Реконструкция семейных отношений производится в результате использования техник, способствующих оптимальному функционированию семьи как системы. Техник называется прием, направленный на решение конкретной задачи. Любая техника направлена на решение трех основных задач: критику симптома, критику семейной структуры и критику семейной реальности.

Вызов семейной структуре. Эта техника имеет цель изменить существующие иерархические отношения членов семьи методом изменения распределения взаимного влияния.

1. Проблема обратившейся семьи подвергается сомнению. Психотерапевт утверждает, что проблема не в том человеке, на которого указывает семья, или говорит, что за существующую проблему ответственны несколько человек. Идентифицированного пациента он вообще может представить в роли громоотвода, как отвлекающего на себя внимание семьи от более острых проблем.

2. Сомнение в контроле. Психотерапевт демонстрирует свое сомнение в том, что один из членов семьи может контролировать всю гамму семейных взаимоотношений. Например, психотерапевт описывает действия одного члена семьи, но заявляет, что отвечают за такой характер поведения другие члены семьи. Психотерапевт говорит 13-летнему мальчику, что он ведет себя так, словно ему не более 4 лет, а затем обращается к его родителям с риторическим вопросом: «Как вам удалось остановить его развитие на столь раннем возрасте?» Таким образом, психотерапевт критикует поведение мальчика, но тот не оказывает сопротивления критике, так как не чувствует себя ответственным за такое поведение.

3. Сомнение в хронологической последовательности семейных событий, представленных семьей. Своими действиями психотерапевт стремится дать понять всем членам семьи, что описанное ими проблемное поведение одного из них является частью цепи событий, растянутых во времени.

Психотерапевтический контракт. Эта техника заключается в письменном заключении контракта на согласие членов семьи на проведение конкретной работы. Для каждой стороны оговариваются конкретные цели (быстро и легко достижимые и отдаленные, глобальные), методы их достижения, детальное описание поведения каждого заключающего контракт, определение критериев достижения целей, определение позитивных и негативных последствий, ожидаемых в случае выполнения и невыполнения контракта. Первый контракт должен содержать легко достижимые цели, для того чтобы участники такого взаимодействия почувствовали удовольствие и удовлетворение от такой техники. Успешное выполнение

первого контракта формирует позитивное отношение к нему как к методу в целом.

Выявление семейных транзактных картин взаимодействия. Психотерапевт просит не рассказывать о споре, а воспроизвести его часть. Затем можно попросить спорящих поменяться ролями, что может помочь взглянуть на проблемы с другой стороны, глазами собеседника.

Социометрические приемы и техники. Тот факт, как члены семьи рассаживаются между собой без вмешательства психотерапевта, многое может рассказать о симпатиях, антипатиях, привязанностях, сотрудничестве, лидерах и подчиненных. Изменив рассадку, психотерапевт может выявить скрытые конфликты, дать возможность отреагировать на эмоции.

Определение границ. Психотерапевтом исследуются существующие в данной семье подсистемы и обозначенность границ между ними. Если выявляются нарушения границ, необходимы мероприятия по их восстановлению. Для этого каждый член семьи должен определить границы своей собственной ответственности за действия других членов семьи, за свои собственные действия, а также возможные аспекты вмешательства в дела и интересы других членов семьи и допущение их к своим собственным делам и интересам.

Предоставление заданий. Семья может получать задания во время психотерапевтического занятия или в виде заданий на дом. Можно обсудить какую-либо существенную проблему в присутствии психотерапевта, но при его молчании; можно дать задание рассказать о проблеме не главе семьи, а самому неразговорчивому члену семьи, в то время как глава семьи будет молчать. В качестве домашних заданий могут быть использованы следующие: сыну, привыкшему большинство вопросов решать с матерью, дать задание осуществить какое-нибудь дело в непосредственном контакте с отцом.

Семейное консультирование считается одним из вариантов семейной психотерапии.

Главными различиями между семейным консультированием и семейной психотерапией являются подходы к обозначенной проблеме. Семейное консультирование рассматривает проблему не как заболевание, требующее лечения, а как сложную ситуацию, решить которую можно с помощью активизации собственных ресурсов каждого из членов семьи и семьи в целом, для чего необходим глубокий анализ сложившейся ситуации.

Основные этапы семейного консультирования

1. Наличие конструктивной взаимосвязи между консультантом и консультируемой семьей в результате использования различных приемов присоединения (комфортной дистанции, присоединения к ритму дыхания и др.).

2. Выяснение сути проблемы и подробной информации о ней. В решении такой задачи помогают вопросы («Что вы хотите?», «Какого результата вы хотите достичь?»), просьба («Пожалуйста, попробуйте сказать об этом без отрицательной частицы «не», терминами положительного результата») и др.

3. Обсуждение условий психотерапевтического взаимодействия. Важно правильно распределить ответственность: консультант берет на себя ответственность за безопасность семейного консультирования и технологическую сторону решения проблемы, а консультируемый отвечает за собственное желание и стремление к активному участию в решении проблемы. Следующий этап договора участников семейного консультирования – о продолжительности и графике работы (в среднем общее время 3–6 ч, частота встреч – 1 раз в неделю, потом 1 раз в 2–3 недели). Затем клиент получает информацию о стоимости услуг семейного консультирования.

4. Необходимо выяснить ресурсы семьи в целом и каждого члена ее в отдельности, а также то, как семья справлялась с подобными и другими проблемами ранее.

5. Проведение самой консультации. Консультируемые должны ощущать уверенность в конечном результате. Для этого в разговоре делаются акценты на их активное стремление изменить ситуацию к лучшему, обсуждают их прежние успешные действия, указывают на профессиональную компетентность консультанта.

Далее обсуждаются положительные и отрицательные стороны существующей ситуации. Клиентам задаются вопросы типа «Что вы считаете наиболее плохим в данной ситуации?», «Что самое хорошее вы видите в таком развитии событий?».

Следующий этап заключается в предложении и совместном обсуждении возможных

вариантов решения проблемы. Предлагая различные варианты, консультант должен интересоваться, может ли клиент поступить подобным образом, и далее обсуждать варианты поведения с коррекцией, предлагаемой консультируемым. Более плодотворному обсуждению помогут следующие вопросы: «Какими методами для решения проблемы вы еще не пользовались?», «Как решали сходные вопросы в своей жизни уважаемые вами люди?»

1. «Экологическая проверка» заключается в том, что каждому из консультируемых членов семьи предлагается представить себя в аналогичной ситуации через 5–10 лет, прочувствовать свое состояние и описать его.

2. «Страхование результата» – последний этап семейного консультирования. Для того чтобы консультируемые чувствовали себя увереннее, расставание с консультантом происходит постепенно. Для этого они получают домашнее задание с определенным сроком исполнения и последующим обсуждением полученных результатов при новой встрече через какое-то время.

Тема 11

Психологические аспекты работы с терапевтическими пациентами

Терапия является одной из самых широких областей медицины. Недаром врачи общей практики готовят на основе базового терапевтического образования. Именно от терапевта больной ждет понимания его проблемы в целом, и именно к терапевту идет пациент, когда не может разобраться в своем состоянии. Помимо состояния внутренних органов, терапевты всегда уделяют большое внимание психике пациента и его нервной системе, в результате чего формируется целостное представление об организме. Терапевт должен понимать, что успешность лечения зависит от многих факторов, одним из основных является понимание организма в целом, лечение больного, а не болезни. Психика человека и его соматическое состояние находятся во взаимном влиянии и зависят друг от друга. Каждый человек по-разному воспринимает свои отдельные органы, их взаимодействие и проявление их функций. Может развиваться и другая сложная ситуация, при которой после излечения соматического заболевания больной продолжает предъявлять прежние жалобы, причем он не симулирует, а действительно чувствует то, на что жалуется. Следует иметь в виду и то, что большинство заболеваний внутренних органов может привести к развитию соматогенного психоза. Подавляющему большинству больных с заболеваниями внутренних органов свойственны пониженное настроение и постоянное прислушивание к своим ощущениям. Больной старается сравнивать свое состояние до заболевания и во время него, что может даже приводить к соматогенным депрессиям. Иные больные стремятся всеми силами бороться с болезнью и любыми способами помогать врачу в постановке диагноза и проведении лечения. Реже встречаются пациенты, становящиеся суеверными после заболевания какой-либо соматической патологией. И все же в большинстве случаев у терапевтических пациентов имеют место беспокойство и некоторая депрессивность.

В возникновении соматических заболеваний немалую роль играют психические факторы, происходит так называемая соматизация. После излечения патологического процесса со стороны внутренних органов могут оставаться психические нарушения, не имеющие органического характера. Возможен такой врачебный подход, когда учитываются только физические симптомы, но забывается психофизиологический подход к процессу болезни. Соматическому заболеванию в большинстве случаев предшествуют тяжелые психические перегрузки, которые можно отнести к кругу психических явлений, заканчивающихся отказом от борьбы, приводящих к чувству беспомощности и безнадежности. В результате включения депрессивных механизмов затрагиваются и биологические процессы, организм становится более ранимым и открывает доступ разнообразным патологическим состояниям. Особенно это заметно, если в патологический процесс в результате стресса вовлекаются орган или система, уже подвергавшиеся до этого болезненным процессам, т. е. в результате психической перегрузки происходит обострение заболевания внутренних органов. Слово «терапевт» у многих больных, ранее серьезно не болевших, вообще ассоциируется с понятием «врач». К

терапевту могут обратиться практически с любыми вопросами, проблемами, жалобами. Он основной врач первого контакта с пациентом. От первого контакта, а следовательно, от врача-терапевта зависит многое, в том числе впечатление больного от лечебного учреждения в целом и отдельных медицинских работников в частности, отношение к своему здоровью в целом и состоянию, по поводу которого он обратился, в частности. Многие пациенты, редко болеющие, обращаясь к терапевту, считают, что обратились точно по адресу и никуда им больше идти не придется, и бывают крайне удивлены, когда врач после подробной беседы назначает ряд обследований и консультаций. Больные воспринимают это по-разному: как желание врача отделаться от них, переложить процесс лечения на кого-то другого; или как свое недопонимание значимости проблемы со здоровьем; возможно, даже как некомпетентность врача или его лень. Из этого следует, что врач должен тщательно взвешивать каждое слово, обращенное к пациенту, продумывать, надо ли назначать все обследования сразу, надо ли высказывать подробно свои сомнения по поводу диагноза, и многое другое. У больного, впервые обратившегося в данное лечебное учреждение, неизбежно должно сформироваться какое-либо мнение о нем. В своих высказываниях терапевт должен быть осторожен, сравнивая методы обследования и лечения с другими лечебно-профилактическими учреждениями, так как основные цели врача – адекватное обследование, правильная диагностика и эффективное лечение, а не реклама какого-либо лечебного заведения, поэтому он должен создать у пациента позитивное представление о лечебном учреждении, в которое он попал. Если приходится направлять больного на консультации или обследования в другие диагностические учреждения, врач ни в коем случае не должен говорить больному, что там, куда его направляют, обследование и лечение будут эффективнее и достовернее. Подобные заявления заронят в сознание пациента сомнение в компетентности врачей и всего лечебного заведения в целом. Направляя на консультацию к какому-либо специалисту, терапевт должен или ничего не говорить о его компетентности и квалификации, или давать ему положительную характеристику. Вызывая у пациента сомнение в квалификации какого-либо специалиста узкого профиля, терапевт не способствует повышению собственного авторитета, а лишь затягивает процесс обследования и снижает его эффективность. Приходя на консультацию, обследование, больной должен иметь позитивный настрой, и соответственно в этом случае любые негативные моменты, которые могут возникнуть, будут восприняты им с меньшим напряжением, а возможно, и вовсе без отрицательных эмоций. Если больной мало или вовсе не осведомлен о том виде обследования, на которое его направляют, задача терапевта – максимально проинформировать пациента, чтобы для него не было никаких неожиданностей, а также не напугать, учитывая, что люди склонны бояться неизвестного, назначать не все подряд по шаблону или стандарту, а с учетом особенностей личности пациента и восприятия им необходимости вмешиваться в состояние собственного организма. Например, при обследовании на предмет выявления язвенной болезни желудка или двенадцатиперстной кишки целесообразно назначать фиброгастродуоденоскопию. Такие методы обследования, как рентгеноскопия желудка с пассажем бария по кишечнику, считаются менее информативными и даже устаревшими для данного случая, но особенности проведения фиброгастродуоденоскопии могут вообще заставить больного отказаться от обследования, если он боязливый, брезгливый или страдает выраженным рвотным рефлексом или другими анатомофизиологическими особенностями. Таким образом, больной может остаться необследованным. Если назначить рентгеноскопию желудка, убедить пациента в необходимости проведения ее будет легче, врач получит предварительный, а возможно, и окончательный диагноз и при сохраняющейся необходимости дальнейшего обследования, последующее убеждение больного будет менее затруднительным. То же самое касается и назначения лечения. Всем известно, что врач терапевтической специальности из лечебных мероприятий в основном назначает медикаменты в таблетках или инъекциях, внутримышечных или внутривенных. Многие пациенты спокойно воспринимают то, что им назначили, другие с боязнью, трепетом, а иногда и брезгливостью относятся к инъекционным методам лечения, особенно внутривенным. Несомненно, этот метод лечения имеет больше отрицательных моментов, побочных эффектов и более травматичен. Если терапевт видит особенно негативный настрой больного на инъекционные методы лечения, а они являются необходимыми в данном случае, тактика должна быть примерно той же.

Назначение больному таблетированного препарата убеждает его в том, что его лечат, ему идут навстречу, врач понимает его и стремится помочь. А когда через несколько дней будет достигнуто некоторое улучшение, но недостаточное, терапевту будет значительно легче переубедить пациента перейти на инъекционное лечение. Подобным образом обстоит дело и с противопоставлением внутривенных и внутримышечных инъекций. Характерный пример – введение ноотропила (пирацетама). При внутримышечном введении он тоже дает эффект, но менее выраженный, необходимая концентрация препарата в крови достигается дольше. Метод убеждения пациента должен быть тем же: «Вам стало лучше, но не настолько, как могло бы быть, давайте попробуем другой метод введения и посмотрим результат».

Направляя больного на обследование, врач должен избегать назначения всего и сразу. Назначение большого количества видов исследований может только напугать и отпугнуть больного, ведь ему самому трудно разобраться, что является более важным, а что – менее. Назначения обследований должны как бы вытекать одно из другого. Проводя одно обследование, врач усматривает необходимость в назначении следующего и т. д. Мало того, получая много направлений сразу, больной может заподозрить, что терапевт ничего не понимает, поэтому отправляет его к другим, и пациент будет сам выбирать, что делать, а что нет, или вообще обратится к другому врачу. Кроме того, некоторые обследования нельзя проводить в один и тот же день, и последовательность проведения их в таком случае должен устанавливать лечащий врач.

Встречаются больные, которые, наоборот, хотят обследовать все и сразу, этого тоже необходимо избегать. Врач должен тактично объяснить пациенту, в чем он нуждается, а какие обследования не нужны ему или их можно отложить. Каждое назначенное обследование должно сопровождаться кратким комментарием врача, но достаточным для того, чтобы его понял конкретный пациент с данным уровнем интеллекта и образования. Опытный, грамотный участковый терапевт при длительной работе на участке постепенно фактически превращается в семейного врача или врача общей практики, о необходимости которых все чаще говорят органы здравоохранения. Он знает всю семью больного, обстановку дома, взаимоотношения родственников, семейные особенности заболеваний, наследственную предрасположенность к той или иной патологии и многое другое.

У некоторых участковых врачей может сложиться опасное впечатление, что они знают и могут лечить практически все. Обретя такое мнение, терапевт должен вовремя остановить себя, чтобы не оказаться в ситуации, когда, пытаясь лечить и обследовать больного не по своему профилю, нанес ему вред или в лучшем случае не оказал пользу.

Основным помощником врача на участке является участковая медицинская сестра. Она помогает терапевту установить контакт с больным, знает о состоянии его семьи и положении на работе не меньше врача и порой сама может заподозрить правильный диагноз и назначить обследование.

Грамотная медицинская сестра, зная свои должностные обязанности и то, за что несет ответственность, никогда не сделает этого без согласования с врачом, но терапевт должен помнить, что ее помощь для него нельзя переоценить, и поэтому всеми способами должен поддерживать ее авторитет у пациента. По тем вопросам, которые находятся в компетенции сестры, врач должен направлять больного к ней, тем самым поднимая ее авторитет и освобождая себе время для той части работы, которую может выполнять только врач.

Важным аспектом работы терапевта является выявление психически нездоровых людей, прикрывающихся симптомами органических заболеваний. Давно известно, что в возникновении ряда соматических заболеваний может играть значительную роль психическое состояние больного. Болезни могут предшествовать чрезмерные нагрузки, приводящие к чувству беспомощности, безнадежности и, как следствие, к отказу от борьбы с возникшим состоянием. В результате такого воздействия человек попадает в полную зависимость от происходящего вокруг, теряет самостоятельность, как покинутый матерью младенец. Повышается ранимость организма, затрагиваются наиболее уязвимые его точки и стороны деятельности. Любые чувства и ощущения влияют на функционирование организма в целом, особенно если они сильны и (или) продолжительны. Особенно значительно влияние нервнопсихических факторов, если они воздействуют на орган, перенесший какое-либо

заболевание, т. е. могут вызвать обострение хронического патологического процесса. Некоторые симптомы заболеваний могут закрепляться по типу условных рефлексов и под влиянием определенного эмоционального настроя активироваться. В редких случаях в общесоматических симптомах могут найти выражение не только проблемы личности, но даже патологические фантазии. Их называют конверсиями. Их бывает трудно распознать. Например, больная может жаловаться на боли в горле, затруднения при глотании, а в процессе сбора анамнеза с трудом удастся выяснить, что пациентка в течение многих лет живет с мужем-алкоголиком и страстно желает, чтобы он бросил пить. Этим страстным желанием и были вызваны такие ощущения.

Следует остановиться на вопросе возникновения и развития так называемых соматогенных психозов, к которым может привести любое заболевание внутренних органов. Врачу-терапевту бывает трудно отличить душевные переживания больного по поводу своего соматического страдания от истинно психических нарушений. Только пристальное наблюдение и глубокий анализ помогут врачу-терапевту дифференцировать эти состояния и направить такого пациента при необходимости к психиатру, психотерапевту. Часто больные заболеваниями внутренних органов подвержены перепадам настроения: слова и поступки близких, на которые ранее вообще не обращали внимания, шероховатости в действиях медицинских работников, сообщения с места работы и другое могут влиять на них. Характер реакции зависит от исходных особенностей личности. Она может проявляться по-разному: от растерянности и слабости до аффективных вспышек у возбудимых пациентов, склонных к истерикам. Большинству больных соматического профиля свойственно сравнивать свое состояние до заболевания и во время него, им свойственны пониженное настроение и депрессивная настроенность личности, многократное возвращение к своим ощущениям. Другие больные, наоборот, ориентированы на борьбу с недугом, активно участвуют в процессе диагностики и лечения, тем самым помогая врачу. Меньшая часть пациентов отличается пассивной настроенностью на происходящее, или в худшем случае врач встречается с паническим настроением больного, он становится внушаемым, суеверным, иногда усиливается религиозность, если больной до этого был склонен к ней. Отмечается настороженность пациента в отношении различных высказываний врача, больной может начать сомневаться в правильности диагноза, назначенного лечения. Это не свидетельствует о его недоверии к врачу или изначально отрицательной настроенности на данного врача, а говорит о нервно-психическом состоянии пациента, обусловленном соматогенно. Даже жесты и мимику медицинских работников больной может воспринимать иначе, чем тот же человек, будучи здоровым. До направления к психиатру терапевт должен еще раз проанализировать состояние больного в комплексе, динамике и оценить, не приведет ли соматическое улучшение к ликвидации нервно-психических расстройств. Терапевт должен учитывать, что направление к психиатру может и отрицательно сказаться на состоянии больного, вызвать обиду и недоверие к врачу, помимо самого по себе отказа консультации у данного специалиста. Однако терапевт должен избегать и другой крайности – отказа от консультации специалиста данного профиля в целях поддержания доверия больного к себе и в надежде во всем разобраться самому. Недооценив состояние больного и оставив его без помощи психиатра, терапевт рискует получить развитие острого психоза с непредсказуемыми последствиями, которые могут оказаться тяжелее его соматического состояния. Помимо лекарственной терапии, у такого пациента велика потребность в поддержке, ободрении, добром слове, иногда больше, чем в медикаментах.

Тема 12

Психологические аспекты работы с хирургическими больными

Слово «хирургия», в переводе с греческого, означает работу рук, т. е. врач-хирург – это тот, кто выполняет работу руками. Основная цель работы хирурга в частности и целого отделения в целом заключается в успешности проводимой операции, т. е. в наиболее

результативном и технически совершенном действии. Помощь хирурга больному затрагивает определенный этап лечения, это конкретное вмешательство в определенной ситуации, часто спасающее жизнь, т. е. являющееся неотложным. Есть другие случаи, когда больные попадают в руки хирурга спустя некоторое время после проведения консервативного лечения. Увеличивающееся число и совершенство операций часто приводят к обезличенности пациента, хирург работает с телом больного, а не с больным в целом. Взаимодействие больного и врача хирургической специальности в основном отличается от взаимодействия с врачами других областей тем, что в данной ситуации наибольшая активность требуется от доктора и наименьшая – от пациента. В результате ограниченности времени контакта, затруднениях при контакте или вообще его отсутствии (больной под действием анестезии) у врача часто отсутствует возможность познать личность больного, усугубляется чисто анатомический подход к проблеме лечения. Процесс хирургического лечения в представлении большинства больных связан с удалением, зашиванием чего-либо, нанесением раны. В результате этого в ходе операции может быть нарушено представление пациента о своем собственном теле. Знания больных об анатомии человеческого тела различны, поэтому степень нарушения психического равновесия в результате проводимой операции может быть самой разной. Чаще больные оттягивают сроки необходимой операции, чем стремятся к приближению их. В большинстве случаев это связано со страхами, мучающими их. Страхи, опасения могут быть разными и неожиданными: сколь велики будут неудобства, причиненные оперативным вмешательством и его последствиями, может быть, неудобства, испытываемые до операции, меньше, а проводимое лечение только ухудшит качество жизни.

Пациент может опасаться причинить серьезные неудобства своей семье, особенно если она и без того находится в нелегком положении. Нередко больной воспринимает свое заболевание, требующее операции, особенно если оно тяжелое, как возмездие или наказание за какие-либо свои неправильные поступки. Трагическое восприятие предстоящего оперативного вмешательства может быть также связано с особенностями операции: удалением (полным или частичным) органа, дающим косметический дефект (носа, уха), сомнением в принадлежности к своему полу и возможности выполнять функции, предусмотренные половой принадлежностью (на молочной железе, матке, яичке). Не следует забывать, что ряд операций может привести к нарушениям возможности выполнять свои профессиональные обязанности (например, у спортсменов, артистов). Хирургические отделения нередко встречаются в своей практике с психически неуравновешенными личностями или пациентами, страдающими психическими заболеваниями. Исходя из этого, у хирурга должна быть настороженность в плане выявления патологической направленности личности на операцию. Варианты патологической направленности могут быть разнообразны: пациенты невротического склада личности могут стремиться разрешить свои действительные и мнимые проблемы путем операции, пациенты истерического склада личности самым проведением операции могут стремиться доказать значительность своей болезни и вообще ее наличие. Если у таких больных операции все же производятся в результате переоценки врачами симптомов, элементов симуляции, уступок врачей настойчивым требованиям пациентов, такие оперативные вмешательства называются индуцированными. Не следует забывать и о депрессивных состояниях, в которых доктора сталкиваются с реальными трудностями диагностики. Известно немало «соматических эквивалентов» симптомов, вызванных психическими расстройствами.

Особняком стоит проблема хирургического лечения больных наркоманией, которые говорят о «невыносимых» болях, реально испытывая их от недостатка дозы наркотического вещества, маскируя свое состояние под какую-либо хирургическую патологию. Хирург обязан помнить, что сама по себе операция, являющаяся стрессом для любого организма, может спровоцировать рецидив или дебют психоза. Поэтому психически неадекватное состояние, возникшее после оперативного вмешательства, нужно тщательно сопоставить с состоянием до оперативного лечения и определиться, что является первичным – психоз или проведение операции. Отношение некоторых врачей к таким больным как к тяжелым мазохистам не всегда обосновано. Существует также проблема необоснованных надежд, которые ряд пациентов возлагают на оперативное лечение: наиболее ярким примером является пластическая косметическая хирургия. В случае, если указанные операции проводятся людям, работа

которых связана с постоянным пребыванием на публике, демонстрированием своей внешности, обоснованность проведения таких вмешательств, как правило, не вызывает сомнений. Однако ряд пациентов ожидают большего, чем может порадовать косметическая хирургия, – коренного изменения своей жизни, и часто не получают его, оставаясь по-прежнему одинокими, невостребованными. Если изменения личности укоренились глубоко, то такие ситуации могут приводить к необоснованным претензиям в адрес хирурга, даже безусловно проведенного операцию. Без подключения психотерапевтического вмешательства в этом случае обойтись бывает невозможно. Существует также аспект неадекватного отношения лечащих врачей к больным, действительно страдающим психическими заболеваниями, но и в самом деле нуждающимся в оперативном лечении. Доктора опасаются, будут ли эти больные адекватно вести себя после оперативного лечения, наносящего дополнительную психическую травму и сопровождающегося воздействием анестезии. Как ни странно, обычно их поведение после операции ничем не отличается от поведения психически нормальных людей. Основную роль в данном случае играет заведомо адекватное нормальное отношение к больному, которое поддерживает в нем веру в его психическую адекватность и полноценность. Одним из факторов контакта хирурга с больным, дающих наиболее положительные результаты, является беседа о его болезни, основной целью которой должно быть выяснение, каких результатов ожидает пациент от операции, какие надежды связывает с ней, уповает ли на полное выздоровление или будет доволен хотя бы некоторым улучшением своего состояния, или даже ему будет достаточно стабилизации процесса для получения положительных эмоций. В ходе беседы врач должен доходчиво объяснить пациенту, каких реальных результатов можно достичь, и аккуратно проинформировать о возможных осложнениях. Может возникнуть необходимость отговорить пациента от оперативного вмешательства, вообще запретить ее или отложить на некоторое время. Подавляющее большинство больных испытывают страх перед операцией, особенно перед наркозом, что является нормальной реакцией здоровой нервной системы.

Выделяют два основных типа проявления страха. При первом типе все симптомы активно проявляются в поведении больного и бурно выражаются им. Таких больных бывает несложно успокоить, приведя разумные доводы и применив классические медикаментозные методы. Сложнее работать с больными, чей страх проявляется в неожиданной форме – в виде кризов, истерик, шокового состояния, что происходит обычно с рассудительными, стеничными больными. Помимо самой операции, страх больного усугубляется и теми изменениями в среде обитания, куда он попал, рассказами и влияниями больных, оказавшихся в подобной ситуации. Соседи по палате, отделению готовы поделиться своими переживаниями и приукрасить их, обсуждению подвергается и личность хирурга. Влияние указанных рассуждений может быть самым разнообразным. Оно зависит не только от характера сказанного, но и от личности рассказчика, что еще раз подтверждает необходимость учета многих факторов при размещении больных в отделении. Назначая дату операции, врач должен помнить, что любой перенос этой даты должен быть строго обоснован, а лучше вообще отсутствовать. Больные тяжело переносят откладывание операции, даже самые объективные объяснения вряд ли смогут ослабить психическое напряжение, вызванное тревожным ожиданием, и могут породить сомнения в правильности диагностики, необходимости и возможности данной операции. Весьма серьезной и сложной ситуацией для хирурга является отказ больного от необходимой ему операции. Причин отказа может быть великое множество, но все они происходят в основном или из-за страха, с которым пациент не справился, а родственники не помогли или не захотели помочь, или из-за отрицания самого факта заболевания, несмотря на все проведенные обследования и неоднократные убеждения. Особенно остро встает эта проблема, если планируемая операция необходима для спасения жизни. В ряде случаев, помимо работы с больным, необходима работа с близкими родственниками, вплоть до получения от них юридического согласия на операцию.

Этапы психологической подготовки больного к операции

1. Установление контакта с больным, понимание его. Этот этап начинается с выслушивания (возможно, не в первый раз) жалоб больного, его опасений, надежд, связанных с операцией. В ходе беседы врач демонстрирует сочувствие, понимание. Недопустимы равнодушие, пренебрежительность со стороны врача.

2. Проведение разъяснительной работы в отношении самой операции и ее наиболее вероятных последствий. У больного, готовящегося к операции, должно оставаться как можно меньше неясностей в вопросах ее проведения, таких как длительность, возможность осложнений, характер наркоза, ощущения, которые последуют после операции, длительность лечения после операции и многое другое. Обстоятельная, подробная, доходчивая беседа врача очень полезна в этом случае, и, напротив крайне вредна беглая, поверхностная информация, которая не только не разрешает имеющиеся у больного вопросы и сомнения, но и создает новые. В ходе беседы врач сначала знакомится с представлениями больного о предстоящем лечении, а потом подробно и методично разъясняет ему, где он прав, а где ошибается, формируя у него реальное отношение к происходящему.

3. Формирование правильного отношения больного к анестезиологии. Многие больные боятся наркоза, так как боятся не проснуться после него или стать беспомощными. Другие опасаются, что наркоз не подействует, и они будут испытывать боль. Некоторые боятся, что будут вести себя во время наркоза неприлично или выболтают какие-нибудь секреты. У пациентов, перенесших наркоз в прошлом, накладываются отпечаток и прежние пережитые ощущения, связанные с ним. Анестезиолог должен постараться максимально развеять опасения больного, убедить в необходимости данного конкретного вида анестезии и ее безопасности. Грамотный анестезиолог понимает, что хороший контакт с больным до операции, устранение его страхов позволяют сделать эффективнее медикаментозное воздействие средств для наркоза.

Процесс операции начинается с того, что пациента привозят в операционную, где он, как на конвейере, сменяет предыдущего. Врачам не следует забывать, что больные, находящиеся в предоперационной, пребывают под действием наркоза, но не полностью, поэтому могут слышать и воспринимать высказывания врачей. В этот момент хирурги и анестезиологи должны быть особенно внимательны и аккуратны в своих высказываниях, так как могут нанести непоправимую душевную травму пациенту, который, находясь под действием обезболивающих, затуманенно воспринимает их речь.

Очень яркое впечатление порой производит на больных пробуждение после наркоза. Некоторые ощущают его как второе рождение, а некоторые вовсе не помнят, что с ними было при пробуждении. Существенную роль в это время играют присутствие и отношение к больному в это время медицинской сестры, ее внимание, готовность выполнять просьбы больного и помочь ему вернуться к полному сознанию. В реальности из-за нехватки среднего медицинского персонала эта роль возлагается на близких родственников больного. При пробуждении больного от наркоза необходимы полный покой, отсутствие каких-либо раздражителей. Любой разговор в присутствии наркотизированных больных может приобретать для них особое значение. Большинство операций дает положительный результат даже в тех случаях, когда для них не было объективных показаний. Это касается безнадежных больных, для которых операция играет роль плацебо, а также невротиков и психопатов, которые хотя бы на время ощущают улучшение, так как им был проведен столь эффективный метод лечения, как операция. К сожалению, возможна обратная ситуация, когда при объективном улучшении больной предъявляет массу претензий и обвиняет в своем состоянии проведенную операцию.

Такая ситуация является следствием интенсивного вмешательства в организм, который каждая нервная система переносит по-разному. Пациент может ощущать тяжелейшую усталость, уйти в себя, думать только о своих проблемах, быть вялым, адинамичным. Его объективное состояние может быть гораздо менее тяжелым, чем субъективные ощущения. В значительной степени этого позволяет избежать хорошая психологическая предоперационная подготовка больного и его родственников. У больных пожилого возраста нередким послеоперационным осложнением является послеоперационный делирий. У таких пациентов появляются немотивированное беспокойство, нарушение ориентации во времени, месте и собственной личности, могут возникнуть галлюцинации и бредовые идеи. Послеоперационный делирий может проявляться значительно спокойнее, в таких случаях его тяжелее распознать. Обычно обращает на себя внимание отсутствие у таких больных каких-либо жалоб и обращений к медицинскому персоналу вообще. Это состояние следует отличать от дебюта или обострения шизофрении. В целях избежания послеоперационных психологических проблем

после выхода больного из наркоза оперировавший хирург должен в ближайшее время побеседовать с пациентом и рассказать ему о ходе операции, возможных трудностях, которые возникли во время нее и были преодолены, об осложнениях, которых удалось избежать. Особого внимания требуют пожилые больные, в работе с которыми врач-хирург сталкивается со множеством психологических проблем. У людей преклонного возраста любая серьезная операция, отрыв от привычного образа жизни вызывают совершенно обоснованные сомнения в возможности вернуться к прежнему варианту существования. Кроме того, процент неизлечимых заболеваний у людей преклонного возраста значительно выше, вероятность возникновения осложнений больше, мотивация к лечению менее выражена. Установление доверительного контакта с такими больными происходит дольше в силу возрастной консервативности их мышления. Поэтому есть мнение, что пребывание таких больных в стационаре должно быть сокращено до минимума, возможность посещения родственниками должна быть больше, размещение должно производиться в небольших палатах.

Тема 13

Психологические аспекты работы с пациентками в акушерстве и гинекологии

Врачу-гинекологу приходится сталкиваться с большим количеством психологических проблем, связанных с менструальным циклом, беременностью, всей половой деятельностью женского организма и, как следствие, с вопросами любви, брака, регулирования рождаемости. Помимо физиологических вопросов функционирования женской половой сферы, гинекологу приходится заниматься проблемами женской личности в целом. Любое гинекологическое исследование требует от пациентки доверия к врачу, оно должно происходить в спокойной обстановке, желательно наедине с врачом. Такт и осторожность должны быть проявлены доктором на всех этапах общения с пациенткой. Сбор анамнеза должен происходить очень постепенно и ненавязчиво, некоторые подробности могут быть уточнены в ходе объективного обследования больной. При проведении гинекологического обследования врач должен проявлять уважение к стыдливости больных. В ряде случаев врач может столкнуться с определенной степенью заторможенности пациентки, вызванной стыдливостью. Может быть и обратное явление, характеризующееся показной стыдливостью. Независимо от особенностей личности пациентки врач должен быть тактичен и корректен. В некоторых случаях гинекологическое обследование в силу своих особенностей может явиться источником необоснованных обвинений в адрес врача. Такое встречается чаще всего в случаях психической неуравновешенности или даже психических расстройств пациенток, что еще раз подчеркивает важность тактичного отношения к больным. Менструации являются важным фактором в жизни каждой женщины. Их наличие или отсутствие, регулярность или беспорядочность являются отражениями состояния здоровья женщины в целом, ее возможности стать матерью и всего, что с этим связано. Даже у здоровых женщин менструальные кровотечения могут сопровождаться ноющими болями, бывают повышенной раздражительность, беспокойство, нервозность, реже подавленность настроения, депрессивные явления.

Первая менструация в жизни молодой девушки не должна стать неожиданностью, она должна быть морально подготовлена матерью к тому, что скоро в ее жизни это произойдет и что так должно быть у любой нормальной здоровой девушки. Она должна быть осведомлена о тех неудобствах и неприятных моментах, которые при этом могут возникнуть. В ряде случаев первая менструация вызывает излишние страхи, невротические явления. Обычно это происходит в тех случаях, когда мать, призванная служить примером для молодой девушки, подвергается неуважительному отношению со стороны отца или других мужчин, возможно, сама ведет себя неправильно по отношению к ним. В таких случаях у дочери могут сформироваться враждебные чувства по отношению к мужчинам и отразиться на ее нервно-психическом состоянии и отношении к себе как к будущей женщине.

Многие женщины за несколько дней до менструации испытывают раздражительность, слабость, утомляемость, лабильность или подавленность настроения. Эти явления получили

название предменструального синдрома. В этот период могут обостряться хронические заболевания, особенно нервно-психического характера.

Регулярность менструаций у здоровой женщины способствует устойчивости ее психоэмоционального состояния. Поэтому при расстройствах менструального цикла очень важно учитывать все факторы, способные влиять на этот процесс. В случае аменореи первой мыслью является подозрение на беременность. Однако причин этого явления гораздо больше: тяжелые эмоциональные травмы, обострения нервно-психических расстройств, период акклиматизации, ряд органических заболеваний мочеполовой системы и других органов и систем. Известны и другие нарушения менструального цикла, основой которых являются психогенные факторы – различные формы дисменореи. Например, неожиданное начало менструации может быть следствием семейной ссоры и препятствовать половой жизни, преждевременное начало менструации может стать причиной для переноса срока оперативного вмешательства, которого больная очень боялась. После завершения менструаций в связи с возрастом женщины часто говорят о климактерическом периоде и связанном с ним климактерическом неврозе. На практике климактерические неврозы встречаются реже, чем заявления о них врачей и пациенток. Происходит это потому, что при появлении каких-либо психических или соматических жалоб, по времени совпадающем с отсутствием менструаций, вывод о климактерическом неврозе напрашивается сам. Врач должен избегать подобных упрощенных толкований проблемы и проводить всестороннее обследование женщины. Вывод о наличии невроза, вызванного климаксом, может быть сделан только после ликвидации подозрений на другие причины и заболевания. Практика показывает, что климактерический период каждой женщины зависит от характера ее предыдущей половой и семейной жизни. Если в прошлом в этом вопросе присутствовала гармония, вероятнее, что климактерический период тоже будет протекать без осложнений. Следует помнить, что прекращение менструаций неизбежно вызовет у женщины определенные переживания, их характер будет определяться особенностями ее личности, но любая женщина связывает этот процесс с приближением старости и не хочет ее наступления. Ее могут терзать и другие страхи: потеря женственности, привлекательности, радостей половой жизни. Задача врача – максимально развеять эти страхи, убедить женщину, что она может и должна продолжать сексуальную жизнь и будет испытывать те же радости. Известны факты, когда после прекращения менструаций наблюдалась активизация половой жизни, причинами явились избавление от страха нежелательной беременности и прекращение использования контрацептивов.

Актуальной остается и проблема фригидности. Нередко причина этого явления уходит своими корнями в далекое прошлое, когда девочку воспитывали в строгих, но формальных моральных правилах. Другой причиной прошлого могут быть тяжелые впечатления от негармоничной семейной жизни родителей или других близких родственников (отец – алкоголик, мать изменяла и др.). Причины фригидности могут быть и более поверхностными, а значит, и легче устранимыми: неблагоприятные жилищно-бытовые условия, присутствие ребенка в комнате, нетактичность и некорректность родственников. Причиной может стать и неправильное поведение мужа, не знающего разницы между мужской и женской сексуальностью. Для выяснения этих причин необходима подробная доверительная беседа с врачом. Возможно, в результате неоднократных бесед врачу-гинекологу удастся ликвидировать поверхностные причины фригидности без помощи психотерапевта. Не стоит привлекать психотерапевта, если степень компетенции гинеколога позволяет самому провести психокоррекционную работу, так как для достижения необходимой степени доверия психотерапевту потребуется какое-то время, а к гинекологу женщина уже прониклась доверием.

В ряде случаев женщины бывают более откровенны с медицинскими сестрами и акушерками, минуты особой искренности иногда рождаются во время ночных или ранних утренних бесед с сестрой, поэтому хорошая сестринская подготовка по психологии так же важна, как и врачебная.

Хирургическое вмешательство в гинекологии оказывает значительное влияние на эмоциональное состояние пациентки. Хирургическое вмешательство может затрагивать половую неприкосновенность больной как женщины, оказывать влияние на ее семейное и

социальное положение. При любом хирургическом гинекологическом вмешательстве женщину будут волновать такие вопросы, как возможность в дальнейшем беременности и рождения полноценного ребенка, возможность продолжения нормальной половой жизни, получения удовлетворения от нее и удовлетворение партнера, возможно ли влияние данной операции на гормональный фон, а следовательно, на женственность и привлекательность. Отсюда следует, что перед проведением операции необходимы большая разъяснительная работа, подробное разъяснение предполагаемого объема операции и функций организма, на которые он может повлиять и в какой степени. У больной неизбежно возникнут вопросы, они могут быть нелепыми с медицинской точки зрения, но врач должен проявить такт и терпение, ответив на каждый.

После операции реабилитационные разъяснения необходимо продолжить, чтобы подготовить больную не только к возвращению к трудовой деятельности, но и к семейной и половой жизни.

Подбор средств контрацепции – важный аспект деятельности гинеколога. Выбор того или иного метода зависит от многих причин. Врач должен учитывать физиологические особенности партнеров, предыдущий опыт применения противозачаточных средств данной парой или женщиной, наличие или отсутствие соматических, в том числе гинекологических, заболеваний, наличие или отсутствие предыдущих беременностей и их исходы, личные пожелания и многое другое. Для эффективного решения этого вопроса женщина должна быть предельно откровенна с врачом, для этого все в поведении доктора должно свидетельствовать о его тактичности, порядочности, о том, что ему можно и нужно доверять.

Любая соматически и психически здоровая женщина хочет хотя бы раз стать матерью, ею движет великий инстинкт продолжения рода. Если женщина впервые должна стать матерью, ее терзает множество сомнений и переживаний, с ней происходит масса физиологических и психологических изменений. К беременной женщине меняется отношение в семье, на работе и в любом другом коллективе, не всегда в ту сторону, в какую хотелось бы ей самой. Физиологические изменения (масса тела, фигура, особенности физиологических отклонений, нарушения сна, аппетита) влияют на отношение женщины к себе, восприятие себя как личности и отношение к ней окружающих. Эндокринная перестройка организма влияет на состояние психики беременной женщины. Ее волнует, как она перенесет беременность, тяжелыми ли будут роды, каким родится ребенок, не родится ли неполноценный ребенок, не перепутают ли в родильном доме детей, какие трудности будут с ним, как она будет себя чувствовать после родов, сможет ли обеспечить уход за новорожденным и многие другие вопросы. В это время она будет вспоминать все семейные истории, связанные с беременностью, и опасаться, не повторятся ли они. К концу беременности большинство опасений связано с предстоящим процессом родов. При беременности можно наблюдать такие явления, как беспомощность, несамостоятельность, преувеличенная навязчивая зависимость от окружающих. В других случаях беременность, наоборот, способствует развитию, взрослению личности.

Осложнения беременности психического или психосоматического характера зависят от исходных свойств личности, социальных условий. Основным психологическим фактором переносимости является желательность или нежелательность беременности.

При нежелательной беременности может развиться реакция полного отрицания, женщина становится бездеятельной, некритичной к своему состоянию, надеется на чудо. Все чаще приходится сталкиваться с беременностью вне брака, не подразумевающей заключения брака в дальнейшем. Весьма возможно, что эта беременность желанная, что состоявшаяся как личность, обеспеченная женщина сознательно идет на этот шаг. Несмотря на обдуманность своего шага, она сама и в дальнейшем ее ребенок, рожденный вне брака, будут испытывать массу психологических проблем из-за отсутствия отца и его необходимой поддержки в процессе беременности и воспитания ребенка. Для полноценного воспитания ребенка необходимо тройственное единство: мать, отец и ребенок. Женщина, по тем или иным причинам рожаящая ребенка без мужа, на протяжении всей беременности будет находиться под гнетом того, что изначально не сможет дать ребенку полноценного воспитания. Такие женщины нуждаются в особо тщательном проведении психопрофилактических мероприятий в период беременности.

Беременность можно рассматривать как кризисную ситуацию в жизни женщины. К любым страхам и опасениям будущей матери нужно относиться вдумчиво и серьезно, избегать формального отношения и тем более насмешек, даже если опасения примитивны и бессмысленны. С обоснованными опасениями необходимо разбираться, не являются ли они проявлениями какой-либо патологии, а необоснованные – рассеивать методами разъяснения и убеждения.

Одной из наиболее сложных проблем в родах, как физических, так и психологических, является преодоление родовых болей. Боль усиливают эмоциональные реакции женщины – страх перед нею. Поэтому с женщинами и их мужьями проводятся разнообразные подготовительные мероприятия в виде курсов, собеседований, гимнастических упражнений, психотерапевтических сеансов.

Послеродовой период могут осложнять неврозы и психозы. Вероятность их возникновения напрямую связана с течением беременности, родов, и тем, были ли помощь и сочувствие мужа и родственников адекватными. Наиболее часто возникающий психиатрический синдром связан с неспособностью матери полюбить своего новорожденного ребенка, соответственно ухаживать за ним, кормить его, несмотря на то что ребенок желанный и она тщательно готовилась к его рождению. В этой ситуации неоценима помощь мужа. При правильном его поведении, всесторонней помощи новоиспеченной матери наладить правильное восприятие женщиной происходящего удастся без помощи специалистов.

Тема 14

Психологические аспекты работы с пациентами психиатра

Особенности работы с данной категорией больных определяются прежде всего тем, что понять психически больного человека сложнее, чем пациента любого другого профиля. Основное их отличие заключается в нарушении у них познавательной функции, правильных связей с действительностью. Мысли и умозаключения таких пациентов противоречат здравому смыслу, не воспринимаются нормальным мышлением. Задача врача – понять эти мысли, противоречащие разуму, разобраться в них и в результате найти путь к взаимопониманию или хотя бы элементарному контакту с пациентом. Медицинские работники должны избегать споров с больными и уметь следовать ходу мыслей, характерному для данного пациента. Такой подход затруднен тогда, когда бредовые мысли приводят больного к обвинениям в адрес медицинского персонала, в случае выраженного беспокойства больного, находящегося в острой стадии заболевания, в случае повышенной агрессивности пациента. Очень важно суметь понять эмоциональный мир психически нездоровой личности и откликнуться на все переживания пациентов, порывы страстей, свойственные им. После подробной беседы с врачом в сознании больного могут обостриться конфликты и противоречия, которыми он постоянно занят и многократно прокручивает в своем сознании. В ряде случаев он захочет говорить о них вновь, на сей раз с медицинской сестрой. Со стороны сестры должны быть проявлены поддержка, сочувствие и понимание, она должна избегать скороспелых назидательных рекомендаций и помнить, что дача советов – задача врача.

Особенно в понимании и сочувствии нуждаются пациенты, охваченные страхом и мучительным беспокойством. Страхи психиатрических больных намного серьезнее, чем те, с которыми приходится сталкиваться в обычной медицинской практике. Депрессия и тревога таких пациентов значительно выражены и проявляются в боязни всего, что их окружает. Они замыкаются в себе, закрываются от внешнего мира (вплоть до ступорозного состояния). Переживания страха и тревоги часто связаны с бредовыми идеями, галлюцинаторными видениями. Бред преследования, самообвинения, ревности, отравления может содержать много ужасающих элементов.

Многие формы психических заболеваний носят устрашающий характер. Физическая сила некоторых пациентов, вспышки гнева, агрессии, неожиданное возникновение других патологических симптомов могут оказывать устрашающее воздействие на средний и младший медицинский персонал, особенно если оживляют в сознании чем-то похожие пережитые

ситуации. Опасно, если медицинские сестры и санитарки передают друг другу приукрашенные и дополненные рассказы об устрашающих качествах отдельных больных. Об опасности таких пациентов создаются мифы и легенды, окружая их непроницаемой стеной страха и непонимания. Процесс лечения в таких условиях серьезно затрудняется и затягивается.

Исходя из вышесказанного необходимо остановиться на вопросе установления контакта между сестрой, санитаром и больным. Этот процесс значительно сложнее в психиатрии, чем в любой другой отрасли медицины. Сложно установить контакт с замкнувшимся в своем мире пациентом, впавшем в глубокую депрессию, или с агрессивной личностью, подверженной неожиданным вспышкам гнева, или с больным, бредовые мысли которого связаны с недовольством обслуживающим персоналом. Медицинский персонал должен хорошо относиться к своим пациентам и использовать положительные эмоции для их блага, восполняя недостаток любви и внимания со стороны близких. В медицинской практике часто возникает вопрос о дистанции, которую можно и нужно устанавливать между пациентами и членами лечящего коллектива. Готовых решений здесь нет, все очень индивидуально. Одинаково отрицательное влияние могут оказывать формализм в отношениях с пациентом и излишняя фамильярность. Характер заболевания, особенности личности и поведения пациента будут определять степень активного или пассивного отношения врача и сестры к нему. Когда больной находится в состоянии возбуждения, то со стороны медперсонала отношение к нему должно быть минимально активным и снисходительным, и, наоборот, более активным должно быть отношение к больному в состоянии депрессии. Особого отношения требуют к себе агрессивные пациенты. Любую агрессию легче предупредить, предусмотреть, принять профилактические меры, чем ликвидировать уже возникший приступ агрессивности. Для этого должен быть налажен хороший контакт с пациентом, исключающий развитие причин для агрессивного настроения или же хотя бы способствующий выходу агрессивных настроений в словесных перепалках. Предрасполагающими факторами агрессивного поведения могут быть раздражительность, излишняя требовательность, тревога, причем требовательность и нетерпеливость таких больных нарастают. Наиболее положительное воздействие на агрессивного пациента окажет выполнение его требований и желаний, если для этого существует реальная возможность. Особенно эффективное успокаивающее воздействие можно наблюдать, если выполнение требований осуществлено до прямого их высказывания. Внешне вспышка агрессии может быть спровоцирована незначительными мелочами, а на самом деле являться следствием устрашающих галлюцинаций и бредовых идей. С течением времени увеличивается число больных с явлениями замкнутости, отрешенности. Восстановление активности – задача трудная, требующая терпения, заботы и понимания, тактичного отношения, предупредительности по отношению к пациенту. Борьба с признаками хронического аутизма протекает длительно, результаты ее видны не сразу.

Работа по уходу за психическими пациентами значительно отличается от ухода за пациентами любого другого профиля. Следует помнить, что сама личность ухаживающего оказывает влияние на больного и производит большее впечатление, чем если бы это был больной не психиатрического профиля, а соматического.

Несчастные случаи и самоубийства – частые спутники пациентов психиатра. В лечебных учреждениях такого профиля должна быть до минимума сокращена возможность возникновения несчастного случая и приняты все меры для ликвидации из мест, доступных пациентам, потенциальных орудий самоубийств с учетом их изобретательности. Известен случай, когда в качестве орудия самоубийства использовалась заостренная зубная щетка. До минимума должны быть сокращены возможности, способные привести к несчастному ситуациям в жизни беспомощного больного, например ошибки при выдаче лекарственных препаратов и их дозировке, оставление без присмотра пациента в ванной. Родственники больных должны быть предупреждены о таких склонностях для принятия соответствующих мер в домашних условиях.

Вопрос о доставке больного в психиатрическое учреждение тоже актуален. В подавляющем большинстве случаев этот вопрос должен быть обсужден с пациентом. Его необходимо убедить всеми возможными способами, что там ему в данный момент будет лучше, нередко больные сами просят об этом. Насильственная доставка должна осуществляться только

в случае полного отсутствия критики к своему состоянию.

В закрытом лечебном учреждении больному должен быть оказан хороший прием, он должен увидеть терпеливое и внимательное отношение со стороны врачей и медицинских сестер, что будет способствовать скорейшему привыканию, включению в жизнь отделения и в дальнейшем – эффективности назначаемого лечения.

Группировка больных в палатах психиатрического отделения должна быть тщательно продумана, следует учитывать особенности заболевания, темперамента и личности больного. В одной палате должны находиться больные примерно схожих взглядов и темпераментов, в случае возникновения конфликтных ситуаций между ними необходимо осуществлять перегруппировку.

Вопрос посещения психиатрических больных близкими и родственниками должен рассматриваться индивидуально в каждом случае. Нередко источником обострения или возникновения патологического процесса у душевнобольного являются близкие родственники. Кроме того, психические заболевания нередко носят наследственный характер, близкие родственники могут оказаться не менее больными, чем сам поступивший. Реакции родных больного на направление его в специализированное учреждение могут быть различными: согласие и одобрение или отрицание такой необходимости. Родственники могут считать, что больного не так лечат, что дома ему было бы лучше, могут подозревать медицинский персонал в издевательствах над беспомощными пациентами, что для госпитализации не было объективных причин и больной в стационаре нужен только для улучшения статистических показателей. Опыт подсказывает, что родственники, негативно относившиеся к госпитализации, обычно не торопятся забирать больного домой. При решении вопроса о посещении больного родственниками врач должен учитывать указанные факторы и прогнозировать исход свидания. Посещения не ограничиваются, если их влияние на больного прогностически благоприятно. Но, если велика вероятность столкновений, споров и обвинений, посещения лучше отложить до улучшения состояния больного.

Варианты поведения в процессе психических заболеваний

Наиболее частое и значимое явление – расстройство сознания. С любым больным соматического характера контакт устанавливается в результате воздействия на его сознание и получения обратной связи. Пациент с ясным сознанием дает адекватные ответы на обращенные к нему вопросы, его мимика и жесты созвучны с его речью и отражают его состояние. При расстройствах сознания взгляд пациента носит блуждающий характер. Такие больные рассеянны, не могут ответить на элементарные вопросы, не могут сказать, где находятся, назвать свое имя, не узнают окружающих, их речь отрывочна и бессвязна. Если к такому расстройству присоединяются выраженное двигательное беспокойство (больной не находит себе места, все время хочет куда-то идти), расстройство восприятия, элементы бреда, можно говорить о делирии. Разновидностью расстройств сознания могут быть сумеречные состояния. Общаться с больным, страдающим расстройством сознания, – задача непростая.

Тактичное обращение с больным, уважение к нему как к человеку является обязательным, в каком бы состоянии он ни находился. Расстройства ясности сознания можно сравнить с истощением энергии (вплоть до полного ее отсутствия). На первой стадии можно наблюдать состояние поверхностной сонливости, переходящей в дальнейшем в сопорозное состояние и завершающейся полным отсутствием реакции на внешние раздражители, т. е. комой. Распространено ошибочное мнение, что больные с расстройством сознания ничего не помнят и не знают, особенно находящиеся в коматозном состоянии. Степень расстройства сознания может постоянно колебаться, больной может воспринимать и помнить часть внешних раздражителей, слов, других звуков, прикосновений. Медицинский персонал должен помнить о таких свойствах помраченного сознания и избегать необдуманных высказываний у постели таких больных, чтобы не нанести дополнительную травму психически больному человеку. Физический уход за такими больными должен оставаться столь же тщательным, как и прежде, для облегчения их душевного состояния.

Наиболее распространенными жалобами к психиатру являются жалобы невротического

характера. Понять невротического больного непросто вследствие многообразия жалоб. Основными проявлениями являются раздражительность, вспыльчивость, нетерпение. Обращают на себя внимание трансформация прежде уравновешенной личности в результате перенесенных психоэмоциональных перегрузок, неадекватность реакции на незначительные раздражители аффективными вспышками. Характерно присутствие повышенной утомляемости, постоянного чувства усталости.

Масса соматических состояний характеризуется нервным истощением неврастенического характера, их можно называть псевдоневрастеническими состояниями. Так могут начинаться некоторые формы шизофрении, классическим невротическим заболеванием является неврастения. Пациенты, страдающие истерией, имеют изначальные особенности личности и свойства характера, определяющие особенности обращения с ними медицинского персонала. Для них характерны преувеличение имеющихся жалоб и симптомов, требование относиться к себе, как к тяжелобольному человеку. Во всех проявлениях их поведения заметно желание выделиться, заставить окружающих обратить на себя повышенное внимание, проскальзывают элементы театральности. В психиатрической практике часто встречаются больные в состоянии острого приступа истерии. Распознать такого больного очень легко, диагноз «написан» на его лице и внешности в целом. Внешне такие пациенты выглядят как умирающие, держащиеся на ногах из последних сил, сопровождаемые безумно перепуганными родственниками, требующими принятия срочных мер для спасения умирающего. Соматические симптомы при истерии могут быть самыми разнообразными и касаться любых органов и систем. Наиболее неприятным проявлением истерии являются истерические припадки. Основная их цель – оказать воздействие на окружающих, привлечь их к решению собственных проблем.

Истерические проявления могут возникнуть в результате травматического невроза, возникающего на фоне скрытого желания покинуть место, где произошли ужасные события, и избежать возможности появления там в дальнейшем (например, неспособность стоять и ходить, проявляющаяся в определенных обстоятельствах).

В ряде случаев невроз является состоянием человека, желающего любым способом получить группу инвалидности.

Такая разновидность, как неврозы навязчивых состояний, сходна по своим проявлениям с шизофренией. Личность больного, страдающего таким неврозом, имеет характерные черты: упрямство, педантичность, отчужденность, холодность, граничащую с высокомерностью. Особенности поведения больного, страдающего неврозом навязчивых состояний, характеризуется регулярным повторением какого-либо комплекса действий, носящего характер ритуала. Редко встречаются неврозы, характеризующиеся моносимптомностью (например, только головной болью). Их бывает очень трудно классифицировать как невротические расстройства.

Невротические расстройства в большинстве случаев носят хронический характер с периодами компенсации и декомпенсации. Первым врачом, к которому обращается больной неврозом, нередко является участковый терапевт. В зависимости от характера психосоматических симптомов пациент может обратиться к врачу любого профиля. В таких случаях онколог может столкнуться с канцерофобией, гинеколог – с фригидностью, уролог – с проблемами потенции и т.п. На этом этапе основными задачами врача являются дифференцировка соматических и невротических жалоб и своевременное направление к психиатру. Ситуация усложняется, если у больного соматическим заболеванием имеются невротические расстройства, в этом случае необходимы тщательное обследование пациента во всех направлениях и филигранная дифференцировка его жалоб.

После установления у больного диагноза невротического расстройства в результате исключения соматической патологии у медицинского персонала могут возникнуть искушение более легкомысленного отношения к больному, пренебрежение к его жалобам. Врачи и медицинские сестры должны избегать заявлений типа «Вам все это показалось», «Вы говорите ерунду» и т.д. Подобные высказывания пробуждают у больных чувство сильнейшего беспокойства и потребность доказать свою правоту любым способом. Не вызовет положительных сдвигов в поведении и самочувствии больных апелляция к их воле и разуму, попытки обвинений в неадекватном поведении. В таких случаях помогают лишь хороший

контакт с больным, терпеливая разъяснительная работа. Больного необходимо выслушать, а затем попытаться занять чем-то продуктивным, отвлечь от болезненных переживаний методом вытеснения эмоций более сильными.

При тяжелой психопатии данные методы могут оказаться неэффективными. Возможно, потребуются изоляция больного, чтобы он не пугал своими агрессивными выходками окружающих, и ожидание, когда истерический припадок пройдет вследствие истощения физических сил пациента. В ряде случаев до изоляции пациента можно прибегнуть сначала к сообщению о возможности такого воздействия. Иногда это производит должный эффект, и пациент начинает успокаиваться и соблюдать правила поведения.

В повседневной работе с пациентами, страдающими невротическими расстройствами, существенное место имеет деятельность, направленная на преодоление переживаний страха и беспокойства. Колебания настроения, переживаниям, беспокойству подвержены любые здоровые люди, но их переживания возникают под действием различных ситуаций и проходят после ликвидации раздражителей, вызвавших их. В патологических случаях данные переживания возникают и сохраняются вне зависимости от внешних условий. Основными проявлениями будут являться постоянная подавленность, повышенная утомляемость, заниженная самооценка, склонность к самообвинению и самобичеванию.

Отдельные депрессивные больные обладают высокой степенью самообладания и самодисциплины, поэтому распознать депрессивное состояние у такого пациента нелегко. Медицинский персонал в работе с депрессивными пациентами должен избегать менторских наставлений, резких опровержений самообвинений больных, попыток любыми способами вызвать хорошее настроение. Понимание, сочувствие, поддержка, сопереживание страданиям – вот то, что нужно больному. Проскальзывающие в поведении сестер театральность, преувеличение внимания или сопереживания очень тонко чувствуются такими больными и мешают продуктивному контакту с ними.

Работая с депрессивными больными, медицинский персонал должен всегда помнить о существовании опасности самоубийства. Основным контролирующим звеном состояния больного является медицинская сестра, которая вовремя должна распознать опасные перемены в поведении пациента, не давая ему возможности ощущать, что за ним следят.

Патологические свойства личности

«Характер – невроз». В этом случае невротические состояния становятся свойствами характера. Наиболее выражено это свойство проявляется при истерическом характере. Встречаются пограничные случаи, в которых пациента не удастся отнести к невротикам, так как его расстройства являются более выраженными, чем при неврастении, но менее выражены, чем при психопатии. При наличии выраженной психопатии характерологические особенности личности приводят к постоянным столкновениям ее с внешней средой из-за нарушения механизмов приспособляемости и адаптации.

Развитию психопатий могут способствовать любые пережитые в молодом возрасте потрясения, сложные условия жизни, неблагоприятная наследственность, родовые травмы. Больные нередко аморальны, склонны к преступным деяниям. Подход к работе с этой группой пациентов неоднозначен. Много проблем создает агрессивный психопат, предъявляющий много претензий. Бесплезно спорить с ними и доказывать свою правоту, такой подход может спровоцировать усиление агрессивности. В данной ситуации может помочь терпеливое отношение к агрессору и поддержка неуверенных, заторможенных больных. Забота и внимание могут помочь при установлении контакта с психопатическими личностями, выросшими в эмоционально бедной среде. При этом следует помнить, что эмоциональный голод быстрее восполняется отрицательными эмоциями, а их необходимо избегать.

Сложным является поведение, а следовательно, и понимание его при шизофрении. Психическая деятельность таких больных расстраивается. Течение заболевания может быть острым и хроническим, с неожиданными вспышками, может быть непрерывным, псевдоневротическое течение скрывается под маской невроза. При острой вспышке характерны расстройство мышления и выраженное беспокойство. Речь больного абсолютно бессвязна,

грамматически неправильна, повороты мысли неожиданны и могут быть пугающими. Больные используют в своей речи какие-то символы, сопровождая их разнообразными (магическими с их точки зрения) движениями. Претерпевает значительные изменения и мир эмоций данной категории больных. Основными чертами являются замкнутость и отгороженность, возможны проявления парадоксальных эмоций – немотивированный смех, плач, гнев. Для шизофрении характерны неожиданно возникшие изменения в поведении и характерных особенностях личности больного, причем изменения меняются на прямо противоположные.

Несмотря на перечисленные психические изменения при шизофрении, установление контакта с таким больным возможно. Основным источником установления контакта является наблюдение за особенностями поведения. При попытках установления контакта обязательным условием является учет его желаний в данный момент. Медицинский персонал должен стараться избегать действий против воли больного. Контакт должен возникать и развиваться на основе повседневного общения, вытекать из потребностей данного момента. Организация приема пищи, прогулки, трудотерапия и другие моменты общения создают условия для установления контактов. Следующим этапом является постепенное вовлечение выздоравливающего пациента в жизнь коллектива, повышение его самооценки в результате ощущения собственной полезности. Трудовая адаптация должна продолжаться и на амбулаторном этапе, что предупреждает обострения и осложнения этого тяжелого заболевания.

При параноидных состояниях или собственно психозах основной проблемой является столкновение личности со средой обитания в результате расстройства способности приспособляться к изменяющимся сторонам жизни, чаще это происходит в климактерический или старческий период. Основными чертами поведения такой личности являются немотивированная обидчивость, подозрительность, ревность, нередко сопровождающаяся агрессивностью. Достижение контакта с такими пациентами – задача крайне трудная. В особо тяжелых случаях приходится удовлетворяться поверхностно мирными отношениями с такими больными независимо от метода достижения этого варианта сосуществования. Основная проблема установления продуктивного контакта заключается в том, что конфликты с ними могут возникать без видимых причин и сопровождаться грозными обвинениями в адрес медицинского персонала. Врачам и сестрам приходится учиться адекватно воспринимать такие необоснованные обвинения, а затем пытаться понять ход мыслей больного и причину возникновения конфликта. Понять причину удается далеко не всегда, в таком случае и приходится довольствоваться поверхностным мирным контактом.

Особенно осложняют работу патологические сутяги, жалующиеся в многочисленные инстанции по любому незначительному поводу и стремящиеся отыскать его, если он реально отсутствует. Сутягой может быть человек с патологическими свойствами личности, а может быть больной в состоянии параноидного психоза. Пациенты, страдающие параноидным психозом, со склонностью к сутяжничеству, способны наносить вред психиатрической службе в целом. По окончании стационарного этапа лечения не всегда удается полностью избавить их от бредовых идей, поэтому они продолжают писать всевозможные жалобы и заявления, обвиняющие лечебное учреждение в целом или отдельных медицинских работников в неправильном лечении, необоснованной госпитализации и других ошибках. Для таких пациентов характерны логичная аргументация, высокий уровень интеллекта, умение произвести эффект и внушить уважение к себе, поэтому им нетрудно выглядеть убедительными и находить сторонников или просто сочувствующих слушателей среди родственников и знакомых. Близким родственникам бывает очень трудно разобраться в реальном положении дел, поэтому они становятся невольными сподвижниками нездорового человека. Сутяг условно можно разделить на несколько групп на основе предмета сутяжничества: незаконная госпитализация в психиатрическое учреждение, деятельность, направленная на решение общественно значимых проблем затяжного характера, патологическая деятельность на основе ипохондрических проблем. Помочь таким больным и ослабить их патологическую деятельность нелегко.

При поступлении какой-либо жалобы в лечебное учреждение администрация обязана принять меры по выяснению причин. Законом установлены сроки рассмотрения жалоб и обращений граждан. При несоблюдении этих сроков жалобщик получает законное основание

для дальнейшей кляузнической деятельности. Администрация и лечащие врачи получают массу дополнительной работы, отрывая свое время от основной лечебной деятельности. Несмотря на все сложности общения с такими личностями, долг медицинского персонала – попытаться прибегнуть к разумным доводам и постараться мягко убедить больного в необоснованности жалобы, которую он собирается писать. Предотвращая написание жалобы, медицинское учреждение делает большой шаг вперед в работе с данным пациентом. С одной стороны, зарождает у него сомнение в продуктивности такого рода его деятельности, с другой – избавляет себя от предстоящей бумажной волокиты, нередко затяжного характера.

Следующим шагом в работе с таким больным является помощь в поисках его собственного места в обществе. Как сказано выше, такие больные обычно обладают развитым интеллектом, следовательно, им нужно помочь найти род деятельности, где они в максимальной мере смогут применить свои способности в соответствии с уровнем образования. На этом этапе необходима помощь родственников или других близких людей, ведь они лучше знают способности и склонности этого пациента. Если врач будет достаточно убедителен в беседе с родными, докажет им, что таким образом удастся достичь социальной адаптации больного, остальное родственники сделают сами, потому что не меньше медицинских работников заинтересованы в уменьшении проявлений его патологического поведения.

Эпилепсия в наши дни является весьма распространенным заболеванием, степень тяжести заболевания и изменения личности под его воздействием очень вариабельны. Люди, страдающие данной патологией, нередко длительно остаются трудоспособными при соблюдении соответствующего лечебно-охранительного режима. Многие друзья и сослуживцы могут даже не подозревать о наличии у сотрудника такого заболевания, тем более что больные эпилепсией склонны скрывать свое заболевание или приуменьшать его значимость. Из сказанного следует, сколь актуально знание особенностей личности данной категории больных и правил обращения с ними.

Этиологические причины данного заболевания различны: перенесенные травмы или инфекции головного мозга, нарушения обмена веществ, разнообразные интоксикации, заболевание может быть и наследственного характера. В работе с больными эпилепсией основное значение имеет убеждение их в крайней необходимости регулярного приема назначенных лекарств. Врач должен постоянно помнить сам и напоминать родственникам больного, что степень изменения личности больного, страдающего эпилепсией, напрямую зависит от частоты судорожных припадков, а предотвращение припадков возможно только в результате постоянного приема противосудорожных средств. Психиатр должен объяснить родственникам, какие изменения личности могут развиваться в будущем. С течением заболевания нарастает конфликтность пациентов данной категории, особенно если эта черта присутствовала в характере и до заболевания; присутствовавшая ранее педантичность может усугубиться до мелочности. На начальных этапах болезни может развиваться и нарастать агрессивность, с течением времени она превращается в озлобленность постоянного или приступообразного характера. Придирчивость и замкнутость также характерны для данной категории лиц. Длительно протекающее заболевание затрагивает и интеллект больного – вплоть до развития деменции. По мере снижения интеллекта уменьшается критичность пациентов к своему состоянию, что усугубляет вышеперечисленные изменения личности.

Картина развернутого эпилептического припадка – весьма отталкивающее зрелище. Свидетели таких припадков в дальнейшем нередко не могут справиться с чувством отвращения к такому человеку и стараются поменьше общаться с ним, усугубляя его страдания и способствуя развитию замкнутости и отчуждения. На состояние больного эпилепсией влияют многочисленные социальные и эмоциональные факторы. Тяжелые потрясения могут утяжелять и учащать судорожные припадки, несмотря на прием прежней дозы противосудорожных средств. Наоборот, благоприятная окружающая атмосфера, в которой больной пребывает длительный период времени, позволяет снизить дозу медикаментозных средств. При установлении контакта с такими пациентами врач должен постоянно помнить об их условиях жизни, неизбежной социальной изолированности. Для больного очень важно преодоление такой изолированности, что способствует повышению самооценки. Особенности заболевания создают ряд ограничений при выборе профессии и трудоустройстве, а если болезнь приводит к

инвалидизации, организовать занятость такого пациента становится еще сложнее. Однако бездеятельность или недостаточная занятость таких людей вредно сказываются на дальнейшем течении заболевания, так как способствуют снижению интеллекта, который и без этого неизбежно пострадает, и усугубляют изолированность их от общества.

Алкоголизм является распространенной социально-медицинской проблемой нашего общества. Распространены две диаметрально противоположные точки зрения на вопрос о необходимости и методах лечения алкоголизма. Часть общества считает, что алкоголика лечить бесполезно, что незачем тратить на этот процесс время и деньги. Есть другое распространенное мнение, что алкоголизм необходимо лечить любыми способами, прибегая к услугам знахарей, экстрасенсов и другим вариантам нетрадиционной медицины, что традиционная медицина в данной ситуации бессильна, что обращения с этой проблемой в учреждения здравоохранения смысла не имеют.

Для нормализации представлений об этой проблеме в обществе необходима активная санитарно-просветительная работа. Алкоголизм можно и нужно лечить. Больного, страдающего алкоголизмом, можно вернуть к нормальной жизни. Эти аксиомы должны внушать врач, лечащий данную категорию больных, и врачи других специальностей, сталкивающиеся с лицами, злоупотребляющими алкоголем. Труднее всего лечить алкоголизм, развившийся у лиц, страдавших до этого шизофренией или олигофренией.

В большинстве случаев алкоголизм возникает на почве патологического склада личности, прибегающей к употреблению алкоголя для снятия нервного напряжения, улучшения настроения. Личность психопатического склада, характеризующаяся раздражительностью, агрессивностью, будет употреблять алкоголь для получения эффекта успокоения и в начальный период будет получать желаемый эффект. В ряде случаев алкоголизм развивается под воздействием окружающей среды: родственников, злоупотреблявших алкоголем в течение многих поколений, лучших друзей, ставших алкоголиками, некоторых видов деятельности (винодел, официант). Противостоять влиянию среды, а иногда и противопоставить себя ей может только сильная, гармонично развитая личность. С одной стороны, с течением времени развивается привыкание, в результате которого прежняя доза уже не дает ожидаемого эффекта, а с другой – человек утрачивает способность к иным способам снятия напряженности, кроме алкоголя. В терминальной стадии заболевания наступает обратная реакция: в результате ухудшения соматического состояния организма сопротивляемость его снижается, дозировка алкоголя, необходимая для опьянения, резко падает.

При хроническом алкоголизме развиваются тяжелые психические расстройства, помимо органического поражения мозга, характеризующегося резким снижением памяти и неспособностью к запоминанию. Психические расстройства характеризуются выраженным двигательным возбуждением, слуховыми и зрительными галлюцинациями, дезориентацией в месте, времени и собственной личности.

Первым симптомами алкоголизма нередко выявляет участковый врач, к которому больной обращается с соматическими жалобами. Заподозрить алкоголизм позволяют характер жалоб, появление которых может спровоцировать употребление алкоголя, возникновение их часто по понедельникам и анализ окружающей среды пациента. Прежде чем говорить о направлении к психиатру или наркологу, необходимо добиться осознания пациентом этой необходимости. В лучшем случае он сам осознает ее и пойдет к специалисту в страстном желании избавиться от пагубного пристрастия. Но на этапе выявления этой патологии участковым врачом необходимо создание мотивации к лечению. Больной должен испытывать доверие к врачу, видя его искреннее желание заниматься его проблемами. На основе доверительного отношения врач должен обсудить с пациентом те проблемы и сложности в его жизни, которые возникли в результате или на фоне употребления алкоголя, выяснить, чем обусловлена потребность постоянного употребления этого зелья.

Большинство алкоголиков даже в далеко зашедших стадиях заболевания подвержены чувству вины. Беседа с врачом должна способствовать ослаблению этого чувства, ибо оно нередко служит для усиления алкоголизма, так как больной не в силах избавиться от пагубной зависимости. Чувство вины усиливается, и он делает единственное, на что способен – «топит» переживания в вине. Доктор должен убедить пациента, что его можно вылечить, избавить от

болезненных переживаний, чувства вины перед близкими, которым он вновь станет полезен, и активизировать волю пациента к выздоровлению.

Существенна и роль медицинской сестры в работе с данной категорией больных. Сестра должна способствовать перестройке личности больного, поддерживая наставления и назначения врача. Учитывая функции медицинской сестры, можно говорить о том, что она больше, чем врач, проводит времени в контакте с пациентом и имеет больше возможностей наблюдать за его особенностями, склонностями, интересами.

Как указывалось выше, одним из первых этапов лечения является повышение самооценки больного. Для этого необходимо выявить наиболее ценные качества его личности, акцентировать на них внимание, развивать их, открывая для больного новые радости жизни. Открывая перед пациентом новые возможности его деятельности, новые возможности положительных эмоций, медицинский персонал старается методом вытеснения эмоций ослабить интерес больного к употреблению спиртного. После стационарного этапа лечения больные алкоголики не должны оставаться без медицинского контроля. Эта функция возлагается на медицинскую сестру. Посещение больного на дому имеет несколько целей: контроль за воздержанием от употребления спиртного, объективная оценка состояния пациента и окружающей его обстановки, поддержание у него ощущения, что его судьба небезразлична обществу. В целом в результате регулярного патронажа на дому удастся либо предупредить рецидив заболевания, либо выяснить условия, способствующие его возникновению. Нередко в результате таких посещений возникает необходимость психопрофилактической работы со всей семьей. Удержать алкоголика от рецидива очень трудно в семье, где еще кто-то из членов подвержен этому недугу и не считает необходимым лечиться, или если «сердобольные» родственники покрывают его порочную страсть, видя, как трудно пациенту воздерживаться от алкоголя. В большинстве случаев лечение алкоголизма – это работа со всей семьей больного.

Тема 15

Психология работы с больными детьми

Особенности работы с детьми определяются особенностями их психики. Они характеризуются большей впечатлительностью, ранимостью в случае неблагоприятных воздействий внешней среды, недостаточно развитой критикой по отношению к себе и происходящему вокруг. Если у ребенка уже есть опыт общения с медициной, важно знать, каков он. Если ребенка раньше пугали врачами или какими-либо медицинскими манипуляциями, у него могут возникнуть болезненные фантазии о том, что болезнь и все неприятные воздействия, ею вызванные, – это наказание ему за какие-то провинности.

Большинство родителей первые признаки заболевания замечают по изменившемуся поведению ребенка: он меньше играет, становится менее активным и более замкнутым, больше капризничает, плохо ест.

Совершенно иная, чем у взрослых, реакция у детей на внешние раздражители, особенно на боль. Отсюда следует и соответствующее отношение медицинских работников ко всем медицинским манипуляциям с детским организмом, сопровождающимся болью. Врач должен помнить, что, испытав однажды боль от медицинского вмешательства, ребенок впредь будет со страхом и опаской относиться и к другим действиям медицинского персонала. По мере возможности все врачебные назначения должны выполняться безболезненно для ребенка. Можно и нужно использовать повышенную внушаемость ребенка, говорить с ним спокойно и уверенно, умело шутить. В ряде случаев ребенка лучше просто отвлечь, учитывая, что отрицательные эмоции легче вытеснить более сильными, положительными, чем снять уговорами. При любых страхах важно выяснить, чего конкретно боится пациент, а лишь потом пытаться развеять их. Медицинским работникам стационарных педиатрических учреждений не следует забывать о том, как тяжело большинство детей переносят разлуку с родителями, особенно если это произошло внезапно. Особенно скрупулезно необходимо подходить к вопросу госпитализации детей до 3 лет. Стационарного лечения в этом возрасте желательно

избегать и госпитализировать детей только при острой необходимости. Если представляется возможным, ребенка нужно заранее познакомить с больничной средой, лечащим врачом. При расставании с матерью не следует обманывать ребенка, прибегать к уловкам. После ее ухода медицинская сестра должна некоторое время уделить вновь поступившему, почитать или поиграть с ним.

В больничной палате ребенка будет волновать буквально все: и цвет стен, и особенности одежды медицинского персонала, и поведение соседей по палате, и многое другое. Порой ребенка волнует то, на что он раньше и никак не реагировал, то, что он раньше просто не замечал. Для предсказания особенностей реагирования того или иного ребенка на разные события его больничной жизни желательнее больше знать о характере маленького пациента, его привычках, особенностях нервной системы.

Острое потрясение при госпитализации условно можно разделить на три стадии. Первая – протест против всего, выражающийся в постоянном беспокойстве, плаче, возбуждении. Вторая – отчаяние, которое развивается у ребенка, потерявшего надежду на перемены к лучшему, которое может привести к депрессивному состоянию. Третью стадию можно назвать привыканием, адаптацией: ребенок перестает беспокоиться, начинает интересоваться окружающей обстановкой, может подружиться с медицинской сестрой и соседями по палате.

Реакция психики может быть разной степени выраженности, может приводить и к разрегулированию механизмов адаптации, и выражаться в подавленном, угнетенном состоянии, частых беспричинных слезах. Почти всегда присоединяется нарушение физиологических отправлений: сна, аппетита, мочеиспускания, дефекации и др. Такие нарушения могут приводить к чувству ложного стыда и затруднять откровенное общение с врачом. Задача врача – разрушить этот психологический барьер.

В общении врач обязан помнить, что больному ребенку тяжелее, а маленькому почти невозможно себя контролировать. Когда это сделать удалось, облегчаются дальнейшие разъяснения необходимых медицинских воздействий и манипуляций. Это особенно важно, если речь идет о хирургическом вмешательстве. Так, например, старшим детям становится легче что-либо разъяснить, а младших проще уговорить, убедить, что их не ждет ничего страшного, они становятся более открытыми и доступными для контакта. При уговорах нередко бывает эффективным метод привлечения к разрешению конфликта других детей, уже адаптировавшихся к больничной среде. Одни и те же разъяснения будут более эффективными, если ребенок, находящийся в состоянии страха и неуверенности, получит их от своего соседа по палате, чем от медицинского работника. Имеет значение и манера обращения медицинского персонала к детям. Наиболее удачным является обычное обращение по имени, нужно избегать прозвищ, а также шаблонных схематизированных обращений.

Врач должен учитывать возраст ребенка, уровень его интеллекта и жизненный опыт, опыт общения с медиками. Созданию продуктивного контакта между врачом и больным ребенком будет способствовать обстановка, сложившаяся в отделении, больнице в целом. Она должна максимально напоминать домашнюю. Ребенку должны быть доступны игрушки, игры, книги, в коридорах должны быть цветы или просто растения, медицинский персонал не должен быть излишне строг, больным детям нужно больше прощать. О личности ребенка, взаимоотношениях его с окружающими многое могут рассказать игры, в которые играет ребенок, взаимоотношения, которые он в это время выстраивает с игрушками и другими детьми. Игра предоставляет возможности как для познания детской личности, так и для воздействия на нее.

Не стоит забывать и о родителях госпитализированных детей. Педиатр должен помнить о тесной психологической зависимости матери и ребенка, он должен располагать информацией о семье, в которой растет его пациент, и быть особенно внимательным к ребенку, рожденному или растущему в неполной семье. Многие из таких детей не были желанными, и, если им об этом известно, их психическое состояние постоянно страдает от отсутствия самого главного в жизни маленького члена общества – уверенности в материнской защите.

Работа педиатра с родителями должна учитывать два основных аспекта: родители переживают не меньше ребенка и нуждаются в адекватном успокоении, оно будет эффективнее, если врач не будет ждать, пока взволнованные родители засыпят его вопросами, порой не по

существо, а при госпитализации и в дальнейшем с определенной периодичностью будет проводить с ними краткую разъяснительную работу. В этом случае родители будут просто спокойно ждать очередного свидания с врачом в назначенное им время, а не прорываться к нему в неуточное время, нарушая при этом санитарно-эпидемиологический режим и распорядок работы отделения.

Вторым важным аспектом является влияние настроения родителей на настроение ребенка. Мать или отец, удовлетворенные продуктивной беседой с врачом, окажут наилучшее психотерапевтическое воздействие на ребенка. Поведение родителей во время болезни ребенка во многом зависит от отношения к нему, предшествующего опыта общения с педиатром.

Очень тяжело переживают любое болезненное состояние своего ребенка родители, пережившие смерть другого ребенка. Встречается и диаметрально противоположное – безразличное, легкомысленное, безответственное отношение к болезням детей. С легкомысленным отношением иногда приходится встречаться в многодетных семьях, наиболее часто в социально неблагополучных.

Особые психологические проблемы возникают при необходимости хирургического лечения. Ребенок, нуждающийся в операции, должен быть соответствующим образом подготовлен к ней, он должен располагать информацией о том, что ему предстоит, в объеме, который способен воспринять в соответствии со своим возрастом и интеллектом. По возможности нужно подбирать соседей по палате так, чтобы они могли между собой обсуждать сходные проблемы, связанные с хирургическим лечением, поддерживать друг друга. Как правило, дети охотно помогают своим соседям по палате, заменяя при необходимости сестру или санитарку. Родители и ребенок должны четко представлять, чего они могут ожидать от операции, и не рассчитывать на то, что не является целью операции.

Целесообразно остановиться на реакции психики ребенка и родителей на острое и хроническое заболевание. Острое заболевание нетяжелого характера, переносимое в привычных домашних условиях, редко приводит к особому беспокойству. Тяжелее психологическая реакция у хронических больных, особенно если заболевание тяжелое, длительно протекающее и (или) неизлечимое. Немаловажное значение имеет и тот факт, является ли заболевание врожденным, прогрессирующим со временем или приобретенным. Тяжелые неизлечимые заболевания детей часто вызывают бурную эмоциональную реакцию у родителей. Они могут необоснованно обвинять врачей в неправильном лечении, ходить от одного врача к другому в надежде на новые методы лечения, заниматься самолечением или даже обращаться к экстрасенсам и знахарям. У родителей может развиваться чувство вины, они начинают заниматься самобичеванием или взаимными обвинениями, что оказывает негативное влияние на обстановку в семье в целом в тот момент, когда, наоборот, все члены семьи должны сплотиться в борьбе с недугом и помогать друг другу. Медицинские работники должны помочь родителям осознать факт тяжелой болезни их ребенка и их возможности в борьбе с ним.

Еще важнее помочь ребенку приспособиться к новым условиям существования в связи с наступившей болезнью. Самая сложная ситуация создается в том случае, если заболевание неизлечимо, смертельно. Врачу очень трудно сообщить сам диагноз такого заболевания родителям, это неизбежно вызовет тяжелое потрясение, поэтому врач должен делать такое заявление только после завершения всех обследований и при наличии полной своей уверенности в диагнозе. В первый момент после сообщения реакция может быть разнообразной: страх, горечь неизбежной утраты, недопонимание происходящего, могут быть агрессивность со стороны родителей и высказывания необоснованных страшных обвинений, о которых они впоследствии жалеют. Их сознание сначала отказывается воспринимать страшную весть, и они вновь и вновь обращаются к доктору с просьбой объяснить, в которой подразумевается скрытая надежда на иной диагноз и прогноз. Даже после разъяснений они многократно переспрашивают врача о реальном положении.

Следующий этап – подготовка родственников ребенка к предстоящей неизбежной трагедии, связанной с его смертью. Помимо сообщения о реальном положении больного, необходимо поддержание слабой надежды на выздоровление, даже если врач уверен в прогнозе. Он должен разъяснять, что течение заболевания может быть различным, бывают длительные периоды ремиссии, наука идет вперед и изобретает новые методы лечения тяжелых

заболеваний.

Лечение такого ребенка должно носить общеукрепляющий характер, поддерживающий его физические силы. Во время пребывания такого больного в стационаре возможность посещения его родственниками должна ограничиваться минимально, это оказывает благоприятное влияние как на ребенка, так и на его семью. Если состояние позволяет, доктор должен найти возможность отпустить пациента с родственниками в краткосрочные поездки, прогулки. По мере ухудшения состояния больного, наступления рецидива заболевания после продолжительной ремиссии меняется психологическое состояние родителей. Отрицание факта тяжелой болезни сменяется пониманием неизбежности ее трагического исхода, все в их жизни отодвигается на задний план, кроме событий, связанных с состоянием ребенка.

Сам ребенок реагирует на факт своей тяжелой болезни по-разному, многое в его реакции зависит от возраста. Обычно он не может осознать, что значит быть неизлечимо больным и что он может умереть. Дети школьного, иногда и более младшего возраста могут ощущать приближение смерти. Они впадают в депрессию, испытывают полное равнодушие ко всему. Реже наблюдается реакция отрицания самого факта болезни. В момент смерти медицинский персонал должен помочь родителям пережить произошедшую трагедию, к их горю необходимо проявить чуткое внимание и понимание. Многие родители стремятся еще раз встретиться с врачом, обсудить еще раз все, что произошло, просто еще раз поговорить о пережитом, тем самым облегчить свои страдания. Задача врача – внимательно выслушать, посочувствовать, убедить, что было сделано все возможное как со стороны медицинских работников, так и родителей, и постараться направить их мысли в позитивное русло, обратить внимание на оставшихся детей, напомнить, что их жизнь продолжается, и помочь им вспомнить свои интересы в прошлом. Кроме своего горя, родители умершего ребенка должны помнить, что не только они пережили тяжелый стресс, но и другие их дети. У них могут возникнуть болезненные реакции, страхи, поэтому такие дети нуждаются в повышенном внимании родителей, которые столь же нуждаются в любви и внимании оставшихся детей.

Тема 16

Дом престарелых, или особенности работы психолога в гериатрии

Дом престарелых является медико-социальным учреждением, в котором получают уход и полное содержание люди, которые сами не в состоянии содержать себя, т. е. государство берет на себя функции родственников при их отсутствии или невозможности или отказе от ухода за нетрудоспособным членом семьи. Дома престарелых бывают разных типов или имеют несколько разных отделений, предназначенных для содержания относительно здоровых, но пожилых людей, а также для людей преклонного возраста, страдающих психическими заболеваниями. В домах престарелых стариков условно принято делаться на две группы: относительно нормальные и с признаками деградации. Помимо стариков, в домах престарелых содержатся взрослые люди и подростки, страдающие слабоумием, а также хронические больные в терминальной стадии прогрессирующего заболевания, несовместимого с жизнью.

Проблемы домов престарелых и их обитателей растут по мере роста средней продолжительности жизни, развития здравоохранения. Обычная физиологическая старость характеризуется прежде всего ослаблением деятельности всех органов чувств (слуха, зрения, обоняния), уменьшением подвижности, переносимости физических и психических нагрузок. Таким образом, ослабление жизненной энергии обедняет эмоциональный фон всей жизни. Люди, прожившие бурную эмоциональную жизнь в прошлом, становятся значительно спокойнее, находят все более простые радости, сужается круг чувств и интересов. Если эти процессы носят тяжелый характер, окружающий мир почти полностью перестает интересовать человека, круг его интересов сужается до физиологических потребностей, таких как еда, сон, физиологические отправления. Настроение таких людей становится все более постоянным, в большинстве случаев спокойным, в чем-то апатичным, реже наблюдается подавленность или, наоборот, возбужденность, иногда отмечается большая изменчивость настроения. Беспочинное беспокойство, страхи характерны для настроения стариков, они начинают

акцентировать внимание на мелочах, незначительных происшествиях, которым раньше вообще не придавали значения. С нарастанием беспокойства и тревоги может развиваться ипохондрический синдром.

В ряде случаев наблюдается преобразование личности. Оно заключается в том, что характерологические особенности личности, присутствовавшие ранее, но не имевшие существенной значимости, выступают на передний план. Например, экономный человек становится скупым и жадным. Могут происходить и более коренные перемены в личности: экстраверт в молодости становится интровертом в старости, и наоборот.

Степень выраженности старческих нарушений во многом зависит от эмоциональной и духовной насыщенности молодости и зрелого возраста. Воспоминания стариков о пережитом помогают их старости быть более гармоничной. Следует отметить и положительные изменения в мышлении пожилых людей достаточно высокого интеллектуального уровня: они становятся рассудительнее и мудрее, нередко лучше молодых могут разобраться в жизненных хитросплетениях. В случае низкого интеллекта может наступить полный распад психической деятельности, старики вообще перестают думать и живут под влиянием физиологических потребностей. Могут наблюдаться случаи «впадения в детство», на передний план выступают инфантильные черты личности, потребность и ожидание защиты и внимания, наподобие материнской. В тяжелых случаях ослабления самокритичности можно столкнуться с моральными эксцессами: неожиданно возросшими сексуальными потребностями, насилием над детьми, гомосексуальностью. Недостаточная адекватность поведения стариков определяется их резко сниженной способностью к восприятию нового, приспособляемости к новым условиям жизни. Они могут вступать в соревнование с молодыми из чувства зависти, не принимая во внимание свой возраст, и потерпеть поражение, что дополнительно усугубляет сложности их поведения. Одиночество в старости очень тяжело. Оно становится неизбежным, когда вырастают и обретают свою жизнь дети, друзья и родственники постепенно уходят из жизни. Пожилой человек должен заново найти себя, приспособиться к жизни в новом качестве. От этого зависит, насколько будут выражены вышеописанные старческие нарушения поведения.

При патологической старости указанные явления приобретают патологический характер. Таким старикам присущи эгоцентризм, патологические изменения личности, деменция, тяжелые расстройства памяти. Любые соматические заболевания стариков ухудшают их состояние на более длительное время, могут вызвать необоснованное беспокойство. Характерны старческие ночные делирии. Они проявляются в беспокойном неадекватном поведении (двигательном и речевом) больных ночью, о котором они не помнят днем, пребывая в сонливом, апатичном состоянии. В результате эмоциональных перегрузок или как осложнение имеющихся хронических заболеваний может развиваться нарушение мозгового кровообращения. У больного возникают нарушения речевых, двигательных и других функций, усугубляющие его уже нарушенную приспособляемость к окружающей действительности в результате старческих изменений личности.

Для поддержания душевного и физического здоровья люди преклонного возраста нуждаются прежде всего в спокойной, мирной семейной обстановке, сохранении привычной обстановки, борьбе с одиночеством. От окружающих родственников и медицинских работников требуются прежде всего умение понять старого человека и уважительное отношение к нему. Продолжительность и качество жизни человека преклонного возраста напрямую зависят от отношения к нему в семье. Ощущение своей необходимости, востребованности советов и мнений дает силы для продолжения жизни, поддерживают интерес к ней и способствуют сохранению светлого разума. Однако существует и другое отношение к старикам, когда семья стремится избавиться от него любыми способами, поместив в дом престарелых или закрытое психиатрическое отделение, для чего требуют признать его психически больным. Разумеется, такое отношение близких создает у престарелого человека чувство заброшенности и ненужности.

Когда вопрос о помещении в дом престарелых решен, необходимо определиться с выбором конкретного учреждения. Направлению в дом престарелых не подлежат лица, нуждающиеся в лечении в закрытых психиатрических учреждениях, в связи с особенностями течения заболеваний, проявлениями агрессивности или асоциальности.

К переезду пожилого человека следует подготовить. Большинство стариков неохотно расстаются со своим жильем, каким бы убогим оно ни было. Если процесс адаптации проходит с трудом, нередко пожилые люди пытаются вернуться домой, не оценивая реально, что больше не могут жить одни, что не могут поддерживать нормальное состояние своих жилищных условий и обихаживать себя, что в доме престарелых условия их жизни значительно лучше. От медицинских работников в таких случаях требуется понимание, что отказ от привычной обстановки, в которой человек провел многие годы своей жизни, – дело, требующее больших душевных сил, а от них требуется терпеливое разъяснение преимуществ новых условий жизни.

В большинстве случаев старики поступают в дома престарелых в состоянии стресса, подавленности, депрессии. Вновь поступающие нуждаются в дружеском приеме, им необходимо помочь найти свое место в новом коллективе. Человеку преклонного возраста сделать это труднее, чем молодому. Наиболее распространенной реакцией на переселение является чувство неуверенности, страх, беспокойство, которые больные пытаются преодолеть, иногда прибегая к высокомерным заявлениям о своем прошлом, заслугах и знакомствах, хвастовству.

Дом престарелых – это коллектив, в котором силами его сотрудников с привлечением обитателей должны быть созданы и поддерживаться мир и гармония. Основными условиями работы с ними для сотрудников этих учреждений являются уважительное отношение к каждому и проявление заботы. Манера обращения к старикам не должна задевать их самолюбия, обращение должно содержать имя и отчество, как к любому другому взрослому человеку.

Основные проблемы в общении обитателей дома престарелых возникают из-за гетерогенности коллектива: старики в состоянии относительно светлого разума и молодежь, страдающая олигофренией, больные, страдающими сенильными психозами, но в разных вариантах проявления – активные, агрессивные и тихие, пассивные. Столкновения и стычки могут происходить и из-за любых других причин, присущих любому другому коллективу, обидчивости, брезгливости, неразделенной любви и др. Неуживчивые члены коллектива неизбежно оказываются в изоляции, что отрицательно сказывается на состоянии их психики в дальнейшем. Выходы из подобных ситуаций могут быть различными. Медицинским персоналом проводятся собеседования со всеми членами коллектива, перегруппировка больных, изменение степени занятости или изменение характера выполняемой повседневной деятельности.

Вредно оберегать стариков от какой-либо активной деятельности в пределах их возможностей, не нужно ссылаться на то, что это делается во избежание несчастных случаев, просто выполняемая работа должна быть по силам старику и прodelываться под ненавязчивым наблюдением медицинского персонала. Ограждение от активной деятельности неизбежно приведет к апатии, подавленному настроению и отсутствию желания проявлять активность в дальнейшем. Хорошо, если есть возможность проводить с больными индивидуальные психотерапевтические занятия, подготавливающие к одному из видов трудотерапии. Основными вариантами трудотерапии являются сельскохозяйственные и садовые работы, помощь на пищеблоке, работа по уборке помещений, шитье, вышивание, вязание, выпиливание, канцелярские работы, посильные столярные работы и ряд других.

Нередким проявлением ряда старческих заболеваний является недержание мочи и кала. Такие проявления вызывают у больных огромное психическое напряжение, страдания душевные и физические. Пациент ощущает свое положение как унижительное, и от медицинских сестер и санитарок требуются тактичное отношение к нему, умение разделить его вынужденные страдания, избегать неосмотрительных высказываний при уходе за таким больным. При подобных проблемах возможна реакция отрицания болезни. В таких случаях больные упорно объясняют случившиеся с ними факты «неаккуратности» самыми невероятными нереальными событиями, в которых они не участвовали.

Немало проблем возникает и в связи с удовлетворением основной физиологической потребности – пищевой. Существует группа пациентов, которые всегда недовольны сами и провоцируют возмущение остальных. Среди них есть ипохондрики, которые считают, что заболели в результате неправильного питания, есть группа лиц, которые всю жизнь были

разборчивыми в еде, а к старости эта черта превратилась в привередливость, есть бунтари по натуре, которые не будут довольны ничем и никогда. Разумеется, вкусы у всех разные, и при наличии возможности с этим необходимо считаться, но не идти на поводу необоснованных требований. Желательно вносить в меню коррективы по праздничным дням и ко дням рождения. В домах престарелых встречаются старики, ведущие отдельное хозяйство, насколько это возможно в данных условиях. Таким способом они пытаются сохранить свою самостоятельность, иметь возможность, как дома, угощать своих редких гостей.

Общеизвестна страсть стариков к собирательству. Психически полноценному человеку иногда трудно даже представить, что коллекционируют старые люди и зачем они это делают. Они могут собирать засохшие остатки пищи, помня о послевоенном голоде и боясь его; собирание старых газет может свидетельствовать о дефиците книг в прошлом и желании восполнить недостатки образования. Влиять на процесс собирательства запретами и наказаниями вредно. Если этот процесс не создает больших неудобств окружающим, старика нужно оставить в покое и позволить ему таким образом выражать свои фантазии. Для обитателей домов престарелых характерно желание содержать домашних животных, что противоречит санитарно-гигиеническим нормам. Однако для стариков, всю жизнь имевших дома каких-либо питомцев, крайне тяжело отказаться от этой привычки в старости, поэтому в исключительных случаях работники идут на такие нарушения во избежание тяжелых психологических травм. В ряде случаев удается переключить внимание на любовь к птицам и организовать регулярное кормление прилетающих воробьев и голубей.

Для создания и поддержания благоприятной атмосферы в доме престарелых необходима соответствующая обстановка с элементами домашнего уюта, без лишнего педантизма и формализма. Взаимоотношения администрации, обслуживающего персонала и больных должны характеризоваться внимательностью, заботливостью, приветливостью, стремлением к взаимопониманию и демократизму. Разнообразить жизнь обитателей помогает коллективный просмотр фильмов и телепередач, спектаклей. Эти мероприятия вызывают положительные эмоции, даже если зрители поняли не все или почти ничего не поняли. Их радуют зрелищность происходящего, сам факт нахождения в коллективе.

Тема 17

Психологические особенности работы с пациентами фтизиатра

Туберкулез является одним из тех инфекционных заболеваний, лечение которых должно быть длительным и упорным. Современная медицина научилась полностью излечивать туберкулезный процесс применением антибиотиков, однако до сих пор не удалось искоренить из сознания окружающих предубеждения против больных данной категории, даже полностью излеченных. В связи с этим больные могут оказаться в некоторой социальной изоляции на длительный период времени, так как курс лечения может продолжаться несколько месяцев, в редких случаях – лет. В коллективе, где работал больной до своего заболевания, трудно избежать распространения сведений о его диагнозе, так как существует очень мало заболеваний, предусматривающих возможность столь длительного больничного листа с последующим возвращением к трудовой деятельности, а не выходом на инвалидность. В результате такого отношения пациент может почувствовать себя несправедливо изгнанным из общества, что крайне отрицательно сказывается на состоянии его психики и самооценки в целом. Проблемы начинаются с самого начала, с момента постановки диагноза. Сообщение о выявленном заболевании вызывает глубокое потрясение, отчаяние. В лучшем случае вслед за этим происходит реальная оценка происходящего. Больной вспоминает о том, что это заболевание давно научились успешно лечить, у него появляется стремление сделать все для собственного выздоровления, прежде всего наладить тесный продуктивный контакт с врачом и следовать его рекомендациям.

Реакция больного на сообщение о заболевании зависит от многих факторов, в том числе от его интеллектуального уровня и социального статуса. Не является секретом тот факт, что чаще туберкулезом заболевают лица, страдающие алкоголизмом, наркоманией,

табакокурением, истощением, лица без определенного местожительства, т. е. социально неадаптированные элементы. У таких пациентов чаще развивается другая реакция на сообщение о заболевании, заключающаяся в полном отрицании болезни у себя и опасности ее для окружающих. Такая реакция может поддерживаться и длительно сохраняющимся хорошим субъективным самочувствием пациентов. Такое поведение опасно не только для самого больного, но и для окружающих его людей. Следует напомнить, что бактерии, вызывающие туберкулез, очень устойчивы к воздействиям внешней среды, поэтому реакция отрицания своего заболевания и отказ от проведения санитарно-противоэпидемических мероприятий опасны распространением этой инфекции среди ни в чем не повинных людей.

Самым опасным вариантом реакции на свое заболевание может стать реакция возможной мести и злорадства. У психически адекватных личностей встречаться с такими вариантами практически не приходится. Заключается он в том, что человек, находящийся в состоянии депрессии или нервного истощения, обвиняющий кого-то в своих неудачах, но уже не способный бороться с ними, отказывается от лечения для того, чтобы заразить окружающих, мотивируя тем, что ему уже все безразлично, но пусть и им будет плохо. Лица, подверженные реакции отрицания, попадают в лечебное учреждение в тяжелых, далеко зашедших стадиях заболевания. Больные, страдающие алкоголизмом, наркоманией, часто поначалу «лечатся» применением повышенных доз этого зелья, только усугубляя свое состояние. Реакция отрицания может появиться на любой стадии заболевания у любого пациента, что связано с хорошим самочувствием больных, улучшающимся под действием медикаментозного лечения.

Одним из этапов лечения больных данного профиля является санаторный, получающий все большее распространение на современном этапе. В отличие от других посетителей санаториев больные туберкулезом госпитализируются туда на длительный период времени, на этом этапе санаторий становится их постоянным местом пребывания. Они покидают свои семьи и вынуждены приспособиваться к новым условиям существования. Расставание с семьей и близкими на несколько месяцев (на столько может затянуться санаторный этап лечения) может вызвать сложную эмоциональную реакцию пациента, не всегда способствующую улучшению его соматического состояния.

Домашняя обстановка, которую он должен покинуть на длительное время, может быть самой разной. Возможно, уклад семьи таков, что выбывание его из семьи грозит для семьи очень сложными последствиями. Например, в семье тяжелый больной или маленький ребенок, требующий постоянного постороннего ухода, в котором тем или иным образом задействованы все члены семьи. Возможно, выбывание из семьи создает дискомфорт для самого больного (например, в период супружеских конфликтов, переходного подросткового возраста детей).

Учитывая перечисленные факторы, фтизиатр, настойчиво направляя больного на санаторное лечение и встречая его упорный отказ, должен тщательно проанализировать, что препятствует больному получить такой эффективный этап лечения и стоит ли продолжать настаивать на нем. Находясь вдали от дома и испытывая постоянный страх и тревогу за происходящее там, маловероятно, что пациент сможет эффективно лечиться. Однако опасения могут быть малообоснованными, в этом случае врач должен вникнуть в проблемы пациента, развеять его опасения и настоять на санаторном лечении. Если больной, находящийся на лечении в санатории, сильно обеспокоен обстановкой в семье, на работе, неоценимую помощь могут оказать посещения его семьи медицинским персоналом противотуберкулезных диспансеров, связь с местом работы больного и т. п. Санатории фтизиатрического профиля имеют ряд отличий от обычных санаториев, они обусловлены длительным пребыванием в них пациентов, страдающих серьезным недугом, но в большинстве случаев с субъективно нормальным самочувствием. В целях избежания ощущения изолированности от жизни для пациентов разрабатываются комплексы посильных физкультурно-спортивных мероприятий, используются элементы трудотерапии. Для них разрабатываются целые программы культурно-массовых мероприятий, которые способствуют поддержанию их душевного равновесия.

Заслуживает особого внимания влияние осознания своего диагноза на психическое состояние больного. Для них характерны подавленность, переживания, страх и тревоги, которые могут проявляться в открытой или скрытой форме. Непосредственно можно наблюдать

озабоченность, вызванную возможным исходом болезни и осложнениями, возможными осложнениями проводимого лечения, адекватностью назначенных процедур. Парадоксально, но больные активными формами нередко опасаются повторного заражения. Все переживания, страх и тревога основаны на механизмах депрессии и не прекращаются по мере улучшения физического состояния, они могут приводить к поведенческим расстройствам, что проявляется в виде немотивированной недисциплинированности, демонстративном уходе из лечебного учреждения, необоснованном отказе от операции, необъяснимых «расстройств» пищеварения, неожиданной «непереносимости» назначенных препаратов. Такие поведенческие реакции порой демонстрируют повышенную потребность во внимании родственников и медицинского персонала.

На первом этапе ведения фтизиатрических больных необходимо завоевания их доверия. Они должны поверить в возможность выздоровления, принять условия лечения как единственно возможные в данной ситуации, продемонстрировать желание сотрудничать с врачом и медицинской сестрой. Наиболее сложны в установлении контактов тяжелые, погибающие больные, особенно если учесть тот факт, что вовремя диагностированный туберкулез у социально адаптированных больных хорошо поддается лечению. Неизлечимыми обычно являются лица с сопутствующей патологией, особенно алкоголизмом. Среди них можно встретить представителей разных типов (инфантильных, агрессивных, гневливых, примитивных), но всех их объединяет одна черта – социальная неадаптированность. Эффект от лечения туберкулеза в данном случае возможен только при параллельном лечении алкоголизма.

В результате лечения туберкулезного процесса могут развиваться психиатрические осложнения. Основную часть составляют делириозные расстройства, спровоцированные приемом медикаментов. Статистические данные свидетельствуют, что шизофрения развивается у больных туберкулезом легких чаще, чем обычно.

После окончания стационарного и санаторного этапов лечения пациент передается под наблюдение фтизиатра по месту жительства, т. е. в противотуберкулезный диспансер. Основная задача врача на данном этапе – не допустить рецидива заболевания и способствовать адаптации больного в семье и трудовом коллективе. Огромное значение приобретает разъяснительная работа, которую медицинский персонал (чаще средний) должен провести прежде всего в трудовом коллективе, куда возвращается больной после длительного отсутствия. Вернувшемуся пациенту не удастся избежать массы вопросов сослуживцев, он должен уметь правильно ответить на них. Неопровержимо и твердо им самим и медицинским персоналом должен утверждаться факт его социальной безопасности, незаразности. Но пациент должен помнить, что в течение некоторого времени в его интересах избегать физических перегрузок, переохлаждений, пребывания в сырых помещениях для избежания рецидива туберкулезного процесса. Если у больного какой-то период времени сохраняются объективные симптомы перенесенного заболевания в виде сухого кашля, одышки, он должен твердо помнить и тоже однозначно утверждать окружающим, что эти проявления связаны с осложнениями, но не с бактериовыделением.

С семьей также необходима разъяснительная работа для избежания паники, особенно если в семье есть маленькие дети. Родственников необходимо убедить, что на амбулаторное долечивание выписывается больной, не являющийся бактериовыделителем, но туберкулез, как и любое другое серьезное заболевание, может дать рецидив, и тогда пациент станет социально опасным. Такие разъяснения необходимы для создания мотивации для дальнейшего долечивания и регулярного наблюдения в амбулаторных условиях, посещения противотуберкулезного диспансера.

Тема 18 **Психоонкология**

Само по себе слово «рак» вызывает у любого здравомыслящего человека чувство страха, потрясение. Во многих случаях этот диагноз является неожиданным для человека, а врач в силу разных причин не успевает подготовить пациента к такому сообщению. Даже если врач был

тактичен, избежать тяжелого эмоционального шока вряд ли удастся. Возможен вариант, когда диагноз сообщен не пациенту, а близкому родственнику, который позднее выдает себе необдуманное поведение, что также приводит к тяжелому потрясению.

Вопрос о том, сообщат ли больному об онкологическом процессе, зависит от многих причин. Основным правилом является то, что вопросы больного нельзя оставлять без ответов; если пациент вопросов не задает, сообщение о том, что у него рак, вряд ли целесообразно. Общеизвестно, что на нынешнем этапе развития медицинской науки все больше форм раковых процессов становятся излечимыми. В случае, если врач в основном уверен в излечимости процесса у данного пациента, сообщать о диагнозе скорее всего необходимо, чтобы больной вместе с врачом предпринял максимум усилий к ликвидации болезни. Сообщение об онкологическом заболевании неизлечимому больному скорее всего принесет больше вреда, чем пользы, особенно если у него присутствует реакция отрицания факта болезни. Целесообразнее будет укрепить пациента в его заблуждениях. Принимая решение – сообщать или не сообщать пациенту диагноз, врач берет на себя огромную ответственность. Не сказав больному правды, доктор сохраняет его активность, стремление жить и все желания, с этим связанные. Не зная о своей болезни, пациент не будет уделять должного внимания лечению и может совершать социальные поступки, которые не сделал бы, зная правду (такие как женитьба, рождение детей, составление завещания). Сомневаясь в своем диагнозе, больной может сам провоцировать врача сообщить ему все о своем заболевании, утверждая, что он способен все выдержать и ему ничего не страшно. Подобные заявления, как правило, не соответствуют реальному положению вещей. Поэтому сообщать ли больному его серьезный диагноз, может решить только опытный врач на основании анализа личности больного, прогноза заболевания и объективного состояния на данный момент.

Следующим встает вопрос о том, в какой форме можно делать такое сообщение. Безусловно, оно должно быть тактичным, однако врач должен помнить, что, сообщая полуправду, может выдать себя неосторожными жестами, взглядом, своей позой при разговоре с больным. Правдивое сообщение придется дозировать, помогая пациенту постепенно приспособиться к сложившейся ситуации.

Опытные психологи и врачи выделяют три стадии воздействия на психику больного онкологическим заболеванием. На первой стадии эмоциональные переживания будут для больного лишь прошлыми эпизодами, частично забытыми, особенно если диагноз поставлен вовремя, лечение проведено правильно и интенсивно, а больной, возможно, даже и не знал истинного диагноза. На второй стадии врачи сталкиваются со значительно более выраженными страхами и беспокойством пациента, возможны патологические и психические реакции. Это происходит в том случае, если возникает обострение заболевания, врачам приходится назначать новые обследования, методы лечения, прогноз становится более проблематичным. У больного могут возникнуть мысли, что все лечение, проводимое до сих пор, было неправильным и бесполезным. Он может хвататься за любые методы лечения, как утопающий за соломинку, прибегать к услугам магов, знахарей, экстрасенсов. На данном этапе заболевания психологическая поддержка больного должна быть наиболее значительной, чтобы он мог продолжить активную деятельность и борьбу со своей болезнью. Третий этап наступает после длительных и тяжелых страданий, когда трагический прогноз ясен больному, родственникам и врачу. Особенности психологической поддержки на этом этапе болезни сходны с ранее описываемыми.

Сама по себе личность больного не может не влиять на течение патологического процесса. В медицине известны различные типы нервной системы. Дольше и продуктивнее живут те, в которых присутствуют жизнерадостность и желание жить независимо ни от чего. У сильной, психически закаленной личности прогноз благоприятнее, чем у тревожной, депрессивной, охваченной страхами. Оптимистически настроенный больной, знающий о своем тяжелом, неизлечимом заболевании, будет стараться продолжать вести прежний образ жизни, пока позволит его объективное состояние. Продолжая вести такую жизнь, он будет получать положительные эмоции от своих действий и от самого факта того, что он может бороться с неизлечимым недугом. Известно, что стрессовые ситуации отрицательно влияют на иммунную систему, а положительные эмоции – наоборот. Таким образом, более благоприятный прогноз

онкологического заболевания у оптимиста обусловлен и на физиологическом уровне, так как первопричиной возникновения онкологического заболевания является сбой иммунной системы.

Лечебные мероприятия, назначаемые больным такого профиля, весьма специфичны и имеют много побочных эффектов. Назначая некоторые из них, не удастся обойтись без психотерапевтических приемов, подготавливающих больных к восприятию возникающих неприятных побочных эффектов. Заболевание раком дает тяжелую психологическую нагрузку на всех членов семьи. Реакция бывает различной: одни близкие испытывают необоснованное чувство вины, другие стараются поменьше общаться с больным, изолируясь от него.

Такие реакции свидетельствуют о том, что в случае онкологического заболевания врачу предстоит работа не только с пациентом, но и с членами его семьи.

Тема 19 **Семья и болезнь**

Болезнь как кризисная ситуация

В ходе любого заболевания, иногда и после него нарушается душевное равновесие больных. Любому индивидууму на протяжении жизни часто угрожает много заболеваний или патологических состояний, которые могут быть как легкими, так и тяжелыми, как быстротекущими, так и затяжными. Заболевания, протекающие тяжело, надолго выключают человека из привычного для него течения жизни и, следовательно, представляют для больного кризисную ситуацию. Индивидуум по-разному реагирует на наступивший кризис: у одного хватает собственных защитных сил организма, у другого такие силы быстро истощаются. В этой ситуации нельзя переоценить возрастающее значение семьи и семейной поддержки в жизни любого человека.

Следует проанализировать несколько ситуаций, в которых оказывается семья, один из членов которой болен. Болезнь может носить затяжной или кратковременный характер, быть легкой или тяжелой. Любая болезнь влияет на индивидуума в целом, в процессах, связанных с заболеванием, задействован весь организм, вся личность целиком. При любом заболевании у человека могут возникнуть опасения последствий, которые могут повлиять на какие-либо его способности, возможности по-прежнему выполнять семейные и трудовые обязанности.

Определим само понятие «болезнь». Она наступает тогда, когда в здоровом организме человека происходит какой-то сбой. Информация о произошедшем нарушении поступает по нервным окончаниям в головной мозг заболевшего, и как результат обработки этой информации у человека возникают те или иные ощущения. Кроме того, может произойти нарушение или полное прекращение той или иной прежде безупречной функции. Существенное влияние на формирование психической реакции на болезнь оказывают количество всех неприятных ощущений и их интенсивность. Первое столкновение с возникшим болезненным процессом может быть резким или постепенным, симптомы заболевания могут быть бурными или постепенно нарастающими. Обычно больше проблем создают тяжелые хронические, длительно протекающие заболевания, порой неизлечимые, с заранее известным смертельным исходом. Все вышеперечисленные факторы (обширность патологического процесса, тяжесть течения, фактор излечимости, степень нарушения тех или иных жизненно важных функций организма, вероятность их полного восстановления) оказывают существенное влияние на личность заболевшего.

Однако и сама личность оказывает влияние на течение заболевания и его прогноз. Состоявшаяся, цельная личность иначе реагирует на возникшую проблему (иногда ее можно назвать бедой), чем незрелая личность, либо неуверенная в себе, либо необоснованно самоуверенная. Человек волевой спокойнее воспринимает болезнь, чем слабовольный, сильно зависимый от внешних влияний. Флегматик или меланхолик легче переносят ограничение двигательной активности, чем подвижные, энергичные сангвиник или холерик. Большое значение имеют также особенности образования и интеллектуальный уровень заболевшего, влияющие на то, как больной будет воспринимать и толковать процессы, происходящие с ним,

объяснение этих процессов близкими и врачами, степень доверия этим объяснениям. Заболевшим может стать работающий, трудоспособный член семьи, или пожилой член семьи нетрудоспособного возраста, или младший несовершеннолетний член семьи, т. е. больным может оказаться человек любого социального статуса.

Влияние семьи на болезнь, и наоборот

Любое заболевание является стрессом для человека, и тем тяжелее стресс, чем более тяжелым или затяжным является данное состояние. Для того чтобы справиться со стрессом, не у каждого индивидуума и не всегда хватает своих собственных сил. Если поддержка окружающих недостаточна или вовсе отсутствует, то наступает истощение собственных компенсаторных возможностей, болезнь затягивается. Роль семьи в данной ситуации заключается в том, чтобы дать больному члену семьи возможность бороться, мобилизуя свои собственные возможности. Он должен постоянно чувствовать, как необходим своим близким, что они нуждаются в его советах, помощи, участии в решении ежедневно возникающих проблем. Семья должна давать возможность больному человеку испытывать больше положительных эмоций. Этот механизм действует как на психологическом уровне, так и на физиологическом. Стресс отрицательно влияет на иммунитет, а положительные эмоции, наоборот, стимулируют симпатическую нервную систему и способствуют усилению защитных сил организма. Таким образом, семья, с одной стороны, должна дать понять своему заболевшему близкому человеку его значимость для нее, а с другой – показать, что она готова какое-то время обходиться без него, если это требуется в его интересах.

Возможна другая сторона проявления заботы о ближнем: это излишняя опека, в результате которой больному может понравиться болеть. И он будет делать все, чтобы подольше оставаться или хотя бы казаться больным. Такой аспект проблемы наиболее часто встречается в том случае, когда больным является маленький ребенок, чаще единственный, долгожданный, взлелеянный многочисленными родственниками и привыкший к исполнению всех своих желаний.

Понравиться болеть пациенту может и в некоторых других случаях (например, когда болезнь может освободить его от выполнения каких-либо неприятных обязанностей, от какой-либо ответственности). В этом случае его стиль поведения будет не следствием заботы близких, а результатом воздействия внешних факторов. В этом случае больной член семьи будет делать все, чтобы добиться максимальной заботы со стороны окружающих, и обижаться, если заботы, по его мнению, будет недостаточно.

Выявим, как влияет заболевание одного члена семьи на семью в целом. В каждой семье за годы ее существования формируется свой уклад, следовательно, и свой взгляд на проблему болезни и отношение к больному человеку. Чаще встречаются три варианта поведения. В одном случае родственники и сам больной преувеличивают значимость тех или иных симптомов и спешат обратиться за помощью, консультируются в разных лечебных учреждениях, чтобы быть уверенными в диагнозе и методах лечения, перепроверяют результаты обследования, сравнивают мнения разных специалистов. В таких случаях присутствует излишняя озабоченность членов семьи в сочетании с такой же озабоченностью самого больного или раздражением его этой озабоченностью. В этих ситуациях мы видим, как семья идет на неоправданные траты времени, денег, душевных и физических сил. При таком отношении со стороны окружающих больной скорее всего быстро пойдет на поправку, в худшем случае постарается продлить видимость болезни.

В другом случае имеет место отрицание самого факта заболевания или его серьезности. Больной убеждает себя и окружающих в незначительности болезненных симптомов или полном их отсутствии, объясняет свое состояние усталостью, плохой погодой, неприятностями на работе или какими угодно еще внешними воздействиями на свой организм. Такой человек не спешит обращаться к врачу, не торопится информировать родственников о своем состоянии, находясь в полной уверенности или стараясь обмануть самого себя в том, что все скоро пройдет. У семьи в таких случаях есть два варианта поведения: проявить разумность и постараться разубедить своего близкого человека в безоблачности его ситуации со здоровьем

или придерживаться мнения, что взрослый человек сам себе хозяин и волен относиться к себе так, как сам считает нужным. В данном случае политика невмешательства может иметь самые пагубные последствия (вплоть до смертельного исхода).

Наилучшим вариантом как для больного, так и для его близких являются реальное осознание происходящего и приложение максимума усилий для выздоровления заболевшего родственника. Из сложившегося отношения к факту заболевания формируется и дальнейшее поведение членов семьи. Здоровая, крепкая семья будет прикладывать все старания для скорейшего восстановления здоровья: это и материальные затраты, и временные издержки, и морально-психологические аспекты взаимоотношений, ухода за больным; изменение собственного поведения в интересах близкого человека.

В каждом конкретном случае возникает вопрос о том, на какие уступки, жертвы согласен тот или иной член семьи во благо больного родственника. Иногда вклад, который необходимо сделать, является почти или совсем непосильным для семьи. Решение, которое примет семья, зависит от многих факторов. Прежде всего играет большую роль морально-психологический климат в семье, т. е. значимость таких понятий, как «долг», «взаимовыручка», «поддержка». Нередко малообеспеченная семья готова оказать большую материальную поддержку, чем высокообеспеченная. Одна семья согласна полностью изменить свой уклад, распределение финансовых средств для скорейшего выздоровления близкого человека, другая, наоборот, считает, что родственник своей болезнью нарушает их планы и создает сложности в жизни, которая и без того непроста, хотя сам он в этом вроде бы и не виноват. Не нужны дальнейших комментариев для того, чтобы понять, в какой семье быстрее наступит выздоровление.

Отдельно рассмотрим вариант тяжело и неизлечимо больного человека, когда исходом может быть только смерть, неизвестно только, как долго продолжатся мучения больного и ухаживающих за ним. Такая ситуация – тяжелое испытание для всех членов семьи. Чаще всего больным человеком является пожилой член семьи. В этом случае родственникам легче воспринять этот факт, смириться, понять и принять как неизбежность. Основной задачей родственников является создание достойных условий для проведения остатка дней, отпущенных близкому человеку.

Одним из аспектов проблемы является та информация, которую можно и нужно сообщать больному о его состоянии: сказать правду или создавать иллюзии о выздоровлении, которое когда-нибудь наступит. Многое зависит от психологических особенностей больного. Необходимо понимать, как он воспримет такое сообщение, и прогнозировать его дальнейшее поведение. Прежде всего следует оценить, насколько болезнь или возраст повлияли на его интеллектуальные возможности, может ли человек адекватно реагировать на подобную информацию. В ряде западных стран принято говорить пациенту правду о его состоянии, в России чаще принято приукрашивать действительность. Однозначного рецепта нет, основным критерием является прогноз реакции пациента на сообщение.

Если человек волевой, целеустремленный, стеничный, его мучает неизвестность, вероятно, лучше сказать правду. Если, наоборот, перед вами астеник, мнительный, озабоченный своим здоровьем всю предыдущую жизнь, скорее всего лучше не говорить ему всей правды и не лишать последней надежды. Для всех будет лучше, если безнадежно больной человек будет жить полноценной жизнью, насколько позволяет его состояние, до тех пор, пока это возможно.

Самой тяжелой и страшной ситуацией для семьи является та, когда безнадежно больным является ребенок. Такая ситуация противоестественна, она противоречит самой природе, потому что ребенок – это будущее общества в целом и конкретной семьи в частности. Понять и принять тот факт, что тот, кто должен жить в будущем, должен уйти из жизни раньше, крайне тяжело любому разумному человеку. Как правило, тяжело и безнадежно больные дети раньше взрослеют, если, конечно, их заболевание не поражает центральную нервную систему. Окружающие должны создавать такому ребенку максимально возможные условия для полноценной жизни, тогда всем будет легче пережить эту трагическую проблему.

Возможен вариант, когда смертельно больным окажется взрослый, но еще достаточно молодой член семьи. Тоже весьма трагичная и противоестественная ситуация. Однако, как правило, такой семье приходится решать не только морально-психологические проблемы, но и материальные, если больным человеком был кормильцем и добытчиком, а стал иждивенцем,

требующим повышенного внимания от окружающих. В этом случае на семью ложатся задачи не только решения вопросов ухода и взаимоотношений с больным, но и тех проблем, которыми раньше занимался заболевший.

Отдельно рассмотрим ситуацию, в которой присутствуют безнадежно больной любого возраста и семья, безразличная к его судьбе, не оказывающая поддержки беспомощному родственнику. Причины формирования таких отношений может быть великое множество, но, какими бы ни были причины, здоровые, трудоспособные члены семьи должны оказать поддержку беспомощному, забыв прошлые обиды и претензии. Поступая таким образом, люди вырастают в собственных глазах и станут больше уважать самих себя и терпимее относиться к ошибкам других.

Умение врача установить контакт с родственниками больного

Лечащий доктор находится в постоянном контакте с родственниками своего пациента. Чаще контакт происходит по инициативе родственников, стремящихся получить максимальную информацию о состоянии здоровья, необходимых обследованиях, вариантах лечения и прогнозе заболевания. Реже это происходит по инициативе врача обычно в случае, если контакта врача и больного недостаточно для выяснения данных анамнеза, понимания назначенных лечебных мероприятий, необходимого режима труда и отдыха. Еще реже необходимость возникает тогда, когда родственники не интересуются состоянием пациента, а его дальнейшая судьба не может быть решена без их вмешательства.

Характер контакта с родственниками может иметь самое разнообразное значение. Одни родственники предъявляют чрезмерные, невыполнимые претензии к доктору, необоснованно осуждают его действия, требуют все новых консультаций и обследований. В общении с такими родственниками от врача требуются большое чувство такта, выдержка, огромное терпение. Все его убеждения родственников должны основываться на том, что действия медицинского персонала выполняются исключительно в интересах больного, и те необоснованные требования могут повредить состоянию больного, как физическому, так и психическому.

Встречаются варианты, когда близкие родственники стремятся присутствовать при осуществлении диагностических или лечебных манипуляций, проводимых пациенту. Они опасаются, что больной может быть недостаточно точен в описании своей болезни. Задачей врача является отстаивание своего права общения с больным наедине, разъяснив родным, что им достаточно будет пообщаться до и после проводимых манипуляций. Кроме того, врач должен продумать и взвесить, с кем целесообразнее пообщаться раньше: с больным или его родными, сделать это в один день или развести это общение во времени. Лишь в редких случаях присутствие родственников при проведении лечебно-диагностических манипуляций можно считать целесообразным (если больными являются ребенок, инвалид, крайне ослабленный человек или психически больной).

Тема 20

Психологические школы

Общие факторы психотерапии для всех школ

Психотерапевтические изменения могут затрагивать отдельные психические функции или систему личности в целом.

Методы коррекции нарушенных функций различаются по механизмам и средствам научения.

1. Тренировка с целью формирования стереотипа. Механизм основан на формировании модели и повторении ее поведения. В данном случае психотерапевт представляет модель поведения в рассматриваемой ситуации и инструктирует пациента о возможностях ее применения.

2. Контакт с психотравмирующей ситуацией, вызывающей переживания страха. Это средство используется для ослабления или угасания реакций аффекта.

3. Обратная связь со стороны психотерапевта мотивационного характера. Психотерапевтом в мотивационной плоскости активизируются процессы социального подкрепления.

4. Использование психотерапевтом себя в качестве модели. Этим методом для пациента происходит облегчение имитации новых способов поведения или отказа от прежних.

5. Когнитивные средства. К ним относятся прежде всего разъяснение и убеждение. Данные психологические средства призваны повлиять на систему ожидания того или иного результата от конкретных действий (своих, и не только). Механизм данного метода заключается в создании ситуаций и реакций на них пациента, проводимых в форме беседы.

6. Методы, ориентированные на психофизиологические процессы. В данном случае в процесс психотерапии обязательно вовлечение соматики, чаще всего в виде физиологической обратной связи.

Ожидаемые результаты воздействия психотерапии, требуемые для любых ее методов

Прежде всего у пациента должны появиться и развиваться надежда на положительные изменения, повышаться устойчивость к стрессогенным воздействиям окружающей среды, улучшаться способность взаимодействия с самим собой, повышаться устойчивость к процессам, влияющим на самооценку. Как следствие перечисленного, должна повыситься обучаемость. Они имеют более долгосрочное значение и характеризуются выработкой новых умений, взглядов, переоценкой собственных проблем и методов их решения, переоценкой действий окружающих и их влияния на собственную личность. В конечном итоге возрастает собственная самооценка в результате ощутимого улучшения приспособляемости. Сначала у человека меняются самочувствие и симптоматика (соматическая и психологическая), затем начинают происходить изменения в структуре личности.

Краткая характеристика основных психологических школ

Функционализм . Основоположителем этой школы является американский психолог Уильям Джемс. Функционализм оценивает состояние психических функций организма и результаты их деятельности с точки зрения удовлетворения потребностей индивида в приспособлении к окружающей среде.

Рефлексология . Школа формировалась на основе работ И. П. Павлова и В. М. Бехтерева. Данная школа выдвигала в качестве основного исходного понятия, определяющего деятельность человеческой психики, рефлекс, рассматривала не сознание изолированно, а поведение в целом. Само понятие рефлекса также было изменено, введен термин «условный рефлекс», означающий, что деятельность организма осуществляется в зависимости от условий, внешних и внутренних.

Бихевиоризм . Его иногда называли «психология без психики». Последователи этой психологической школы предполагали идентичность психики и сознания. Они считали, что в результате экспериментов можно объяснить любые формы человеческого поведения, что любым формам можно научить.

Необихевиоризм . Американским психологом Эдвардом Толменом были углублены и дополнены понятия бихевиоризма. В прежде существовавшую простую формулу «стимул – реакция» были внесены дополнения и уточнения. Он рассматривал стимул как независимую переменную, реакцию – как зависимую переменную, а между ними ввел промежуточные переменные, считая ими такие психические моменты, как гипотезы, установки, знания. По его мнению, реакция будет зависеть не только от стимула, но и от внутренних регуляторов, которыми располагает стимулируемый. Основателем другого варианта необихевиоризма является Кларк Халл. Он ввел другое промежуточное звено, считая им основные потребности

организма, – пищевую, сексуальную и др.

Оперантный бихевиоризм. Его основоположником явился Б. Скиннер. Условному рефлексу он дал название оперантной реакции. Его принципы отличались от принципов формирования условных рефлексов, разработанных И. П. Павловым, тем, что реакция вырабатывалась не просто на какое-то конкретное действие, а в том случае, если это конкретное действие соответствует необходимым дополнительным характеристикам.

Психоанализ. Основоположник – Зигмунд Фрейд. Данное направление по-другому называют глубинной психологией, вскрывающей мощные пласты неосознаваемых субъектом психических сил, процессов и механизмов. Психоанализ в толковании психических проявлений опирается на глубинные неосознаваемые процессы. Среди этих процессов был выделен главный – энергия влечения сексуальной природы. С точки зрения З. Фрейда, сексуальной природой с детских лет определяется мотивационный ресурс личности. Она претерпевает различные трансформации под воздействием сознания, находит обходные пути и проявляется различными симптомами, в том числе патологическими.

Такая трактовка мотивационных ресурсов привела к изменениям взгляда на сознание в целом. Его активная роль стала представляться более конфликтной, подавляющей определенные потаенные влечения. Таким образом, мотивационные факторы представлялись более независимыми от сознания.

В результате развития техники психоанализа стали возможными осознание потаенных комплексов, нанесших душевную травму личности, и избавление от них.

Психоаналитическое движение было дополнено Карлом Юнгом и Альфредом Адлером. С точки зрения Юнга, явления, вытесненные из сознания и вошедшие в бессознательную психику, являются не индивидуально приобретенными, а наследственными. Юнгом также было введено разделение человеческих типов на экстравертивный (обращенный к обществу, социально активный) и интровертивный (сосредоточенный на собственных влечениях и переживаниях, менее социально адаптированный). Адлером был сделан акцент на чувство неполноценности как фактор развития личности, которое, в частности, может быть порождением соматических дефектов. Реакцией на это чувство является стремление к компенсации и сверхкомпенсации для достижения собственного превосходства.

Гештальтизм. Основным отличием данной школы является принципиально новая трактовка понятия «сознание». Гештальтпсихологи утверждали приоритет сознания как целостной структуры, влияющей на свои составные компоненты – ощущения и ассоциации. В процессе изучения мышления человека они доказывали, что умственные операции подчинены не правилам логики, а принципам воздействия единой целостной структуры – сознания – на все остальные психологические процессы.

«Теория поля». Близка по своей сути к гештальтизму, развита К. Левиним. В его представлении личность являлась системой напряжений. При перемещении ее в жизненном пространстве где-то возникает притяжение, а где-то – отталкивание. Кроме того, он рассматривал степени трудности достижения целей, к которым стремится субъект. Выполнение или невыполнение задач разного уровня сложности влияли на постановку перед собой дальнейших задач и формировали у субъекта уровень притязаний.

Теория высших психических функций. Автор – Л. С. Выготский. Его теория основывалась на особом понимании речевой функции человека. С его точки зрения, «слово – это психологическое орудие, с помощью которого строится сознание». Особенность речевой функции заключается в трех основных аспектах: она предполагает процесс общения, а значит, является социальной; психический аспект определяется смыслом слова; имеется также элемент культуры в процессе осуществления речевой функции. Речевой знак является особым орудием человеческого общения, но направленным на внутренний мир человека, а не на внешний, способствующий преобразованию человеческой личности.

Книга Выготского, обобщающая его теоретический и экспериментальный материал, называется «Мышление и речь». В этой книге на передний план выдвигается значение слова. Дети и взрослые, используя при разговоре одни и те же слова, могут придавать им различный смысл в связи с тем, что мысль ребенка находится на другой ступени развития и подчиняется другим психологическим законам.

Принцип деятельности. Немало психологов в разных аспектах рассматривали этот принцип. Основной идеей является формирование сознания и его проявлений в процессе деятельности. М. Я. Басов считал деятельность особой структурой, формирующейся из разнообразных актов и механизмов, связи между которыми обусловлены поставленной задачей. Структура может быть устойчивой, если задача проста и схема ее решения стабильна и не подразумевает изменений в зависимости от дополнительных обстоятельств; а может быть переменной, подверженной изменениям, если решение требует изобретательности.

С. Л. Рубинштейн продолжил разработку принципа деятельности в своей книге «Основы общей психологии». Основными идеями являлись взаимосвязь и единство сознания с процессом деятельности, формирование сознания в этом процессе. Сознание ставит цели, тем самым активизирует субъект, а затем отражает реально происходящую деятельность в чувственных и умственных образах.

Дальнейшее развитие данная психологическая школа получила в работах А. Н. Леонтьева. Он считал деятельность особой целостностью, состоящей из мотивов, целей и действий, которые нельзя рассматривать порознь. Характер деятельности определяется мотивом и целью.

Наибольшее практическое применение нашли такие психологические школы, как психоанализ, бихевиоризм в различных модификациях, частично гештальтизм.

Понятие «болезнь» включает в себя ряд аспектов: соматически измененное состояние индивида или части его тела, переживание по поводу данного недомогания, роль больного, включающая в себя особые требования (стремление выздороветь, для чего необходимо посещать врача и выполнять его назначения) и привилегии (освобождение от повседневных обязанностей, сострадание, помощь окружающих). Понятие здоровья включает в себя отсутствие болезни. ВОЗ трактует здоровье как «состояние полного благополучия – физического, душевного и социального».

Личностный подход в психотерапии

Личностный подход в психотерапии характеризуется следующими направлениями:

1) необходимость знания личности больного, особенностей ее развития, а также причин и характера нарушений с целью повышения эффективности психотерапевтических методов воздействий;

2) ориентирование любых психотерапевтических методов прежде всего на личностные особенности;

3) тщательное отслеживание личностных изменений в процессе психотерапевтического воздействия.

Первые два направления применяются при использовании практически всех психотерапевтических методов. Третий необходим при использовании тех психотерапевтических методов, которые направлены на личностные изменения.

1. *Изучение личности пациента*. Для осуществления правильного психотерапевтического подхода необходимо знание объекта воздействия, которым является личность больного со своими закономерностями развития и функционирования в конкретных, сложившихся условиях окружающей среды. Детальному изучению подлежат особенности личностного эмоционального реагирования, мотивации поведения и их трансформация во время патологического процесса. Данная информация необходима как в целях проведения дифференциальной диагностики, так и для назначения соответствующей терапии – использования психотерапевтических и психокоррекционных мероприятий в сочетании с лечебно-профилактической работой для соматических больных. Необходимо дифференцировать преморбидные особенности личности и изменения ее под воздействием болезни. Столь же важно определить, насколько большую роль играет психологический компонент в развитии конкретной патологии. Его роль может варьироваться от решающей в генезе невротических расстройств, более или менее существенной в развитии разнообразных психосоматических расстройств, до вторичной, характеризующей психологическую реакцию конкретного индивидуума с исходными особенностями личности на текущее заболевание.

На примере невроза можно рассмотреть трансформацию личностных особенностей.

Личностные образования подразделяют на первичные, вторичные и третичные. Первичные зависят в основном от темперамента. Вторичные характеризуются отношениями, значимыми для пациента, и их нарушениями. Третичные являются усилением этих черт. В случае неблагоприятного, затяжного течения невроза или при невротическом развитии личности их усиление может достигать степени характерологических акцентуаций и психопатических особенностей, которые будут определять адаптационные способности человека и стиль его поведения. Первичные, вторичные и третичные характеристики личности следует выделять и в структуре личностных нарушений при других нервнопсихических и психосоматических заболеваниях. Подразделение личностных образований на первичные, вторичные и третичные необходимо для правильного выбора психотерапевтической тактики.

Так, при первичных личностных расстройствах основная и главная роль отводится биологическим методам лечения, иногда их может оказаться достаточно. При наличии вторичных личностных нарушений показано проведение личностно-ориентированной психотерапии. В случае возникновения третичных личностных расстройств, проявляющихся в сфере поведения, необходимо проводить личностно-ориентированную психотерапию и органически включать в нее разнообразные варианты поведенческого тренинга. Из вышесказанного следует, что наиболее содержательный и индивидуализированный характер психотерапия может приобрести только при учете особенностей личностных нарушений разного уровня.

2. Ориентирование любых психотерапевтических методов на личностные особенности . При любом психотерапевтическом воздействии должны быть учтены личностные особенности пациента, характер его личностных нарушений, анамнестические сведения о жизни и заболевании, специфика его поведения и особенности эмоционального реагирования.

Например, при выборе между гипнозом, внушением в состоянии бодрствования и косвенным внушением необходимо ориентироваться на внушаемость пациента, податливость гипнозу, степень личностных изменений, связанных с данным заболеванием, отношение больного к своему заболеванию и предлагаемым методам лечения, особенности личности больного.

3. Отслеживание личностных изменений в процессе психотерапевтического воздействия . Любое психотерапевтическое воздействие подразумевает в результате лечения уменьшение или исчезновение патологической симптоматики, а также в обязательном порядке достижение позитивных изменений личности.

Психоаналитическое направление в психотерапии

Основоположником данного направления является З. Фрейд.

Психологическая концепция основана на психодинамическом подходе, заключающемся в рассмотрении человеческой психики с точки зрения динамики процессов, борьбы и взаимодействия конфликтов, отражения их на поведении человека. Бессознательные психические процессы в психоанализе рассматриваются как основные движущие силы, влияющие на поведение и функционирование человеческой личности в целом. К ним относятся инстинкты, первичные, врожденные, влечения, биологические потребности. По мнению Фрейда, это не врожденные рефлексy, а мотивационные силы личности. Целью реализации инстинкта является угнетение или полное устранение возбуждения, возникшего в результате биологической потребности организма; реализация происходит путем изменения поведения. Фрейд подразделял инстинкты на две группы: жизненные инстинкты, направленные на самосохранение в результате поддержания жизненно значимых процессов (удовлетворение пищевой и половой потребности); инстинкты смерти, имеющие направленность вне себя или внутрь себя, носящие разрушительный характер (ненависть, агрессия, суицидальное поведение, садизм, мазохизм). Энергия инстинктов жизни называется либидо.

Фрейдом были предложены две модели личности.

Топографическая модель в психической жизни человека выделяет три уровня: сознание, т. е. то, что человек осознает в данный момент; предсознательное, т. е. то, что в данный момент не осознается, но легко можно добиться осознания; бессознательное – то, что не осознается в

данный момент и не может быть осознано самостоятельно без приложения больших усилий.

Структурная модель состоит из трех структур: ид («оно»), эго («я»), супер-эго («сверх-я»). Ид действует в бессознательном, включает инстинкты и первичные потребности, функционирует согласно принципу удовольствия, игнорирует социальные нормы, правила и запреты. Под эго понимается разум, который контролирует инстинкты, его функции распространяются на все уровни сознания. Супер-эго также функционирует на всех уровнях сознания, его можно рассматривать как совесть или идеальное «я», морально-этический аспект личности, его формирование происходит в процессе воспитания и социализации человека.

Итак, ид требует немедленной реализации желаний, не соотнося их с реальными возможностями, супер-эго препятствует реализации желаний и подавляет их, эго способствует реализации требований ид, но после соотнесения их с реальностью. Тревога активизирует защитные механизмы и возникает при определенном уровне напряжения, как бы сигнализирует о надвигающейся опасности. Напряжение возникает при чрезмерном давлении на эго. Задачи защитных механизмов – предохранение эго от тревоги, недопущение осознания инстинктивных импульсов. Если скорректировать уровень тревоги не удастся вследствие того, что механизмы защиты направлены не на преобразование конфликта, а на вытеснение его в область бессознательного, возможно развитие невротического состояния.

Классификация неврозов, которую предложил Фрейд, включает в себя заболевания, в возникновении и развитии которых психологический фактор играет существенную или решающую роль (психоневроз, травматический невроз, невроз характера, невроз органа). Причиной возникновения невроза в психоанализе является невротический конфликт, который Фрейд рассматривал как «переживания, возникающие в результате столкновения по крайней мере двух несовместимых тенденций, действующих одновременно как мотивы, определяющие чувства и поведение». С его точки зрения суть невроза заключается в конфликте между бессознательным и сознанием: «С самого начала мы замечаем, что человек заболевает из-за конфликта, возникающего между требованиями инстинкта и внутреннего сопротивления, которое возникает внутри против этого инстинкта».

Психотерапия в психоаналитическом направлении базируется на таких понятиях, как свободные ассоциации, интерпретация, перенос и сопротивление.

Основные положения:

1) подавлением инстинктивных импульсов человека удастся избежать болезненных чувств и переживаний;

2) подавление в основном направлено на сексуальные мысли и желания, а источником проблем является неправильное психосексуальное развитие;

3) неправильное психосексуальное развитие зависит от психотравмирующих конфликтов детства, особенно эдипова комплекса;

4) человек не осознает, что у него есть конфликты, сопротивляется их выявлению на уровне подсознания;

5) психоаналитическая психотерапия в основном работает с переживаниями биологических инстинктов человека и психической борьбой с ними;

6) мыслительные процессы и формы поведения человека не могут быть случайными и являются следствием предыдущих событий. Поскольку невроз появляется в результате конфликта между бессознательным и сознанием, основная задача психоаналитической психотерапии заключается в том, чтобы осознать бессознательное. Необходимо вывести бессознательное на уровень сознания и определить, что необходимо для его удовлетворения.

Задача психотерапевта-психоаналитика заключается в том, чтобы переводить в сознание бессознательные тенденции, влечения и конфликты, способствовать их осознанию, облегчать проявление бессознательного. Для этого необходимо проанализировать психические феномены, в которых бессознательное находит свое выражение. Ими являются свободные ассоциации, символические проявления бессознательного, перенос и сопротивление.

Свободные ассоциации (или свободное фантазирование) – это основная процедура психоанализа, целью которой является проникновение в бессознательное. Основа техники свободных ассоциаций заключена в следующих положениях: человеческая мысль в большинстве случаев следует в направлении наиболее значимого. Пациент испытывает

потребность в лечении и осознании того, что его лечат, кроме случаев, когда выражено сопротивление, сопротивление будет практически отсутствовать в состоянии расслабления и максимально при сосредоточенности.

Символические проявления бессознательного отражают то обстоятельство, что бессознательному нет прямого доступа в сознание в результате действий цензуры. Однако вытесненные влечения и потребности стремятся проникнуть в сознание. Психоаналитик должен их обнаружить и проанализировать. Эти проявления часто имеют символический характер, проявляются в виде сновидений, мечтаний, фантазий, разнообразных ошибочных действий (оговорок, описок, забывании каких-то событий, имен, дат и др.). Сновидения могут иметь явное и скрытое содержание, при их толковании психоаналитик должен обнаружить скрытые мысли в явном содержании при помощи ассоциативной техники и символики.

Термином «перенос» (перенесение, трансфер) характеризуются отношения психоаналитика и пациента, формирующиеся в процессе совместной деятельности. Явления переноса повторяют прошлое в жизни пациента, психоаналитик наделяется им значимостью другого объекта, реально существовавшего, что позволяет пациенту испытать значимые для него в прошлом чувства. Перенос позволяет пациенту лучше осознать прошлые переживания, а психоаналитику – стать участником отношений, значимых для пациента, и получить возможность психотерапевтического влияния. Перенос бывает положительным или отрицательным в зависимости от восприятия пациентом психоаналитика. В целях создания условий для переноса психоаналитик должен вести себя эмоционально нейтрально.

Контрперенос заключается в совокупности бессознательных реакций психоаналитика на личность конкретного пациента и особенности его переноса.

Сопротивление – это тенденция пациента, заключающаяся в противодействии осознания бессознательного. Для борьбы с этим процессом психоаналитику необходимо сначала осознать его наличие и силу, продемонстрировать его пациенту, затем выяснить мотивы и историю его возникновения, после чего работать над его ликвидацией.

Свободные ассоциации, символические проявления бессознательного, перенос и сопротивление анализируются в психотерапевтическом процессе.

Анализ состоит из конфронтации, прояснения, интерпретации и преодоления. Пациент должен для себя обнаружить тот психический феномен, который станет предметом анализа.

Прояснение заключается в разделении существенного, значимого и важного и несущественного. Интерпретация считается основным инструментом психоаналитика. Она подразумевает разъяснение пациенту не ясных для него аспектов его переживаний и поведения. Цель интерпретации заключается в осознании неосознанных психических феноменов.

Преодоление заключается в исследовании интерпретаций и возникающего сопротивления до тех пор, пока они не будут осознаны.

Основной процедурой психоанализа является интерпретация. Все остальные процедуры или ведут к ней, или направлены на то, чтобы сделать выше ее эффективность.

Вся процедура психоанализа направлена на то, чтобы способствовать проявлению бессознательного в сознании. Это определяет стратегию и тактику психотерапевта.

Основные постулаты психоаналитического направления в психотерапии:

1) формирование патологических процессов зависит от психологических конфликтов в сфере влечений и желаний раннего детства, которые не доступны сознанию, т. е. находятся на бессознательном уровне;

2) выздоровление наступает при разрешении этих конфликтов методом победы эго над ид, т. е. в результате усиления эго;

3) требуемые изменения – достижение глубокого понимания далекого прошлого;

4) лечение заключается в глубоком понимании бессознательного в психике пациента, его скрытого значения, рассчитано на интенсивное воздействие в течение длительного периода времени;

5) техника проведения психотерапии основана на интерпретации свободных ассоциаций, анализе переноса, сопротивления, обмолвок и сновидений;

6) роль психотерапевта заключается в интерпретации и отражении. Позиция эго должна быть бесстрастной, эмоционально нейтральной. Данный метод психотерапии чаще применяется

в лечении таких пациентов, в этиопатогенезе заболеваний которых психологический фактор занимает ведущую роль.

Поведенческое направление в психотерапии. В основе данного направления лежит бихевиоризм как психологическая школа. Психотерапевтическое воздействие основано на принципах научения. Различные методы поведенческой психотерапии менялись в процессе эволюции бихевиористического учения. Изначально методы были направлены на изменение непосредственно наблюдаемых открытых форм поведения, более поздние методы направлены на изменение более глубоких психологических образований в результате социального научения, моделирования.

Психологическая концепция. С точки зрения бихевиористов психология должна являться наукой о поведении, так как поведение можно непосредственно наблюдать, изучать и воздействовать на него. Поведение человека рассматривается по принципу «стимул – реакция». В дальнейшем было введено понятие промежуточных переменных, под которыми понималось наличие процессов, опосредующих влияние стимула на поведенческую реакцию. Промежуточными переменными считаются познавательные и побудительные факторы. Их изучение является важным аспектом в поведенческой психологии. Аспекты процесса научения являются основой для конкретных методических подходов.

Научение – это процесс приобретения и результат приобретенного личного опыта, навыков, знаний и умений. В результате научения появляются новые способы поведения в условиях действия прежних раздражителей. Выделяются три типа научения: тип S, тип R и социальное научение, где S – стимул, R – реакция.

Тип S (или классическое обусловливание) связан с классическими условными рефлексам, разработанными И. П. Павловым.

Схема условного рефлекса проста: «S – R». В данной схеме реакции могут возникнуть только в ответ на безусловный или условный раздражитель. Павловым был дан ответ на то, как нейтральный раздражитель становится условным раздражителем. В поведенческой психотерапии используются еще три понятия, разработанные Павловым:

1) генерализация стимулов, которая заключается в том, что при образовавшейся условной реакции ее будут продуцировать и другие стимулы, похожие на условный;

2) стимульная дискриминация, заключающаяся в том, что люди со временем могут научиться отличать похожие стимулы;

3) угасание, заключающееся в том, что условная реакция может постепенно исчезать при устранении связи между условным и безусловным стимулами, условный стимул будет продолжать вызывать условную реакцию лишь в том случае, если хотя бы иногда появляется безусловный стимул.

Оперантное обусловливание, или тип R, считает, что реакция предполагает оперирование со средой, поведение контролируется его результатом. Научение в этом случае называют оперантным. Классическое обусловливание отличается от оперантного тем, что в классическом стимул идет перед поведенческой реакцией, а в оперантном он следует за ней.

Подкрепление различают позитивное и негативное. Целью воздействия подкрепления является усиление поведенческой реакции независимо от того, позитивное оно или негативное. Наказание также бывает позитивным или негативным, но, каким бы оно ни было, в результате его воздействия будет происходить ослабление реакции.

Социальное научение. Такое научение основано на том, что обучение новому поведению происходит не только на основании собственного опыта, но и на основании опыта других индивидуумов, в результате наблюдения за ними и последующих процессов моделирования. По-другому такой тип научения называют научением по моделям.

Когнитивный подход приобретает в последнее время все большую популярность. Под промежуточными переменными подразумеваются когнитивные процессы, например мысль, которая находится между стимулом и реакцией.

Концепция патологии (концепция невроза). С точки зрения бихевиористов невроз не является самостоятельной нозологической единицей, он рассматривается как симптом или невротическое поведение. Такой вариант поведения рассматривается как неадаптивное (или патологическое), возникшее в результате неправильного научения. Адаптация рассматривается

как основная цель поведения, поэтому поведение, не обеспечивающее адаптацию, рассматривается как патологическое.

Психотерапия. По представлению поведенческой психотерапии состояние здоровья или болезни зависит от того, чему научился человек, а чему не научился. Все патологические симптомы представляются результатом неправильного научения или отсутствия научения вовсе. Поэтому целями психотерапии в рамках рассматриваемого подхода являются научение, переучивание, замена неправильных, неадаптивных форм поведения на адаптивные, т. е. управление поведением человека таким образом, чтобы достичь редуцирования или полного устранения симптоматики. Исходя из этих принципов и целей ясно, что роль психотерапевта в данной концепции носит воспитательный, образовательный, в целом обучающий характер. Психотерапевт должен суметь организовать эффективный процесс научения.

Выделяют три основных вида поведенческой психотерапии:

- 1) основанный на классической парадигме (например, систематическая десенсибилизация);
- 2) основанный на оперантной парадигме (например, жетонная система, ассертивный тренинг, разнообразные варианты директивной психотерапии);
- 3) основанный на парадигме социального научения.

Общие принципы когнитивно-поведенческой психотерапии

Общие принципы когнитивно-поведенческой психотерапии представлены ниже.

1. Большинство симптомов и проблем поведения развиваются в результате неправильного образования, воспитания или методов обучения. Для того чтобы психотерапевт мог помочь пациенту, он должен знать, в какой среде проходили его развитие, образование, воспитание, какие психосоциальные проблемы испытывает его семья. Таким образом, данный метод является высокоиндивидуализированным. Начинать общение с пациентом психотерапевт должен с изучения истории семьи, роли пациента в своей семье и обществе, в котором он вращается.

2. Поведение и среда, в которой оно формируется, тесно связаны между собой. Выявление стимулов, которые поддерживают имеющиеся нарушения, должно быть одним из начальных этапов метода. Для этого производится детальное исследование поведения, реакций на ежедневно возникающие проблемные ситуации, выражающиеся в мыслях и ответах.

3. Основа нарушения поведения базируется на псевдоудовлетворении человеческих потребностей в достижениях, свободе, безопасности.

4. Моделирование поведения является обучающим и психотерапевтическим процессом. Методы и техники когнитивно-поведенческой психотерапии основаны на классическом, оперантном, наблюдательном, когнитивном научении и саморегуляции поведения.

5. Поведение пациента и психологические процессы, происходящие с ним, и их следствия оказывают друг на друга взаимное влияние. Мысли влияют на чувства пациента, и наоборот, причем их влияние взаимно сильно.

Мыслительные процессы и эмоции рассматриваются как две равнозначные части одного процесса. Поведенческая психотерапия рассматривает мыслительные процессы как одну из причин, не всегда основную.

6. Когнитивными событиями считаются автоматические мысли, внутренний диалог и образы. Очень часто поведение человека автоматизированно, неосмысленно. Можно сказать, что оно идет по сценарию. Однако в ряде случаев автоматизм нарушается, и человеку приходится принимать решение в условиях неопределенности, тогда приходит на помощь внутренняя речь. Ее содержание влияет на поведение человека, но и то, как человек контактирует с окружающими и ведет себя, оказывает влияние на содержание его мыслей. Главной задачей психотерапевта является помощь пациентам в правильном толковании объективной реальности.

7. При использовании в лечении когнитивно-поведенческого психотерапевтического метода является обязательным анализ отношений и системы убеждений, главенствующей в рассматриваемой семье.

8. Эффективность лечения оценивается в рамках изменения поведения в позитивную сторону: развитие уверенности в себе, положительные результаты в достижении поставленных целей, позитивизация мышления.

Моделирование поведения является одним из главных направлений психотерапии в США и Германии. Моделирование поведения сравнительно легко применять в амбулаторных условиях, его можно называть обучением, что привлекает клиентов, не желающих считать себя больными. Рассматриваемый метод чаще применяется и является более эффективным для пациентов с пограничными расстройствами, в возникновении которых решающую роль играет инфантилизм, так как приемы когнитивно-поведенческой психотерапии направлены на стимулирование самостоятельного решения проблемы. Приобретаемые навыки помогают стать пациентам более социально адаптированными и, следовательно, избавиться от невротических симптомов.

Наиболее известные поведенческие и когнитивные приемы: методика наводнения; методика вызванного гнева; метод «стопкран»; использование воображения, скрытого моделирования, тренинга самоинструкций, методов релаксации одновременно; тренинг уверенного поведения; методы самоконтроля; самонаблюдение; прием шкалирования; исследование угрожающих последствий; опрос свидетельских показаний; исследование выбора (альтернатив) мыслей и действий; парадоксальные приемы и др.

Опытное (экзистенциально-гуманистическое) направление. Очень неоднородное направление в психотерапии, объединяющее несколько психотерапевтических школ, определяющих восстановление целостности и единства человеческой личности как свою основную цель, которая реализуется в результате переживания, осознания и принятия нового опыта, полученного в результате психотерапии.

Психологическая концепция. Гуманистическая психология рассматривает личность как целостную систему, не характеризующуюся заданными параметрами, а представляющую возможность самоактуализации, свойственную только человеку.

Гуманистическая психология по многим свойствам является альтернативой психоанализу и бихевиоризму. Представитель гуманистического подхода Р. Мей писал, что «понимание человека как пучка инстинктов или собрания рефлекторных схем приводит к потере человеческой сущности». Самоактуализация – одно из ведущих понятий в гуманистической психологии, процесс раскрытия, развития и реализации способностей и возможностей индивида, реализации потенциала его личности.

Концепция патологии (концепция невроза). Представители гуманистического подхода рассматривают самоактуализацию как главную человеческую потребность. Невротические расстройства и психические нарушения считаются результатом невозможности самоактуализации, результатом отрешенности человека от самого себя и от мира, невозможности раскрытия смысла собственного существования.

Психотерапия. Все методы и подходы в данной концепции объединяет цель восстановления целостности и единства человеческой личности и отличают пути достижения цели. Данное психотерапевтическое направление применяется для лечения различных категорий больных, начиная от тех, у которых психологический фактор играет решающую роль в причинах заболевания, и заканчивая теми, у которых психологический фактор является следствием длительно протекающего хронического заболевания, в результате которого нарушается понятие о смысле собственного существования. Выделяют три основных подхода.

Философский подход. При этом подходе самоактуализация осуществляется путем адекватного самопонимания и развития новых ценностей. Психотерапевт должен помочь пациенту осознать свое поведение, скорректировать отношение к самому себе и окружающим в результате общения с психотерапевтом и другими людьми.

Задача психотерапевта состоит в том, чтобы поднять уровень осознанности поведения, помочь скоординировать отношение к самому себе и окружающим, освободить скрытые творческие способности и стимулировать саморазвитие. Новый опыт пациент получает за счет взаимодействия с другими людьми, психотерапевтом или психотерапевтической группой. При этом методе психотерапевт последовательно реализует три основных взаимопоследовательных момента: эмпатию – умение психотерапевта встать на позицию пациента и ощутить его

внутренний мир так, как чувствует он сам; безусловное положительное отношение к пациенту как к личности, ценность которой не нуждается в доказательствах; собственную конгруэнтность психотерапевта, означающую, что его поведение соответствует тому, что он на самом деле представляет.

При *экзистенциальном психотерапевтическом подходе* делается акцент на свободное развитие личности, ее индивидуальность, собственную ответственность человека за развитие внутреннего мира своей личности и определение жизненного пути.

При *соматическом подходе* новый опыт пациент получает в результате общения с самим собой, рассматривая различные стороны своей личности и своего реального сегодняшнего состояния. Психотерапевт делает акцент на моторных методиках, которые направлены на проявление подавленных чувств, осознание и принятие их в дальнейшем.

Основные категории, характеризующие гуманистическое направление в психотерапии:

1) патология рассматривается как результат отчуждения человека от самого себя и от мира, невозможности раскрытия смысла собственного существования;

2) понятие «здоровье» связано с самореализацией потенциала человека;

3) требуемые изменения – формирование умения и возможности у пациента непосредственно воспринимать и выражать ощущения и чувства в данный момент;

4) лечение должно быть кратковременным и интенсивным;

5) задача психотерапевта заключается во взаимодействии в атмосфере взаимопонимания, помогающего самовыражению пациента;

6) основной психотерапевтический метод – равный диалог, постановка экспериментов, использование инсценировок;

7) лечебная модель – равноправный дуэт взрослых людей;

8) отношение пациента к лечению основывается на реальных событиях, ощущение эффективности лечения пациентом зависит от реальных событий, в которых он смог самореализоваться;

9) роль психотерапевта должна быть взаимодействующей, принимающей и удовлетворяющей.

Тема 21

Основные методы регуляции психического состояния человека

К основным методам можно отнести следующие:

1) психологическую помощь;

2) организацию режима отдыха и режима питания;

3) рефлексотерапию (воздействие на биологически активные точки и рефлексогенные зоны);

4) физиолечение;

5) фитотерапию, фармакотерапию;

6) функциональное светомузыкальное воздействие;

7) воздействие цвета, запахов;

8) библиотерапию.

Пункты 6,7 и 8 можно рассматривать изолированно, как элементы психотерапии, психологической коррекции или как сопровождение психологического консультирования.

Психологическая помощь

Психологическая коррекция

Психологическая коррекция является направленным психологическим воздействием на определенные психологические структуры для обеспечения всесторонне эффективной и полноценной жизнедеятельности человека в данный момент и в дальнейшем, симулирования способности к развитию. Данный термин появился в 1970-е гг. В этот момент активно

развивалась психотерапия, особенно групповая. Актуализировался вопрос, имеет ли право психолог заниматься психотерапевтической деятельностью, так как само название подразумевало лечебное воздействие. Однако на практике психологи успешно занимались психотерапией, так как были в то время более подготовлены к такого рода деятельности, особенно к работе в группах. Но по закону лечебной практикой имеет право заниматься только специалист, имеющий высшее медицинское образование, поэтому введение термина «психологическая коррекция» было направлено на преодоление юридических проблем: врач воздействует на психологическое состояние пациента, он занимается психотерапией. Были введены, но не являются столь же распространенными термины «неврачебная психотерапия», «внеклиническая психотерапия», «психологическая психотерапия». За рубежом для обозначения деятельности психолога в области психотерапии употребляется термин «психологическая психотерапия», в России – «психологическая коррекция». Вопрос о соотношении терминов «психотерапия» и «психологическая коррекция» в настоящее время до конца не решен, существуют два взгляда на эту проблему.

Один из них признает полную идентичность данных понятий, но при этом не делается акцент на то, что психологическая коррекция используется не только в медицине. Не менее широкое применение психологическая коррекция нашла в педагогике, а также в некоторых других отраслях человеческой деятельности. Простое человеческое общение может содержать в себе психологическую коррекцию. Другой взгляд на эту проблему базируется на том, что психологическая коррекция в основном должна заниматься психопрофилактикой на всех ее этапах. Однако на практике имеет место более широкое применение психологической коррекции в медицине. Такая трактовка термина психологической коррекции подходит в отношении соматических заболеваний, а в области невротических расстройств полностью отделить друг от друга понятия «психологическая коррекция» и «психотерапия» не получится, так как при правильном подходе к лечению невроза они будут являться звеньями одной цепи. Кроме того, в настоящее время развивается восстановительная медицина, которая в комплексе восстановительного лечения любых заболеваний использует подход, учитывающий в этиологии и патогенезе наличие всех факторов (биологического, психологического и социального), каждый из которых нуждается в своих отдельных лечебных или корректирующих воздействиях. Если психологический фактор при данном заболевании является этиологическим, то воздействие на него ближе к психотерапии как части лечебного воздействия. Соотношение психологической коррекции и психотерапии можно определить только индивидуально при каждом конкретном заболевании. Доля психологического фактора в этиологии и патогенезе конкретной нозологии определяет использование соответствующих методов психологической коррекции, направленных на решение лечебных (психотерапевтических) задач, и дает возможность рассматривать методы психологической коррекции как методы психотерапии.

Мнение о том, что психологическая коррекция должна заниматься только психопрофилактикой, не соответствует существующему положению и потому, что психологическая коррекция является лишь одним из методов психопрофилактики, хотя и широко распространенным.

Помимо понятия «психологическая коррекция», существует термин «психологическое вмешательство». Оба подразумевают целенаправленное психологическое воздействие. И психологическая коррекция, и психологическое вмешательство используются в различных областях человеческой деятельности. И то и другое выполняет задачи профилактики, лечения (психотерапии) и реабилитации. Таким образом, можно считать эти понятия идентичными по своей сути. Следовательно, психотерапия является одной из функций психологической коррекции или психологического вмешательства.

Психологическое консультирование

Понимание этого термина также неоднозначно. Консультирование может быть школьным, семейным, профессиональным, организационным и включать в себя следующие аспекты: психологические, социально-психологические, связанные с межличностным взаимодействием, психологическими моментами управления. Психологическое консультирование – это деятельность профессионального психолога, направленная на оптимизацию психической

активности консультируемого, преодоление его неприятных психических состояний, психологических затруднений, помощь в организации его самовоспитания. Психологическое консультирование и психотерапия очень близки по своей сущности, решаемым задачам и применяемым методам. Основное отличие состоит в том, что психологи нацелены на активизацию имеющихся ресурсов у пациента, а психотерапевты стремятся привести пациента к переменам в его личности. Психологическое консультирование и психотерапию можно рассматривать как этапы одного и того же процесса. Психолог консультирует, информирует, объясняет, а психотерапевт предлагает методы коррекции при недостатке собственных активизированных ресурсов. На первом этапе общения с пациентом психолог должен отдифференцировать сильные и слабые его стороны, направлять свою деятельность на развитие сильных сторон личности и исправление слабых. При использовании метода психологического консультирования акцент делается на личную ответственность клиента за ход собственной жизни.

Основные методические подходы к психологическому консультированию:

- 1) проблемно-ориентированные, направленные на анализ внешних причин проблемы и поиск путей их устранения;
- 2) личностно-ориентированные, направленные на анализ причин возникновения проблемных и конфликтных ситуаций, базирующихся на личностных особенностях, и путей разрешения и предотвращения их в будущем;
- 3) метод выявления и активизации скрытых ресурсов для решения проблемы.

Четкого разделения между понятиями «психологическое консультирование» и «психотерапия» выявить не удастся. Психологическое консультирование находит применение и в медицине (например, беременных или пациентов с соматическими заболеваниями, обратившихся за помощью по поводу личных проблем, не зависящих от их заболевания).

Между психотерапией и психологическим консультированием больше сходства, чем различий. Оба метода используют психологические средства воздействия; выполняют функции лечения, профилактики, реабилитации и развития; имеют сходные цели (достижение позитивных изменений в эмоциональной и поведенческой сферах личности); опираются на научные психологические теории; осуществляются специалистами, имеющими на это право в соответствии с образованием.

Подобно психотерапии, психологическое консультирование может иметь в своей основе различные теоретические подходы (психодинамический, поведенческий, гуманистический). Вне зависимости от теоретической ориентации выделены следующие основные задачи психологического консультирования:

- 1) эмоциональная поддержка и внимание к переживаниям клиента;
- 2) расширение сознания и повышение психологической компетентности;
- 3) изменение отношения к проблеме (из тупика к выбору решения); 4) повышение стрессовой и кризисной толерантности;
- 5) развитие реалистичности и плюралистичности мировоззрения;
- 6) повышение ответственности пациента и выработка готовности к творческому освоению мира.

Этапы психологического консультирования

1. Проблема существует, но не осознана консультируемым. Сам пациент может понимать, что существует некая проблема, но не понимать, какая, или вовсе не понимать, что у него есть проблема. В этом случае он попадает к психологу не по собственному желанию, а по настоятельным просьбам или требованиям окружающих.

2. Осознание совершилось в результате работы с психологом и собственных наблюдений, но желание что-то предпринимать еще не появилось.

3. Этот этап можно охарактеризовать русской пословицей: «Капля камень точит». Под постоянным напором окружающих пациент осознал, что без постороннего психологического вмешательства ему не обойтись.

4. Этап активных действий. Пациент прилагает максимум сил, времени и денег, чтобы добиться решения проблемы.

5. Этап сохранения и поддержания достигнутых результатов.

Описанные этапы могут протекать по-разному. Можно выделить четыре варианта течения:

- 1) стабильный: пациент длительно задерживается на каждом этапе;
- 2) прогрессирующий: пациент стремительно и целенаправленно продвигается от одного этапа к другому;
- 3) регрессный: пациент неожиданно возвращается к более раннему этапу;
- 4) рециркулирующий: наблюдается смена прогрессирующего варианта на регрессный, и наоборот.

К техническим этапам психологического консультирования и психотерапии относятся:

- 1) установление контакта, необходимого для профессионального консультирования;
- 2) предоставление клиенту возможности выговориться (иногда возможность рассказать о своих переживаниях ведет к тому, что человек начинает по-другому видеть проблему и находит самостоятельно методы для ее решения);
- 3) предоставление клиенту эмоциональной поддержки и информации о позитивных аспектах его проблемной ситуации;
- 4) совместное с клиентом перерабатывание проблемы;
- 5) заключение динамического контракта (т. е. согласование с клиентом организационных аспектов и доли ответственности каждого из участников, выявление и коррекция нереальных ожиданий пациента);
- 6) формирование вариантов возможных решений проблемы (консультант, исходя из своего профессионального и жизненного опыта, дает рекомендации только после того, как пациент сформулировал 2–3 решения);
- 7) принятие оптимального решения из представленного регистра с точки зрения пациента;
- 8) закрепление мотивационных аспектов и планирование путей и способов реализации выбранного плана;
- 9) в конце консультирования предоставление пациенту права при необходимости повторного приема или назначение впоследствии дополнительной встречи. Частным случаем психологического консультирования является семейное консультирование. В качестве клиента здесь рассматривается семья в целом, а проблема – как общая.

Обучение психологической саморегуляции. Основными задачами являются выделение состояния человека как объекта воздействия и изыскание собственных внутренних ресурсов организма, способных оказать психическое самовоздействие. Выделяют такие приемы, как самоприказ, самоисповедь, самоубеждение, ритуальные действия. Возможно использование целых комплексов саморегуляции: техники релаксации, аутогенной тренировки и др. Релаксация представляет собой начальный этап аутогенной тренировки, характеризуется ощущением внутреннего комфорта, снятием напряжения, тревоги, беспокойства.

Техника нервно-мышечной релаксации основана на физиологическом воздействии на костно-мышечную систему и состоит из серии упражнений, расслабляющих основные группы мышц тела. Каждое упражнение состоит из чередования сильного напряжения и резкого расслабления тех или иных групп мышц. Аутогенная тренировка заключается в технике овладения собственными эмоциями, тренировке воли и внимания с формированием привычки к самонаблюдению и самоотчету. Низшая ее ступень подразумевает воздействие на вегетативные функции: регулирование числа дыхательных движений, сердцебиений, мышечного напряжения, ощущение тепла и холода в определенных частях тела. В случае успешного овладения перечисленными приемами можно переходить к высшей ступени аутогенной тренировки, заключающейся в умении управлять такими психическими функциями, как внимание, воображение, мышление, воля, эмоции.

Психологический тренинг

Его целями являются: личностный рост, обучение разнообразным психологическим техникам, отработка новых вариантов поведения в известных ситуациях. Групповой психологический тренинг направлен на формирование навыков самопознания, саморазвития и самокоррекции. Его отличием от психотерапии является отсутствие собственно лечения. Психологический тренинг может проводить медицинский психолог или психолог без

медицинского образования совместно с психотерапевтом. Отличительными чертами тренингов, отличающими их от других методов психологии, являются нацеленность на саморазвитие участников процесса, работа с относительно постоянной группой в течение нескольких дней подряд (работа должна проходить в удобном изолированном помещении), соблюдение атмосферы раскрепощенности и психологической безопасности между участниками группы, применение активных методов групповой работы, развивающих и анализирующих ситуацию «здесь и теперь», вербализованная рефлексия. Основными целями, объединяющими различные тренинговые группы, являются самоисследование и развитие самосознания участников группы с целью коррекции или профилактики эмоциональных нарушений, изучение психологических закономерностей и эффективных способов взаимодействия личностей с целью гармонизации общения с окружающими, исследование конкретных психологических проблем участников группы с целью предложения методов их решения, оптимизации субъективного самочувствия и укрепления физического здоровья, содействие процессу личностного совершенствования, реализации творческого потенциала для оптимизации жизнедеятельности и получения успеха.

Основные принципы работы в тренинговых группах, характерные для большинства из них:

- 1) предметом анализа являются процессы, происходящие «здесь и теперь»;
- 2) требуются самораскрытие, искренность и откровенность;
- 3) основное внимание участников должно быть сосредоточено на самопознании и самоанализе;
- 4) психологический тренинг является активной формой обучения и развития, поэтому активность каждого из участников обязательна;
- 5) при обращении друг к другу следует использовать местоимение «ты» независимо от пола, возраста и социального статуса, на время проведения тренинга желательно выбрать себе «игровое имя».

Характеристика психотерапевта

Необходимо охарактеризовать личностные аспекты данного специалиста, влияющие на процесс лечения. Возраст, пол и этническая принадлежность обычно не оказывают существенного влияния на процесс взаимодействия, однако, если они сходны с такими же характеристиками пациента, вероятно, это обстоятельство окажет положительное влияние на процесс лечения. Более значимыми характеристиками являются умение устанавливать доверительные отношения с пациентом, профессионализм и опыт, уверенность в себе, чувство собственного достоинства и уважение к больному. Психотерапевт, обладающий данными характеристиками, с самого начала общения в результате манеры взаимодействия с пациентом способен улучшить его самооценку, а значит, достичь промежуточного результата своей деятельности.

Характеристика пациента

Для эффективного взаимодействия в процессе психотерапии важны следующие особенности пациента:

- 1) привлекательность пациента (высокий интеллектуальный уровень, социальное благополучие, внешность и пр.); эта характеристика не является постоянной и может меняться по мере узнавания и взаимодействия;
- 2) соответствие ожиданий пациента и предложений психотерапевта; при их существенном несоответствии у пациента может сложиться негативное мнение о компетентности психотерапевта, что непременно отразится на эффективности проводимых мероприятий;
- 3) степень готовности пациента приступить к лечению или степень сопротивления оказываемым воздействиям. Если она высока, то без предварительной работы, направленной на осознание человеком своей проблемы и необходимости ее решения, все остальные мероприятия будут бессмысленны. Этот фактор коротко называют степенью дефензивности;
- 4) характер решаемой проблемы и степень ее интенсивности;
- 5) отсутствие или наличие поддержки со стороны окружающих (родственников, друзей, коллег по работе). При отсутствии поддержки на пациента влияет дополнительный стрессовый

фактор: посещая психотерапевта, он должен поступать вопреки мнению окружающих, при наличии поддержки появляется дополнительный фактор, способствующий эффективному взаимодействию.

Характеристика психотерапевта и пациента

Обычная человеческая симпатия является наиболее благоприятной характеристикой. Хорошо, если она возникла спонтанно, при первом контакте. Психотерапевтическое взаимодействие предполагает в большинстве случаев длительное сотрудничество, поэтому межличностная привлекательность будет служить хорошим подспорьем при возникновении трудностей в общении. Лечение вообще может стать невозможным при возникновении антипатии, в этом случае можно получить обратный эффект от психотерапии. Если симпатия не возникает самостоятельно, ее желательно развивать, идя навстречу друг другу. Другим существенным аспектом является соразмерность личностных характеристик лечащего и лечащегося, к ним относятся темперамент, стиль общения, характер образования и некоторые другие. На то, каким вообще может быть рассматриваемый дуэт, влияют определенные организационные факторы.

Вероятность обращения к психологу или психотерапевту больше у городских жителей, чем у сельских, прежде всего из-за удаленности медицинской и психологической помощи от сельского населения. Экономическая доступность также имеет значение, так как не все государственные учреждения располагают психологическим консультированием, наличием в штатном расписании психотерапевта, а тарифы частных лечебных учреждений недоступны широким слоям населения, следовательно, их пациентами будут обеспеченные люди со своими особенностями психологии.

Этапы психотерапевтического воздействия (похожи на этапы психологического консультирования):

- 1) достижение доверительного контакта с пациентом, установление мотивации к лечению;
- 2) выяснение для врача и пациента источников и причин возникновения эмоциональных и поведенческих проблем;
- 3) установление точек приложения психотерапевтического воздействия;
- 4) применение конкретных методов для устранения выявленных нарушений;
- 5) закрепление полученного эффекта;
- 6) окончание курса лечения, профилактика возможного возникновения зависимости от психотерапевта.

Общие факторы психотерапевтического воздействия:

- 1) отношения сотрудничества между лечащим и получающим лечение;
- 2) уверенность пациента в возможности решения своей проблемы, откуда проистекает готовность к обсуждению;
- 3) обучающее воздействие психотерапевта методом информирования;
- 4) изменение поведения пациента вследствие одобрения или неодобрения врача;
- 5) приобретение новых социальных навыков на примере модели психотерапевта;
- 6) приведение поведения пациента к более адаптивным нормам;
- 7) применение методов убеждения и внушения.

Психотерапия носит интердисциплинарный характер как следствие ее широкого и эффективного применения. В круг ее задач входят собственно лечебные, лечебно-профилактические и лечебно-реабилитационные действия. Прежде всего прямое использование лечебного действия психотерапии осуществляется при заболеваниях, в причинах и развитии которых решающее значение имеет психический (психологический) фактор. К ним относятся все неврозы, другие пограничные состояния и психосоматические расстройства. Лечебно-профилактическое воздействие психотерапии необходимо при воздействии на соматические заболевания и их последствия, опираясь на психологические и психосоциальные реакции на них (реакция личности на факт заболевания, вынужденное изменение социального статуса или характера профессиональной деятельности, вынужденный отказ от тех или иных потребностей, отношений, вынужденная переоценка ценностей), при некоторых соматических

расстройствах, оказывающих влияние на поведение и эмоциональный фон пациента (например, при остром нарушении мозгового кровообращения). Задачи психотерапевтических методов в процессе лечебно-реабилитационного воздействия особенно актуальны при хронических, длительно или вяло текущих заболеваниях при отсутствии перспективы полного выздоровления. В ходе реабилитации решается задача адаптации и реадaptации больного к изменившимся условиям его жизни сначала в условиях лечебного учреждения, затем вне его с возрастанием интенсивности включения в социальную жизнь. Учитывая возрастающее с каждым годом количество инвалидов в нашем обществе, психотерапевтические мероприятия реабилитационной направленности приобретают все более важную роль.

Интердисциплинарный характер психотерапии находит все большее отражение в организации психотерапевтической службы и организации обучения по специальности «Психотерапия». Увеличивается количество психотерапевтических кабинетов поликлиник и стационаров и штатных единиц по данной специальности. Растет число реабилитационных центров различной специализации. Психотерапия включается в территориальные программы обязательного медицинского страхования, растет число кабинетов психологической коррекции и психологической помощи на промышленных предприятиях, государственных и частных учреждениях, служб психологического консультирования на коммерческой и бесплатной основе. Увеличивается число телефонов доверия, уважающие себя крупные организации считают престижным иметь комнаты психологической разгрузки и штатного психолога-консультанта. Развивается школьная психологическая служба. Расширение показаний к использованию психотерапии осуществляется и через развитие службы семейных врачей, врачей общей практики, появление новых врачебных специальностей, таких как, например, врач восстановительной медицины.

Показания к психотерапии

Показания к психотерапии весьма широки вследствие комплексного подхода к диагностике и лечению различных заболеваний, учитывающего наличие в этиологии и патогенезе трех факторов (биологического, психологического и социального), что делает необходимым воздействие, направленное на каждый из указанных факторов. Таким образом, психотерапия применяется как основной или дополнительный вид лечения у пациентов почти с любой патологией. Различаются только объем и направленность психотерапевтических вмешательств. Они определяются значением психологического фактора в возникновении и развитии данного заболевания, а также предполагаемыми последствиями перенесенного ранее или текущего патологического процесса. Чем более выражен психогенный фактор в природе текущей болезни, чем яснее прослеживается связь между психотравмирующей ситуацией, особенностями травмированной личности и возникшим заболеванием, тем больше потребность в психотерапевтическом вмешательстве, тем больше будет ее удельный вес среди прочих лечебных мероприятий. Кроме того, показания обусловлены прогнозируемыми последствиями болезни. Последствия могут быть клинического, психологического или социально-психологического характера. Возможно развитие вторичной невротизации, которая будет вызвана не чисто психологическими причинами, а психотравмирующей ситуацией, в качестве которой выступает переносимое заболевание.

Другим показанием к психотерапии является неадекватная реакция личности на болезнь, возможно, вследствие исходных особенностей данной личности. Неадекватная реакция, например ипохондрического характера, будет усугублять течение болезни. Назначаемая психотерапия в данном случае призвана воздействовать на эмоциональный фон и улучшать общий настрой больного на процесс лечения и стремление к выздоровлению. У некоторых заболеваний возможны психологические и социально-психологические последствия. Тяжелая болезнь способна существенно изменить привычный образ жизни человека, сделать невозможной реализацию значимых потребностей и стремлений, к которым он привык, может привести к необходимым переменам в личной жизни и профессиональной деятельности, сужению круга интересов, нарушению работоспособности, ограничению социальных контактов, что в целом приводит к занижению самооценки, формированию неуверенности в себе. В результате возможны нарушения адекватных стереотипов реагирования,

эмоционального и поведенческого.

Еще одним показанием к назначению психотерапии являются длительно протекающие хронические заболевания, в результате которых происходят трансформация личностных особенностей, формирование мнительности, тревожности, плаксивости, эгоизма и эгоцентризма. Помимо перечисленных показаний, основанных на нозологических формах, обязателен индивидуальный подход, учитывающий психологические особенности личности, наличие достаточной мотивации или достаточных возможностей формирования мотивации к использованию психотерапии как метода воздействия, положительный или отрицательный опыт применения психотерапии в прошлом, если он был.

Организация режима отдыха и режима питания

Эти методы воздействия на психоэмоциональное состояние человека на первый взгляд не требуют обсуждения. Любой разумный человек понимает, что сон должен составлять около 8 ч в сутки, что питание должно быть регулярным, сбалансированным, последний прием пищи должен осуществляться не позднее чем за 2 ч до сна. Насколько эти правила являются общеизвестными, настолько же часто и легко нарушаются. Нарушая эти явные аксиомы, человек считает, что однократное нарушение не окажет существенного отрицательного влияния на его состояние, и это действительно так. Проблема состоит в том, что такие нарушения в дальнейшем входят в привычку, расстаться с которой гораздо сложнее, чем приобрести ее.

Потребность в ночном отдыхе в среднем составляет 8 ч в сутки. Есть индивидуумы, для которых является достаточным 5–6 ч в сутки, а другим необходимо не менее 10 ч. Эти потребности являются индивидуальными физиологическими особенностями каждого, заложены на генетическом уровне, так же как цвет кожи, разрез глаз и иное, поэтому с ними необходимо считаться. Для реализации необходимой потребности во сне необходимо выработать четкое время, в которое человек ложится спать и в которое встает, вариации в зависимости от дней недели не должны превышать 1–2 ч в ту или другую стороны, желательно избегать даже этих колебаний. Соблюдение этого правила поможет выработке условных рефлексов, способствующих быстрому засыпанию, эффективному глубокому сну и облегчит процесс утреннего вставания. Если человек постоянно спит недостаточное для него количество часов, но ложится и встает в одно и то же время, работоспособность его будет выше, процесс утреннего вставания будет легче, чем у того, кто не соблюдает режим сна.

Те, кто постоянно в течение рабочей недели вынуждены спать меньше, чем составляет их потребность во сне, стремятся компенсировать недостаток сна в выходные дни. Это необходимо, но в меру, нельзя слишком затягивать утреннее вставание, это приводит к разрегулированию биологических ритмов, к которым организм привык, вызывает чувство разбитости, апатии, депрессии, несмотря на продолжительный сон перед этим.

Соблюдение режима питания столь же важно, как и правильный сон. Одно из распространенных нарушений – отказ от завтрака или замена его чашкой чая или кофе. Завтрак должен быть обязательно, он не должен быть слишком обильным, чтобы не создавать дискомфорта, но калорийность его должна быть достаточно высокой, чтобы обеспечить организму активную деятельность до обеда.

Другим распространенным нарушением является употребление всевозможных бутербродов и булочек вместо обеда. Они создают чувство сытости на непродолжительное время, это приводит к тому, что оставшуюся часть дня человек либо борется с голодом, либо постоянно что-то дополнительно перекусывает. Вечером, приходя домой, в спокойной обстановке организм пытается компенсировать недостатки питания в течение дня, проявляя свои потребности волчьим аппетитом. Если в силу разнообразных причин нет возможности полноценно пообедать в обеденное время, нужно сделать дополнительный прием пищи, а обед сместить на более позднее время, но не исключать его, надеясь на ужин.

Перечисленные нарушения режима питания влияют как на соматическое состояние, так и на психологическое. Соматическое состояние страдает в результате нарушения режима выработки пищеварительных ферментов, что приводит к различным заболеваниям желудочно-кишечного тракта. С психологической точки зрения проблема заключается в

увеличении числа отрицательных эмоций по поводу чувства голода днем, переедания и связанного с ним дискомфорта вечером, что в дальнейшем часто приводит к избыточному весу и дополнительным переживаниям, а любые отрицательные эмоции провоцируют дополнительные соматические нарушения.

Данный метод регуляции психического состояния необходимо использовать при всех заболеваниях, в этиологии и патогенезе которых присутствует психологический фактор независимо от значимости его роли.

Рефлексотерапия

Основными механизмами данного метода являются активизация адаптационных и защитных механизмов, создание организму возможностей обеспечения постоянства внутренней среды энергетически более выгодными путями. Результатами эффективной рефлексотерапии являются повышение работоспособности, уменьшение утомляемости, улучшение иммунных механизмов. Воздействие может быть механическим (иглотерапия), термическим (прижигание или прогревание), электрическим (электропунктура), электромагнитным (лазеротерапия, магнитотерапия), в результате телесного контакта (массажа, физических упражнений, выполняемых попарно).

Интересен механизм воздействия на организм телесного контакта. В результате пережитой психотравмирующей ситуации любой природы возможна утрата чувства защищенности, которое закладывается в детстве в результате телесного контакта со взрослыми, в основном с матерью. Поэтому в результате телесного контакта может восстановиться утраченное глубинное чувство надежности и поддержки, вернуться способность близкого эмоционального контакта с другими людьми. Метод рефлексотерапии считается наиболее эффективным при использовании его в лечении заболеваний, в генезе которых психологический фактор играет не решающую роль, а является реакцией на длительное хроническое заболевание, требующее от больного приспособительных реакций.

Физиолечение

Физиолечение может быть следующим:

- 1) воздействие постоянными или импульсными токами низкого напряжения;
- 2) воздействие токами высокого напряжения;
- 3) воздействие полями (электрическими, магнитными, электромагнитными);
- 4) воздействие электромагнитными колебаниями светового диапазона;
- 5) воздействие изменениями воздушной среды;
- 6) использование воды в лечебных целях;
- 7) воздействие механическими колебаниями среды;
- 8) воздействие теплом и холодом в различных сочетаниях.

Все методы физиотерапии основаны на мобилизации восстановительных процессов больного организма, способствуют активизации защитных ресурсов, иммунных механизмов организма, находящегося в неблагоприятных условиях, состоянии предболезни. Учитывая разнообразие методов физиотерапии, они могут применяться при большом количестве заболеваний, в этиопатогенезе которых присутствует психологический фактор, независимо от значимости его роли.

Фитотерапия. Фармакотерапия

Необходимость и возрастающая популярность фитотерапии объясняется многими факторами, основными из них является более мягкое воздействие на организм, чем любых фармакологических средств, минимизация побочных эффектов и аллергических реакций. С психологической точки зрения лечение травами ассоциируется с природой и воспринимается

как более естественный метод лечения (наподобие диетического питания). До сих пор в ряде случаев больные негативно воспринимают сам факт необходимости назначения медикаментов. Начиная лечение таких пациентов травами, врач постепенно формирует мотивацию к более серьезному лечению. Хорошим подспорьем в выборе лекарственного растения является многосторонность воздействия каждого конкретного растения. Порой, назначая один травяной препарат, мы имеем возможность повлиять сразу на несколько функций.

Основными лечебными эффектами, получаемыми при использовании фитотерапии, являются:

- 1) гипотензивное или гипертензивное;
- 2) успокаивающее или тонизирующее;
- 3) слабительное и вяжущее;
- 4) противовоспалительное, отхаркивающее, жаропонижающее;
- 5) фитонцидное, бактерицидное, фунгицидное;
- 6) кровоостанавливающее;
- 7) улучшающее аппетит.

Фармакотерапия в коррекции психического состояния пациента используется как дополнительное средство, когда без нее не удастся обойтись, особенно если психологический фактор в этиопатогенезе заболевания играет ведущую роль. Следует помнить о возможности большого числа побочных эффектов и сопоставлять выраженность лечебного и побочного эффектов. Основная цель использования фармакологических средств в данном случае заключается в нивелировании отрицательных последствий стрессогенного воздействия окружающей среды или соматогенного влияния, если немедикаментозные средства не дали ожидаемого эффекта. С этой целью используются нейролептики, антидепрессанты, транквилизаторы, ноотропы.

Функциональное музыкальное и светомузыкальное воздействие

Воздействие этого метода основано на том, что музыка всегда оказывает огромное эмоциональное воздействие на человека. Действие ее непосредственно и ненавязчиво, ее влияние не зависит от уровня образования, возраста, социальной принадлежности. Музыкалотерапию можно проводить индивидуально или групповым методом. Наиболее простой метод – это простое прослушивание музыки, подобранной в соответствии с психоэмоциональным состоянием пациента. Дополнительный, но менее индивидуализированный эффект будет иметь групповое прослушивание с последующим обсуждением. Применяется также активная музыкалотерапия. Ее разновидностями являются музыкальное исполнение на каких-либо музыкальных инструментах (применение этого метода ограничено возможностями пациентов, имеющих или не имеющих музыкального образования), пение, танцы под музыку, сочинение музыкальных произведений при наличии познаний в этой области, рисование под музыку.

При использовании активных методов необходимо учитывать склонности и пристрастия пациентов. Если человек никогда не любил петь, вряд ли стоит ему предлагать участие в вокалотерапии, скорее он получит отрицательные эмоции, а может, и разочаруется в методе лечения музыкой в целом. Психологами и психотерапевтами музыка нередко используется как фон, на котором возможно более глубокое расслабление. В ряде случаев музыка используется как самостоятельное средство коррекции психического состояния. В процессе восприятия музыкального произведения в воображении слушателя создаются музыкальные образы, а также на основе механизма «опережающего отражения» каждый новый образ не только ожидается, но и запрашивается.

Подбор произведений должен соответствовать стилю проведения занятия, его целевой установке, методике проведения. При использовании музыки в сочетании с вокальным исполнением необходимо учитывать, что голос оказывает на психику более мощное воздействие, чем большинство музыкальных инструментов, поэтому голос должен звучать на языке, незнакомом слушателям. Это правило требует соблюдения при проведении групповых занятий, так как ассоциации, вызываемые словами, могут сильно различаться у разных

слушателей.

Наоборот, при проведении индивидуальных занятий или сеансов можно использовать индивидуализированные подборки песен, ориентируясь прежде всего на понимание смысла, подобранного для решения конкретной задачи. Характер музыки в этом случае тоже необходимо учитывать, но это в данном случае отступает на второй план.

Интересен метод музыкотерапии, заключающийся в совместном исполнении песен и коротких куплетов, содержащих элементы самовнушения.

Одним из основных эффектов музыкотерапии является моделирование настроения. Классические произведения дольше других не вызывают эффекта пресыщения, но их лучше использовать в современных обработках, при этом отмечается меньше эмоциональных перепадов внутри одного произведения, что способствует достижению психотерапевтического эффекта. Электронно-акустическая музыка также располагает большими возможностями воздействия на психику человека. Психологи в своей работе используют произведения таких авторов, как К. Шульц, М. Китаро, Вангелис и др.

Недавно стала использоваться этническая музыка, возможности ее применения до конца не изучены. Речь идет о музыке, используемой в религиозных обрядах и шаманских ритуалах, она способствует активизации бессознательной психики, тех ее слоев, которые труднодоступны другим методам воздействия.

Ритм является одной из основных значимых характеристик музыкального воздействия на психику. Музыка быстрого ритма вызывает ассоциации с активными, быстрыми действиями, физическими движениями. В процессе психотерапевтических, психокоррекционных воздействий чаще используются произведения, исполняемые в медленном ритме. Психологу следует помнить, что в зависимости от остальных характеристик музыка медленного темпа может вызывать ассоциации разного характера: умиротворяющего, спокойно-задумчивого или скорбно-тоскливого. Последний вариант нежелателен.

Чаще всего музыку используют с успокаивающей целью, ее задачами являются облегчение снятия психоэмоционального и мышечного напряжения, уменьшение утомляемости, ускорение восстановительных процессов в организме. Успокаивающая музыка должна характеризоваться тихим или умеренно громким звучанием, мягкой пульсацией, отсутствием резких перепадов, плавным, размеренным движением, неторопливыми темпами, ласкающим слух ритмическим рисунком. Несмотря на указанные характеристики, мелодия должна быть яркой, привлекающей внимание, с длинными музыкальными фразами. В успокаивающей музыке мелодичность важнее ритмичности, хороший эффект дает плавное возникновение звуков из тишины и такой же постепенный уход в тишину, который должен ассоциироваться у пациента с плавным исчезновением усталости и нервного напряжения.

Помимо музыкальных произведений, в процессе музыкотерапии эффективно использовать голоса птиц, шум леса, звуки прибоя, шум дождя и других природных явлений с приятным звучанием и ассоциациями.

Программе музыкального воздействия может помочь цветодинамическое сопровождение, усиливающее планируемое воздействие. Цветомузыкальное сопровождение рекомендуется использовать во вводной части сеанса релаксации для достижения полного расслабления и в завершающей – для выхода из состояния аутогенного погружения. Психофизиологические исследования показывают, что продолжительность вводной части должна составлять 8–12 мин, завершающей – 5–8 мин.

Воздействие цвета, запахов

Воздействие цвета на психическое состояние человека основано на взаимодействии соответствующих рецепторов сетчатки глаза с электромагнитными волнами. Цветовые предпочтения конкретного индивидуума используются в качестве диагностических критериев. Длинноволновая часть волны видимого спектра действует стимулирующе, возбуждает, мобилизует. Наибольшая длина волны – у красного цвета, меньше у оранжевого, желтого. Коротковолновая часть волны (начиная с голубого) успокаивает и даже угнетает.

Воздействие света на психоэмоциональное состояние зависит и от локализации

излучения. Красный цвет, расположенный сверху, окажет мобилизующее действие, а расположенный внизу – неприятное, неестественное, обжигающее. Розовый цвет сверху способствует ощущению легкости, воздушности, а если он расположен внизу, то будет ассоциироваться с обонятельными ощущениями. Коричневый цвет вверху вызывает чувство тяжести и давления, а при расположении внизу – ощущение уверенности и твердости.

При изучении физиологических результатов светового воздействия выяснено, что ультрафиолетовые лучи влияют на повышение тонуса симпатической нервной системы, в частности на повышение давления; инфракрасные лучи снижают активность симпатической нервной системы, вызывают гиперемиию кожи, понижают давление.

Запахи воздействуют на наш организм на уровне подсознания, вызывают ассоциации и воспоминания. Воздействие запахов обусловлено взаимодействием пахучих веществ и обонятельных рецепторов верхней носовой раковины и носовой перегородки. Стимулирующие и тонизирующие запахи применяются при гиподинамии, они активизируют нервную систему. К наиболее известным относятся гвоздика, мята, можжевельник, лимон, кориандр, розмарин. Успокаивающие запахи используются при переутомлении, к наиболее известным относятся жасмин, мелисса, ванилин, герань, укроп, ромашка. Лицам, находящимся в состоянии хронического стресса или часто попадающим в стрессовые ситуации, рекомендуют антистрессовые ароматы – кориандр, лаванда, бергамот, герань, жасмин, мимоза. Освежающим и гармонизирующим эффектом обладают запахи мандарина, лимона, апельсина, сандала.

Библиотерапия

Она бывает специфическая и неспецифическая. Неспецифическая библиотерапия подразумевает стимуляцию неспецифических процессов удовольствия, удовлетворенности, уверенности, успокоения, активности методом прочтения художественной литературы соответствующей направленности, повествующей о людях, справившихся со своими переживаниями и достигших успехов, подобных тем, к которым стремится пациент. В результате такого прочтения должны наступать улучшение эмоционального фона в целом, активизироваться процессы саморегуляции, направленные на стимуляцию восстановительных общеукрепляющих процессов в организме.

Специфическая библиотерапия направлена на конкретные психологические процессы, нарушенные или труднопротекающие у данного индивидуума. В данном случае используется научная медицинская или психологическая литература, помогающая пациенту понять причину его проблем и найти подходящий способ разрешения конфликта. Помимо научной литературы, некоторые психотерапевты используют в таких случаях восточные притчи, содержащие очень мудрые советы и рассуждения. Восточные притчи, не давая прямых советов и назиданий, позволяют читателю самому делать выводы, корректировать свое поведение в соответствии с ними, не теряя чувства собственного достоинства, как если бы ему прямо и открыто пришлось признать свою неправоту.