

ПРОГРАММА
« Трансформация гуманитарного образования в Кыргызской
Республике»

В . В . СОЛОЖЕНКИН

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ
ОСНОВЫ
ВРАЧЕБНОЙ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Москва 1997

ОТ АВТОРА

На протяжении нескольких поколений врачей в Советском Союзе особенностью медицинского образования была его оторванность от психологии, что существенно отличало систему их подготовки от стандартов, принятых в Западной Европе и США.

Небольшой курс медицинской психологии, преподаваемый в наших медицинских ВУЗах, был и остается слишком кратким для того, чтобы врач получил хотя бы начальные сведения о психологии человека. Это достаточно парадоксальная ситуация, когда пациент рассматривается скорее как некий биологический объект, а человек с его проблемами, страхами, особенностями характера, то есть всем тем, что составляет неповторимую индивидуальность каждой человеческой личности.

Существовавшие учебники общей психологии, которые могли быть использованы студентами или врачами для самообразования, были слишком академичны, отпугивали сложностью и сухостью учебного материала и, по видимому, сыграли свою роль в отлучении врачей от психологии. Психология недостаточно шла навстречу врачу. Автору данной книги в одной из рецензий, написанной известным профессиональным психологом, пришлось с изумлением прочитать фразу: «...курс общей психологии врачам повредить не может». Мне представляется, что проблемы взаимоотношений врача и больного, психологию лечебного процесса в целом и психологию отдельного больного нельзя изучать, не зная основ психической деятельности человека, но эти основы должны быть рассмотрены в контексте обучения врачебной профессии и врачебной деятельности.

В основу данной книги положен курс лекций, читаемых автором студентам медицинского факультета Кыргызско-Российского (Славянского) Университета, врачам факультета усовершенствования и клиническим ординаторам Кыргызской Государственной Медицинской Академии. Для этих категорий читателей и предназначена данная книга.

Автор полагает, что она может пригодиться и врачам-психиатрам для пополнения их знаний по психологии человека.

Книга носит личностный характер, отражая видение картины мира автором; принятие этой картины мира или несогласие с ней может побудить к творчеству читателя.

Мне хотелось бы выразить благодарность руководителям и сотрудникам Фонда Сороса Кыргызстана, без поддержки, которых, книга не вышла бы в свет. Я благодарен своим коллегам, особенно Тамаре Нелюбовой и Владимиру Тену за помощь в редактировании книги; Наталье Нелюбовой и Петру Мыльцеву за техническую обработку материала. Я испытываю благодарность к своим слушателям, так как наша совместная работа позволила мне осмыслить и систематизировать свой 35-летний врачебный и преподавательский опыт.

В. СОЛОЖЕНКИН

Глава I

ПСИХОЛОГИЯ И МЕДИЦИНА

Что такое психология? Определений психологии, которое устраивало бы всех, не существует, а множество взглядов на этот предмет и каждое определение психологии выражает позицию определенной психологической школы. По мнению автора, психологией следует считать такую научную дисциплину, которая изучает поведение человека, психические механизмы, лежащие в его основе, и психические процессы, возникающие при взаимодействии человека с самим собой и с окружающим его миром. В определение психологии можно включить и практическое применение этих знаний в деятельности человека. Медицина же — одна из самых распространенных областей практического применения психологии. Это связано с тем, что медицина, так же как и психология, изучает, прежде всего, человека, изучает механизмы возникновения заболеваний, а некоторые из этих механизмов тесно связаны с психическими факторами. Существует целая группа заболеваний, которые в отечественной литературе называются «психогенными заболеваниями». Это не означает, что в их возникновении участвует только психический фактор. Вспомогательную роль могут выполнять и другие, например, генетический или конституционально-генетический фактор. Заболевание может развиваться вследствие каких-то перенесенных заболеваний человека, например, ослабляющих, астенизирующих его мозг, вследствие воздействия каких-то экстремальных факторов внешней среды. Длительная световая депривация в течение полярной ночи, низкие или высокие температуры окружающей среды, гипоксия, интоксикации также могут быть одним из факторов возникновения этих заболеваний. Но в заболеваниях, которые называются психогенными, все эти факторы выполняют дополнительную, вспомогательную функцию, а на первое место выходит психический фактор. Заболевания, которые возникли под воздействием психического фактора, изучаются не только психиатрией. В практической деятельности врача любой специальности, особенно так называемого семейного врача или врача общей практики, большое место занимают неврозы. Это объясняется, прежде всего, чрезвычайной их распространенностью и, кроме того, тем, что они проявляются так называемыми соматоформными расстройствами, то есть симптомами, похожими на нарушение соматических функций не психического происхождения, а также потому, что трудно себе представить реальную ситуацию, когда человек, заболевший неврозом, сразу же обращается за помощью к психиатру — особенно при наличии соматоформных расстройств. Как правило, больной приходит сначала к врачу общего профиля или к узкому специалисту, если эти нарушения носят локальный характер (область сердца, спины и т.д.), так, например,

истерическое нарушение зрения вынуждает человека обратиться за помощью, прежде всего к офтальмологу.

Психический фактор выступает в качестве достаточно активного или весомого фактора возникновения заболевания и в так называемых психосоматических болезнях: таких, как язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, гипертоническая болезнь, целый ряд кожных заболеваний, некоторые варианты бронхиальной астмы, неспецифический полиартрит. Поэтому врачу любой специальности необходимо знать, во-первых, психологические механизмы возникновения этих заболеваний, во-вторых, иметь хотя бы общее представление о методах психологической коррекции.

Знание психологии необходимо еще и потому, что врачебный процесс, то есть процесс диагностирования заболевания, выбора лечения, выбора методов профилактики — это процесс, который происходит при взаимодействии людей — пациента и врача, и психологические факторы оказывают существенное влияние на все содержание и характер этого процесса.

Наконец, болезнь протекает не вообще, а она протекает у конкретного человека, с конкретной биографией, с конкретным опытом жизни. И то, как будет участвовать в процессе диагностики и терапии данный пациент, во многом будет определяться чисто психологическими факторами.

Как самостоятельная научная дисциплина психология относительно молодая специальность. Она выделилась из общего числа наук в конце XIX века, а до этого являлась частью философии.

Можно считать, что само развитие философии как науки началось именно с изучения тех ее аспектов, которые можно назвать философскими аспектами психологии. Как только человек выделился из животного мира, он начал задавать вопрос: «Что такое окружающий меня мир, и кто такой я? Какое место я занимаю в этом мире?» Наверное, один из первых вопросов, которые задал себе человек, был вопрос: «А что управляет моим поведением? Почему я сейчас делаю это, почему я завтра намерен делать что-то другое?» Эти вопросы возникли из стремления людей жить в структурированном, а не хаотическом мире. Поэтому одним из признаков психологии является то, что она позволяет человеку структурировать свой и окружающий мир, лишает человека чувства неопределенности и позволяет ему предсказывать этот мир, жить в упорядоченном, а не хаотическом мире. Поскольку структурировать мир очень трудно и часто поведение других людей, да и самого себя, кажется ему малопонятным и труднообъяснимым, то возникает попытка, которая при дальнейшем развитии психологии как науки находит отражение в стремлении объяснять особенности окружающего мира и самого человека явлениями, лежащими вне человека. При этом ответственность за свои поступки переносится на причины вне сферы возможностей человека. Первое объяснение такого рода — это создание религиозной картины мира: богам Древнего Египта, Вавилона, Древней

Греции в толковании психологической жизни людей отводится ведущая, решающая роль. В древнегреческой культуре возникает понятие «рока», «судьбы», предопределенности человеческого поведения.

Современный человек так же часто перекладывает ответственность за свои действия и поступки на обстоятельства, судьбу или других людей. Такая позиция носит название экстернальной. Попытки современного общества в создании людей, которые бы не стояли на этой позиции, а принимали бы ответственность за все поступки на себя, по-видимому, безуспешна, потому что эта позиция во многом предопределена врожденными свойствами личности.

Одновременно с этим в древности зарождается идея «разделения» человека на две части: душу и тело. Причем, душе часто приписывается свойство бессмертности — она покидает тело после его смерти. И одновременно с этим, в той же древности Аристотелем выдвигается так называемая холистическая идея — идея единства души и тела, взаимосвязи, неразрывности этих составляющих частей человеческой личности. Холистический подход наиболее характерен для медицины второй половины XX века. Развитие таких отраслей знаний, как психосоматическая медицина, медицинская психология, психотерапия, базируется на холистическом подходе.

Одновременно с этими идеями — отношений человека и среды, ответственности за поведение человека — возникает представление, которое тоже во многом предопределило развитие современной психологии. Это — понятие неразрывной связанности человека с окружающим его миром, не противопоставления человека и среды, а рассмотрение единства человека и окружающего его мира, человека как части этой среды, как частички космоса. Подобная позиция наиболее характерна для философии Востока и восточной культуры, где достижение преодоления разделения мира на человека и окружающую его среду рассматривается как основная форма самосовершенствования человека.

Вопрос о том, что является ведущим в психических свойствах и функциях человека, проходит через все развитие психологии. Этот спор ведется с первых шагов изучения психики человека. И чаще всего в нем разум противопоставляется чувствам. Аристотель основой психической деятельности человека полагал разум, мысли, идеи. В XVIII — это доминирование ощущений, ассоциаций, затем мощное развитие психоаналитических концепций, в которых на первое место выходит значение мотиваций и чувств человека. Затем становление нейрофизиологии, начатое И.П. Павловым, приводит к возникновению того раздела психологии, который носит название бихевиоризм («бихевио» — поведение), или поведенческая психология. Когнитивная психология отдает пальму первенства познавательной сфере человека; различные направления психоаналитической школы — мотивам, чувствам и потребностям человека; поведенческая психология — анализу поведения. Наконец, можно выделить

еще одну тенденцию, проходящую через все развитие психологии, и которая находит больше аналогий с психотерапией (приложением психологии к лечению болезней), чем с психологией, — это идея посредника. В религиозной психологии — это идея Бога, в психоаналитической психологии посредником являются те преломления бессознательного, которым оно говорит с миром, — сновидения, оговорки, опечатки, описки, ассоциации. В понимании автора данной книги посредник — это индивидуальная культура человека.

Психология никогда не развивалась изолированно от других научных направлений, и в зависимости от того, какие идеи и понятия доминировали в научных объяснениях мира, это отражалось и в психологии. Широко развивается химия — и возникает структуралистский подход в психологии, когда она, в основном, ориентируется на изучение элементов психики. Приобретает широкое распространение дарвинизм, в котором одну из главных ролей играет функция как определяющая эволюцию животных и человека, и тут же возникает функциональная психология. В XX веке появляются несколько направлений, определяющих развитие науки: одно из них — работы В.И. Вернадского, где жизнь, Земля, человек, мир, Вселенная рассматриваются как нечто единое целое, и возникает аналогичный подход в психологии. Широкое распространение в культуре XX века начинают получать информационные системы — и рождается интерес к социальной психологии и к анализу коммуникативных процессов. Человек создает ЭВМ и пытается усовершенствовать их — и широкое распространение получает когнитивная психология, психология познания. Возникает тенденция к формализации научных знаний, к созданию четких логических научных схем — и даже в таком направлении психологии, как психоанализ, который всегда обвиняли в интуитивности, метафоричности, невозможности экспериментальной проверки его методов, в поэтичности образов, даже в нем возникает так называемый «транзактный анализ», в котором структура человеческого «я» и взаимодействия людей построена на определенных жестких схемах и формулах, но при этом сохраняется образность и метафоричность психоанализа.

На развитие психологии оказывают влияние и методы других наук: метод наблюдения в психологии усовершенствуется до метода самонаблюдения, когда психика изучается с помощью метода самонаблюдения. Наука начинает все шире использовать приборы для изучения тех или иных явлений, уходя от описательных методов, и психология начинает постепенно тяготеть к эксперименту. Возникает голографическая модель психики Приброма, где конструкция психики позаимствована из принципов голографии.

Может возникнуть вопрос, почему так много психологических школ, почему практически ни одно определение в психологии, будь то определение интеллекта, сознания, мышления, личности, не имеет однозначности. Это, — следствие объективно существующего факта: природа человека и

окружающего его мира столь сложна, что в познании его естественно использование принципа упрощения — структурирования. Если представить изучаемое психологами явление как гигантский многогранник, имеющий бесчисленное количество граней, то ориентация на одну определенную грань и попытка изучения всего многогранника через изучение этой грани вполне естественна и допустима. И соответственно, нормально существование очень разных, часто взаимоисключающих подходов в изучении психики человека. Поэтому в психологии, и особенно в практической психологии, применяемой в медицине, все большее и большее значение начинает приобретать так называемый «эклектический метод», когда в картине мира определенного исследователя и его практической деятельности сосуществуют и взаимно дополняют друг друга несколько разных подходов к психике человека. Какой-то определенный психический феномен лучше разработан в подходе одной школы, а какой-то — в подходе другой психологической школы. Почему бы не взять все лучшее? Представляется неправомерным на сегодняшний день создание каких-то школ, претендующих на универсальность, всеобщность и единственно возможный взгляд на психику человека. Такая характеристика скорее относится к факту религиозного познания мира, где основой является не просто познание, а принятие постулата веры, и приверженцы подобных школ скорее напоминают верующих, нежели ученых. Типичен пример дианетики, которая постепенно из науки превратилась в саентологическое церковное учение. Непримируемость таких подходов очень напоминает фанатизм сектантов.

Какие современные концепции наиболее импонируют психологии XX века и находят наибольшее применение в медицине? Несомненно, здесь по-прежнему следует отдать предпочтение психоаналитическим теориям. Заслуга З. Фрейда, основателя психоанализа, может быть приравнена к заслугам самых великих ученых мира — Коперника, Джордано Бруно, Галилео Галилея, Кеплера, Эйнштейна, Дарвина, — потому что он впервые в истории науки и истории человеческой культуры четко сформулировал понятие многослойности психики, выделив три главные структуры и сформулировав принцип, в котором бессознательная часть психики во многом определяет поведение, мысли, чувства и желания человека.

Главное сопротивление концепции Фрейда объясняется, по-видимому, не столько научным характером причин, сколько особенностями человеческой психологии: чрезвычайно трудно принять идею о невозможности контролировать свое «я». Одним из главных стремлений человека является стремление контроля: самоконтроля и контроля над окружающим его миром. Существующие наука и техника есть проявления этого свойства. Но почти каждый человек может вспомнить случай из своей жизни, когда он в ярости бросал какую-нибудь вещь, в случае неподчинения ему этой вещи: бросал коробку со спичками, если они не зажигались, пинал мебель, если все время на нее натыкался. Это и был крик: «Ты мне не подчиняешься?!» Поэтому психологически человеку очень трудно принять то, что

в нем есть такая часть, причем очень важная часть, которая не подчиняется ему, которая не контролируется им. Может быть само время и место возникновения этой концепции — регламентированный протестантский пуританский мир, с его стремлением к жесткости, четкости и контролируемости, породило своеобразный протест личности в форме психоанализа против такого положения вещей. И из этих условий, может быть, и возникла другая концепция Фрейда о том, что поведение человека не просто во многом детерминировано функционированием бессознательной части его личности, а двумя мощными инстинктами: влечением к жизни (это все эротические влечения) — либидо-инстинкт и влечением к смерти — танато-инстинкт. Почти в каждом человеке в той или иной форме, осознаваемый им или малоосознаваемый, живет страх смерти. Поэтому принятие на сознательном уровне существования в человеке танато-инстинкта бросает вызов этим страхам, делает человека еще более уязвимым. И это еще одна психологическая причина столь яростного и активного сопротивления психоанализу. Третья характерная особенность психоанализа — это его стремление к универсальности, к объяснению явлений человеческой культуры в широком смысле этого слова, в том числе таких явлений, как войны, проблемы отцов и детей и многих других проблем, существующих из века в век. Это объяснение исходило из модели психики одного отдельного человека и из модели коллективной психики. Можно с абсолютной убежденностью сказать, что культура XX века, наука и искусство, литература, способы бытового мышления многих людей были бы совершенно иными, если бы не была создана теория психоанализа. Прimitивно понимаемый психоанализ, сведенный до уровня дешевого порнографического журнала, антигуманистичен, он превращает человека в животное. Но это не подлинный психоанализ. Нельзя стать гуманистичным, не узнав все о себе, в том числе и такое, чему противится наше сознание. Нельзя находиться в положении человека, который садится на стул, куда шаловливые дети положили кнопку, и говорить, что кнопки нет, испытывая при этом боль. Даже, если он и скажет, что кнопки нет, то через какое-то время заорет от боли, от чувства агрессии, испытываемой к этим детям. Так происходит тогда, когда человек говорит: «Нет, этого не может быть!» А когда он спокойно убирает кнопку и превращает ее в элемент игры с детьми, то больше ее ему не подложат, и отношения с детьми станут гуманистичными. Приблизительно тоже происходит в отношениях человека и его психики. Отлученность советской культуры на многие годы от психоанализа, несомненно, была вредна. Но столь же, несомненно, вредно поверхностное, неглубокое, примитивное оперирование психоаналитическими понятиями, когда даже само слово «психоанализ» превращается в эквивалент понятия анализа человеческой психики. Все, что происходило с людьми при неприятии психоанализа, и все, что происходит сейчас, легко понять, изучая сам психоанализ.

Психоанализ — это та школа, которая оказывает наибольшее влияние на медицину и не только на психиатрию и психотерапию, но и на общую медицину, так как развитие такой отрасли медицины, как психосоматическая медицина, в своей основе имеет психоаналитический подход и язык, где физические симптомы болезни трактуются как язык органов, разрешающих психологические проблемы.

Второе направление в психологии, которое тоже оказывает серьезное влияние на медицину и современную культуру, в частности, в таких практических реализациях, как организация «домов умирания», так называемая «гуманистическая психология», ее основоположниками были А. Маслоу и К. Роджерс.

Третье направление — поведенческая психотерапия, поведенческая психология, в основе которой лежит учение об условном рефлексе, предложившая целый ряд практических методов помощи людям.

Наконец, очень большое значение в психологии приобретает сейчас направление, ориентированное на интегративный культуральный взгляд, на слияние культур Востока и Запада. Одним из первых, принявшим участие в его разработке, был ученик З. Фрейда — Карл Юнг, а в современных школах наиболее отчетливо это направление выражается в теории и практике психосинтеза, создателем которого является итальянский психоаналитик Ассаджиоли.

Пятое направление — когнитивная психология, ориентированная на достаточно четкое, во многом построенное на эксперименте изучение познавательных процессов. Основателями этого направления можно считать Л. Выготского и американского исследователя Б. Скиннера.

Характерно, что все эти направления являются не просто теоретическими построениями или теоретическими взглядами на психическую природу человека, но способствуют созданию практической системы лечебных технологий, применяемых в психотерапии.

С некоторой оговоркой к современным психологическим теориям можно отнести и учение о психологическом стрессе, потому что, в конечном итоге, самим создателем этой концепции Гансом Селье была написана книга, которая, по сути, является психологией жизни, жизни без дистресса (разрушающей части стресса).

Учение о стрессе не может рассматриваться как чисто психологическая теория, потому что оно является интегративным взглядом клиницистов, физиологов, специалистов по кибернетике и часто интегрирует в себе подходы и взгляды других психологических школ.

Что же помогает освоить профессию врача? Какие психологические и тактические приемы?

Прежде всего — изучение психологии познавательных процессов, навыков, основанных на том, как лучше усваивается учебный материал, как применять приемы так называемого активного слушания, как организовать

свою память. Все это можно использовать в процессе обучения профессии, и, прежде всего, в процессе получения информации.

Однако для обучения врачебной профессии очень важно и другое — познание самого себя, умение читать свои чувства, умение их анализировать; способность понять, почему врач или студент сейчас сам испытывает ненависть или гнев, которые будут мешать его работе, что вызывает у него неприятие: предмет, который он сейчас изучает или лектор, который преподаёт этот предмет. И это позволит студенту не отождествлять изучаемую медицинскую дисциплину с личностью лектора или преподавателя и тем самым не совершать ошибки в приятии или неприятии какого-то раздела знаний. Изучение психологии позволит будущему врачу ответить на вопрос, какой врачебной специальности он посвятит свою жизнь, какая специальность будет соответствовать его личности, особенностям характера, ума, темперамента. Или он поймет, что восхищен личностью своего преподавателя и хочет воспроизвести его в себе, выбрав данную специальность. Но если при первом мотиве человек может стать увлеченным и квалифицированным специалистом, определиться на всю жизнь, то в случае второго мотива нередко наступает разочарование в профессии.

Одной из самых трудных, как мы уже говорили, в профессии врача является проблема человеческого общения с пациентом, с его родственниками, с другими врачами. Среди студентов и врачей во все мире относительно мало прирожденных коммуникантов, то есть людей, изначально обладающих высоким талантом коммуникации. Остальным просто приходится учиться навыкам грамотного взаимодействия.

В связи с этим уместна постановка вопроса: а что такое медицина? Это наука или искусство? Сам по себе этот вопрос несколько условен, искусствен, потому что он как бы автоматически исключает возможность сочетания этих двух видов человеческой деятельности, человеческого творчества. Медицина, возможно, одна из немногих профессий, где и искусство, и наука соединены в единое целое и их невозможно разделить. Речь, конечно, идет не о теориях в медицине, не об экспериментальных исследованиях, а о работе врача-клинициста. Если говорить, что деятельность врача-клинициста — это работа с людьми, то можно сказать, что она является искусством взаимодействия, но построенном на науке взаимодействия. Кроме того, врач-клиницист находится почти постоянно в состоянии стресса и неумение психологически грамотно взаимодействовать с самим собой усугубляет этот стресс, доводя до уровня дистресса, вызывая усталость, депрессию и страх перед своей работой. Знание психологии человека ведет и к познанию самого себя; научение навыкам работы с людьми дают врачу возможность умело работать с самим собой и охраняет его от дистресса.

Не случайно вопрос о том, чем является медицина — наукой или искусством, относится к разделу психологии, а не является предметом какого-то чисто методологического характера. Великий американский

психотерапевт Милтон Эриксон был человеком, деятельность которого может быть отнесена к той форме человеческой культуры, которая называется искусством. Его удивительная способность замечать нюансы и оттенки человеческого поведения, использовать невербальные характеристики общения, создание особой атмосферы взаимодействия с людьми, по-видимому, являют пример искусства в медицине и не могут рассматриваться как чисто научные способы взаимодействия с пациентами и терапевтического воздействия на них. Но существуют и другие психотерапевты, которые считаются в практической психологии основателями направления, называемого нейролингвистическим программированием — Бендлер и Гриндлер, которые сами считали себя учениками Милтона Эриксона. Они подвергли приемы и техники М. Эриксона научному анализу и создали жесткую технологию воздействия на человека. Стать Милтоном Эриксоном невозможно, это уникальная личность и она не воспроизводится, как и другие уникальные личности. Но стать квалифицированным и опытным специалистом по нейролингвистическому программированию может человек, обладающий некоторыми особенностями: у него должна быть мотивация к овладению этими знаниями, он должен проявить старательность и иметь минимальные врожденные задатки замечать, видеть, чувствовать. Многие люди на Земле могут овладеть технологиями нейролингвистического программирования. Это происходит потому, что искусство Милтона Эриксона было превращено в науку путем научного психологического анализа этого взаимодействия.

В общении врача и больного могут быть использованы многие приемы, техники и технологии, применяемые в так называемой народной медицине, например, способы общения с пациентом. Они могут быть подвергнуты научному анализу и из них может быть взято то, что наиболее желательно в ситуации общения, наиболее оптимально в рамках той этнокультуры, в которой приходится работать врачу с определенным этносом. Кроме того, анализ методов народной медицины просто позволяет иногда совершить сугубо научное открытие. Например, использование в начале 50-х годов в психиатрии резерпина для снятия страха, тревоги и возбуждения базировалось на том факте, что в индийской народной медицине настойка из травы серпенты (из которой изготавливается резерпин) применялось для лечения психически больных. И это не просто заимствование народных методов. В основе этого лежит одна очень важная психологическая идея: человеческая культура неразрывна, прежде всего, во временном контексте. Создавая новые технологии, например, лазерную терапию, можно вспомнить о том, что существует достаточно много волшебных сказок у разных народов мира, в которых лучи солнца каким-то образом концентрируют и оказывают или повреждающее, или лечебное воздействие. Архетип какого-то проникающего луча издавна существовал в культуре и был достоянием так называемого коллективного бессознательного.

Решение проблемы взаимодействия медицины как науки и искусства ставит вопрос: почему люди, которые живут в очень технологичном мире (имеется в виду не тропическая Африка, где лечение у парамедика во многих регионах является практически единственным видом получения медицинской помощи), обращаются за помощью к так называемым «парамедикам»? Современные люди живут в городских квартирах, наполненных различными вещами и предметами, связанными с современным, технологическим миром, хранят свои продукты в холодильнике, каждый вечер смотрят телевизор, слушают радиоприемник, пользуются пылесосом... Они могут работать на современном заводе и пользоваться технологиями, которые лежат на рубеже XX и XXI веков. Но когда они заболевают, то почему-то оказываются не в поликлинике и не в стационаре больницы, а на приеме у парамедика. Почему это так и можно ли этому воспрепятствовать? Ответ на вопрос: «Почему люди лечатся у парамедиков?» — содержит следующие составляющие.

В психологии человека сохраняется вера в чудо, несмотря на то количество сведений, которое он имеет об окружающем его мире и которое, казалось бы, исключает возможность чуда. Если бы не было веры в чудо, не было бы и праздника Нового года, просто люди в определенный срок меняли бы календарь на стене. Но, тем не менее, у всех народов мира этот праздник есть. Это отражение архетипа смены времен, обновления, рождения и смерти и веры в чудо. Это не логический расчет, это механизм психологической защиты в виде фантазирования, когда человек совершает где-то в будущем то, что ему не удалось сделать сейчас. Поэтому обращение к чуду является одной из причин обращения к парамедицине, которая и построена во многом на этой вере. Когда средства массовой информации начинают рекламировать какую-то клинику, какой-то метод или какого-то конкретного врача, то обязательно используется метафора: этот человек способен совершать чудеса. И человек рассчитывает попасть на прием к волшебнику. Никто не использует в рекламных целях такие аргументы: «Этот человек настолько усовершенствовал технологию лечения, что исключена возможность ошибки». Это не язык мифа, веры, чуда. Это не очень срабатывает. Гораздо заманчивей фраза: «Здесь творят чудеса».

В каждом веке были этапы увлечения наукой и техникой и периоды разочарования в них. Вот тогда и наступает особая потребность в чуде. Поэтому взаимодействие человека, ориентированного на выздоровление, с тем человеком, который может его вылечить, превращается в общение с человеком, который имеет ключи доступа к волшебным шкатулкам. Здесь в ход идет все: и броская необычная одежда, и ореол загадочности, и намеки на постоянную связь с потусторонним миром, и мистические эмблемы, и особая атмосфера того помещения, где идет прием больных.

Стоит заметить, что и когда медицина очень технологична, и не ориентирована на парамедицинский контекст, она тоже создает этот антураж, но только в ином, технологическом ореоле: много всяких приборов, которые

мигают, жужжат. Идя в диагностический кабинет, заполненный современной аппаратурой, человек на самом деле идет к магу, волшебнику и парамедику, и мотивация его такая: новейшая аппаратура способна совершить чудо. Одни люди верят в магические силы, другие — в приметы, а третьи — в компьютер, который в их глазах является столь же загадочным, как и магический кристалл.

Обращение к услугам парамедиков объясняется большим количеством людей, обладающих мифологическим сознанием, в котором преобладает архетип веры в чудо. Наличие коллективного бессознательного, в котором одним из главных архетипов является вера в возможность чудесного исцеления вплоть до получения бессмертия, — это один из самых распространенных сюжетов сказок.

Еще одна мотивация обращения людей к парамедикам — разочарование в официальной медицине. Взаимодействие с новыми технологиями, обозначающими этапы развития технологической цивилизации, характеризуются, как мы уже говорили, приливами и отливами энтузиазма: от крайней увлеченности до отказа и полного очернения того, что было достигнуто. Сейчас в истории медицины наступил некоторый этап разочарования во многих прежних достижениях, когда больше пишут не о возможностях антибиотиков, а об их отрицательном воздействии на человеческий организм, когда люди больше получают информации об ошибках врачей, чем об их успехах, когда возникает новый образ врача — образ беспомощного и бездумного человека. Столкновение больного в реальности с грубыми ошибками, прежде всего психологического характера подтверждает этот образ.

Волнообразность процесса взаимодействия с технологиями цивилизации аналогична волнообразности процесса обращения людей с идолами, с фетишами. Когда человек изначально опирается на тезис «медицина может все», то он совершает ошибку, а затем начинает нести в себе комплекс вины за эту ошибку. Когда же медицина не оправдывает его надежд, он старательно охаивает все, что с ней связано: и прогрессивное, хорошее, и плохое, чтобы как-то искупить эту свою вину, чтобы как-то наказать себя за фетишизацию.

Все это уже было подробно описано З. Фрейдом. И чем больше человек ранее поклонялся медицине, тем сильнее через некоторое время он будет ее уничтожать.

Заставляет людей обращаться к парамедикам и недоступность некоторых видов медицины. Ошибка официальной медицины состоит в том, что она объявила смертельную войну парамедицине. Гармония человеческого взаимодействия строится не на борьбе, и обозначении медицины как науки агрессивной, или как отрасли человеческих знаний, направленных не на лечение больных, а на борьбу с инакомыслием, изначально неверно. В этом случае гораздо интересней адаптационный подход, где патология рассматривается не только как следствие пола, но и

как форма приспособления этого организма к новым условиям существования. Это можно позаимствовать у некоторых направлений парамедицины. Разумная позиция, которую может занять медицина по отношению к парамедицине, заключается в следующем:

а) познание конкретных приемов парамедицины, нахождение их логического и биологического обоснования;

б) анализ полезных сторон этих приемов и тех, которые могут повредить человеку;

в) заимствование полезных приемов, как в свое время была использована настойка серпенты для лечения психических больных, как были взяты в арсенал современной психотерапии техники медитации и транса, широко практикуемые в восточной парамедицине;

г) необходимо отличать талантливых парамедиков от проходимцев и жуликов. В парамедицине встречаются и те, и другие, как в медицине встречаются плохие и хорошие врачи.

Тогда врачи могут спокойно сосуществовать с парамедиками, помня о том, что в человеке никогда не иссякнет вера в чудо и никогда не исчезнет группа людей с мифологической картиной мира. Тогда можно выполнить девиз психотерапии: «клиент всегда прав». Пусть пациент обращается туда, где ему не нанесут вреда, и нет разницы — будет это дипломированный врач или парамедик.

Но необходимо четко знать границы возможностей парамедицины и границы возможностей официальной медицины. Например, опасно обращаться к парамедику человеку с коматозным состоянием, с болевым шоком после острого инфаркта миокарда. Реальная помощь может быть оказана только в реанимационном отделении. А человеку с мифологическим видением картины мира и неврозом вполне можно лечиться у профессионального парамедика.

Новые технологии медицины

В данном случае автор имеет в виду технологии последних десятилетий. Это касается как обучения медицине (например, использование компьютерных способов обучения, создание модели прогноза диагностического процесса), так и самого врачебного процесса: новые возможности диагностики и лечения.

Внедрение новых технологий в процесс обучения медицине должен строиться на психологической основе, на принципах работы мышления, на учете человеческих эмоций, например, возможного страха перед неизвестной техникой. Возможна и крайняя ориентация на возможности техники, которая сведет на нет ту сторону медицины, которая называется искусством. Учет особенностей памяти каждого человека тоже влияет на процесс обучения медицине. Другими словами, процесс обучения медицине должен иметь серьезное психологическое обоснование. Использование же новых

технологий в диагностическом процессе, должно точно так же все время соотноситься с несколькими простыми психологическими постулатами:

а) многие больные будут воспринимать эти новые технологии как форму магического воздействия, отсюда возможность возникновения так называемого «плацебо-эффекта». Плацебо-эффект изучается при воздействии лекарств на организм человека и почти никто не исследовал плацебо-эффект при взаимодействии с новыми технологиями, например, действие на больного современной аппаратуры. Врачу необходимо помнить о том, что при работе с аппаратными технологиями он может столкнуться с явлением плацебо-эффекта. И каждый раз он не будет знать, что исцелило его пациента: психологический фактор веры в новый аппарат или реальные терапевтические возможности;

б) необходимо помнить, что чем больше используется технологии в процессе лечения, тем сильнее разрыв во взаимодействии «врач—больной», которое является самой главной формой всего врачебного процесса, начиная от диагностики и кончая профилактикой. Вместо этого возникает другое взаимодействие — «больной и новая технология». Посредник между пациентом и врачом такой сильный, такой могущественный, что он забирает на себя весь процесс взаимодействия. Тогда возникает парадокс: пациент лечится уже не у врача, а у какого-то аппарата. Это не значит, что необходимо нигилистически относиться к использованию аппаратуры; просто какими бы современными технологиями, какой бы совершенной аппаратурой не был бы вооружен врач любой профессии, он должен все время базироваться на системе межличностных отношений «врач—больной». Эта система должна оставаться центром взаимодействия пациента с врачом. Врач не должен и не может превращаться в техника, обслуживающего совершенную аппаратуру. Профессия врача была, есть и будет профессией человеческого взаимодействия;

в) врач, работающий в системе новых технологий должен хорошо взаимодействовать со своим «я», со своей психикой, помня о наличии так называемой психологической защиты. У него может возникнуть чувство своей второсортности как просто обслуживающего персонала, может возникнуть чувство незаслуженного могущества, слуги Бога, находящегося в контакте с волшебным аппаратом. Врач должен уметь читать эти чувства и корректировать их.

Студенты, обучающиеся медицине, выбрали замечательную и одновременно опарную профессию. Замечательную, потому что она существует для человечества, и если человечество решило выживать, то врач — это тот человек, который активно содействует этому процессу. Политик, формирующий новую политическую систему может при жизни и не увидеть результатов своей деятельности; инженер, создающий новые технологии может не дожить до того дня, когда его изобретение послужит человечеству. Врач может уже через день увидеть плоды своей работы. Например, в реанимацию привезли человека в состоянии клинической смерти — врач

вывел человека из этого состояния, спас его от смерти, но не следует забывать слова знаменитого южноафриканского хирурга Бернарда, который впервые сделал пересадку человеческого сердца. Этот человек наложил на себя запрет считать, что он что-то сделал, кого-то спас, он говорил, что это делает природа, а он лишь только помогает ей. И осознание этого привело его к тому, что он покинул медицину. Это и есть тяжкая сторона нашей профессии, когда врач устает от чувства ответственности, от того, что часто одно неверное слово, одно неверное назначение, одно неверное движение руки хирурга может стоять искалеченной судьбы, человеческой жизни, человеческого счастья. Многие люди могут оказаться в такой же ситуации, например, водитель автомобиля. Если он невнимателен, то может кого-то задавить, разбить машину. Но у него это — чрезвычайное происшествие, а в профессии врача — это статистический процент. Предполагается, что никто из врачей не может быть застрахован от профессиональных ошибок. Это очень тяжелое бремя — знать, что ты кому-то искалечил жизнь. Нет ничего необычного в том, что человек может уйти из медицины, поскольку врачи за свою деятельность, за свое редкое счастье видеть выздоравливающего пациента платят несоразмерную цену — цену своего здоровья, цену брошенных собственных детей, которые почти не видят своих родителей, цену короткой жизни — жизнь хорошего врача редко бывает длинной. Кому-то такая жизнь не подходит, кто-то из нее уходит. И нет ничего особенного в первом варианте, нет ничего оскорбительного и постыдного и во втором.

Глава II

СОЗНАНИЕ И ЕГО ОСОБОЕ СОСТОЯНИЕ

Сознание есть одна из форм проявления психики, создающее интегративный образ, отражающий мир психики человека и образ своего «я» — психического и телесного.

Первая функция сознания — интегративная — интегрирование человека с самим собой и с окружающим его миром. Существуют еще и другие функции сознания.

Функция энергетическая направлена на обеспечение процесса, так называемого бодрствующего или активного сознания, когда оно способно к наиболее ясному и отчетливому восприятию окружающего мира и своего «я». Другое, противоположное этому — состояние сна. И между этими состояниями есть переходные формы, которые называются измененными состояниями сознания.

Следующая основная функция сознания связана с ориентацией психической деятельности. В одном случае — это ориентация на окружающий мир, так называемое «активное», или «экстравертированное» сознание, в другом случае — это интровертированное сознание, ориентированное внутрь человека.

На сегодняшний день не существует такого определения сознания, которое устраивало бы представителей разных психологических и разных психиатрических школ, поэтому каждое определение отражает особенность подхода каждого из учений и особенности описания каждой из его функций.

Важность интегративной и энергетической функций сознания обусловлены тем, что они энергетически обеспечивают взаимодействие человека, его психики, его организма с окружающим миром и с самим собой. Очень трудно решить вопрос, что является первичным в этом процессе: взаимосвязь с окружающим миром, прочтение информации из этого мира или взаимодействие с самим собой? По-видимому, это — замкнутый круг, где первичны/вторичны оба варианта. Ориентация сознания на внешний или на внутренний мир во многом определяет чрезвычайную изменчивость состояний сознания, его мозаичность, его флуктуации, его варианты. Ориентация сознания на окружающий мир, с его оценкой, прежде всего, окружающего мира, прочтение информации из окружающего мира характерно для активного (экстравертированного) сознания. Если говорить о том, что сознание есть функция, обеспечивающая взаимодействие человека с окружающим миром и самим собой для его максимальной адаптации, то и процесс чтения самого себя (своих чувств, эмоций, переживаний и ощущений своего тела) — это адаптация к самому себе. Итак, чтение ощущений тела тоже входит в функции сознания. Например, человек прочитал информацию извне: он стоит перед широкой канавой, но не может прочитать возможностей своего тела (человек сейчас уставший, сможет ли он

перепрыгнуть через канаву?); он может совершить ошибку и получить физическую травму. Тело человека — это набор рецепторов, поставляющих информацию не только из внешнего мира (глаза, слух, обоняние), но и изнутри человека (например, болевые ощущения). Чтение информации из внешнего мира — это первый этап, а второй — это узнавание самого себя. И в результате этих процессов происходит сопоставление между своими ощущениями, чувствами, желаниями, потребностями и ситуациями окружающего мира. Именно ясность, экстравертированность сознания обеспечивает функционирование человека. Каким образом это происходит? Как сознание обеспечивает сопоставление ситуаций мира человека с правилами и нормами окружающего его мира? Это очень важная функция сознания. Ее можно условно представить как действия с накладными картинками: если картинка совпала с эталонной, то человек все правильно сделал, сознание обеспечивает поведение человека в рамках «эталона». Когда психиатры рассуждают о ясности или неясности сознания, они часто прибегают в качестве примера к тем ситуациям, где человек плохо ориентируется в окружающих его действительности, пространстве, времени... Можно ли считать больным с ясным сознанием бредового больного, ведь у него уже какое-то свое, особое сознание? А поведение психопатической личности, не страдающей психозом, рассматривается именно как психопатическое, потому что, читая ситуацию, такая личность не соотносит ее с вышеупомянутым эталоном. У этой личности другой эталон, или размытый эталон, или вообще отсутствует система сопоставлений. В этом случае можно говорить о том, что здесь есть проблема сознания. (Хотя ни одному психиатру не придет в голову считать психопатическую личность человеком с нарушенным сознанием. Так считают не психиатры. Так считают родственники этого человека. Они утверждают, что он — ненормальный, потому что он ничего не понимает, все делает не так, он не живет, как все люди, он не пользуется правилами, принятыми в окружающем мире.)

Возвращаясь к психологии сознания, нужно признать, что очень во многих случаях врачи имеют дело с людьми, у которых весьма своеобразное сознание. Разработанной классификации этих состояний пока еще нет, но предпринимаемые в последнее время попытки составления новых картографии сознания, являются шагом к такой типологизации.

Следующее свойство сознания — это его ориентация на себя («интровертированность»). Классический пример такого интровертированного сознания: сознание состояний медитации и другие формы так называемых измененных состояний сознания. Еще одно свойство сознания, как мы уже упоминали, — его бодрствование (бодрствующее сознание) и сон.

Чтобы разобраться в этом вопросе, представим себе две ситуации. Первая: в которой лектор невыразительным и монотонным голосом нудно читает, не отрываясь от текста, что-то малопонятное аудитории с огромным

количеством незнакомых терминов и выражений. Присутствующие при этом впадают в странное состояние — полусонное, полубодრствующее. У некоторых возникает потребность вернуться к ясности мысли и ума, и у них появляется раздражение на лектора, другие — засыпают. Вторая ситуация может быть смоделирована, когда в достаточно большой аудитории все присутствующие начинают шуметь, стучать, активно двигаться. Такая ситуация вызывает ощущение изменения реальности в деструктивную сторону. Мир начинает дезорганизовываться. Обе эти ситуации выявляют, что что-то происходит с сознанием человека.

Основываясь на вышеописанных двух ситуациях, можно сказать, что сознание может быть обычным, то есть бодрствующим, когда человек внимательно и сосредоточенно что-то слушает, пытается понять и запомнить. Это — активизирующее сознание или активное сознание. Оно ориентировано на то, чтобы прежде всего воспринимать, оценивать окружающий мир. В бодрствующем состоянии сознания человек предпринимает какие-то действия, чтобы сохранить необходимый ему уровень активности сознания, хорошего самочувствия, бодрости, обостренного внимания, способности запоминать, способности мыслить. Например, он говорит: «Хватит!» — в ситуации, упомянутой выше, когда лектор читает скучный и непонятный текст. Уровень этого бодрствующего сознания как энергетической характеристики есть тот самый аккумулятор, который питает человеческий мозг и все тело человека какой-то определенной энергией.

На накопление этой энергии, на эту активность влияет целый ряд факторов. Прежде всего, это характеристики окружающего мира. Для наибольшей активности сознания необходимы средние оптимальные условия. Чрезмерно сильные раздражители, как во втором случае, приводят к дезорганизации сознания. Пример, который иллюстрирует это положение, можно взять из жизни: ситуация нападения грабителей.

Одной из главных проблем криминологии является проблема психологии свидетельских показаний. Свидетели или потерпевшие дают совершенно исключаящие друг друга описания преступников, которые напали.

В начале века, на одном из международных криминологических конгрессов во время доклада на трибуну внезапно ворвался негр в ярко-оранжевой рубашке, в экзотического вида штанах, с палкой в руке. Он кричал, размахивал палкой, в общем безобразничал. Потом всех присутствующих попросили описать произошедшее. Следует напомнить, что на конгрессе присутствовали люди той профессии, к которой непосредственное отношение имела данная ситуация. Ответы потрясли, они были типа: «... выскочило три человека с громадными бородами, одетые во все черное. И они стреляли из револьверов». Ни один из присутствующих в зале криминалистов не дал адекватного описания этой ситуации.

Это означало, что их сознание в данный момент в виду чрезмерной активации было дезорганизовано, и они воспринимали окружающий мир не

таким, какой он есть на самом деле. Это один полюс дезорганизации бодрствующего сознания.

Второй полюс — слишком однообразный, монотонный и слабый раздражитель, как в первой ситуации, приведенной в начале главы. Тогда бодрствующее сознание меняется и переходит в полярное самому себе состояние, которое называется сон.

Проводились исследования по так называемой сенсорной изоляции или депривации. Человека помещали в специальную ванну, температура воды в которой была равна температуре его тела, не было никаких звуковых и зрительных раздражителей (на глаза накладывались мягкие темные повязки), удельный вес жидкости в ванне (это был солевой раствор) совпадал с удельным весом человеческого тела, и таким образом, тактильные раздражители также были устранены. И это оказалось одним из самых трудных испытаний человеческой психики.

Окружающий мир вначале начинал вторгаться очень яркими образными представлениями — сознание боролось за то, чтобы сохранить связь с окружающим миром; затем начинались телесные ощущения: гигантская голова, уходящие вдаль, не имеющие размеров руки и нога, невозможность определить, где верх, где низ. Затем у человека начинались странные видения и ощущения, которые никак не были связаны с конкретной реальностью — световые гаммы, очень странная музыка, не имеющая ничего общего с музыкой этого мира, то есть человек создавал новый мир, который должен был заменить тот мир, от которого его отлучили. Этот эксперимент выявляет одно очень важное свойство сознания, но именно бодрствующего сознания: оно является формой сцепления человека с окружающим его миром. Если эта связь начинает ослабевать, то предметом бодрствующего сознания становится сам человек.

Сознание во сне, по прежним воззрениям, представлялось как состояние, которое является периодом пассивного отдыха, когда мозг как бы отдыхает и накапливает энергию для последующего активного бодрствующего сознания. Исследования последних 2—3-х десятилетий показали, что сон или сознание во сне — это весьма сложный процесс, имеющий множество фаз. Одной из самых важных в психической жизни человека является фаза быстрого сна, которая характеризуется периодом сновидений.

Работы советского исследователя В. Ротенберга экспериментально доказали, что сон выполняет функции психологической защиты и многие эмоциональные конфликты человека находят разрешение во время фазы быстрого сна. Впервые теоретически это было сформулировано З. Фрейдом. Фаза быстрого сна также является ответственной за характер и активность сновидений человека. Анализ и трактовка сновидений — одна из самых традиционных форм разгадки психической жизни человека.

Сновидениям издавна придавали символическое значение, и традиционные народные сонники содержали целую разработанную систему

символов, несущих и предсказательность, и семантику тех или иных образов, возникающих во сне.

Анализ сновидений является одной из основных техник психоанализа. Как правило, анализ сновидений в классическом ортодоксальном психоанализе связан с расшифровкой тех или иных комплексов и, чаще всего, сексуальных символов, вытесненных в бессознательное. Очень многие виды современной психотерапии также используют анализ сновидений. Примером тому является использование анализа сновидений в гештальт-терапии, в новых разновидностях фрейдизма.

Сравнительно недавно считалось, что сон есть физиологическая форма отключения сознания, биологически обусловленная, для того, чтобы получить максимальный отдых. Это своеобразная временная смерть. У всех народов мира существует в различных модификациях сказка о спящей красавице. Девушка в ней засыпает, по сути, погружаясь в смерть, и только волшебство (почти во всех сказках это любовь) способно ее расколдовать. Фактом рассмотрения сна как явления временной смерти, объясняются такие феномены, как страх засыпания детей, которым еще трудно самопроизвольно регулировать уровень бодрствующего сознания. Сон для детей — это что-то непривычное, тяжелое и опасное.

Исследование измененных состояний сознания, то есть состояний, вызванных приемом тех или иных веществ, меняющих уровень сознания (так называемых психотропных препаратов, наркотических веществ), или состояний сознания, вызванных путем специальных телесных упражнений (ритмических танцев, особого рода дыхания, слушания музыки), привели исследователей к созданию так называемой картографии сознания, в которой между сном и бодрствованием существует целый ряд промежуточных форм. Сознание может двигаться по континууму «бодрствующее сознание—сон», что характеризуется нарастанием самоуглубленности, интровертированности. Такое же состояние полной отрешенности от внешнего мира, глубокого сосредоточения на своем внутреннем мире, когда наступает максимальная интеграция человека с миром, когда сознание растворяется в космосе, соединяясь со всей Вселенной, может достигаться при занятиях йогой. Состояние, вызывающее подобный уровень сознания, носит название «медитация». Может быть, еще одна форма состояния измененного сознания — состояние транса, когда, наоборот, достигается самоуглубленность с целью подъема психических и физических сил, усиления физической активности. Сознание транса может возникать, как спонтанно (самопроизвольно) в минуты, когда требуется особый уровень сознания для выполнения какой-то более серьезной работы, или может быть вызвано искусственно.

Когда-то оба этих состояния — и бодрствование, и сон — рассматривались как однородные. Считалось, что сон — это отключение сознания, во время которого мозг и организм отдыхают. Это — традиционная точка зрения и она, в определенной мере, верна, поскольку лишение человека

сна приводит к довольно тяжелым психическим нарушениям. Поэтому эту функцию (отдыха, реабилитации) сна следует признать состоянием сознания. Но исследования последних 30—40 лет показали, что сон — далеко не однородное образование сознания, также, как неоднородно бодрствующее сознание. Неоднородность его в том, что уровень активности сознания в течении дня постоянно меняется: по причинам внутреннего порядка — соответственно биологическим ритмам организма (вспоминается традиционное деление людей на «сов» и «жаворонков», людей, у которых наивысшая активность сознания утренняя, и людей с максимальной вечерней активностью сознания) и по внешним причинам — ситуации окружающей жизни и потребность в адаптации тоже требуют изменения активности сознания. Типичный пример такой повышенной активации сознания — состояние транса, то есть такого измененного сознания, в котором происходит резкая психофизиологическая активация организма. Известны случаи, когда в состоянии транса человек может совершать чудеса проявления физической силы, невозможные для него в обычном состоянии сознания: так мать, защищая своего ребенка, поднимает в состоянии транса железобетонную плиту весом несколько сот килограммов. В этом же кроются причины невероятных спортивных достижений — знаменитый прыжок Симона Бомона во время олимпийских игр в Мексике в 1970 году. Ни до этого, ни после этого он никогда не прыгал на 8 м 90 см. Он совершил в жизни этот единственный спортивный подвиг, и этот рекорд продержался необычайно долго. Способность человека входить в состояние транса — это еще одно доказательство ориентации сознания, главной ориентации, на адаптацию, в том числе на адаптацию к экстремальной ситуации. Состояние транса может иметь два варианта:

- 1) спонтанное впадение в транс в ситуациях, которые «организм оценил как экстремальные»;

- 2) спонтанное впадение в транс в ситуациях неопределенности, ибо неопределенность несет в себе угрозу. Спонтанное изменение сознания до уровня транса — это состояние, возникающее в результате угрозы психического, физического или социального существования. Спонтанный транс — это регуляторный язык для отражения опасностей.

Состояние транса можно вызвать различными способами. Одним из таких эффективных способов является один из вариантов так называемого «эриксоновского гипноза». Он заключается в том, что психотерапевт произносит не совсем связные фразы (например, очень долго рассказывается история про рост помидоров), не вкладывая, на первый взгляд, в них определенного смысла. Это помогает пациенту войти в измененное состояние сознания, в его голове эти слова вызывают немыслимую путаницу и тогда ключевые слова, сказанные психотерапевтом, например, «уходит боль», оказывают свое воздействие.

Создатель этого метода Милтон Эриксон, один из великих психотерапевтов практиковал последние пятнадцать лет своей жизни, будучи парализованным и практически лишенным способности говорить.

Измененные формы сознания играют в жизни человека большую роль: для кого-то становится истиной, что ему очень важны его близкие, для кого-то — природа, то есть человек обнаруживает в себе то, чего не мог обнаружить раньше в состоянии активного реального сознания.

Из практики известен случай, когда обеспеченный и довольно распушенный в личной жизни молодой человек, участвуя в одной психотерапевтической технике, в момент измененного сознания увидел на вершине высокой горы обручальное кольцо и был крайне изумлен, потому что оказалось, что образ женщины в сознании этого человека всегда был идеализированным, возвышенным и святым.

В психологической литературе очень трудно проследить границу между трансом и медитацией, потому что и то, и другое — состояние измененного сознания. Но все-таки транс — это мобилизация. Читатель может возразить, что человек в состоянии транса бывает иногда замеревшим, неподвижным. Но это — замирание спортсмена перед стартом, это замирание человека, который сейчас совершит стремительный бросок: бросок тела, бросок мысли, творческого озарения, бросок каких-то новых адаптационных возможностей. Это тишина перед грозой. Кстати, само творческое озарение — еще одно из измененных состояний сознания человека, одна из вечных тем: гений и безумие. Что есть гениальность — отклонение от нормы, патология? Но эта тема уже не столько научная, сколько беллетристическая.

Важен вопрос: является ли измененное сознание формой патологии или является нормой. Люди одновременно тянутся к измененному сознанию и боятся его. Но человек растущий (имеется в виду психологический аспект) не боится измененного сознания, поскольку — это путь к личностному росту, путь к изменению и преодолению своих проблем. Человек «умерший» всегда боится, что этот «труп», этот «саркофаг» начнут теревить, трогать, тревожить и избегает ситуаций, в которых его сознание может стать измененным.

Не стоит бояться измененного сознания, поскольку это нормальное состояние человека. Восточная медицина, да и философия всегда считали, что человек постигает истину только, отгородившись от внешнего мира и войдя в мир внутренний, ибо внешний мир мимолетен.

Все особые формы сознания являются способом взаимодействия с громадным космическим миром. Чтобы прикоснуться к измененному состоянию сознания без помощи химических веществ, нужна очень большая, кропотливая и глубокая работа со своей душой. И очень велик соблазн попробовать химические средства (кокаин, марихуану, героин), чтобы достичь этого состояния. Это страшный способ, потому что он — легкий и потому, что он вызывает привыкание организма на биологическом уровне.

Многие художники, музыканты, поэты не избежали этой участи, и не потому, что люди искусства — порочные люди, а потому что творчество —

это тоже измененное состояние сознания, которое, как мы уже сказали, можно достичь трудным способом, постоянной работой со своей душой, а можно — и простым способом, приняв дозу наркотиков. Настоящее творчество (новые открытия, новые взгляды на мир и т.п.) невозможно вне состояния измененного сознания. Оно позволяет человеку по-новому понять самого себя, понять окружающий мир, понять природу, услышать в ней какие-то новые ритмы. Поэтому эта дилемма достаточно бессмысленна: тот, кто наделен способностью часто и продуктивно погружать себя в состояние измененного сознания — тот творец; тот, кто боится этого измененного состояния сознания, — не творческая личность. Это достаточно спорное утверждение, но на наш взгляд оно может быть рассмотрено как гипотеза.

Почему именно измененное сознание порождает творчество? Потому что обычное, неизмененное сознание, так называемое индивидуальное сознание человека, — это сознание на самом деле псевдоиндивидуальное, поскольку это сознание бесчисленного количества людей, сознание эталона правил поведения, с которым человек соотносит свои поступки с правилами мира. Американский нейрофизиолог Лилли считает, что 99% элементов так называемого индивидуального сознания — это сознание, не принадлежащее индивидуальному миру. Система формирования социальной личности — это система деиндивидуализации сознания. Для того, чтобы человечество могло существовать как сообщество, это необходимо, так как крайнее разнообразие индивидуальных сознаний привело бы к невозможности существования этого сообщества. Представим себе, что в одной комнате собраны люди с совершенно разными картинками мира, говорящие на разных языках: папуас, житель средней Европы, эскимос. Возникающие вопросы следующие: что лучше банан или моржовое мясо? И тут же возникает оговорка: смотря для кого? Для папуаса — банан, для эскимоса — моржовое мясо, а для жителя средней Европы может быть что-то третье. Наивный вопрос, который задают студенты мединститута: что лучше — психиатрия или кардиология? Ответ такой же, как и в приведенном нами примере. Далее мы дадим краткое описание некоторых видов сознания, представляющих интерес для медицины.

А. Профессиональная картина сознания (мира)

Индивидуальное сознание человека, как оказывается, — вовсе не индивидуальное. Одна из его разновидностей — так называемое профессиональное сознание. Например, человек вырабатывает набор определенных жестких профессиональных критериев оценки какого-то заболевания. Если человек хочет функционировать в рамках своей профессии, если он хочет, чтобы его понимали, он должен придерживаться этих правил, а они далеко не индивидуальны. Но наука умрет без привнесения в нее чего-то нового, чего-то глубоко индивидуального. Всегда, во всех областях деятельности должны быть люди, выходящие за общепринятые рамки, которым тесно внутри жестких профессиональных

классификаций, ибо только так осуществляется рост всего живого. Конечно, имеются в виду не революционные изменения, когда все старое разрушается, а изменения со знанием всего старого, с глубоким его пониманием и уважением. Творчество возникает, прежде всего, из знания традиционных профессиональных правил. И отторжение их происходит не от незнания истины, а от нового взгляда на эти истины. Это не распространяется на детей, которые еще не обременены профессиональными истинами, но часто задают чрезвычайно глубокие вопросы.

Б. Механистическая картина сознания (мира)

При механистической картине мира тело человека рассматривается как механизм. Люди такого типа очень ориентированы на лечение «остеохондроза», к которому они сводят все свои болезни. Тело воспринимается ими как сгусток канатов, шестеренок и переходных блоков. И чтобы его вылечить, в одном месте надо подтянуть, в другом — ослабить, в третьем — усилить, то есть действовать так, как человек работает с механизмами. И отвертка или любая другая железка в руках врача не вызовет ужаса у такого пациента, а только удовлетворит его, — все идет так, как он себе представлял. Такие люди очень любят работу с телом, они ориентированы на так называемые «объективные методы исследования». Больной такого типа не поверит врачу, если тот будет долго с ним разговаривать: им не нужно понимание, им необходимо «ремонтное обследование» их организма. И не обязательно это люди технических профессий, профессии могут быть любые.

С такими пациентами надо строить свои отношения особым образом: делать им кардиограмму, рентгенограмму, бесчисленные анализы, все, что связано с аппаратами, приборами и пробирками. И назначения давать, имея на руках рентгеновский снимок, результаты анализов, кардиограмму... Иначе у них не будет ощущения, что врач по-настоящему занимается ими.

В. Оккультная картина мира (оккультное сознание)

В ней есть сходство, описанное знаменитым исследователем Леви-Строссом, с сознанием примитивных народов: аборигенов Австралии, папуасов. Это мышление допускает существование таких вещей, которые не нуждаются в проверке опытом, оно допускает взаимосвязь чего угодно с чем угодно. Такое мышление может быть хаотичным, а может быть структурированным. Вводится одно ключевое понятие: например, карма, биополе, воля богов и другие. И оно, это понятие, является сверхсильным, мощным генератором, разрешающим все.

Поскольку оккультное состояние сознания характерно для людей, находящихся на ранней стадии развития, то наличие этого сознания у современного человека является регрессивным. Не стоит думать, что дикарь — это некое разнузданное существо, размахивающее дубиной, напротив,

дикарь — это очень регламентированное существо, но регламентированное некими загадочными силами, которые он не объясняет.

Можно вспомнить, как ведут себя дети, когда у них спрашивают: «Почему?» Частенько они отвечают: «А потому», — не давая никаких объяснений. Это не требующее объяснений сознание и есть сознание веры.

Г. Бытовая картина сознания (мира)

Это сознание строится на очень упрощенном варианте каких-то разумных, понятных, бытовых вещей, основывающихся на личном опыте предшествующих поколений. Например, все знают что, мед оказывает заживляющее действие на раны, на язвы. Но по этому представлению на любую язвенную поверхность надо накладывать мазевую повязку из меда. Это правильно, но в x случаев из 1000. А в случае, например, сифилиса это даст только усиление симптоматики и никакого улучшения не последует. При заболевании сифилисом этого категорически нельзя делать. Следовательно, в большинстве случаев бытовое мышление работает адекватно, но не годится для нестандартных случаев.

Выделяется еще одна функция сознания — это участие в процессе вероятностного прогнозирования. Это еще одна сторона активного сознания.

Вероятностное прогнозирование — это возможность предполагать с той или иной точностью какое-либо событие. Например, человек предполагает, что дома будет электроэнергия и он сможет посмотреть телевизор. Есть, конечно, вероятность того, что электроэнергии не будет, но эта вероятность мала и человек не берет ее в расчет. Можно ли ожидать зимой теплого дождя, а затем солнца и теплой погоды? Да, такие явления имеют место, но очень редко. Поэтому их тоже не берут в расчет. Поведение человека меняется в зависимости от прогноза, человек совершает выбор и начинает действовать.

Если сознание представить в виде различных зон активности, то в зоне умеренной активности принимаются наиболее вероятные варианты. Для того, чтобы прийти к нетрадиционному, к неординарному решению, надо попасть либо в зону максимального напряжения, либо в зону засыпания. Известно, что многие творческие люди все время держали рядом со своей кроватью блокнот и ручку, чтобы записывать приходящие в таком состоянии мысли.

Итак, человеку нужно все: и наличие самого вероятностного прогноза, чтобы функционировать в обычной традиционной ситуации, и уровень вероятностного прогнозирования, приближающийся к зоне маловероятных прогнозов, для нахождения каких-то оригинальных, необычных вариантов состояния.

Историю развития человеческой цивилизации можно условно соотнести с проблемой сознания. Здесь можно выделить две традиции и две культуры. Это европейская и североамериканская культуры, в которых основной акцент развития человеческой мысли делался на том, что избегать измененные состояния сознания есть способ познания мира. Особенно это характерно для

Средневековья с его девизом могущества человеческого разума, постижения мира с помощью жестких логических схем. Его можно условно назвать «ньютоновским сознанием». Это — один способ упорядочивания мира. Второй — путь Востока, где особые состояния сознания — это познание не просто мира, а слияние со Вселенной. Если европейский путь — это путь расчленения, то второй — это путь синтеза, познания взаимодействия, слияния со своим внутренним миром и проникновение в него через особые измененные состояния сознания, познание окружающего мира через эти состояния. И во многом историю человеческой культуры можно рассматривать как борьбу этих двух начал: примата познания мира через неизменное активное экстравертированное сознание над познанием себя и мира через измененное интровертированное сознание. Медитация — способ искусственного изменения бодрствующего сознания до уровня самопогруженности — во многом изобретение восточной культуры. Интересно, что средства, которые химическим путем вызывают измененные состояния сознания — «открытия» не европейской культуры, начиная от самых традиционных, таких, как табак (латиноамериканская доколумбовская культура — аналог восточной), кофе и кончая такими незаконными средствами, как опиум, гашиш, кокаин и другие. Исключение составляет алкоголь, поскольку это преимущественно европейское изобретение.

Но европейская культура тоже создала способы медитационных измененных состояний сознания — это молитва, это экстатические религиозные радения, танцы, ритмика, классическая медитационная музыка. Здесь уместно привести очень интересное наблюдение: это смыкается с верой, потому что путь измененных сознаний — это путь познания не той части мира, которая реально окружает человека на бытовом уровне, а той части, которая недоступна человеческому зрению и слуху, поэтому это — приобретение религиозной культуры.

В современной психологии одним из первых, кто проявил интерес в своих исследованиях к восточной культуре и к восточной картине мира был ученик З. Фрейда Карл Юнг. Именно у Юнга впервые появляется понятие «коллективное бессознательное». Юнг описал такую форму бессознательного, которая невозможна только в активном сознании, невозможна без принятия восточной картины мира. Следуя восточным традициям, современные психологи приходят к сложному пониманию топографии сознания.

Наиболее отчетливо разработано понятие топографии сознания в работах Станислава Графа, чешского, а впоследствии американского психиатра. Вначале изучение сознания проводилось им с помощью внешних воздействий: препарата ДЛК-25 или ЛСД-25. До сегодняшнего дня остается открытым вопрос о действии этой группы препаратов на психику человека, и коротко этот вопрос формулируется так: приносят ли эти препараты нечто новое, несвойственное психике человека? Или, наоборот, «извлекают» из нее то, что нельзя извлечь в обычном бодрствующем состоянии сознания? По

мнению С. Грофа ЛСД-25 не привносит в психику человека ничего внешнего и позволяет ему открыть в себе и в окружающем мире те новые возможности, которые были недоступны ему в обычном состоянии сознания. Поскольку опыты с ЛСД-25 оказались далеко не безопасными, так как часть участников эксперимента получили тяжелые психические расстройства, то работы в области экспериментальных психозов были запрещены во всем мире и С. Гроф перешел на другие способы изменения сознания, так называемое «голотропное дыхание» — целенаправленное изменение сознания с помощью особого ритма и глубины дыхания, особых телодвижений и музыки. Эти исследования позволили Грофу сформулировать следующие положения:

— Сознание имеет три уровня:

1) первый — тот, которым традиционно занимается психология и психотерапия, это уровень биографических воспоминаний и индивидуального бессознательного;

2) второй уровень — пренатальный — промежуточный между индивидуальным и коллективным бессознательным;

3) третий — «трансперсональный».

— Продвижение по уровням сознания есть переход от уровня индивидуального бессознательного к коллективному, и, может быть, даже к «вселенскому бессознательному».

— Первый уровень — исследование психической жизни человека в биографическом аспекте — это анализ полученных в жизни психических травм, конфликтов.

Несколько иную позицию занимает С. Гроф и его психотерапия, которую он называет «эмпирической психотерапией» по отношению к тому, что:

1) воспоминания человека не являются разрозненными, а представляют собой комплекс и называются системой конденсированного опыта;

2) извлечение воспоминаний до уровня сознания возможно только при эмоциональном обеспечении. Они должны быть эмоционально заряжены;

3) как психическая травма — угроза психического существования человека, так физическая — угроза жизни. Если традиционная психотерапия и психология делают акцент на так называемой психической травме, то для Грофа не меньшее значение играют и физические травмы, полученные в течение жизни человека. По своей значимости они для Грофа равноценны. Он приходит к тому, что сознание оперирует понятием угрозы для жизни человека, понятиями адаптации, приспособления и угрозы этому приспособлению.

— Пренатальный уровень. Одна из самых важных позиций С. Грофа — акцент на внутриутробную жизнь человека. И до С. Грофа в психотерапии существовало несколько позиций, которые особо выделяли внутриутробную жизнь человека (в частности дианетика).

— Суть картографии, созданной Грофом такова. Прежде всего, предполагается наличие трех уровней в сознании, которые создают неразрывную цепь между зарождением ребенка, этапом его эмбрионального существования, рождением и последующей жизни при переходе на другие уровни сознания. Создается непрерывность сознания мира, сознания Вселенной. Особенностью такого подхода (который на сегодняшний день не считается бесспорным) является идея непрерывности всего сущего, это проблема единства человека со Вселенной, которая сейчас становится одной из самых определяющих в идеологии XX века. Вспомним идеи В.И. Вернадского, Л.Н. Гумилева, ведь очень привлекательно видеть все взаимосвязанным и всеобщим.

— Еще одна особенность гипотезы С. Грофа: определенные феномены возникают в ситуациях взаимодействия, а не сами по себе.

Подход С. Грофа сближает с идеями классической гуманистической психологии то, что сама человеческая жизнь в ее многообразии, в ее связи с окружающим миром и человека с самим собой и есть главная цель и смысл человеческого существования.

— Кроме того, в работах С. Грофа, как и в работах К. Юнга, перекидывается мостик между двумя великими культурными традициями: Запада и Востока. Весьма привлекательна идея о связи серьезных физических травм с переживанием опасности для жизни или страхом смерти, что придает холистичность данному подходу о неразрывности человеческого тела и человеческой психики.

— Многие психопатологические феномены или даже так называемые нозологические единицы психических расстройств выводятся Грофом из неких психологических конструкций. Между психологией и психопатологией образуется неразрывная связь, что тоже очень важно. Изучение сознания, являющегося одним из основных понятий в психологии, настоятельно диктует слияние фундаментальных наук о человеке.

Изучение электрической активности мозга продвинуло во многом представления психологов о формах функционирования сознания, потому что измененные состояния сознания — медитация, транс, гипнотическое состояние — имеют определенные электрические корреляты. Именно электрическая активность мозга может служить надежным показателем в анестезиологии, где с помощью электрофизиологической картины мозга можно судить о глубине отключения сознания. Изучение электрофизиологических феноменов мозга привело к еще одной попытке создания картографии сознания. Американский исследователь Фишер предложил систему сознания физиологического характера. Суть ее в том, что рассматриваются две оси сознания: ось симпатическая (ведущая к активации сознания, усилению энергетизма сознания) и ось парасимпатическая (ведущая к сужению сознания до уровня глубокой медитации). Эта схема сопряжена с той всеобщей теорией функционирования человеческого организма, которая называется теорией стресса. Так же, как в схеме С. Грофа,

здесь перекидывается мостик между бодрствующим активным (ясным) сознанием к психопатологии.

Симпатическая ось на одном полюсе имеет ясное сознание, а на другом — галлюцинации. На этой оси располагаются такие состояния, как творческое сознание и экстаз. В связи с этим возникает проблема нескольких характеристик активного сознания, прежде всего, его флуктуации. Здесь становится важной характеристика границ сознания, их сужения или расширения. Сужение и расширение границ сознания не являются взаимоисключающими. На симпатической оси там, где располагается творческое сознание, происходит, с одной стороны, как бы сужение границ сознания до осознания только какой-то творческой задачи, а с другой стороны, происходит расширение границ сознания, и эта задача оказывается решенной благодаря тому, что оказывается элементом большей системы, более крупного мира. Приведем пример — молитвенный экстаз. С одной стороны, это заметное сужение сознания, а с другой — расширение его до границ общения с Богом. Или медитация — сосредоточенность внимания, сосредоточенность сознания на самом себе — явное сужение сознания, отгораживание от окружающего мира, превращение его в интровертированное сознание, и, одновременно, это приводит к расширению сознания, пониманию чего-то сущего, не только самого себя, но и себя в мире. Во время медитации осознаются не только какие-то свои личные проблемы, особенности своего «я», но и осознается вдруг свое место в картине мира. То же самое происходит и с другим параметром сознания — с параметром времени. Оно может сужаться до точки острого переживания данного момента, чем расширяет границы сознания до бесконечности. Измененные состояния сознания — это способы «отсоединения» сознания от обыденности, от банальности и однотипности человеческого существования.

Признание флуктуаций сознания, приведшее к попыткам его топографии, и признание энергетической стороны сознания подводит к идее связи сознания с эмоциональными состояниями человека, так называемыми аффективными изменениями сознания, которые также меняют картину мира человека: сознание в состоянии ужаса, сильнейшей тревоги — это, прежде всего, измененная картина мира, мир становится крайне однотипным — только угрожающим. Или наоборот, экстатический восторг или резкое повышение настроения (так называемое маниакальное состояние) опять резко меняют картину мира. При состоянии глубокой депрессии мир становится похож на ад, время как бы застывает и пространство сознания тоже сужается, сосредоточиваясь на тягостных картинах этого ада. Отсюда можно сделать вывод, что сознание в измененных состояниях тяготеет к оперированию символами. Это имеет чисто прагматическое значение: занимаясь с пациентом психотерапией и вызывая у него измененное состояние сознания, например, состояние транса, врач может в работе с ним ориентироваться на использование символов, а не привычных бытовых понятий: «... сейчас ты держишь в руках не апельсин. Ты получил в руки

солнце. И ты можешь этим солнцем обогреть свою душу, ты можешь растопить там то черное, что гнетет ее и убивает тебя...» Символизм сознания, умение сознания (особенно в измененных состояниях) оперировать символами в какой-то степени может служить подтверждением психоаналитических идей, в частности, идеи коллективного бессознательного, оперирующего только символами: мать — природа, отец — Бог.

Еще одно состояние сознания — состояние в гипнозе. Это сознание, до конца еще не изученное, в принципе характеризуется двойственностью: с одной стороны — это интровертированность сознания, а с другой стороны — экстравертированность, но имеющая локальный характер и позволяющая создавать рапорт — контакт с гипнологом. Это состояние, в котором внешний мир убран и только сохраняется узкий коридор связи с гипнологом. Вокруг пациента, находящегося в состоянии глубокого гипнотического сна, могут раздаваться шумы, что-то происходить, у него может что-то сильно болеть, а он никак не будет на это реагировать, не будет улавливать свою боль, если гипнолог дает ему инструкции по снятию этой боли. Это явление двойственности сознания человека в гипнозе периодически ставит перед специалистами проблемные вопросы: сохранит ли он контроль над какими-то своими нравственными критериями, можно ли ему внушить поступок, который он никогда бы не совершил в ясном, не измененном сознании? Многие специалисты в области гипноза отвечают на этот вопрос однозначно: нельзя. Хотя иногда этот вопрос решается по-другому. Измененные состояния сознания не просто делают сознание интровертированным, они отгораживают его от того, что в психоанализе называется цензурой, то есть системы социальных норм, системы социального сознания, системы запретов, и за счет этой интровертированности позволяют реализовываться каким-то внутренним желаниям, на которые в ясном сознании наложен запрет сверхсознания. Аналогичные вещи происходят в измененных состояниях сознания, достигнутых химическим способом, самым распространенным из которых является алкоголь.

Сознание во сне (как ясное сознание) раньше рассматривалось как однородное состояние глубокого отдыха, в котором мозг отдыхает. Но именно электроэнцефалографические исследования и изучение проблемы сновидений привели к тому, что сон сейчас рассматривается как весьма сложный процесс. Его принято делить на несколько фаз, каждая из которых имеет свой физиологический и свой психологический смысл.

Психиатров всегда волновала мысль: как изменить людям сознание, но не для того, чтобы быть их властелинами, не для того, чтобы сделать из них послушных болванов, а для того, чтобы облегчить страдания тех, кто в этом нуждается.

Существует один великий принцип психоаналитической психотерапии: человек не отвечает за свое психическое заболевание, он не должен страдать за то, в чем он не повинен, за то, что какие-то голоса говорят ему страшные

вещи, за то, что ему страшно и тревожно, когда нет видимой опасности. Человек не ответствен за свое бессознательное. И это не принцип вседозволенности, а принцип реалистичности. И долг психотерапевта, психиатра помочь ему, используя измененные состояния сознания.

Этот вопрос вывел медицину на еще одно направление в изучении измененного сознания: лекарственно измененное сознание. Вот три основных способа получения измененных состояний сознания с помощью лекарств.

1. Алкоголь — самый простой из способов.
2. Наркотические вещества.
3. Психофармакологические средства, которые используют врачи для облегчения страданий своих пациентов.

Сознание перед смертью

Сознание перед смертью есть сознание особого душевного прояснения или, наоборот, полного затуманивания сознания. В первом случае происходит прояснение всего жизненного пути, снятие механизмов психологической защиты. У многих возникает потребность в покаянии. Покаяние — это прояснение вины, которую человек комуфлировал в течении всей своей жизни и которую перед смертью ему хочется искупить, чтобы уйти «туда» чистым и свободным. Значит, состояние покаяния — характерная особенность сознания перед смертью.

В 60—70-е годы московский медицинский психолог Юрий Федорович Поляков и его сотрудники занимались проблемой вероятностного прогнозирования у больных шизофренией. Исследования показали, что в речи и мышлении больных шизофренией преобладают маловероятностные прогнозы. Можно предположить, что сознание шизофреников все время находится или в зоне 1—2, или в зоне 2—3, или в обеих этих зонах, перескакивая из одной в другую, минуя зону активного сознания. Поэтому у них наблюдаются состояния возбуждения, агрессии, страха или состояния, близкие ко сну.

Из судебно-медицинской практики известно, что в преступлениях, когда жены убивают мужей или мужья убивают жен, чаще всего это делается примитивными способами, то есть подручными: топор, нож, тяжелый предмет и почти никогда эти убийства не совершаются с помощью отравления. Значит, отравление — это опять событие из зоны маловероятностного прогнозирования. Для больных шизофренией, находящихся в зоне 2—3, этот маловероятный прогноз становится абсолютно единственным. Больной однозначно считает, что его отравляют. Так формируется бред отравления, когда маловероятный прогноз из-за особых фаз состояния сознания принимается за наиболее вероятный.

Что же происходит с больными, когда они находятся в зоне 1—2? Если в первом случае меняется окружающий мир, изменяя сознание, то здесь меняется состояние человека, меняется самооценка. В этом состоянии

человек ощущает себя изменившимся, отрешенным от мира, ему этот мир неинтересен. Человек замыкается на восприятии себя, «уходит» в себя. И, если врач попытается вернуть больного в мир нормальных прогнозов, не меняя уровня сознания, у него ничего не получится.

Глава III

ВОСПРИЯТИЕ МИРА

Приведем несколько основных положений единых принципов организации взаимодействия психического мира, отражающих особенности восприятия.

— Восприятие всегда субъективно.

— Восприятие каждого биологического вида отражает тенденцию наибольшей адаптации к тому миру, в котором человек живет.

— Восприятие построено по принципу упрощения мира. Мир, который человек воспринимает, является абсолютной

объективной реальностью. Каждый предмет имеет определенную форму, размеры, свойства, и все люди, видящие этот предмет, будут воспринимать, и описывать его примерно одинаково. Напрашивается вывод, что люди живут в четком, однозначном, одинаково воспринимаемом мире. Получается, что мир, окружающий человека, и является той единственной реальностью, которую человек воспринимает с помощью органов чувств. Гринвичский метр является эталоном метра для всех других; отсчет времени по эталонным часам — вполне эталонная мера измерения; эталонные весы, на которых измеряется эталонный килограмм, тоже объективны. Можно сказать, что любой предмет имеет определенную форму, определенные размеры, определенный цвет, определенный вес.

Однако это есть лишь форма значительного, очень сильного упрощения, пригодного только для узкопрактического бытового применения. Реальная жизнь постоянно вторгается и опровергает это. Дело в том, что органы чувств людей имеют очень ограниченные возможности восприятия реального физического мира. К примеру, человеческое ухо не способно воспринимать ультразвук, глаз не способен воспринимать рентгеновские лучи, гамма-лучи, не способен улавливать определенные границы спектра. Если сравнить, как воспринимает мир человек и как воспринимает мир кошка, то окажется, что человек и его любимая кошка живут в разных мирах, поскольку видят, слышат и чувствуют по-разному. Если предположить на миг, что органы человека начали воспринимать рентгеновское излучение, ультразвук, гамма-лучи, весь цветовой спектр, то трудно представить себе, как бы изменился воспринимаемый нами окружающий мир.

Человеческий организм наполнен датчиками, собирающими информацию об окружающем мире. Эти датчики — рецепторы — можно разделить на несколько групп: *1 группа рецепторов* — экстрарецепторы (органы зрения, слуха, обоняния) и контактные рецепторы (кожные, рецепторы давления, осязания, тепла, боли) получает информацию о внешнем мире. *2 группа* — интрарецепторы, которые информируют о положении тела человека в этом мире (рецепторы равновесия, положения,

кинестетические). *3 группа рецепторов* — висцерорецепторы — собирающие информацию изнутри человеческого тела (вкусная, информация о голоде, рецепторы жажды). Эти ограничения восприятия, заложенные в человеческом организме, сами по себе делают восприятие мира суженным. И это определило разные пути цивилизации. Европейская культура пошла по пути создания технологий, инструментов, аппаратов, которые дополняют человеческие рецепторы: например, открытие рентгеновских лучей и создание рентгеновской аппаратуры, аппаратов ультразвуковой диагностики и тд. Медицинские технологии, в основном, направлены на получение той информации, которую не могут уловить человеческие органы чувств (электрической активности мозга, сердца), и таким образом, как бы «расширяется» количество рецепторов врача. Восточная культура пошла по другому пути: совершенствование самого человека в его способности воспринимать более широкий спектр мира. Примером такого рода может служить овладение сложными приемами йоги.

Психотерапевтическая школа психосинтеза, где сливаются две эти мировые тенденции психологии — восточная и европейская, — создала технику так называемой визуализации. Эта техника построена на способности как бы «видеть» (путем ярких представлений) свои внутренние органы, благодаря чему, можно в них что-то изменить. Особая процедура жевания, когда пища очень тщательно прожевывается, расширяет возможности человека по вкусовому восприятию пищи. И новый вкус пищи достигается не столько путем тренировки вкусовых рецепторов, сколько тем, что пища включается в картину мира, становясь его частью, при этом возникает иная мотивация: не просто набить желудок, не просто стать сытым, а прийти к постижению чего-то.

Восприятие мира человеком субъективно. Не стоит вдаваться в подробности вечного спора между идеалистами и материалистами. Этот вопрос хорошо освещен в философской литературе. На следующем примере автору хочется продемонстрировать особенности этого подхода.

Одна и та же вещь может вызвать у разных людей совершенно различные эмоции, ассоциации, образы. Возьмем для примера очень простой предмет — обыкновенный стакан. Какие эмоции могут быть с ним связаны?

В жаркое время года люди говорят, что это прекрасный стакан, потому, что в него налита чудесная холодная и прозрачная вода, что он хрустальный, изящный и красивый. Но из практики известен случай, когда женщина (в групповой психотерапии существует такая техника — написание грустных сказок) придумала про этот же стакан грустную сказку, где в этот стакан наливали не воду, а коньяк и другие спиртные напитки, и он стал грязным, и его уже никто никогда не мог отмыть. И эти очень грустные чувства, объяснялись тем, что, как она полагала, у ее мужа есть алкогольная проблема. В данном случае обыкновенный стакан из этого мира воспринимался, как символ зла. Итак, повторяемся, человеческое восприятие мира субъективно, хотя воспринимаемый им мир во многом объективен.

Нетрудно представить теперь, как на самом деле различаются миры разных людей. Многие ошибки врача заключаются в том, что он переносит свой мир на мир пациента, не учитывая, что мир пациента может во многом отличаться от его мира.

Изучение восприятия приводит исследователей (физиков, физиологов, нейрофизиологов, психологов) к мысли, что люди усваивают очень ограниченную, очень субъективную, очень упрощенную картину какого-то мира.

Физики установили, что даже простое наблюдение за элементарными частицами без какого-либо специального воздействия на них со стороны экспериментаторов уже изменяет характер движения частиц. На совместном симпозиуме физиологов и физиков физиологи поставили перед физиками задачу получения данных о том, как электроны и другие элементарные частицы влияют на человеческое восприятие и сознание. На что физики ответили, что они готовы решить другую задачу — как человеческое сознание «меняет» электроны и другие элементарные частицы, потому что разгадка движения электронов находится не в них самих, а в человеческом сознании. Может быть, экспериментаторы измеряют свойства не материальных частиц, а производят измерение своего наблюдения.

Понимание ограниченности наших рецепторов имеет практическое значение для врача: оно «вынуждает» его быть скромным. Наблюдая какие-то симптомы, врач должен помнить, что его наблюдение во многом может быть субъективным. К примеру: два врача наблюдают одного и того же больного — его лицо, его одежду, его позы, то есть вполне конкретные факты реального мира. При этом один из них склонен поставить диагноз «шизофрения», а другой протестует против такого диагноза. Один выискивает симптомы шизофрении, другой — симптомы против шизофрении, и эти исходные позиции определены скорее чувствами (второму врачу жалко молодого человека и ему не хочется ставить столь тяжелый диагноз), чем логикой. И поэтому движения больного, цвет его лица, слова воспринимаются этими врачами по-разному.

Многим людям известны ситуации, когда мнения разных людей относительно красоты одного и того же человека были ровно противоположными: «... Посмотри, какая красавица!» — «Да, что ты. Она же некрасива!» И это касается не только разных людей. Один и тот же человек может в одном своем состоянии воспринимать что-либо как страшное, угловатое и большое, а в другом эмоциональном состоянии — как маленькое, круглое и мягкое.

Большую роль в психическом мире человека играют чувства и мысли. Когда чувства искажают восприятия мира, на помощь может прийти мысль, и наоборот. Так, например, врач не замечает желтушность склер у близкого ему человека. Постороннему пациенту он давно бы поставил правильный диагноз, но у родного человека врач этого не замечает, потому что боится этого, не хочет, чтобы это было. Но что-то продолжает его беспокоить и у

него возникает мысль: показать близкого ему человека другому врачу, нейтральному наблюдателю.

Восприятие мира может сильно искажаться из-за профессиональных навыков человека: в одном и том же человеке разные специалисты обнаружат те заболевания, которыми они непосредственно занимаются. Отоларинголог, вышедший на улицу, говорит: «Вот идет ринит...», — потому что кто-то держит в руке носовой платок, — «вот идет фарингит...», — если кто-то кашляет, кого-то шатнуло в сторону, — «вот проблемы со средним ухом...» и т.п. Кардиолог увидит окраску губ и скажет, что у человека легкая сердечная недостаточность, пульмонолог будет прислушиваться к ритму дыхания, к характеру вдоха и выдоха окружающих его людей. Врачи-специалисты воспринимают людей как бы через призму профессионализма.

Еще один фактор, делающий восприятие этого мира субъективным — это мотивация. Когда в прошлые годы советские туристы посещали зарубежные страны, которые славились в мире своими памятниками культуры, они по возвращению зачастую включали в рассказы впечатления от изобилия в магазинах. Это была их мотивация восприятия. Дома не хватало продуктов, не хватало вещей, и людей не могли не поразить витрины магазинов. Это доминировало в их восприятии. Этот факт очень важно учитывать при работе с больным, поскольку ведущая мотивация восприятия мира обуславливает особенности картины мира этого человека. На этом принципе построены проективные (прожективные) тесты. Особенно тест Роршаха и ТАТ. В них важно не то, насколько стандартно воспринята ситуация (в тесте ТАТ изображен целый ряд бытовых ситуаций), а то, как человек говорит об этом мире, по сути, рассказывая о своей проблеме.

Влияние мотивации на восприятие функционирует на уровне рецепторов: можно представить себе человека интактного к запаху дыма и курильщика в состоянии никотиновой абстиненции, лишённого табака. Они по-разному воспримут запах табака уже на уровне тела, на уровне рецепторов. У курильщика чувствительность рецепторов к запаху дыма в состоянии лишения сигарет резко повышена, и он уловит такой слабый запах дыма, который будет не воспринят человеком интактным к этому запаху. Это важно помнить врачу, потому что восприятие пациентом своего организма, своих ощущений во многом подвержено таким факторам, как чувства, эмоции и мотивации.

Особенно это важно в отношении субъективного восприятия боли. Поэтому успешность работы врача с пациентом, которого подвергают каким-то болезненным процедурам, — обследование, перевязка, операция, производимая под местной анестезией, или просто инъекция зависит от того, на сколько ему удастся изменить чувства данного пациента, изменить уровень тревоги, уровень страха. Это напрямую связано также с ориентацией сознания. Когда боль будет восприниматься сильнее: когда сознание экстравертировано или интровертировано? Во время манипуляций, производимых врачом, боль воспринимается слабее, если сознание

интровертировано: вид блестящих металлических инструментов, шприцев, каких-то аппаратов усиливает страх пациента. Знаменитые истории про прекрасных зубных врачей, которые безболезненно удаляют зубы, — это истории про врачей, которым удается изменить экстравертированное сознание на интровертированное. Они вводят человека в состояние транса, убирая ориентацию сознания с очага болезненных ощущений, растворяя это сознание в более широком объеме. Такой специалист может манипулировать менее умело с точки зрения профессионализма, чем его коллеги, но пациенты будут идти именно к нему.

Феномены восприятия

Заслуга в изучении этой области психологии во многом принадлежит психологическому направлению, носящему название гештальт-психология.

В объединении отдельных элементов мира и восприятии их как одного целого проявляется очень важное свойство человеческой психики: стремление к упрощению мира, к структурированию мира, к превращению его из хаотичного, гигантского и поэтому опасного, в привычный.

Структурирование мира происходит с помощью восприятия. Как человек структурирует воспринимаемый мир? Прежде всего действует принцип, наиболее активно используемый в медицине — это принцип фигуры и фона. Что же является фигурой и что является фоном.

1. Фигура и фон

Из большого количества поступающей в органы чувств информации человек выбирает то, что имеет более четкие, ясно очерченные границы, или то, что наиболее важно для человека.

Если сравнить конспекты тридцати человек, при прочих равных условиях (одинаковый уровень интеллекта, одинаковый уровень образования, одинаковая ориентация на восприятие этого материала) записывающих одну и ту же лекцию, то вряд ли можно получить хотя бы два близких конспекта, потому что каждый, слушая лекцию, что-то делает «фигурой» (самым важным и основным) и что-то «фоном». Существует много тестов-картинок, где одно и то же изображение будет восприниматься по-разному в зависимости от того, что является фоном, а что фигурой.

Психотерапевтическая работа с людьми — это не обязательно целенаправленная психотерапевтическая работа по коррекции каких-то психопатологических нарушений. Это, прежде всего, психологически грамотное организованное общение «врач—пациент», построенное на сложных взаимоотношениях фигуры и фона, потому что то, что для врача является фигурой, для пациента часто является фоном. Когда врач слушает рассказ пациента, то он слышит рассказ о фигуре.

В восприятии врача фигурой может быть то, что пациент' упоминает вскользь или не упоминает вообще.

Пациентка рассказывает врачу о своем муже, с которым у нее трудности в интимных отношениях: «... он прекрасно обеспечивает семью, он никогда не срывается, никогда не кричит, он человек слова, я думаю, что он мне не изменяет...» Психотерапевт спрашивает: «Так в чем же ваши проблемы?» Ответ пациентки: «Дело в том, что я не могу смотреть, как он ест. Он ест, как машина. Я целый день с утра до вечера стараюсь, готовлю, делаю так, чтобы было вкусно и красиво, а он приезжает, садится, включает телевизор и уставившись в него жует, как машина! И, когда у нас возникает близость, я не помню никаких его достоинств, потому что передо мной сразу возникает лицо, которое жует и чавкает, и он становится мне противен».

Кажется, что положительные и отрицательные качества этого человека несоизмеримы, и для врача положительные свойства этого человека — фигура, а то, как он ест, явно фон. Но это не так для пациента!

Терапия в этом случае напрашивается сама собой: поменять фигуру и фон местами. Это один из основных принципов психотерапии, которая называется гештальт-терапия, так как опирается на психологическое направление — гештальт-психологию.

Может быть и другой случай: врач, работая с пациентом, стремится структурировать и упростить мир. Получив 2—3 симптома, которые сигнализируют о наличии какого-то наиболее вероятного заболевания, врач начинает направлять рассказ пациента путем организованного расспроса так, чтобы выделить фигуру. Тогда он создает фигуру из фона. Он меняет местами эти два важных элемента.

Сложности взаимодействия людей часто основаны на том, что, находясь в одной и той же ситуации, эти люди по-разному оценивают фигуру и фон.

Принципы правильной диагностики состоят в том, чтобы выделить несколько осевых симптомов любой болезни. Именно здесь принцип фигуры и фона может сыграть с врачом злую шутку. Особенно часто это происходит при так называемой «конвейерной медицине», когда в специализированный стационар поступает большинство пациентов с однотипной или близкой патологией.

Еще один случай неправильного расположения фигуры и фона в мировосприятии врача. У больного сломана рука, наложена гипсовая повязка и нужно время от времени посещать клинику для того, чтобы врач мог осмотреть руку. Медицинская сестра сообщает о приходе этого больного: «Пришла правая рука». Больной не сразу понимает, что «правая рука» — это он. Потом приходит в изумление. Здесь фигурой является правая рука, а не человек. Человек оказался для врачей фоном. Это может привести к очень серьезным ошибкам: пожилая женщина с флегмоной правого локтевого сустава осматривается хирургом. Флегмона — для него фигура, а сама женщина — фон. Как ему удобней работать с фигурой? Так, чтобы он мог с ней делать все, что сочтет нужным, но фон мешает — пожилая женщина будет кричать, стонать, поэтому лучший выход — общий наркоз. А у больной стенокардия, был микроинфаркт, гипертоническая болезнь,

выраженный церебральный атеросклероз, при котором наркоз не желателен. Но это все фон. Врач хочет работать с флегмоной. Фигура и фон поменены местами.

Восприятие, в котором фигура и фон поменялись местами, лишает медицину человечности. Другой хирург сделает эту операцию под местной анестезией, проведет элементарную психотерапию — скажет женщине: «Вам надо дать орден или медаль за такое геройское поведение, я такого еще в своей практике не видел, чтобы человек при такой тяжелой, болезненной процедуре так мужественно себя вел». В этом случае человек намного легче перенесет операцию, и целый месяц будет рассказывать родственникам и знакомым о своем героизме. Этот хирург не сделал ничего особенного, он просто поставил фигуру и фон на свои места.

2. Заполнение пробелов

Следующий феномен — заполнение пробелов, который тоже является формой структурирования мира. В детских альбомах встречаются такие картинки, где необходимо дорисовать недостающие детали к уже нарисованному: дорисовать собаку, уточку, цветок. По этому же принципу работает механизм заполнения пробелов.

Человек всегда пытается стандартизировать мир, который вокруг него, поэтому объекты этого мира всегда им упрощаются. В 95 случаях из 100 это правильно и в 5 случаях — неправильно.

Часто рассказ одного человека другому превращается в искаженный, поскольку второй начинает заполнять пробелы. Получается два разных рассказа. То же самое происходит и при поспешной диагностике. Больной приходит к врачу, тот видит 2—3 признака определенной болезни, не хватает еще 3—4-х для полной диагностической картины. И он их додумывает, домысливает, допытывает у больного. Врач, работающий по принципу заполнения картины болезни целиком до той стадии, когда она приобретет универсальный вид, тот, который описан в учебниках, тот, с которым он наиболее часто встречался во время своей врачебной практики, выставляет диагноз, который наиболее близок ему, который лежит на поверхности.

Такое упрощение мира характерно для нескольких состояний человека и, прежде всего, для определенных поведенческих личностных характеристик. Существует типологизация этих характеристик.

Опишем один из типов: поведенческий тип А — нетерпеливый, трудно выслушивающий собеседника, предпочитающий сам договаривать за собеседника. Иногда этот пробел может быть заполнен правильно, иногда — нет. Здесь включается принцип вероятностного прогнозирования: пробелы заполняются по наиболее вероятному прогнозу.

Врач видит ушедшего в себя пациента, с мрачным выражением лица, очень необщительного и очень неразговорчивого. Врач получает от него некоторую информацию, которой недостаточно, чтобы поставить диагноз. Врач начинает заполнять пробелы: «...часто ли Вы слышите голоса?» И,

погруженный в свои раздумья человек, кивает головой, что означает: «Я хочу поскорее прервать общение, я не хочу долго разговаривать». А в истории болезни возникает запись, что больной испытывает слуховые галлюцинации.

3. Действие на восприятие предшествующего жизненного опыта человека

Бесчисленное количество кинокомедий построено на одной простой коллизии: человек, воспитанный в рамках одной культуры, попадает в другую культуру; сюжет таких картин строится на том, как он воспринимает эту культуру, как странны для него обычаи, как по-иному он воспринимает предметы, ставшие для других обыденными, например, многоэтажные здания, автомобили.

Экспериментальные исследования показали, что животные — котята, воспитанные в клетке с вертикальными прутьями, привыкшие к восприятию вертикали, вырастают неспособными воспринимать горизонталь. Для них становится невыносимо трудным

хождение по каким-то узким горизонтальным поверхностям и переход с одной горизонтальной поверхности на другую. Они получают опыт того, что мир — вертикальный.

Жители африканских деревень, прошедшие основную жизнь в жилищах с округлыми стенами, оказавшись в городах, воспринимают угловатые дома как нечто враждебное и агрессивное, как что угодно, но только не жилище.

Можно предположить, какую роль этот момент играет в работе врача. И если врач не способен присоединиться к культуре своего пациента, то может воспринять многие культуральные вещи, как признаки патологии.

Например, у пожилых женщин киргизской национальности принято перевязывать поясницу теплым платком, независимо от того, болит или не болит спина. Это — элемент культуры. Но врач, не знающий культуры, может расценить это или как признак ипохондрии, или как признак постоянной поясничной боли.

4. Группирование или объединение элементов

Принцип объединения в группы лежащих рядом симптомов и установление на основе этого диагноза болезни тоже может быть порочным.

У врача на приеме два пациента со сходной симптоматикой: возрастные изменения психики. Врач осматривает третьего пациента такого же возраста, как и два первых, и его восприятие этого пациента ориентировано на то, чтобы поставить тот же диагноз — изменения психики возрастного характера. Врач работает с картиной мира явно упрощенной: вот три человека в возрасте шестидесяти лет, у двух — возрастные изменения психики и у третьего, разумеется, тоже.

Это очень опасный принцип при диагностике психосоматических заболеваний. Выявить у человека признаки хронического психического

дистресса не очень трудно. И если врач, работая с пациентом, находит у него признаки хронического дистресса, то он склонен расценивать это заболевание как психосоматическое. Так, часто за маской невротозов могут скрываться тяжелые соматические заболевания. Точно так же молодые врачи могут отыскивать признаки только органической патологии и придают кардинальное значение даже минимальному симптому, но органического характера.

Таков же источник утверждений типа: «Все мужчины — подлецы, а мы, женщины, такие доверчивые...», «Человек человеку — волк», «Все дети непослушные», где принцип объединения достигает своего апогея.

5. Объединение по территориальной, пространственной и временной близости

Явление трайболизма — то есть родового восприятия мира, когда родовое содружество людей воспринимается как противостоящее миру, приводит к высказываниям типа: «...южане лживы, таласцы скупы...» На юге Киргизии может жить огромное количество честных людей и среди них — лжецы, а среди жителей Таласа есть очень щедрые люди, но, видимо, скупые есть тоже.

Но человеку все время хочется упрощения.

6. Принцип симметрии, мнимая непрерывность

Восприятие человека ориентировано на восприятие симметричного мира. Этим объясняется знаменитый феномен «парных случаев» в медицине, который заключается в том, что если в больницу поступает больной с редким заболеванием, то вскоре в этой больнице диагностируют еще одного больного с этим же редким заболеванием. Восприятие врача ориентировано на поиски симметрии, и диагностический поиск приводит к установлению этой симметрии. В том случае, если первый редкий случай не диагностирован, то и второй проходит мимо восприятия врача. Человек предпочитает жить в симметричном мире и воспринимает мир как симметричный.

Если сегодня у человека — удачный день, то он может предполагать, что завтра у него будет черная полоса по законам симметрии. А если сегодня — неудача, то завтра будет хорошо.

Восприятие человека ориентировано не только на восприятие симметричного мира, но и на восприятие его непрерывным. Человек устает от дискретности. Еще один феномен восприятия — мнимая непрерывность.

7. Персональная важность воспринимаемого объекта

То, что для человека эмоционально наиболее важно, то чаще всего становится фигурой.

Представьте себе следующую ситуацию. Семейный праздник. Хозяйка готовится к нему за несколько дней: изобретает меню, с утра печет, варит,

жарит. Есть какое-то традиционное семейное блюдо, которым хозяйка очень гордится. Пришли гости. Они не все одинаково воспринимают этот стол. Есть гость, который очень устал, у него мысли совсем о другом, и его не интересует ни еда, ни питье. Он не выразит восторга и будет дипломатично жевать самое вкусное блюдо, над которым хозяйка трудилась больше всего. Есть другой гость — гурман, который будет наслаждаться этим блюдом, и всячески хвалить хозяйку, она будет счастлива. Третий гость, посмотрев на стол, увидит три бутылки прекрасного вина. От него хозяйка тоже не услышит одобрения. А все дело в том, что эмоциональная ориентация, потребность каждого из этих гостей различны. Это не просто ситуация, при которой кто-то меньше пил, кто-то меньше ел, это ситуация, в которой четыре человека живут в совершенно разных мирах, они воспринимают этот мир по-разному: хозяйка воспринимает этот стол как повод для социального одобрения, и когда она видит, что кто-то воспринимает этот мир так же, как она, это для нее важно, значимо и, несомненно, приятно.

Воспринимая мир, люди стараются найти соучастников в восприятии мира. И из-за потребности иметь такого соучастника по восприятию мира, люди приписывают другим те качества, которыми те не обладают.

8. Восприятие мира как постоянного

Человечество всегда испытывало трудности в разрушении стереотипов. Единожды восприняв мир, человек пытается его как бы законсервировать, сделать незыблемым, постоянным — ходить по одной и той же дороге, праздновать одни и те же праздники, платить одни и те же налоги, иметь один и тот же курс национальной валюты. Можно себе представить, каково врачу на протяжении своей жизни несколько раз изменять восприятие своей профессии, потому что в среднем врач работает 30—35 лет. Его обучают правилам, сведениям, которые получены за 15—20 лет до начала его обучения, и во время его работы эти сведения меняются несколько раз, поэтому врач должен постоянно трансформироваться. И, вероятно, одна из главных истин, которую может усвоить студент-медик, та, что восприятие мира как стабильного — это хорошо во избежание хаотичности и разбросанности этого мира, но это имеющий определенные ограничения принцип восприятия мира. Профессиональная картина мира врача обязательно будет меняться. И он может совершить то, что позволит ему чувствовать себя стабильным — он должен позволить себе право на изменение. В этой нехитрой, формуле заключены одновременно и стабильность, и возможность все время меняться.

В желании человека жить в стабильном, неменяющемся мире заключается одно важное свойство психических процессов: организацию психической деятельности не следует рассматривать только с позиции одобрения или порицания, плюса или минуса. Психическая деятельность постоянно стремится к саморегуляции, что является одним из проявлений того факта, что восприятие мира является адаптационным процессом. Поэтому медицина, ориентированная на обучение человека саморегуляции,

поисков в нем механизмов саморегуляции — перспективная медицина. Этот принцип может стать стабильным элементом в идеологии врача на многие годы его работы, равно как и то, что мир постоянно меняется.

9. Феномен ожидания

Человек создает мир, в котором обязательно существует предвосхищение результатов своей деятельности. Это играет большую роль в межличностных отношениях, и прежде всего, в межличностных конфликтах и в системе взаимоотношения «врач—больной». Поэтому не может существовать стандартных рецептов взаимоотношения с пациентом, кроме одного — взаимодействие с пациентом должно быть построено на: а) диагностике его картины мира; б) осуществлении в разумной степени ожиданий, вытекающих из этой картины мира, причем положительных ожиданий, и отвержения тех, которые могут принести вред.

Представьте себе такую картину. В кабинет врача заходит девушка, которую часто подвергали всяким инструментальным исследованиям, вели узкопрофессиональные беседы на темы: где болит, как болит, что болит. Перед ней — человек без халата — врач, который в процессе беседы расспрашивает ее о Париже, где он не был, а она только что вернулась оттуда. Заодно он работает с ее проблемой. Пациентка говорит: «Как я устала безрезультатно ходить по врачам!» Врач осторожно спрашивает: «Так Вы не хотите и сюда приходить?» И в ответ он слышит: «Ну что Вы! Ну какой же Вы врач?» В данном случае это может рассматриваться как комплимент. Но отсутствие халата и задушевная беседа — не универсальный ход для врача. Дело в том, что когда пациент рассчитывает на взаимодействие, на сотрудничество с врачом, на партнерство, то халат не всегда обязателен. Если же пациент ориентирован на соматическую картину болезни или на биологическую терапию, или на классические отношения, в которой его роль — беспрекословно выполнять рекомендации медика, а позиция врача — давать больному совершенно четкие и достаточно безапелляционные указания, то в такой ситуации врач, сидящий без халата, в красивой современной одежде, может не быть воспринят пациентом с доверием. И пациент может быть даже оскорблен и шокирован. Иногда необходимо жесткое серьезное лицо, а иногда — улыбка. Врач должен научиться распознавать это ожидание в восприятии его пациентом; его лица, его одежды, его манеры вести прием. Этот пласт взаимодействия — как прогнозировать ожидание — мало затронут в отечественной литературе.

Во-первых, врач — это представитель сферы обслуживания, и он это должен помнить. Даже решая человеческую проблему, даже подталкивая человека к вершинам мудрости, врач не перестает его обслуживать. Сфера обслуживания должна быть ориентирована на клиента. В магазине для престарелых английских леди продавщица должна быть в строгом костюме, а вот в молодежных магазинах даже желательна фривольная одежда. Будет больше покупок.

Во-вторых, клиент всегда прав, даже будучи во многом неправым, он всегда имеет право на надежду в понимании.

В-третьих, технология прогнозирования ожиданий — это чтение эмоциональных реакций и поведения клиента при общении. Например, наркоманы — это люди определенной субкультуры, со своим языком, жаргоном, со своими формами поведения, со своими правилами конспирации, то есть со своей картиной мира. Но и внутри этой субкультуры можно встретить двух клиентов с очень разными ожиданиями. Один хочет видеть во враче своего парня, который отличается от него только тем, что сам не колется или колется так, что это ему не мешает в работе, и может помочь. Как узнать такого клиента? Он начнет говорить на своем жаргоне, и если врач будет переспрашивать, что означает то или иное слово, то больной будет растерян и озлоблен — он-то хотел, чтобы ему помог «свой» парень. Другой обратится к врачу именно потому, что врач для него — представитель другой субкультуры. И больной возлагает надежды на это различие, поскольку внутри своей субкультуры не ожидает помощи. И если его переспрашивать, что означают отдельные жаргонные слова, у него не возникнет реакции огорчения или отторжения.

В-четвертых, больной всегда ожидает понимания. Ощущение понимания может возникать на разных уровнях. Первый уровень — «это наш человек, поэтому он нас понимает», второй уровень — «этот человек профессионал, он обучен разным профессиональным приемам и поэтому он понимает», третий — «он душевно теплый, умный и добрый, поэтому способен понять». Клиент всегда имеет право на понимание. В этом случае восприятие больного направлено не на внешний вид врача, а на восприятие врача как профессиональной личности. Ведь врач не может делать себе пластические операции, чтобы оправдать ожидания больного, не может иметь огромный гардероб, чтобы нравиться всем больным. Но врач может поменять ориентацию картины мира пациента на восприятие своих качеств, которые он может сделать универсальными для всех, то есть на качества своей личности. Получить право на понимание пациента — это и есть профессиональная обязанность любого врача, это и есть его профессиональное мастерство.

10. Влияние установки на восприятие

Один американский психотерапевт, работавший с агрессивными асоциальными больными вначале описал их как сгусток злобы и агрессии. Он наблюдал в них те черты, которые показывали, что перед ним — агрессивные убийцы. Но затем, когда он понял, что они находятся под влиянием психотропных препаратов (а он знал, как влияют на психику эти препараты), его отношение к ним резко изменилось. Здесь сработала установка психиатра сначала на агрессивность этих людей, а затем на их же доброжелательность.

Установка врача может сделать его внимание к больным очень искаженным (наполненным иллюзиями) и очень избирательным. Эффект

установки без подкрепления этой же установки или появления других установок длится приблизительно 45 минут.

11. Адаптация (в узком смысле этого термина)

Адаптация восприятия мира происходит на двух уровнях: на уровне рецепторов и на уровне мозга.

Когда рецептор перегружен информацией, то какая-то часть информации не воспринимается, то есть организм создает максимальную возможность закрытия этого анализатора: например, закрывание век при очень ярком свете или временная слепота, временная глухота, или поведенческая реакция, когда анализатор отодвигается от источника воздействия, или реакция, ориентированная на разрушение источника воздействия — нажатие кнопки громко играющего магнитофона. При этих воздействиях включаются реакции всего организма: человек затыкает себе уши, гримасничает, задерживает дыхание и т.д., то есть в этом участвуют все его органы.

В остальных случаях, когда это воздействие не столь интенсивно, возникает явление адаптации. Кроме того, это явление адаптации возникает и в том случае, когда высока информационная значимость раздражителя. Поэтому, если в системе воспитания детей повторять ребенку 20 раз подряд, что он — хулиган, то в двадцать первый раз этого можно не говорить. Это слово воспринято не будет, оно перестанет нести информационную нагрузку, слуховой анализатор его просто не воспримет. Рабочий, заходя в цех, первые пятнадцать минут слышит шум станков, а затем перестает его слышать и работает без какого-либо напряжения.

Адаптация периферического конца анализаторов ориентированная на снятие дискомфорта и психического напряжения. Это не только информационно сильные сигналы физического характера, это и информационно сильные сигналы эмоционального характера. Студент-медик первого курса может упасть в обморок (а обморок — это отключение анализаторов), увидев труп. А на втором курсе, после года обучения анатомии, он может, облокотясь на секционный стол, разговаривать с приятелем, не обращая внимания на то, что лежит на этом столе.

Адаптация на уровне мозга происходит в зоне ретикулярной формации, а в психической сфере адаптация к сильным раздражителям — на уровне чувств и сознания. Это и лежит в основе, так называемой профессиональной деформации врача. Если студент на первом курсе падал в обморок при виде крови и выходил со слезами на глазах после занятий по психиатрии (так ему было жалко больных), то через десять лет — почти никакого сострадания — произошла профессиональная деформация. Для того, чтобы этот человек начал страдать, нужны уже другие эмоциональные раздражители, а не пациент. Произошла адаптация. С одной стороны — это хорошо, так как трудно представить себе мясника, который обливается горькими слезами, разделявая туши убитых животных. Это была бы картина мира по Чехову, который утверждал, что человек расплачивается в этом мире отсутствием

такой адаптации. Это, действительно, определенный менталитет русской культуры: русских писателей, художников, врачей, где за принцип взято то, что полностью адаптации не происходит.

При профессиональной адаптации врача (в сторону жесткости) на определенном этапе должен вступать разум — врач не может позволять себе превращаться в циника. Он должен понимать, что с ним происходит профессиональная деформация: он стал умнее, мудрее, у него появился профессиональный опыт и одновременно произошла адаптация к сильным раздражителям.

Такое происходит не только в медицине: любой процесс профессиональной человеческой деятельности, любой процесс приобретения опыта является формой не столько получения, информации, сколько формой личностного роста.

Пороги восприятия. Подпороговое восприятие

Восприятие информации (зрительной, слуховой, тактильной и других) имеет два порога: порог физиологического возбуждения и порог сознания (осознавания).

Порог *физиологического возбуждения* — врожденный, полученный человеком генетическим путем, который почти невозможно изменить: этот порог относительно стабилен (с возрастом он меняется) и означает то количество стимулов, информации, которое способно возбудить рецептор, например, зрительный. Один фотон света вызывает возбуждение в зрительном анализаторе, и человек воспринимает это как точку света.

Второй порог — *психический* — всегда выше, чем первый, так как необходимо осознавание сигнала. Для того чтобы человек осознал, что на него подействовали светом в полной темноте, ему нужен уже не один фотон, а 8—12 фотонов света. Это будет воспринято как свет. Этот порог меняется и меняется существенно. Он подвижен по целому ряду причин:

— прежде всего, по причине психологического утомления (чем сильнее уровень утомления, тем дальше отодвигается этот порог);

— по причине мотивации, то есть насколько важно человеку это воспринять.

Грабитель, который ночью находится в чужой квартире и ожидает, что в любую минуту могут прийти хозяева, услышит такой микрошум, на который в других условиях не обратил бы внимания. Главным регулятором этого порога является такое образование головного мозга человека, которое носит название ретикулярная формация, которое, в частности, ответственно за эмоциональную сферу человека. (Важно, что именно регулятор восприятия и регулятор эмоциональной сферы находятся в одной зоне мозга.)

Что же происходит в этой зоне? Сигналы идут, воспринимаются рецепторами человека, а осознания еще не происходит. Эта зона называется зоной подпорогового восприятия. Что происходит с воспринятыми

сигналами? Они никуда не исчезают, они воспринимаются организмом, но не воспринимаются сознанием. И это открывает лазейку для информационного воздействия на людей, в том числе такую, когда гипотетично можно управлять массовым сознанием в желаемом направлении. В этой зоне происходит оценка сигнала с точки зрения его опасности или безопасности для организма. И этот процесс раскрывается понятием «психологическая защита» (подробнее о психологической защите в IV главе).

Начиная с середины 30-х годов, благодаря работам американских исследователей, психологи начали выделять феномен перцептивной («перцепция» — восприятие) защиты. И видимо, его можно было искать целенаправленно, потому что весь человеческий организм имеет защитные адаптационные функции (у него есть кожа и скелет, которые защищают внутренние органы, есть анализаторы, которые перестают воспринимать, если что-то не нужно организму). И психика функционирует аналогично, ибо условно само деление организма на тело и мозг.

Сознание человека ставит порог перед теми словами (если речь идет о слуховом восприятии), перед зрительными образами (когда речь идет о зрительном восприятии), для тех стимулов, которые для человеческого сознания каким-то образом неприемлемы и опасны.

Советский исследователь Э.А. Костандов предложил обоснование нейрофизиологических механизмов этого явления: главным мозговым фильтром, ответственным за функционирование этой подпороговой зоны, он рассматривал лимбическую систему. Схема перцептивной защиты по Костандову выглядит следующим образом: зрительный анализатор — передача по нервным каналам в лимбическую систему, затем эмоциональная окраска сигнала идет в неокортекс, и именно цвета этой окраски, пришедшие в неокортекс подают оттуда сигнал — принимать или защищаться, то есть включать сознательное опознавание сигнала или нет.

В 30-е годы нейрофизиологом и невропатологом М.И. Асцтвацатуровым были выделены так называемые таламические эмоции, которые не контролировались сознанием, типа: «мне вдруг становится грустно», «мне вдруг становится весело...» Э.А. Костандов считал, что эти эмоции возникают в подкорковой зоне, когда какое-то слово, сигнал, зрительный или слуховой образ не прочитываются сознанием, но связаны с какой-то эмоционально важной для этого человека ситуацией, они хранят в себе память о каком-то важном для него событии, и, если говорить языком Грофа или Хаббарда, это может быть состояние в эмбриональном периоде жизни человека или переживания раннего детства. Что-то вызвало ужас в ребенке — на него бросилась собака, и это сопровождалось нейтральным эмоциональным образом: не собакой, которая бросилась, а просто тем, что в это время случайно находилось рядом, например, где-то прозвучал гудок паровоза. И этот человек, повзрослев, не может слышать гудок паровоза или что-то его напоминающее, он испытывает страх и тревогу, хотя на уровне сознания не понимает откуда эта тревога. Это не проявление условного рефлекса.

Перцептивная защита закрывает этот образ, а эмоциональная память воспроизводит те чувства, которым он был окрашен.

Исследования перцептивных защит вызвали такой интерес, что даже создалось новое направление в психологии, которое получило название «ньюлук» (new look — новый взгляд).

Зона подпорогового восприятия очень изменчива и зависит от следующих условий:

1. От индивидуальных особенностей человека. Каждый из людей обладает своим порогом сознательного восприятия действительности. В известной мере, этот порог, как и физиологический, создается генетически.

2. От эмоций, чувств.

Глава IV

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАЩИТА

Психологическая защита — один из тех феноменов, который с неизменной постоянностью рассматривается самыми различными психологическими учениями. Этот термин используется и в гештальт-психологии, и в психоанализе, и даже в бихевиоризме, где он имеет название «перцептивная защита». Эти научные направления в психологии очень мало схожи друг с другом, порой просто противоположны. Но термин «психологическая защита» используется всеми при построении своих концепций. И, по-видимому, он будет использоваться и в дальнейшем развитии науки, поскольку это одно из немногих явлений, определенных достаточно фундаментально и достоверно.

Понятие «психологическая защита» родилось в рамках психоаналитической школы. Выделение этого понятия было естественным для психоанализа, потому что упрощенно структура психики предусматривала в нем наличие механизмов защитного характера для того, чтобы подавлять, менять ненормативные, запретные, социально неодобряемые влечения человека. Но, повторимся, примечательно то, что практически все психологические школы, стоящие на самых разных позициях в отношении психики человека, так или иначе, использовали это понятие. Сам этот факт говорит о том, что это одно из базисных понятий в психологии человека, своеобразный универсальный феномен, который монтируется во все психологические картины мира и психологические представления о природе человеческой души. Психологическая защита — это постоянно встречающееся явление, а не какое-то уникальное. Кроме того, это понятие тесно связано с идеей адаптивности психики.

Что же такое психологическая защита — ахиллесова пята или броня, без которой человек бы погиб? Это — и то, и другое, в зависимости от ситуации. Есть экстремальные ситуации, когда человек практически лишен возможности адекватного функционирования, например: человеку квалифицированный врач сообщает, что у него неоперабельный рак, который нельзя вылечить. Что лучше: если он «уберет» из сознания мысль о раке и будет считать, что у него гастрит в тяжелой форме, или признает правоту врача, вследствие чего у него возникнет глубочайшая депрессия, которая отравит ему оставшиеся дни жизни. В этой ситуации, видимо, лучше первое. Если же это операбельная ситуация, и человек, зная о своей болезни, проводит необходимое лечение и потом живет много лет, то в этом случае психологическая защита может сыграть роковую роль, отрезав человеку пути к лечению.

Раньше такое заболевание, как невроз (особая форма реагирования человеческой психики на стресс), рассматривали однозначно — как брешь в психологической защите, пробитая броня. Позже обнаружилось, что невроз

— это гипертрофированная психологическая защита — особая, слишком тяжелая броня. Затем, под влиянием многих фактов, появилось утверждение, что невроз бывает и в результате нарушенной психологической защиты, и вследствие слишком мощной психологической защиты.

Еще один важный вопрос: почему возникли психологические защиты у человека, и может ли человек жить без них?

Человек столь сложен и противоречив. Сложна и окружающая его действительность, в которой, так или иначе, человек должен совмещаться с тем, что часто не совместимо с его внутренними побуждениями. Для того, чтобы адаптироваться к самому себе и к окружающему миру, и возникли психологические защиты. Главный смысл психологической защиты — адаптация: «я» адаптируется к «я» и «я» адаптируется к миру. Это адаптация между изменчивым и почти не меняющимся, между биологией человека, которая консервативна (пищевой, питьевой, сексуальный инстинкт, темперамент), и культурой, в которой человек живет. Существует также культура семьи, которая может резко отличаться от культуры общества, и это будет еще одним объектом, к которому необходимо адаптироваться. Человек, хорошо вписывающийся в культуру своей семьи, может совсем не вписываться в культуру общества. Поэтому нет на земле человека без психологической защиты, нельзя остаться голым на арктическом холоде, психологическая защита — это одежда человека. Сказка про голого короля — это мудрая сказка про психологическую защиту. Каждый из людей в какой-либо момент жизни — неминуемо «голый король». Разница между людьми в этом случае заключается в том, что одни бывают больше «голыми королями», другие — меньше, одни — чаще, другие — реже. Например, человек поглаживает себя по животу и перед ним возникает образ Карлсона, который очень гордился своей упитанностью, и вдруг понимает, что это его психологическая защита: потому что раньше он был худым и стройным, а сейчас его беспокоит, что с возрастом он полнеет и что ему не нравится его растущий живот. Как сработала его психологическая защита? В момент беспокойства за растущий живот она подсунула ему славного Карлсона, чтобы он не пугался и знал, что это нормально, это хорошо и этим можно гордиться. Значит, какие-то психологические защиты человек может отмечать в себе и работать с ними.

Первый этап работы с психологической защитой — это этап ее диагностики. Но диагностика психологической защиты сама по себе еще ничего не дает. В медицинской практике был случай, когда психотерапевты обучили своих больных диагностировать у себя психологическую защиту и получили следующее: функционировать эти больные продолжали столь же неконструктивно, лечение их не продвигалось, зато во время работы психотерапевтической группы они радостно замечали друг другу: «А у тебя — психологическая защита!» Поэтому основной вопрос заключается в том, как работать с психологической защитой. По сути, обучение психотерапевта

и обучение психотерапии есть во многом обучение работе с психологической защитой: а) психотерапевта или врача; б) пациента.

Работа с психологической защитой врача стоит на первом месте потому, что он такой же человек, и от его психологической защиты будет зависеть терапия и ее успех.

Чтобы понять, что такое психологическая защита, необходимо взглянуть на это явление как на функцию, обеспечивающую более адаптивное взаимодействие с окружающим миром. Когда происходит перестройка восприятия ситуации внешнего мира, позволяющая человеку снять напряжение и дискомфорт, это значит, что начала работать психологическая защита.

Функции психологической защиты

1. Интегрирование личности, то есть возможность сделать человеческое «я» цельным и непротиворечивым, уберечь его от распада. Классическая ситуация, когда в человеке одновременно сосуществуют многие «я». Для того, чтобы собрать эти разные «я», необходимы психологические защиты. Это своеобразный цемент, который не позволяет распадаться на множество «я».

В тренинге групп личностного роста существует упражнение, краткий смысл которого — встреча со своими разными «я» в процессе медитации. Одна из участниц, встретившись со своими «я», обнаружила, что они очень разные — женщины и мужчины разных возрастов и обликов, но у них была одна черта, которая объединяла всех, — они все были лохматые. Вот эта лохматость — нечто вроде психологической защиты, которая объединяла этих людей, это своеобразная перцептивная защита для человека, который пережив эти ощущения, захотел сохранить цельность своего «я».

2. Главная функция психологической защиты заключается в следующем: во-первых, достижение потребностного уровня самоуважения, самоодобрения, «самопоглаживания», во-вторых, получение социального одобрения. Причем, часть людей ориентирована в своих психологических защитах, в основном, на получение социального одобрения, и только тогда у них возникает самоуважение. Американский психолог Эрик Берн называет это социальное одобрение «поглаживанием».

У людей другого склада самоуважение меньше связано с социальным одобрением. Абсолютное большинство людей принадлежит к первой группе. Значительно меньшая часть — ко второй, их, очень условно, можно назвать «нон-конформистами». Они не эгоисты, не эгоцентрики, а люди, для которых ценность собственного «я» и ценность собственных суждений выше, чем заблуждения многих. Такие люди, вопреки общему мнению, что Земля плоская, доказывают, что она — круглая, что не Солнце вращается вокруг Земли, а Земля вращается вокруг Солнца, такие люди доказывают, что какое-то социальное явление не столь хорошо, как это утверждают другие.

Группы личностного роста — это во многом группы работы со своей защитой, попытка увидеть себя без того зеркала, которое искажает людям взгляд на самих себя. В одной из таких групп во время упражнения на преодоление психологической защиты молодой человек—врач, когда нужно было «увидеть» себя в образе какого-нибудь животного, увидел, что с неба к нему свалилась ободранная курица. Он был растерян: «Я считал себя сильным человеком, незаурядным и неординарным, я думал, что прилетит орел». Это вовсе не означает, что этот человек является «драной курицей», но его проблема заключалась в том, что глубоко внутри себя, без психологической защиты, во многом он безосновательно воспринимал себя, как общипанную курицу.

3. Сокрытие от сознания истинных мотивов и желаний — еще одна функция психологической защиты. Предыдущий пример — подтверждение этой функции. Иначе говоря, психологическая защита — это возможность не знать ту правду, которую не хочешь знать про себя.

4. Предстать перед миром таким, каким мир хочет видеть человека — также функция психологической защиты.

Она помогает человеку чувствовать себя социально нормативным, социально приемлемым, социально одобряемым.

5. Психологическая защита не только защищает человека от реальности, но и от тех отрицательных качеств, которыми человек реально не обладает, но признает их за собой, подозревает, что они у него есть. Получается, что психологическая защита «спасает» и от мифических недостатков.

Например, человек с очень длинным носом «научно» разрабатывает свою теорию о том, что люди с длинными носами — это прямые потомки марсиан, и поэтому обладают особыми умственными способностями, и вообще они лучше тех, у которых короткие носы.

Длинный нос — реальное качество, его можно измерить в сантиметрах, а вот, например, жадность, которую человек себе приписывает и боится ее у себя обнаружить в сантиметрах не измеришь. Поэтому психотерапевт при работе с психологической защитой должен уточнить: от чего защищает психологическая защита—от настоящего недостатка или мнимого.

Впервые серьезное описание психологической защиты, встречается у З. Фрейда и смысл его таков: это защита нашего сознательного «я» — «эго», которое сплющено между «суперэго» (социальными нормами, культуральными представлениями, накладывающими запрет на многие биологические призывы человеческого бессознательного) и «ид».

В практике известен случай, когда женщина-парикмахер имела постоянное навязчивое стремление отрезать ухо своему клиенту. Это желание было настолько сильным, что однажды она не смогла с ним справиться и порезала ухо мальчику. После этого она, когда это желание становилось необоримым, звала напарницу и просила ее достричь клиента, ссылаясь на недомогание. Затем она обратилась за помощью к психотерапевту. В этой ситуации мотив наносить раны и повреждения

другому входит в противоречие с социальными нормами. Во времена палеолита таких социальных норм не было, и агрессия, нанесение другому физического ущерба было естественной вещью, следовательно, и психологическая защита от такого желания в виде невроза не была нужна. Все запреты, которые сейчас имеет человечество: не убий, не укради, не прелюбодействуй и другие — все они появились в процессе развития цивилизации и становления культуры. Вместе с ними формировалось и содержание психологических защит. Человек оказался между двумя огнями: между исконными инстинктами, которые обусловлены биологически, и социальными, культуральными нормами. И для того, чтобы избежать ощущения вины за свои желания у человека и возникает психологическая защита, которая становится буфером между «суперэго» и «ид», между темным в человеке, тем, что его личность отказывается принять, и требованиями окружающего мира.

Общепринятого определения понятия «психологическая защита» на сегодняшний день не существует, каждое из психологических направлений выделяет в понятии свои особенности психологических защит. Но эти различия лежат не в общей оценке этого феномена, а в преимущественном рассмотрении той или иной его стороны. Одни исследователи делают акцент на то, как это делается, каковы механизмы, с помощью которых происходит психологическая защита. Другие описывают, прежде всего, то, для чего это делается, какова цель психологической защиты. Внутри второго направления могут быть разные решения.

От позиции исследователя зависит вывод: к чему приводит психологическая защита, что она создает. Здесь возникает некоторая терминологическая проблема: слово «защита» как бы говорит, что это механизм, однозначно полезный для человека. Поэтому одной из причин, по которой происходят чисто терминологические разделения этого феномена, является стремление уйти от однозначности в понятии успешности и полезности психологической защиты.

В отечественной литературе проблемы, связанные с термином «психологическая защита», определялись причинами социально-историко-политическими. Понятие психологической защиты было понятием однозначно психоаналитическим, а значит буржуазным, враждебным. Тогда в отечественной литературе появился термин «психологическая компенсация». В какой-то степени он даже более точно отражает суть этого феномена. В книге известного психотерапевта Ф. Василюка «Психология переживаний» психологические защиты вошли в реестр переживаний. Московским психофизиологом и психиатром Ф.Б. Березиным было введено понятие близкое, но не эквивалентное психологической защите, понятие «психической адаптации», и описаны феномены психической адаптации у людей в сложных экстремальных условиях Крайнего Севера. Используя термин «психическая адаптация» можно построить ее новую типологию. В нее входят механизмы психологической защиты, механизмы

психологической компенсации и понятия, которые являются более сложными и представляют собой, по сути, конгломерат различных адаптационных механизмов, таких, как «адаптационный образ «я», «адаптационный образ болезни». В основу этой типологии легли следующие моменты.

— Отношение к сфере сознательного или бессознательного. Явления психологической защиты протекают на бессознательном или малоосознаваемом уровнях, а механизмы компенсации — на осознаваемом уровне. Еще один адаптационный механизм — механизм разрядки.

— В определение механизма психической адаптации можно ввести главную ориентацию — структурирование внешнего и внутреннего мира человека разными способами и приемами.

— Обязательный феномен психической адаптации — это работа с чувством тревоги, стремление снизить тревогу, снять неопределенность, потому что всякое структурирование мира и себя — это способ снятия тревоги, устранения неопределенности, ибо всякая неопределенность есть источник тревоги.

Почему механизмы психической адаптации приводят к упрощению мира? Потому что психика работает по принципу вероятностного прогнозирования, а вероятностный прогноз — это статистический выбор самого высокого вероятного варианта, маловероятные варианты отбрасываются. И мир становится более упрощенным, потому что не принимаются нюансы.

На приемах использования психологических защит построена идеология национализма, религиозного фанатизма. Многие лозунги формулируются с учетом действия механизма психологической защиты, например: «Тот, кто не с нами, тот против нас». Этот лозунг является упрощением картины мира, совершенно исключая позицию нейтралитета. Или лозунг: «Дети — цветы жизни». Да, в основном, это так, но ведь известны случаи, когда рождаются дети с диагнозом «ядерная психопатия» или с генетически обезображенным характером, и впоследствии они будут асоциальны, в какие бы идеальные условия семейного воспитания их не поместили.

Были проведены эксперименты по восприятию картин американского художника-карикатуриста, который изображал детей как воплощение зла, как каверзных, злых, агрессивных существ. Эти картинки были предложены на просмотр воспитателям детского сада и людям такого же возраста, но не связанных по работе с детьми, у которых не было особых проблем с воспитанием собственных детей. Проводилось сравнение реакций и ответов на эти картинки. Оказалось, что воспитатели детских садов одобрили эти карикатуры и комментировали их так: «Это что, вот я сейчас вам расскажу про одну девочку!» Реакция невоспитателей была однозначна: «Боже мой, какая гадость! Какой это уродливый художник! Как он отвратительно видит мир!» Для воспитателей, у которых повседневно возникали с детьми проблемы, важно было упрощение этого мира и снятие с себя чувства вины. И это — тот, другой признак использования механизма психической

адаптации при возникновении психологических проблем, использование его как способа работы с психологической проблемой, а не ее решения.

Психологическая проблема — одна из возможных ситуаций взаимодействия человека с миром и с самим собой. Понятие «проблема» очень близко подходит к понятию «фрустрация», ситуации, когда что-то кажется неразрешимым или действительно является неразрешимым. Человек, лишенный обеих ног, уже никакими способами не может вернуть их обратно. Он может надеть протезы, пользоваться инвалидной коляской, но ног у него уже не будет.

Массовая культура является отражением стремления общества создать эталоны психической адаптации. Во-первых, она всегда упрощенная. Может ли быть какой-то роман или фильм в массовой культуре, который бы по-разному трактовался? Нет. А вот фильмы Андрея Тарковского, как пятна Роршаха: можно выслушать мнения 10 кинокритиков и получить очень убедительные и совершенно разные трактовки. Кроме того, можно было услышать мнение самого Тарковского при съемках фильма и через десять лет его же мнение, но уже совсем другое. Немассовая культура — это сложный мир, не поддающийся однозначной оценке. А массовая культура умеет мимикрировать и создавать имитации сложного мира. Так же, как народные целители в Кыргызстане появились как проявление массовой культуры восточной медицины, в которой имеет место глубочайший уровень движения к Богу и к самопознанию, а в примитивной народной медицине — жесткие бездушные технологии. Массовая культура ориентирована на снятие тревоги. Ведь сложные, непонятные, неоднозначные произведения искусства порождают в человеке очень противоречивые чувства: от наслаждения до ощущения собственной никчемности из-за невозможности понять это произведение. Это может вызывать чувство растерянности. А массовая культура дает эталон разрешения проблем: главного героя 10 раз прострелили, 7 раз выкинули с 28 этажа, но он падает на случайно проезжающий в это время грузовик с матрацами, остается цел и убивает всех своих врагов. Массовая культура ориентирована на создание массового чувства, это чувство личной сопричастности. Она никогда не ставит перед собой проблем, которые не решаются однозначно.

Механизмы психической адаптации ориентированы также и на то, чтобы закрыть или упростить не только внешние, но и собственные внутренние проблемы.

Еще одно важное свойство механизмов психической адаптации — это снятие ответственности, чаще всего за принятие решений.

Психологическая проблема — это проблема, которая не только делает какую-то ситуацию нерешаемой (и если не включается механизм адаптации, то это чувство нерешенности так и остается, если включается — неопределенность сразу уменьшается), но и выражает противоречивость человеческих желаний. Это ситуация «буриданова осла», когда чувства, желания, мотивации по силе примерно равны, но противоположны по

направленности. Можно найти еще несколько характеристик психологической проблемы, но сведя их все в одну (упрощенную формулу), получим: психологическая проблема — это проблема выбора. Есть ситуации неразрешимые: на Северном полюсе не цветут сады, и там не тепло, а хотелось бы, чтобы цвели сады и было тепло. С этим ничего не поделаешь, но это не является проблемой людей, не живущих на Северном полюсе. Психологической проблемы нет.

Другой пример, к врачу приходит пациентка и говорит: «25 лет я прожила с мужем и 25 лет этот человек безобразно со мной обращался. Очень часто он уезжал в командировки, а когда бывал дома, то ежедневно приходил пьяный. Я вырастила ему шесть детей, и это хорошие и нормальные дети, а он вообще ими никогда не занимался. Он ни разу с нами не поужинал за 25 лет. Проблема в том, что меня не понимают ни мои братья и сестры, ни мои дети; они считают, что мне должно быть стыдно уходить от мужа, что я их всех позорю, ведь мой муж не какой-то дебошир, пьют мужья у всех, не одна я такая. Я мучаюсь от того, что близкие меня не понимают». Врач предлагает ей остаться с мужем по совету родственников, на что пациентка возражает: «А когда я себя буду человеком чувствовать?» Здесь обострилась проблема выбора — либо поступать по правилам своей культуры и культуры своей семьи и остаться с ненавистным мужем, либо подчиниться требованиям своего внутреннего мира, для которого важно обрести достоинство, то есть расстаться с мужем. В таких ситуациях почти каждый врач слышит вопрос: «Доктор, что мне делать?» Совет врача, ведущий к упрощению мира, не решает проблему. Он создает иллюзию ее решения.

При очень распространенной психосоматической патологии — мастопатии — чаще всего врачи-гинекологи советуют женщинам жить интенсивной половой жизнью. А например, женщина в разводе и воспитана в пуританских правилах, она человек того поколения, в котором не одобрялись внебрачные связи. Или она замужем, но у мужа сексуальные проблемы. Врач-гинеколог не говорит ей, чтобы они с мужем шли к сексопатологу и попытались с его помощью решить сексуальные проблемы, а советует прибегнуть к помощи любовника. После чего семья распадается, и она готова наброситься на врача-гинеколога, который так просто попытался решить ее проблему.

Напрашивается вопрос: успешны или неуспешны механизмы психической адаптации, в частности, психологической защиты?

Первый ответ: неуспешны, так как они создают иллюзию решения проблемы, не решая ее. Но это не однозначное правило, так как опять будет упрощение мира.

Второй ответ: механизмы психической адаптации успешны. Если человек болен неизлечимым заболеванием, ему не может помочь ни один врач на Земле, а он не обладает мужеством, у него нет конструктивных путей разрешения проблемы смерти. Например, он — атеист, он не хочет

обращаться к Богу, думать о загробной жизни. И если у него возникнет механизм психологической защиты, который отвергнет его заболевание, это будет успешно? Наверное, да.

Как мы видим, однозначного ответа нет: механизмы психической адаптации могут быть как успешны, так и неуспешны. Этот факт делает очень сложным, очень трудным и очень неоднозначным понимание психопатологии. Кому из психиатров традиционной школы может прийти в голову мысль, что депрессия может быть удачна? Никому. Но некоторые зарубежные и отечественные психиатры говорят: «Мы не знаем, удачно это или неудачно, но это способствует психической адаптации». Потому что они считают, что самое опасное, самое страшное для человеческого организма — тревога, а депрессия — снимает неопределенность при тревоге, и уменьшает чисто биологические ее последствия.

Не психологи, а драматург Б. Брехт и литературовед В. Шкловский описали феномен отчуждения, когда какая-то ситуация становится труднопереносимой для человека. Например, муж тянется к своей жене и не может понять, что его с ней разделяет. И тогда он говорит себе, что это не его жена, а подделанное под нее существо. Для психиатра здесь все понятно: бред метаморфозы, — дать больному галоперидол и это пройдет. Феномен этот, действительно, пройдет. А вот что будет с системой отношений с женой? Изменится? Иди человек испытывает тревогу за свою коммерческую деятельность, за свою способность к самоактуализации, за свою способность решать какие-то проблемы, которые необходимо решать по его должности, и не находит ответа. Он никак не может совершить выбор, решить — удачен ли его образ жизни или неудачен. Тогда возникает чувство отчуждения от этого мира: «...этот мир хочет меня убить, потому что я — неудачлив, потому что я совершаю ошибки...» Так решается проблема выбора.

Из всего сказанного можно сделать вывод: человек хочет жить в простом мире, в котором проблема решается одним из двух способов и это определяет принципы некоторых психотерапевтических подходов. Человек обращается к психотерапевту именно за этим. Он хочет сохранить свой упрощенный мир, и многие виды психотерапии являются видами укрепления механизмов психической адаптации, то есть выполняют заказ клиента.

Другие, личностно-ориентированные школы психотерапии отвергают такой подход. Их установка — человек сможет решить проблему только тогда, когда поймет, ощутит и выстроит себе новую картину мира, в которой не бывает всего двух цветов: черного или белого. Проблема человека в том, что он упростил мир до черного и белого и никак не может решить, что же теперь выбирать: черное или белое? Психотерапевт вместе с пациентом может прийти к идее разноцветности мира, его многообразия, его пестроты, невозможности выбора однозначных решений. Психотерапевт не будет делать мир своего клиента хаотичным, он только поможет ему расширить его границы. Такая психотерапия ориентирована не на использование потребных

пациенту, упрощенных механизмов психической адаптации, а на изменение картины мира.

Возникает важный этический вопрос: как достичь того, чтобы эта идея не навязывалась клиенту, а он пришел бы к ней сам? Ведь нельзя же в сложный мир втянуть насильно. Ответ один: психотерапевт может предложить клиенту в доступной форме все, что врач может для него сделать, человек должен почувствовать, ощутить все возможные варианты предлагаемой помощи. Врач не вправе навязывать что-либо, ибо то, как мы уже говорили, что является подходящим для самого врача, может не быть наилучшим для его пациента. Выбор за пациентом. Многие психотерапевтические техники, ориентированные на тело человека, обусловлены именно тем, что человеку умом выбирать очень трудно, а телом — гораздо легче, потому что тело — это вмещилище человеческих чувств.

Классификация психологических защит

Как не существует общепринятого определения психологической защиты, так и не существует общепринятой ее классификации. Диапазон психологических защит велик. Некоторые из них, традиционные, были выделены З. Фрейдом, затем расширены Анной Фрейд, такие как проекции, интроекции, регрессии, репрессии, реактивные образования, вытеснения, подавления. Кроме них имеется еще очень большое количество форм психологических защит. Нельзя не согласиться с мнением исследователя Ю.С. Савенко в том, что любой психологический механизм может выполнять функцию психологической защиты, поэтому психологические защиты при их классификации иногда делят на успешные и неуспешные, нормальные и патологические. В тех случаях, когда психологические защиты помогают повысить психическую адаптацию, их можно считать успешными, а когда снижают эту адаптацию — неуспешными. Есть исследователи, которые однозначно считают психологические защиты неуспешными, мотивируя тем, что психологические защиты всегда несут в себе дезадапционный элемент. Делаются попытки классификации по принципу элементарности или сложности психологических защит.

Проблема с разделением психологических защит возникает еще и в связи с тем, что защитные механизмы часто существуют не в изолированной форме, а следуют в виде определенной цепочки или конгломерата, тогда очень трудно отнести это образование к какому-то одному конкретному типу психологической защиты. Кроме того, имеется большое количество неких переходных форм. Возникает вопрос: так ли это существенно — точно определить вид психологической защиты? Если не придерживаться классификации успешности—неуспешности, если по-иному смотреть на психологическую защиту, более интегративно, тогда четкое деление психологических защит становится не столь обязательным, поскольку на

сегодняшний день не существует прицельной системы работы с каждым конкретным видом психологической защиты.

Классификация, приводимая ниже, имеет, скорее всего, академическую значимость. И для молодого врача неважно подробное знание всех механизмов психологической защиты и того, как они функционируют у его пациентов и у него самого, а важно знать наиболее часто функционирующие механизмы, например, такие как вытеснение, когда в бессознательную сферу убирается то, что непереносимо для личности.

Отрицание

Отрицание действует, когда человек не желает чего-то признавать, например, наличия у себя тяжелого заболевания. Эта психологическая защита начинает формироваться в очень юном возрасте, когда ребенок искренне говорит матери, что он не разбивал чашку, и смотрит ей честно в глаза. Здесь возможны два варианта: или этот ребенок лжец и хороший актер, или в действие вступила психологическая защита отрицания, и ребенок в этот момент твердо убежден, что он не разбивал чашку, потому что его психика не примирилась с этим фактом.

Чаще всего врачам приходится сталкиваться с психологической защитой типа отрицания при тяжелых, угрожающих жизни или социальному статусу человека заболеваниях (онкологических, венерологических, кардиологических и психических). Известен случай, когда родители отказывались признать у приемного сына шизофрению. Они его очень любили, воспитывали по типу гиперопеки, мальчика не допускали до реального мира, ограждали от любых его проявлений, что, возможно, спровоцировало шизофрению. Оба родителя образованные люди, имеют высшее образование и оба пришли к утверждению, что сын притворяется, валяет дурака. И чем сильнее в них это убеждение, тем яснее тяжесть их проблемы. Интенсивность психологической защиты есть показатель интенсивности и тяжести проблемы. С этими людьми необходимо работать мягко, осторожно, понимая, в каком тяжелейшем состоянии они находятся.

При инфаркте миокарда человек лежит в отделении, где во всю стену вывеска — «Отделение острого инфаркта миокарда». Перед этим он несколько дней лежал в реанимации, где, приходя в себя, видел больных, вокруг которых хлопотали врачи. Больному постоянно делают капельницы, он лежит, опутанный проводами аппаратуры мониторинга, а рядом умирают люди от инфаркта. На двадцатый день лечения этот человек удивленно спрашивает своего врача: «Так что, у меня — инфаркт?» Врач отвечает: «У Вас был тяжелый инфаркт, а Вы уже разгуливаете по улице!» И это откровение оказывается для него настолько тяжелым, что, придя в палату, он дает тяжелый приступ стенокардии, который заканчивается повторным микроинфарктом. Это произошло потому, что его психологическая защита была снята, и была снята грубо, резко.

Есть и другое следствие грубого обращения с психологической защитой. Один неверный нажим — и психологическая защита возрастает. Классическая ситуация, когда повзрослевший ребенок приводит в дом своего избранника (избранницу) и родители находят у того массу недостатков. И чем больше изъянов найдено у приведенного, тем больше тот, кто выбрал его, ценит избранника. В случае сильного давления это может закончиться несчастливym браком, ибо психологическая защита вырастает, и хотя недостатки избранника известны, но чувства и эмоции оказываются сильнее. Часто родители, желая уберечь ребенка от неудачного брака, не оставляют ему выбора, оказывая давление на него, и он поступает вопреки им, ибо психологическая защита уже выросла до невероятных размеров.

Вытеснение

Вытеснение — механизм психологической защиты, который вытесняет проблему из области сознания в область бессознательного, но не удаляет ее из психики человека, таким образом, эмоциональная напряженность и травмирующее влияние проблемы на организм сохраняется. Суть психоанализа как психотерапевтической техники заключается в «извлечении» проблемы из области бессознательного в сознание.

Вытесненное проявляется в оговорках, в описках, в шутках. Любой врач сталкивается с этим феноменом, когда работает с анамнезом болезни и, особенно, когда описание переживаний, ситуаций, событий, невыносимых для личности пациента, соотнесены с возможной причиной его заболевания. Например, девочка-подросток подверглась сексуальной агрессии со стороны кого-то из родственников. Это было столь травмирующе, столь невыносимо, что вытеснялось в бессознательное. Через многие годы врачи могут иметь дело с пациенткой с набором симптомов, болезненных проявлений этой сексуальной травмы, и не услышать откровений об этой травме, так как этого нет в сознании женщины. Важно понимать, что эта информация скрывается от врача не умышленно. Ситуации, сокрытые от врача по этическим соображениям чаще всего не столь травмирующие для личности и организма пациента, чем те, в которой информация вытеснена. Врач должен помнить, что вытеснение нередко несет в себе больший заряд патологии, чем то, что сознательно контролируется пациентом. Вытесненные переживания часто являются причиной многих так называемых немотивированных поступков, причем попытки и врача, и больного понять мотивацию этих поступков оказываются безуспешными и для той, и для другой стороны. К этому же феномену можно отнести и некоторые формы поведения врачей во взаимодействии с пациентами, когда какие-то переживания его собственной жизни накладывают отпечаток на его профессиональную деятельность. И это может резко деформировать профессиональную деятельность врача.

Интроекция

Этот механизм в некоторых психологических теориях имеет доминирующее значение. Интроекция — это присоединение к себе чужого «я» или чужой среды, «проглатывание», включение в себя чужого мира. По этому механизму можно увидеть, что важно для человека, что он считает для себя ценным, что греет его душу. Руководителю клиники не надо спрашивать, любят ли его сотрудники, проще посмотреть, кто старается ему подражать в одежде, манере говорить, курить, ругаться, и он получит ответ, для кого важен его мир. На механизме интроекции построены законы моды. Могучая индустрия одежды движется на простых приемах: создание кумира, модели (механизм интроекции) и когда этот кумир рожден, люди начинают ему подражать — в употреблении косметики, походке, манере вести себя — перенимают образ жизни, насколько позволяют им средства. И только потом создается спрос на одежду, которую носит этот кумир.

Оптимальным врачебным коллективом является тот, в котором большинство сотрудников интроецируют себя с этой больницей. Хорошо было бы, если бы каждая больница имела возможность иметь какую-то эмблему, знак, свои отличительные особенности в одежде. На Западе выпускники некоторых привилегированных учебных заведений обязательно носят эмблему этого учреждения.

На механизме интроекции построен и принцип создания клановости. Каждый клан должен иметь какую-то отличительную черту: в основном, внешнюю.

Часто механизм интроекции используется в рекламе. Когда зритель видит на экране телевизора красивого, мужественного человека, продирающегося сквозь какие-то заросли, плывущего в на яхте, прыгающего в водопад и потом, после всех приключений курящего сигареты «Camel», то впоследствии, если зритель курит эти же сигареты, он начинает чувствовать себя соучастником этих романтических приключений. Поэтому качественная реклама — это всегда обращение к механизму интроекции.

Механизм интроекции может сработать при взаимодействии врач—больной, когда врач, работая с пациентом, увидит проблему, сходную с его личной проблемой. И собственный опыт (часто неудачный) решения этой проблемы он предложит своему пациенту без учета его личности.

Проекция

В практике автора книги имелся опыт работы с пациенткой, которая до него прошла лечение у двух психотерапевтов, К третьему врачу она пришла не с установкой на продолжительную работу, а на однократное обсуждение своей проблемы. Врач рассказал ей, как он ее видит, что он считает наиболее важным в ее личности (раньше ему приходилось общаться с ней, но не в качестве врача). Его рекомендация вызвала у пациентки двойственное чувство: с одной стороны — удивление, с другой стороны — своеобразную радость. Удивление, потому что она пришла на прием с определенным

представлением о работе и советах врача-психотерапевта, которое она составила по опыту общения с двумя предыдущими врачами. Проблема ее была личного характера (безответная любовь). Двое предыдущих врачей советовали следующее: выбросить объект любви из головы и завести нормальную здоровую семью, благо есть предложения от достойных, надежных людей. Но ей это было неважно. Поскольку она человек творческой профессии, то стремилась испытать бурные чувства, переживания ей были необходимы. И автор книги сказал ей: «На вашем месте я бы так и переживал, только еще сильнее, и не надо бороться с этим чувством». И, когда она удивилась тому, что врач дает такой совет («он не может так говорить»), одновременно выяснилось, почему первый врач-психотерапевт, дала ей другую рекомендацию — она подгоняла решение проблемы пациентки под свое решение, которое по ее понятиям принесло бы ей благо. Врач сама легко развелась с мужем, вступив в новый, более материально обеспеченный союз. А это совершенно не подходило клиентке. И это не был сеанс психотерапии, это была чистая проекция: «Если мне хорошо так, то всем другим будет тоже хорошо, если они так же решат проблему». Это частая ошибка в терапевтической работе врача: если врач не кричит от боли, когда ему вырывают зуб, то и у больного не может быть сильных болевых ощущений, и он не имеет права на крик, когда ему вырывают зуб. Поэтому механизм проекции во врачебной деятельности достаточно опасен.

Механизм проекции довольно прост и эпиграфом к нему может быть фраза, произнесенная с разрывом в час: «Ох, как сегодня мерзко на душе!», — и через час, — «Господи, почему у всех сегодня такое мерзкое настроение?» Афоризмы — вещь опасная, потому что часто несут в себе сконцентрированный, но достаточно тривиальный опыт человечества, потому что пытаются сделать мир очень упрощенным. Хотя есть варианты, когда афоризмы очень точны для какого-то конкретного случая. Для работы с проекцией хорош афоризм: «У кого суп жидок, а у кого — жемчуг мелок!» (Страдания двух людей — в одном случае от голода, а в другом, от того, что у него не самый крупный жемчуг, могут быть равными по силе.) И если врач хочет быть экспертом, независимым судьей, то он должен это помнить и не сравнивать чужие страдания с аналогичными своими, хотя это очень трудно. Врачу может быть трудно, понять девочку-пациентку, которая взобравшись на красивую гору с открывающимся чудным пейзажем, спросила: «И зачем я сюда залезла? Ну и что?» Ей начали объяснять, что вокруг необычайно красиво: склоны, деревья. А в ее глазах было удивление и недоумение: зачем мне это? Врачу чтобы не раздражаться, пришлось сделать усилие над собой, воспользовавшись одним очень простым приемом, он спросил себя, а сколько детей, не испытывая эстетического наслаждения, в угоду родителям, говорят в таких ситуациях: «Ах! Как красиво!» По крайней мере, девочка не лжет и по этому параметру стоит выше, чем те дети, которые лгут. А дальше к врачу пришло понимание, что красота — вещь многообразная: для кого-то очень важна красота природы, но это не универсально для всех, для кого-то

важнее красота его одежды. И нельзя оценивать одно как подлинное, а другое — как поддельное.

Английскими психологами был проведен эксперимент, в ходе которого изучалось влияние психологических особенностей рекламы против курения. Разным людям—курильщикам предъявлялись варианты плакатов, созданных для борьбы с курением. Каждая группа смотрела один плакат, — например, 50 человек смотрело один плакат, 50 — другой, 50 — третий и т.д. Велись подсчеты количества выкуриваемых сигарет до и после просмотра - плакатов. Оказалось, что из 25 плакатов практически не сработали 23, они существенно не изменили этой привязанности у людей. Но 2 из этих плакатов сработали, причем, по-разному: один — против курения, другой увеличил порцию выкуриваемых в день сигарет. На первом плакате были приведены цифры, иллюстрирующие, что можно купить на те деньги, которые тратятся на сигареты, например, за пять лет — автомобиль, за полгода — телевизор и т.д.

На втором плакате был изображен баран за частоколом из сигарет, что должно было означать, что курящий человек похож на этого барана, не способного вырваться за пределы сигаретного ограждения. У курильщиков возник протест против попытки проекции их на барана. Разработчики плаката не учли то, что сопоставление себя с бараном является эмоциональной травмой для человека, и он вынужден будет совершить какие-то действия, которые защитят его от этого сравнения. Он начинает больше курить, чем доказывает себе, что он «не баран» и сколько хочет, столько и курит. «А кто — баран, тот пусть и бросает курить». Так сработал механизм психологической защиты, механизм проекции.

Проекция лежит в основе очень многих человеческих чувств, например, чувства неприязни. Чаще всего неприязнь одного человека к другому строится по механизму проекции: человек не принимает в себе каких-то качеств — реальных или мифических — и переадресовывает эти неприятные качества другому. Тогда у другого он видит именно эти качества и не любит его именно за них, при этом, не обозначая в себе этих качеств на сознательном уровне. Напротив, он считает, что именно этими особенностями он и не обладает, а другой — обладает.

Следующий пример показывает насколько глубоко с помощью механизма проекций может происходить искажение восприятия окружающего мира. Проводились исследования больных алкоголизмом, которые лечились в лечебно-трудовом профилактории (ЛТП). Это было принудительное по решению суда лечение больных, отказывающихся лечиться от алкоголизма добровольно. Часть экспериментально-психологического обследования составляло тестирование с помощью серии картинок датского художника Херлуфа Бидструпа. На первом рисунке было изображено несколько прилично одетых мужчин делового вида, сидящих за столом с бумагами в руках; на втором — они же, но более неподвижные, более застывшие; на последнем они превратились в камни: в центре — один

большой камень, а вокруг двенадцать камней поменьше. Эта серия рисунков имела название «Прозаседавшиеся» и целью ее было обличение бюрократических заседаний. Эти рисунки без названия показывали людям больным алкоголизмом, и просили объяснить, что они видят на них. Абсолютное большинство испытуемых говорили, что эти люди напились и, пьяные, свалились под стол. Насколько должен быть искажен окружающий мир, чтобы увидеть такое — на картинке ведь нет ни стаканов, ни бутылок, и люди скорее похожи на руководителей банков, чем на компанию, которая собралась выпить. Больные проецировали свою алкогольную проблему в окружающий мир и интерпретировали его по законам алкогольной проблемы.

Злую шутку может сыграть механизм проекции с врачом. Нередко молодые психотерапевты, выбирая эту профессию, ведомы, в основном, желанием разрешить какие-то тяжелые СВОИ проблемы и только потом уже чужие. Представьте себе ситуацию, когда такой врач со своими тяжелыми, нерешенными проблемами работает в отделении неврозов врачом-психотерапевтом. Возникает перенос его собственной проблемы на пациента. И пациенту приписывается та проблема, которая важна для самого врача.

Случай из практики. Одна из молодых ординаторов пробовала себя в отделении неврозов. Через месяц после начала работы пришла к руководителю и призналась, что не хочет работать в этом отделении, так как не верит больным. «Они не больны. Подумаешь, она не может решить проблему с мужем! У нее такой замечательный муж — внимательный, ласковый, семью обеспечивает, а она его не любит! Ну и что, а у меня трое детей и муж алкоголик и мне неважно — люблю я его или не люблю, лишь бы он не скандалил и зарплату приносил. А она выдумала. Я хотела бы работать в отделении психозов. Вот когда больной слышит голоса, вот когда у него судорожный припадок, когда он возбужден — это понятно, что он болен. А вот это «люблю — не люблю» — это не болезнь. Я их ненавижу». На самом деле эта женщина ненавидела себя со своей тяжелой проблемой и по механизму проекций передала это другим людям. Поэтому, когда человек встречается с другим, который на его взгляд имеет массу недостатков, он может задать себе вопрос: не встретился ли он сам с собой, с таким, каким он себя не хочет принимать? Поэтому недруги человека — иногда зеркало его души, зеркало его проблем, которые он в себе не принимает.

В действии механизма проекции часто много агрессии, потому что люди очень сердятся, когда кто-то не позволяет им проецировать себя в них. Сколько возникает стычек между родителями и детьми именно по этой причине. «Если ты — моя дочь, то ты — это я, а мне нравится вот это, это и это. И тебе должно нравиться то же самое». Механизм проекции является одним из базисных механизмов в гештальт-психологии. Основатель этого психологического направления Фриц Перле считал этот механизм одним из самых главных в возникновении невротических расстройств.

Еще один пример того, как мешает порой проекция во взаимоотношениях врача и больного. Проекция во врачебной деятельности часто делает врача нетерпимым к другим диагностическим подходам, к другим способам лечения. В основе неприятия чужой картины мира лежит гипертрофированный ригидный механизм проекции: если у меня такой мир, то и у всех, конечно, такой же мир.

Но механизм проекции не всегда грубо искажает картину мира и взаимодействия людей. Все дело в том, что в мире существует достаточное количество людей со сходной картиной мира или с аморфной картиной мира.

Культура — во многом использование механизма проекции. Когда человек предлагает свой мир в качестве одного возможного образца мира людей, и чем талантливее человек, чем ближе понимание ему мира людей и самого себя, тем больше он находит людей, которые могут сказать, что это тоже их мир. Что такое творчество писателя? Это картина мира одного человека, спроецированная на картину мира других людей.

Кроме того, механизм проекции — это один из способов преодоления одиночества, которое является одной из общечеловеческих проблем. С этой проблемой работают по-разному, но два основных варианта работы таковы.

1. Одиночество — есть оптимальная форма существования человека, нельзя из-за него страдать, переживать и мучиться, нужно стремиться к одиночеству. Это — идея максимального блага отшельничества: не пытаться преодолеть одиночество, а принять это и уйти в это.

2. Одиночество преодолимо, человек может всегда найти путь к людям, всегда может стать неодиноким, и, наконец, человек может найти лазейку к миру не через людей, а через животных, через книги или искусство, через обращение к религии.

Изоляция

Это — механизм, с помощью которого человек как бы выделяет из себя то, что является для него травмирующим, отделяя одну часть своей личности, которую он полностью принимает, от другой, которой он не принимает. Классическим примером изоляции является вся фабула знаменитой повести Стивенсона «История мистера Джекила и доктора Хайда», где днем этот человек был нравственным, гуманным врачом, а ночью он превращался в злобного бандита и убийцу, и эти два человека не встречаются. Один не подозревает о существовании другого.

В основе механизма изоляции лежит случай так называемого «невротического расщепления личности» (не психотического, которое наблюдается у больных шизофренией) не на уровне глубоких расстройств — психозов, а на более легком уровне — на уровне неврозов. Это явление получило яркую характеристику в работе З. Фрейда, где он описывал свою пациентку, страдавшую расстройством в виде множественности личности. Эта женщина в один день ощущала себя капризной, эксцентричной особой с весьма легкомысленным поведением, а на следующий день она уже имела

другое имя и была чопорной, сдержанной, скромной пуританкой в совершенно другой одежде. Потом появилась третья личность, которая наблюдала за поведением каждой из них, и она тоже имела свое имя.

Случай из практики. Очень религиозная женщина, продавец винного отдела, сектантка, скорее фанатик, чем подлинно верующая, всегда с опущенным взглядом, говорящая тихим елейным голосом, превращалась в другую личность, в существо по имени Пахом, которого она называла «бесом» и вроде бы не знала о его существовании. Переход из одной личности в другую происходил довольно быстро. Сидя в приемной и ожидая врача, говоря что-то своим тихим голосом, она вдруг выпрямлялась, начинали блестеть глаза, и раздавался дикий рев, после которого следовали немыслимые ругательства, произносимые грубым, почти мужским голосом и, сопровождающиеся циничными телодвижениями. Когда ее после расспрашивали, она утверждала, что о своем состоянии в образе Пахома она ничего не знает и ничего не помнит. Получалось, что одна личность поверхностная — тихая, скромная женщина-ханжа, другая — глубинная — грубый, распущенный мужик, та часть, которую ее психика отказалась принимать.

Механизм изоляции часто проявляется у детей, когда они попадают в тяжелую для них ситуацию. Этот механизм лежит в основе фантастических детских историй, рассказываемых родителям. Трехлетняя девочка, играя, разбивает чашку, которой все в доме дорожат. Она сильно переживает. Когда появляются родители, девочка «превращается» в кролика и говорит, что она — заблудившийся кролик, она скребется в дверь и тихим, заячьим голосом просит: «Пустите меня, я — маленький заблудившийся кролик. Я голодный, я бедный, я у вас буду жить, я не буду (и дальше девочка перечисляет все, что она сделала за день) разбивать чашку, как делает это плохая девочка (и называет свое имя), я не буду рисовать на шкафу фломастером...» Она изолировала себя от плохой девочки и теперь спокойно рассказывает про то, что натворила сама. И этот заблудившийся кролик функционирует один—два часа, а к тому времени, когда проблема разбитой чашки уже исчерпана, превращается опять в озорную девочку.

Принцип изоляции лежит в основе педагогики, пропагандируемой в гештальт-психологии. Он заключается в следующем: отделить ребенка от поступка. Фраза: «Ты — гадкий мальчик!» — с точки зрения гештальт-педагогаки абсолютно неверная. Она должна звучать так: «Ты совершил дурной поступок!» Упрек, брошенный ребенку: «Ты — свинья, ты опять выпачкалась!» — означает, что личности уже нет, ребенка уже нет, а есть свинья. Поэтому в гештальт-педагогике слова «лентяй» не используется. Существует фраза: «Ты сегодня работал мало».

Это и есть использование в педагогических, дидактических целях механизма изоляции для отделения личности от поступка.

Регрессия

Этот переход на более простой уровень функционирования — еще один механизм психологической защиты. При действии этого механизма можно видеть, как разные личности выбирают при психической адаптации уход в детство. Такой механизм характерен для истерических личностей, потому что одной из основных черт этих личностей является инфантилизм, потому что уход в детство для такой личности более естествен. Отличительным признаком механизма регрессии является стремление к одному, очень важному мотиву: очень сильно упростить мир, сделать его понятным. В ситуации длительного дистресса (например, социальных катаклизмов) одним из проявлений регрессии могут стать упрощение формы поведения, стремление снять с себя ответственность. Некоторые исследователи считают, что причиной шизофрении является регресс личности.

Обесценивание

Этот механизм психологической защиты — самый негуманный по отношению к окружающему миру. Это жестокий механизм, потому что «я» человека сохраняется здесь за счет того, что страдает окружающий мир. Классический пример: «А у тебя у самой ноги кривые!» — это реплика пьяного человека в автобусе в ответ на укоры какой-то женщины. Включен механизм обесценивания, в данном случае обесценивается женщина: «Я-то завтра просплюсь, а ты всю жизнь будешь с кривыми ногами». Это неправда. Он завтра не проспится, он завтра тоже будет пить, но как четко его защищает механизм обесценивания. Какую он дает иллюзию.

В быту обесценивание очень часто функционирует в форме иронии. Почему ирония так характерна для юношества? Потому что реально цена собственного «я» в юности очень невысока. Поэтому, почти каждый ироничный человек — это человек низко оценивающий себя. Приписав себе низкую цену, часто очень незаслуженно, он, чтобы сохранить самоуважение, принижает этот мир до той степени, пока мир не окажется ниже его и таким образом его достоинство будет сохранено.

Максимальным проявлением этой защиты является циничная ирония, в которой обесценивается все. Часто причиной циничной иронии является то, что человек мечтает жить в идеализированном мире среди прекрасных людей. И когда этот мир и эти люди не оправдывают его надежд, он обесценивает его и всячески пытается разрушить, потому что человеку больно. Вот почему от романтизма до цинизма — один шаг.

Альтернативой иронии, которая позволяет сохранять самоуважение, служит самоирония. Во-первых, это честно по отношению к миру, во-вторых, это прекрасно ограждает от иронии извне, потому что неинтересно смеяться над человеком, который сам над собой смеется и делает это лучше. Поэтому самоирония, соединенная с иронией, сохраняет человеческое самоуважение.

Фантазирование

Фантазирование также является механизмом психологической защиты, который создает мнимую действительность и в которой совершается то, чего не происходит в реальной жизни.

Представим себе, что у одного человека однажды появилась сумасшедшая идея: он ясно представил, как однажды утром, идя на работу, на пустыре найдет чемодан, набитый денежными купюрами, причем полученными не в результате обмана или каких-нибудь махинаций, а волшебным путем, и заживет он в свое удовольствие. Некоторое время спустя, человек начинает ловить себя на том, что, идя по дорожке, все внимательнее смотрит под ноги, все явственнее представляет себе, как он находит этот чемодан. В просторечии это называется «строить воздушные замки». Возникает вопрос: плохо это или хорошо?

В каких-то ситуациях фантазии помогают снимать напряжение, тогда механизм работает на руку человеку, а если эти фантазии начинают заменять ему действительность, как если бы, мечтая о чемодане с деньгами, человек перестал бы работать, считая, что он обязательно вот-вот найдет этот чемодан, то эти фантазии становятся патологическими, дезадаптивными.

Перенесенная агрессия

Это часто встречающийся механизм. Когда близкий человек приходит домой не в духе и начинает обижать домочадцев, находя в них множество недостатков, то им сразу приходит в голову мысль, что у него неприятности на работе. Ему не удалось на работе защитить свое достоинство, и он вымещает нерастраченную агрессию на домашних, которые более доступны, чем начальник. Это и есть перенесенная агрессия.

В Японии велась борьба с перенесенной агрессией следующим методом: в проходной какого-нибудь большого завода устанавливалась резиновая фигура начальника этого завода, рядом помещалась дубина с той целью, чтобы рабочий или служащий мог поколотить эту куклу, не перенося агрессию на других людей и на живого начальника. При этом отношения между подчиненным и начальником как будто бы становились более гармоничными.

Перенесенная агрессия, по мнению многих исследователей, лежит в основе многих психосоматических заболеваний. Это перенесение агрессии на свое тело. Этот механизм более всего характерен для интровертированных, интернальных или робких (боящихся мира, склонных к депрессивным реакциям) личностей, как правило, берущих ответственность на себя.

Человек переносит агрессию с мира на себя, на свои внутренние органы, на свое артериальное давление, которое повышается, возникает напряжение. Человек «бьет свое тело» вместо того, чтобы расправляться с окружающим миром. Проблема психосоматической патологии — это, в упрощенном варианте, проблема аутоагрессии. Злоупотребление алкоголем в своей основе часто одним из факторов имеет перенесенную агрессию.

Реактивное образование

Это еще один механизм психологической защиты. Очень часто люди, которые не умеют экономно обращаться с деньгами, ведут себя следующим образом: когда в их руки попадают деньги, они тут же начинают их тратить. Складывается такое ощущение, что человек пытается лихорадочно избавиться от денег, которые он заработал с большим трудом. И чем труднее они ему достались, тем быстрее он от них избавляется, вопреки законам конструктивного поведения. Это результат действия реактивного образования.

Когда больным с неврозом, проблемой которых является вспыльчивость и раздражительность, задают вопрос, что более всего их беспокоит, они часто жалуются на разные недомогания, но более всего на то, что они стали очень нервными и раздражительными, что во время серьезного разговора они могут накричать на человека: «... я себя веду так, как раньше никогда не вел и как этот человек, в общем-то, не заслуживает. Но потом мне стыдно. Я заметил, что некоторые из людей, с которыми я работаю теперь стали провоцировать меня на эту вспышку, и когда она случается, они выжидают часа два, а потом появляются с какой-то просьбой, и я, чувствуя себя виноватым, не могу им отказать, чего не сделал бы в обычном состоянии». Это классический пример реактивного образования, когда человек начинает относиться к другим людям очень эмоционально, доброжелательно, стремиться их ублажить, потому что испытывает перед ними чувство вины. Чувство вины — это то, что формирует реактивное образование. На этом построены сюжеты многих художественных произведений: в них ситуация чувства вины создается искусственно с целью манипуляций человеком.

Рационализация

Классическим примером механизма рационализации является логическое объяснение детей, почему они опоздали на урок. Дети составляют подробный аргументированный рассказ почему, ну никак нельзя было прийти. Очень интересны рационализации студентов, когда они объясняют, почему не готовы к экзамену.

Приведем еще один пример. Женщина с приятелем ходит по магазинам, желая приобрести себе какую-то вещь. Он искренне хочет, чтобы ей удалась покупка, потому что он симпатизирует ей. Но все, что рассматривается ею, как вариант покупки, подвергается резкой критике с его стороны: там плохо пришита пуговица, там — неровная строчка, в другом месте — пятно, в третьем — пуговица не того цвета. В результате женщина остается без покупки. Все это происходит потому, что этот мужчина никогда не мог позволить себе покупать вещи такого качества, но на сознательном уровне он не признается себе в этом. Он не завидует этой женщине, это защищается его психика. Механизм рационализации услужливо включается и прикрывает это слабое место. Он включается и в том случае, если мужчине не нужно

оплачивать эту покупку. Самому себе мужчина объясняет, что такое носить не нужно в силу ряда причин.

Механизмы компенсации

Это феномен, близкий к механизмам психологической защиты, но, в отличие от них, этот феномен проявляется не на бессознательном уровне человеческой психики, а на сознательном. Механизмы компенсации принадлежат к группе таких психических явлений, которые совершаются человеком совершенно сознательно для снятия некоторых психических напряжений. Это так называемые механизмы психологической компенсации.

Например, когда человек хочет избежать встречи с неприятным ему человеком, он переходит на другую сторону улицы, сделав вид, что не замечает его. Это приспособительное поведение, которое убергает человека от излишнего напряжения.

Еще один компенсаторный прием — «прежде, чем ответить на чье-то вызывающее поведение, досчитай до десяти, а потом отвечай», чтобы не жалеть о слетевших с языка горячих словах.

Механизмы компенсации строятся по одному из двух принципов: либо по принципу приближения, либо по принципу отдаления. В психодиагностической методике CID (дистанция межличностного общения) испытуемому предлагалось мысленно поместить себя в центре комнаты, имеющей большое количество дверей, в которые входят разные люди, а он стоит в центре и всегда лицом к ним. Ему предлагалось остановить входящего человека на таком расстоянии, на котором было бы наиболее удобно с ним общаться. Тема общения избиралась самими испытуемым. В число таких стимулов общения был введен стимул «инопланетянин». Предполагалось, что для людей с высоким уровнем тревоги этот стимул будет особенно значим, как символ тревоги. Гипотеза *оказалась* верной. По результатам эксперимента людей можно было разделить на две группы: одна из них приближала инопланетянина очень близко, даже ближе, чем такой стимул, как «мать», а вторая группа очень отдаляла его и даже оставляла за дверью.

Когда обсуждались результаты этой методики, то испытуемые первой группы объясняли свой выбор так: «я специально поставил его поближе, ведь неизвестно, что он такое, чтобы каждое его действие контролировать — если он сделает, что-нибудь не то, я успею это пресечь либо отбежать. Психологическая компенсация этих людей строилась по принципу приближения.

Объяснения испытуемых второй группы были таковы: «Я отдалил его, потому что неизвестно, чего от него ждать, всегда можно успеть удрать». Здесь психологическая компенсация строилась по принципу отдаления.

Механизмы разрядки

Рассмотрим еще один феномен психической деятельности человека. Это, чаще всего, какое-то импульсивное действие, поведенческий акт, связанный с простыми действиями, снимающими психическое напряжение. Например, удар кулаком по столу в гневе, жадное поглощение пищи в период психического напряжения, употребление жидкости, жевание. Основные способы психологической разрядки следующие:

1. Громкий юношеский смех. Старые люди так не смеются не потому, что они разучились радоваться, а потому что они избегают этого механизма разрядки. Тревожные и внутренне напряженные люди чаще всего гогочут, это не означает, что они не умеют себя вести, просто им сейчас страшно.

2. Другая разрядка, очень распространенная в молодежной среде — плевки.

3. Постоянное движение челюстями и щелканье семечек, орехов, жевание жвачки. Отмечалась закономерность — чем напряженнее было время, чем более кризисное, тем сильнее народ увлекался семечками. Максимум этого увлечения приходился на годы войны: люди утоляли голод и страх.

Глава V

ПАМЯТЬ

Память — это накопленная информация, оказывающая влияние на человеческие чувства и поведение. Это информация самого разного рода: о бытовых навыках (как ходить, как бегать), об окружающем человека мире. Она всегда автобиографична и поэтому всегда субъективна. Человек помнит не абстракции, а то, что преломилось через его психику, его душу. Он помнит свою истину.

Память, прежде всего, рассматривается как получение, сохранение и воспроизведение информации. Но в это простое определение можно добавить один очень важный момент: память обладает способностью обуславливать временное единство человеческой личности, что относительно редко находит освещение в учебной литературе. Это сближает память с теми понятиями психологических защит, которые делают акцент на сохранении человеческой личности единой, не позволяя ей расщепляться, распадаться из-за противоположных мотиваций, чувств, желаний человека. Память сохраняет единство человеческой личности на протяжении всей жизни человека. Поэтому можно сказать, что получение, хранение и воспроизведение информации — это функции памяти, а сохранение единства человеческой личности — цель памяти, — и не просто сохранение единства самой личности, но и сохранение ее единства с окружающим миром, потому что человек использует не только сиюминутную информацию, но и ту, которая накоплена человечеством. Поэтому память, как и другие психические функции, обеспечивает связь человека с миром, с культурой, с природой и опытом всего человечества.

Нарушения памяти, такие, как конфабуляции, то есть ложные фантастические воспоминания, которые человек предьявляет как события реальной личной жизни, являются отражением этой тенденции — человек воспроизводит как личное воспоминание опыт других людей. И память каждого индивидуального человека — это, прежде всего, память представителя определенной культуры. Здесь прослеживается та генеральная линия, которая характерна для всех психических функций: взаимосвязь психики с культурой, потому что накопление информации идет в рамках определенной культуры.

Получение, сохранение и воспроизведение информации проходит также через призму индивидуальной культуры человека. Например, вспоминая пережитую когда-то в детстве сильную грозу, человек может воспроизводить это событие в рамках индивидуальной культуры по-разному. В одном случае, это может быть описание грозного явления природы, при котором он испытал сильные чувства, сильный страх, ощутил свою незащищенность перед природой, и этот человек может вспомнить, что его интерес к физике, которой он стал впоследствии заниматься, возник именно тогда, когда ему

захотелось понять, почему происходят такие природные явления. Человек с другой индивидуальной картиной мира, с другой индивидуальной культурой, вспоминая это же событие, эту же грозу (они были в разных концах одного и того же леса, и над ними пронеслась одна и та же гроза), скажет, что тогда он получил знамение — жизнь его будет необычной, яркой, — и это было знамение Бога. Здесь сформировалась индивидуальная религиозная картина мира этого человека. По некоторым формальным параметрам эти два описания будут совпадать, но их смысловое значение будет разным. В сохранении временного единства личности память выполняет еще одну функцию: она обеспечивает человеку наиболее привычные, наиболее ригидные, наиболее вероятные формы поведения и способов взаимодействия с миром. И это тоже важная особенность организации психики.

Каждое психическое явление нельзя оценивать с позиции «хорошо» или «плохо», «плюса» или «минуса». Хорошо ли, что память сохраняет временное единство личности? Несомненно. Хорошо ли, что память извлекает из своих хранилищ привычные человеку способы поведения, взаимодействия с миром и с самим собой? В каких-то ситуациях — да. Зачем создавать какие-то сложные проблемы зашнуровывания ботинка? Можно использовать накопленную человеком двигательную память, накопленный опыт чисто автоматического движения рук. Но при решении творческих задач, при решении нестандартных задач, при решении задач взаимодействия с людьми и с самим собой использованные человеком ранее заученные формы поведения могут завести в тупик. Например, поведение в стандартной ситуации должно быть доведено в памяти человека до двигательного автоматизма, тогда движения его рук сами подскажут ему, что делать. Но если это экстремальная ситуация, то стандартное «решение», заимствованное из хранилищ памяти, может привести к катастрофе.

Определяют *три типа памяти*: сенсорную, кратковременную и долговременную. Это три канала, в каждом из которых принимается решение: нужно ли это фиксировать дальше, необходима эта информация или нет. Если решение, что эта информация нужна, принято в сенсорной памяти, то она поступает в кратковременную память, если и там принимается решение о необходимости информации, то тогда только информация поступает в долговременную память.

Сенсорная память — это память, которая ориентирована, в основном, на человеческие рецепторы-анализаторы: органы слуха, зрения, обоняния, вкусовые рецепторы, то есть выдвинутые в мир органы, которые собирают информацию о мире, и рецепторы внутренние, которые собирают информацию о самом человеке. В сенсорной памяти сигнал держится примерно четверть секунды, например, попадает в сетчатку глаза, затем попадает в ретикулярную формацию, которая принимает решение, что делать дальше с этим сигналом: или он гасится и исчезает из сенсорной памяти, или она направляет его дальше, уже в определенные зоны мозга, где он будет находиться или в кратковременной памяти или в долговременной.

В *кратковременной памяти* информация содержится 20 секунд, после чего она или стирается, или переводится в долговременную память. Если человек смотрит в телефонную книгу, находит там номер телефона, который нужен ему сейчас, и он не планирует, что еще будет когда-нибудь звонить по этому телефону, то, если там не отвечают и придется снова набирать этот телефон, в течение 20 секунд человек будет еще помнить этот номер. Потом ему опять придется заглядывать в телефонную книгу. Если человек может через 2—3 минуты воспроизвести этот номер телефона, то значит, есть какие-то другие причины, которые обуславливают запоминание этого телефонного номера.

Исследования немецкого психолога Эббингауза показали, что объем кратковременной памяти равен 7 элементам. У многих народов цифра 7 — магическая (семь смертных грехов в христианстве, семь ворот, через которые проходит душа к семи судьям у шумеров и т.д.). Если человеку необходимо запомнить какое-то число, которое превышает семь знаков, он может просто разбить это число на семь элементов по две—три цифры. Поэтому одной из задач работы студента по запоминанию учебного материала является задача группировки или разбивки информации до варианта наиболее оптимального для запоминания. Если количество элементов в этой информации не будет превышать семи, то эта информация перейдет из кратковременной памяти в долговременную. Например, набор цифр, который надо запомнить: 309756628114. Это сделать трудно, а вот разбив этот набор цифр на 309-75-66-28-11-4 — уже возможно. Для того чтобы в кратковременной памяти сохранялся материал, он должен иметь небольшой объем. Например, реклама должна включать в себя число слов, ограниченное этими границами, это не должен быть длинный текст. При построении фраз, когда врач работает с пациентом, его фразы для лучшего запоминания должны иметь хоть этот объем слов или в них может быть очень много слов, но особыми интонациями врач выделяет только семь слов. При запоминании все остальное останется шумом, а эти семь слов на фоне этого шума осядут в памяти как ключевые. Это один из принципов эриксоновского гипноза. Можно заметить, что ораторы, которые произносят длинные-предлинные фразы часто говорят грамматически неправильно, то есть начало фразы и конец ее грамматически не совпадают, ибо во время произнесения этой фразы человек забывает построение ее начала. Точно так же очень трудно запоминаются многослоговые слова, число букв в которых превышает семь, и для того, чтобы их запомнить, человек должен разбить это слово на семь каких-то элементов. Как можно удлинить срок пребывания информации в кратковременной памяти? Путем повторения, что, по сути, является продлением снова и снова интервала пребывания в кратковременной памяти. В изучении процессов кратковременной памяти большую роль сыграла психопатология, в частности, изучение явления амнезии, то есть забывания. Это привело к выводу, что стирание информации из кратковременной памяти может происходить под влиянием сильного раздражителя, сильного шока.

На этом строились эксперименты известного советского психолога Горбова. Перед испытуемым в окошечке возникали цифры с алгебраическими знаками «+» и «—», и он все время должен был производить непрерывное сложение или вычитание. Но в середине этого процесса появлялся сильный раздражитель — сильная световая вспышка, иногда сопровождаемая очень сильным звуком, — на этом цепочка прерывалась и отсчет начинался сначала. По сути, это экспериментальное воспроизведение антероградной амнезии.

Долговременная память имеет, как предполагается на сегодняшний день, безграничный объем. Ни одна, созданная на сегодняшний день, электронно-вычислительная машина не может соперничать с человеческим мозгом по возможному объему хранения информации. Человек пользуется лишь небольшой частью этого объема. Время хранения практически безгранично, за исключением патологии, когда во время болезни происходит физическое стирание информации.

Виды памяти

1. *Двигательная или моторная память*. Это один из самых первых видов памяти, который осваивается еще ребенком, и по всей вероятности, самый устойчивый у человека. Например, многие люди в детстве хорошо катаются на коньках. Потом человек взрослеет, проходит 20—30 лет, и он снова пытается встать на коньки. Первые его движения очень неуклюжи, неудачны, но пройдет 30—40 минут, и человек сможет достаточно свободно кататься, хотя, когда он в первый раз осваивал коньки ему пришлось потратить несколько недель, чтобы добиться такого результата. Эти двигательные навыки надолго сохранились в человеческой памяти, и организм вспомнил эти движения, которые когда-то были зафиксированы. Контроль сознания при этом практически отсутствует, и движения и совершаются, и вспоминаются автоматически. Поэтому освоение манипуляционных техник молодым врачом должно быть доведено до автоматизма, до положения «руки сами вспомнят». Каждый врач имеет отпуск, периоды смены работы или болезни, когда он не занимается манипуляционной деятельностью. И если его двигательная память не достигла степени автоматизма, то тогда ему придется каждый раз вновь осваивать все эти движения. Поэтому одно из правил обучения при овладении двигательными манипуляциями во время врачебной деятельности — это доведение этих манипуляций до автоматизма.

2. *Эмоциональная память* — это память на чувства, один из самых сильных видов памяти. Именно через чувства человек может вспомнить какую-то ситуацию, какую-то информацию, которую невозможно вспомнить другим путем. Чем сильнее чувство, тем сильнее запоминание — сохранение — этой информации. Поэтому запоминание какого-то материала, например, учебного, должно быть эмоционально окрашено, и чем сильнее эмоциональная окраска этого материала, тем выше вероятность его запоминания.

По одной из теорий памяти, связанной с экспериментальными исследованиями канадского нейрофизиолога и нейрохирурга Пен-филда, удаление одного из височных подкорковых образований — гиппокампа — приводило к нарушению памяти. Но именно гиппокамп ответствен, в известной мере, за двигательную и эмоциональную сферу. Это свойство двигательной и эмоциональной памяти — надолго сохраняться — порождает возможность создания психотерапевтических методик, в которых какие-то телесные ощущения, несущие терапевтическое воздействие (двигательная память), в сочетании с сильными эмоциями и могут приводить к новым, устойчивым и желательным для пациента и для врача формам поведения. Или, наоборот, если этот процесс сопровождается отрицательным чувством, можно избавлять человека от нежелательных для него форм поведения. Этот прием человечество открыло очень давно, и этот способ психологической коррекции людей называется «розги».

3. *Символическая память*. Она подразделяется на словесную и логическую. Предполагается, что в процессе творческого мышления этот вид памяти играет ведущую роль.

Процесс сохранения информации

Начало хранения информации начинается с кодировки, которая происходит на всех трех уровнях памяти, начиная с сенсорного. Главным образом кодировка совершается в виде каких-то образов в долговременной памяти. В рассказе А.П. Чехова «Лошадиная фамилия» фамилия «Овсов» хранилась в памяти главного героя рассказа как связанная с лошадью. По тому как информация закодирована, можно в какой-то степени узнать, как осуществляется психическая деятельность человека. Например, мужчина спрашивает женщину: «Как пройти к дому номер 7?» Она отвечает: «Вы пройдете по улице, свернете за угол, там будет парфюмерный магазин, дальше парикмахерская, будочка мороженого, а за ней — магазин одежды, а уже следом за ним этот дом». Если отвечает мужчина, то можно услышать: «Дойдете до пивной бочки, лотом повернете, пройдете мимо кафе и окажетесь рядом с этим домом». Кодировка информации происходит у этих людей разными путями.

На этом основан один из важных психотерапевтических принципов: «Узнай, как закодирована память и узнаешь, что важно для человека». Он может этого не знать и не хотеть раскрывать это, может сознательно исказить информацию о себе, но кодировка все равно раскроет его.

Сохранение информации в памяти происходит с помощью двух видов памяти: семантической и эпизодической.

Семантическая память — это смысловая память. Например, З. Фрейд — ученый-исследователь, основоположник учения о психоанализе. Информация о З. Фрейде хранится в смысловом виде, отнесенной к какому-то классу, к определенной научной категории, к языковой категории. Как

человек порой вспоминает что-то: «Как фамилия вот этого, ну, он еще артист знаменитый...» Это включение семантической памяти.

Эпизодическая память — это эмоциональная память той ситуации, в которой произошло запоминание. Запоминается эпизод, в котором это происходило.

Кроме того, сохранение информации должно иметь пространственную ориентацию, будь то физическое пространство, взаимоотношение людей или что-то другое.

Еще одна особенность сохранения информации — это *ассоциативность памяти*. Чтобы информация сохранялась, она должна включиться в какое-то пространство, и там должны быть какие-то ассоциации. Человек произносит слово: «помидор», а потом говорит: «Надо бы погреб проветрить». Потому что в погребе у него хранятся соленые помидоры. Это — пространственная организация памяти вместе с ассоциативной. Зачастую основное слово, с которого началась ассоциативная цепочка, человек вообще не произносит, но перед глазами у него проносятся: помидор, кадушка с солеными помидорами, погреб и он произносит фразу о погребе.

Кроме того, сохранение информации строится по принципу иерархизации, подчинения низшего высшему. Например, из пары фраз: «собака — животное» и «собака — млекопитающее», лучше запоминается первая пара, поскольку признак «животное» в иерархической системе стоит выше, чем «млекопитающее». Это важный принцип запоминания. Отсюда — следующий принцип запоминания: построить иерархическую лестницу и найти в ней главные элементы, от них перейти к второстепенным.

Вся информация в памяти сохраняется, чаще всего, в виде зрительных образов, потому что у большинства людей ведущей системой восприятия мира является зрительный анализатор. Поэтому одним из приемов запоминания является сочетание нескольких видов памяти: сочетание эмоционального контекста и зрительного образа, зрительного и звукового, создание целого комплекса образов — зрительных, слуховых, вкусовых, тактильных.

Что обуславливает переход информации из кратковременной памяти в долговременную?

Первым фактором является привычность и погоряемость материала. Привычность материала обуславливает то явление, когда старые люди помнят даже самые незначительные события прошлого, помнят то, что было двадцать лет назад и не могут вспомнить того, что было вчера. Эта закономерность называется законом Рибо. Главную роль в этом феномене играет привычность этих воспоминаний, их частая повторяемость.

Второй фактор: информация легче переходит в долговременную память в контексте, в обрамлении. Например, для того, чтобы запомнить рисунок на торте, необходимо торт съесть или хотя бы попробовать. В данном случае торт — это контекст, а рисунок на нем — информация. Легче запоминается лекционный материал, когда лектор — яркая личность, когда

этот материал сопровождается интересными историями, когда в аудитории особенная, творческая атмосфера.

Третий фактор: хорошая мотивация на запоминание. Если человеку необходима данная информация, то он наверняка ее запомнит. К примеру, если у женщины заболел ребенок, она запомнит все рекомендации врача, какой бы ни была ее память, какими бы ни были трудными и мудреными рекомендации. Студент наверняка выучит материал, если он знает, что в противном случае его отчислят из института, в котором он очень хочет учиться.

Четвертый фактор: углубление в материал — это перекидывание, как можно большего количества «мостов» между тем, что необходимо запомнить и тем, что уже есть в памяти, это выстраивание логических цепочек, создание ассоциативных связей (связей, построенных по признаку сходства или противоположности). Очень важно, чтобы это углубление в материал носило личностный, субъективный характер. Этот процесс не является заучиванием материала, это творчество, когда человек создает свою индивидуальную систему связей, в которой большую роль играет эмоциональное отношение к этому материалу: чувство интереса, чувство самоудовлетворения самим собой. Препятствует углублению в материал такая вещь, как страх или низкая самооценка. Стоит помнить, что каким бы ни был научный материал, необходимо попытаться связать его со своей конкретной повседневной жизнью.

Процессы памяти всегда были важны для человека, недаром из всех психических функций греки только для памяти «выделили» богиню Мнемозину.

Память была для древних людей тем, что делало человека единым. И это верно и на сегодняшний день. Эта та психическая функция, которая позволяет человеку ощущать себя от первых лет жизни до сегодняшнего дня единым и непрерывным. Поэтому одним из самых страшных наказаний в мифологии являлось лишение человека памяти. В бытовом сознании память и разум человека понятия часто отождествляемые.

Но в жизни встречаются парадоксальные случаи, которые опровергают эти убеждения. Никто не сомневается в таланте великого ученого Чарльза Дарвина. И в то же время у Дарвина были серьезные проблемы с памятью. Известен случай, когда Дарвин в 50 с небольшим лет, слушая, как слуга читает ему его книгу «О происхождении видов», сказал: «Интересно, интересно, хорошо, а кто автор?» Память у Дарвина всегда была отменно плохая, но это не очень мешало ему как мыслителю.

В то же время, известны умственно отсталые люди, обладающие хорошей памятью, но, разумеется, так называемой «механической», а не логической.

Поэтому нет смысла ставить знак равенства между одаренностью, талантливостью и способностью запоминать и воспроизводить информацию.

В популярной литературе встречаются описания людей с феноменальной памятью. Это явление хорошо описано известным советским психологом А.Р. Лурия в книге «Маленькая книжка о большой памяти». Но в этой же книге А.Р. Лурия замечал, что обладатель феноменальной памяти был весьма недалек: ему не удавалось решать даже несложные логические задачи, он был беспомощен в житейских делах.

Обладатель этой памяти запоминал информацию в виде целого комплекса образов: зрительных, тактильных, вкусовых. Такое сочетание носит название «синестезия». На этом феномене построено создание цветомузыкальных произведений. Самыми яркими представителями такого синестетического запоминания информации является литовский художник и композитор Чюрленис и русский композитор Скрябин, у которого есть две партитуры симфонии «Прометей»: одна из них звуковая, другая — цветовая.

Образная память часто является ключом к воспоминанию. Например, услышанная мелодия приводит к целой цепочке воспоминаний о каком-то событии, о какой-то ситуации, о каком-то человеке. В создании этих цепочек и процессах памяти вообще участвуют процессы, которые называются ассоциативными, создающие в психике человека какие-то связанные между собой образы. Бывают различные виды ассоциаций: по сходству, по смежности, по контрасту, по Смыслу.

Организация памяти по принципу ассоциативных связей является основой феномена ригидности памяти. Это хорошо прослеживается в таком известном демонстрационном психологическом приеме, когда просят очень быстро вспомнить фамилию великого русского поэта и сразу называется фамилия «Пушкин», фрукт — называют «яблоко». Поэтому ассоциативная связь, с одной стороны, важна для усвоения той информации, которая должна носить фоновый характер, но может сыграть с человеком и злую шутку, например, в профессиональной деятельности врача. Врач смотрит конкретного пациента и сразу вспоминает другого пациента, похожего на него. Потом врач вспоминает, какие методы лечения он применял и они оказались успешными при лечении того пациента. И тогда он начинает использовать те же самые назначения, что и для предыдущего пациента. Если патология действительно та же самая, то такое лечение может оказаться очень удачным, а врач минимально использовал свои творческие силы, но если биологические особенности этого пациента будут резко отличаться от первого, если в структуре этой болезни значительную роль играет фактор личности этого человека, отличной от личности предыдущего, то применение этого метода или комплекса методов может оказаться неудачным.

С процессами памяти связана такая актуальная для людей проблема, как проблема забывания. Почему человек вообще забывает? Термин «забывание» не является научным, так как это слово предполагает, что информация стерта из памяти. Это не совсем верно. Информация, может быть, по-прежнему сохраняется, но человек не может ее воспроизвести в силу ряда причин.

Поэтому термин «забывание» в психологии подразумевает два явления: стирание информации из памяти и невозможность извлечь информацию из памяти.

Например, у человека есть друг, номер телефона которого он знает наизусть, потому что много лет ему звонит. У него нет необходимости держать этот номер в своей записной книжке. И когда друг уезжает из данного города, и ему уже никогда нельзя будет позвонить по этому телефону, то номер стирается из памяти человека. Освобождается место в памяти для новой информации. Это первая причина забывания. А как определить: выкинута эта информация из памяти или нет, или человек просто запрятал ее подальше так, что ее нет на поверхности? В особых состояниях сознания — в предсмертном состоянии, в состоянии медитации и транса, когда происходит мощнейшая активация организма, человек, может вспомнить самые разные вещи, которые были забыты им много лет назад.

Известен случай, когда служанка, жившая в доме священника маленькой девочкой, перед смертью начала говорить на латыни слова католической молитвы, не зная латинского языка.

В состоянии гипноза происходят такие же явления.

Возникает вопрос: если нет патологии мозга и его органического поражения, то может быть, вообще ничего не забывается? Этот вопрос не имеет пока окончательного ответа, он дискуссионен.

Вторая причина, по которой происходит «забывание» — это вытеснение, один из механизмов психологической защиты. Вытесняется та информация, которая весьма травмирующая для личности. Как работают психотерапевты с вытесненными кусками памяти? Самое простое — введение человека в особое состояние сознания, например, в состояние гипнотического транса, необязательно глубокого. Из практики известен случай с пациентом, мужчиной лет сорока, очень инфантильным, очень открытым, который мог откровенно рассказывать подробности своей семейной жизни, но который ничего не мог вспомнить из детства. Это была одна из его проблем, с которой он обратился к врачу. Психотерапевт ввел его в состояние транса, и он должен был просто описывать образы, возникающие у него перед глазами. Он рассказал: «Лошадь идет, тележка едет, мама сидит на тележке, лицо у нее красивое, бабушка очень злой, говорит: "...ты, нагуляла этого ублюдка...", мама плачет...» И больной все вспомнил. Оказалось, что он жил в глухой сибирской деревне с очень строгим староверским укладом жизни, отец его был неизвестен, он рос «безотцовщиной», «ублюдком», как называли в русской деревне незаконнорожденных детей. Так почему это вытеснилось из памяти, в чем была его вина? Дальше всплыло воспоминание, в котором он оскорбляет мать, обвиняя ее в том, что не может выйти на улицу, что она его родила, что он вообще живет. Таким образом, причиной вытеснения было чувство вины перед умершей матерью, которую уже нельзя воскресить и перед которой уже нельзя извиниться.

Третий фактор забывания — возраст. На сегодняшний день ученые затрудняются точно определить, с какого возраста у детей начинает работать долговременная память так, как она работает у взрослых. Предполагают, что у большинства людей она начинает работать с возраста 1,5—2 года. Все, что было до этого возраста относится к области забывания или к области ложных воспоминаний. Вряд ли кто помнит, как он взял впервые соску в рот, как он жевал свой большой палец правой ноги.

Анамнез — это история развития жизни и болезни пациента. Когда перед врачом сидит больной и рассказывает, как развивалась его болезнь, то врач очень часто попадает в ловушку, потому что этот рассказ он воспринимает, как киноленту, на которой бесстрастно с помощью кинокамеры запечатлены какие-то события. Поэтому врач должен принять один постулат: не существует никакой объективной истории болезни, никакого объективного анамнеза. Рассказ человека о своей болезни носит всегда переконструированный, переделанный, переформированный характер, и врач имеет дело не с дословным воспроизведением каких-то событий и их развития, а с тем, что переосмыслено, перечувствовано данным пациентом. Каждый раз врач имеет дело с анамнезом, в котором что-то вытесняется, что-то искажается. Но при этом нельзя воспринимать сидящего перед собой пациента как лжеца.

Искажение анамнеза происходит потому, что в его построение вмешиваются процессы мышления: это собственная гипотеза больного о том, какое у него заболевание. И под эту гипотезу память больного собирает все, что связано у него с этим заболеванием.

Кроме того, некоторые процессы и ощущения в организме оцениваются в памяти как несущественные и незначимые, и не уходят в долговременную память. Например, одноразовое болезненное ощущение, которое больше не повторялось, забывается больным, а оно может быть для врача самым важным или единственным признаком истинного заболевания человека.

Вытесняются какие-то события и моменты заболевания, которые связаны с тем, что человек считает, что он сам виноват в их возникновении.

Ошибки в анамнезе могут произойти и потому, что человек «нашел» у себя симптомы, сходные с симптомами той болезни, которой он болел раньше. И он будет рассказывать все по тому клише, которое установилось в прошлый раз. И то же самое может произойти и с врачом, который тоже уберет из памяти все те моменты, которые будут расходиться с картиной прошлого заболевания. Это надо всегда учитывать во врачебной практике.

Глава VI

МЫШЛЕНИЕ

Мышление — это процесс психической деятельности, который является основным способом упорядочивания, структурирования картины мира, установления причинно-следственных связей между предметами и явлениями в человеческой жизни, познания их сущности. Восприятие позволяет видеть, как предметы соединены, например, как они расположены в пространстве: здесь стул, потом — стол, далее — ш

каф. Они соединены одной территорией комнаты. Но с помощью восприятия не устанавливается внутренняя связь между ними. Это — функция мышления, с помощью которого можно понять, почему эти стулья, столы составляют некий ансамбль. Для этого необходимо совершить несколько операций:

1. Прийти к одной из важнейших категорий мышления — понятию, в данном случае к понятию «ансамбль» предметов мебели.

2. Совершить интеграцию связей отдельных элементов мира. Рассматривая летом блюдо с фруктами, можно установить взаимосвязь временную и пространственную: в это время, в этом месте одновременно созревают виноград, груши, некоторые сорта яблок... Однако на блюде есть фрукты, которые не растут в этих краях, например, киви. Этот фрукт выращен в тропиках, и в этом натюрморте это придает ему особенную ценность: либо подчеркивая изысканность блюда, либо свидетельствуя о состоятельности владельца, либо имея какое-то символическое значение. Невозможно установить это с помощью восприятия, это уже функция мышления. Одно из самых главных свойств мышления — отражение мира в его связях, поэтому мышление, прежде всего, выступает как бы символом психического процесса, отвечая на вопрос: «Почему это происходит?», «Как это связано между собой и с миром, и со мной?»

С помощью восприятия можно увидеть за окном зеленую траву, яркое солнце, желтые листья, но невозможно ответить на вопрос: какое сейчас время года? Чтобы это выяснить, необходимо соединить целый ряд явлений — понимание климатических особенностей, понимание возможностей такого тепла осенью, соединить наличие как желтых, так и зеленых листьев — и прийти к выводу, что это очень теплая поздняя осень. Мышление открывает, прежде всего, неслучайные связи, оно ориентировано на открытие самых основных, самых ведущих, самых главных взаимосвязей между явлениями и предметами этого мира. Это — одна из основных задач мышления. Когда выявляются эти основные связи, то создается обобщенный образ мира.

В познании человеком мира и самого себя на долю мышления приходится самое трудное: отбросить случайное, выделить основное и найти закономерности этого основного. Врач в процессе своей деятельности

воспринимает какие-то отдельные, разрозненные явления. Эти явления он должен объединить, отбросив нечто случайное и второстепенное.

Подходов к природе мышления очень много. Одно из активных направлений, развиваемых в русской и советской психологии, — рассмотрение мышления в связи с деятельностью человека. Одними из основоположников этого направления являются Л.С. Выготский и, позднее, С.Л. Рубинштейн. В этой научной концепции мышление, в первую очередь, рассматривается в связи с действием, а действие является своеобразной формой выражения мышления. Само мышление конечной своей целью являет какое-то действие: например, написание книги, установку врачебного диагноза, разработку процесса лечения, проведение хирургической операции. Рассматривая мышление в комплексе с другими психическими функциями, можно понять, как эти психические функции отражаются на этом действии, а не только на процессе мышления. Можно попытаться проследить всю цепь взаимосвязей, которые привели к совершению этого действия.

Каждый мыслительный процесс направлен на решение какой-то задачи. Сторонники этой психологической школы даже сам процесс мышления называли «деятельностью», только мыслительной, направленной на решение какой-то задачи. Поэтому у истоков мыслительного процесса всегда стоит определенная проблемная ситуация. С этой точки зрения мышление можно назвать процессом решения проблемных задач. Отсюда нетрудно понять, какие факторы оказывают влияние на процесс мышления.

Прежде всего, это мотивация. Мыслительные процессы, их интенсивность и конечный результат могут протекать совершенно по-разному в двух конкретных ситуациях. Например, к человеку пришли гости и он хочет угостить их. В холодильнике у него есть баночка дорогих консервов. Но в доме нет консервного ножа. Нужно решить задачу, как открыть эту баночку без консервного ножа. Причем человек не хочет привлекать к решению этой задачи пришедших гостей и действует самостоятельно. Другая ситуация — человек оказался в пустыне, и эта банка консервов — единственное, что у него есть из еды, единственное, что может поддержать, а может быть и спасти жизнь. Консервного ножа нет, как и в первом случае. Совершенно ясно, что мотивы к решению задачи — открыть банку — будут разными в этих двух случаях не только по интенсивности, но и по содержанию. Именно в ситуациях, когда мотивация очень высока, человек совершает важные открытия, достигая нетривиальности и высокой продуктивности мыслительного процесса. Мотив в данном случае — это та энергетическая составляющая, которая обеспечивает интенсивность мыслительного процесса. Грубо говоря, в мыслительном процессе мотив — это та самая «морковка», которая вешается перед мордой голодного осла.

Во врачебной деятельности мотивом к оптимизации мыслительного процесса могут быть разные вещи: профессиональное честолюбие, профессиональный альтруизм, материальная стимуляция, желание достигнуть какого-то социального статуса или чисто познавательная

мотивация. Процесс обучения врачей — это во многом обучение врачебному мышлению и он зависит от того, насколько сильно выражено стремление к получению профессии врача. На процесс мышления влияют чувства, которые могут либо усилить мыслительную деятельность, либо дезорганизовать ее, а также привести к замене одной цели мышления на другую.

Если вернуться к примеру с открыванием банки, то можно увидеть несколько типов людей. У одного человека, находящегося в пустыне, страх может дезорганизовать мыслительную деятельность, и он действительно окажется в смертельной опасности. И чем выше уровень этого страха, тем сильнее дезорганизация мышления. У другого человека опасность гибели активизирует его мышление. Чувства могут быть столь сильными, что мыслительный процесс дезорганизуется, сменится цель мыслительного процесса — решение задачи, и вместо нее возникает цепь таких логических рассуждений, которые называются рационализациями. Иногда очень интересна бывает аргументация, объясняющая, почему люди не смогли сделать что-либо, если сильное чувство мешало процессу мышления. Например, стремление сохранить чувство собственного достоинства запускает механизм рационализации и создается цепь рассуждений, которые решают не задачу, как удовлетворить чувство голода (известная басня Эзопа — «Лиса и виноград»), а задачу, как объяснить себе, что не надо есть этот виноград. Решается задача сохранения самоуважения, но ценой голода.

Такое нередко происходит во врачебной деятельности, когда при диагностическом процессе врач приводит, целую систему доказательств, имеющую цель не решить задачу, как вылечить больного, а как объяснить, почему ему нельзя помочь. Вместо того чтобы ответить: «Я не знаю, как мне лечить этого больного», и подвергнуть свое профессиональное самоуважение сомнению, врач, чтобы сохранить самоуважение, выстраивает систему доказательств, почему нельзя вылечить больного. Одной из причин, так называемых чудесных исцелений («врачи приговорили, сказали, что это не лечится, а вот кто-то взял и вылечил») может быть именно эта ситуация.

Значительное место в психологии мышления занимает категория понятия. Понятие — это отражение самых основных свойств предмета или явления; оно не должно включать в себя второстепенные, несущественные признаки. Например, понятие «стол». Стол — это предмет, имеющий горизонтальную поверхность, опирающуюся на ножки, предназначенный для совершения на нем каких-то действий. Второстепенным в нем будет количество ножек, материал, из которого изготовлен стол и т.д. Можно ввести дополнительную черту: стол — это предмет мебели. Но при таком определении из набора столов выпадает хирургический стол, так как он не предмет мебели. Мы видим, что создать точное корректное определение невозможно; необходимо выделить ведущее, главное, основное свойство, которое позволяет кардинально отличать предмет или явление от других. Таковы же трудности с определением некоторых психологических понятий. Очень сложно, например, дать определение личности, которое совпадало бы

со всеми психологическими подходами к предмету личности, трудно дать определение феномену «пси».

Очевидно, что дать определение рукотворным предметам намного легче, чем явлениям живой природы. Это одно из доказательств того, что понятие может быть связано с действием. Сначала была мысль, она привела к действию, затем возник предмет, и он имеет свое строго определенное понятие.

Врач постоянно оперирует понятиями. Понятия симптома, синдрома, болезни очень трудны для формулирования. Например, в психиатрии почти не существует бесспорных понятий, которые однозначно принимались бы всеми школами: таковы понятия бреда, тревоги, не говоря уже о таких понятиях, как шизофрения, невроз.

Какова одна из трудностей мыслительных процессов врача в течение его врачебной деятельности? Выше было упомянуто, что в своей практике врач использует уже имеющийся медицинский опыт. Иногда ему приходится отказываться от многих понятий, от каких-то определений своей науки, от существующего понимания каких-то патологических процессов и создавать их новую схему. И это очень болезненный процесс, ибо самое трудное — это создать стройную логическую цепочку понятий, которая является одновременно и выражением его профессионального ума. Здесь можно столкнуться с инерцией врачебного мышления, когда новое отвергается не потому, что данное понятие вызывает серьезные возражения, а потому, что привычней старое. Для этого используется аргумент, усиливающий стабильность понятия — аргумент авторитета. И чем звучнее фамилия, которая используется в качестве этого аргумента, тем он, кажется, весомее. Но наука не могла бы развиваться, если бы в ней существовала система застывших понятий. Тогда из науки она бы превратилась в догмат веры.

По мнению когнитивных психологов, основной функцией мышления является установление отличия того, что, похоже, от того, что не похоже. Сиамская кошка ближе к сибирской кошке, но не похожа на немецкую или кавказскую овчарку. Конкретная кошка ближе к другим видам кошек (тигру, льву, гепарду), чем к какому-либо виду собак. Поэтому ее можно отнести к отряду кошачьих. А собака ближе к волку, и ее можно отнести к другому классу. Или, что общего у столов — у всех столов есть плоская поверхность. Она может быть квадратная, круглая, прямоугольная, вообще очень вычурной формы. И отличает стол от шкафа то, что у шкафа нет этой рабочей поверхности, но есть какая-то емкость. Представитель когнитивной психологии американский психолог Бруннер выделяет несколько видов понятий:

1. *Конъюнктивные*, характеризующиеся двумя признаками (чем больше таких общих признаков, тем размытее понятие, тем шире толкование).

2. *Дизъюнктивные*, которые определяются либо одним, либо другим признаком, либо обоими, одновременно (так, понятие «справедливость» можно определить, как воздаяние благ тому, кто их заслужил, и лишение

этих благ того, кто провинился, или и то, и другое одновременно). Например, дизъюнктивным является понятие справедливости: «когда человек получает по заслугам», «это наказание за вину», «поощрение за старания». В понятии ребенка справедливым может считаться, когда мама дает ему шоколадные конфеты, а брату — карамель.

Для врача очень важным является формулирование для себя самого понятия «врач». Оно не должно быть книжным, заимствованным из учебников, банально-традиционным, оно должно соответствовать личности конкретного врача. Например, определение «врач — это человек, который лечит людей» не выявляет отличий врача от народного целителя, который не имеет медицинского образования, от священника, беседующего со страждущим. Определение «врач», видимо, должно пояснять — для чего и как этот врач лечит людей.

3. *Соотносительные понятия* — это самые полные понятия, которые включают в себя все связи отношений между какой-то совокупностью. Некоторые научные понятия являются очень громоздкими, потому что они пытаются охватить все разнообразие связей. В соотносительных понятиях предмет или явление определяются в сравнении с близкими понятиями. Например, булыжник — это то, что больше песчинки и меньше, чем гора. Такими понятиями часто оперируют в медицине, когда нельзя точно что-либо определить. Нет общепринятых понятий таких, как «личность», «невроз», «шизофрения». Понятие остеохондроза можно определить и так: «это то, что редко бывает у детей и часто встречается у старых людей». То же самое с понятием «невроз»: «это то, что меньше психоза, и больше, чем какие-то нормальные проявления личности». Вслух врачи эти определения не произносят, но часто на них опираются. Это служит показателем, что врачу трудно дать более четкое, более ясное, более конкретное определение какому-либо понятию.

Как происходит формирование понятий у детей? Можно предположить, что ребенок формулирует сначала самое простое понятие, потом более сложное, потом еще более сложное. Оказывается это не так, в действительности путь этот более своеобразный. У ребенка вначале возникает средний уровень обобщения понятия. Например, для ребенка кошка, тигр, пантера — это «киска». Понятие возникает на уровне целого отряда кошачьих, а потом идет движение вниз и движение вверх.

Понятие — это элемент мышления. Но мышление тесно связано и с другими психическими функциями организма, в том числе с восприятием. При формировании понятия большую роль играет образ представления, чаще всего это зрительный образ, что связано с доминированием именно этой функциональной системы. Могут быть и другие: слуховые, обонятельные образы. В мыслительном процессе это представление интеллектуализируется.

Во врачебной деятельности образы представления в диагностическом процессе участвуют довольно активно до формирования понятий. Например,

для врача-терапевта может быть характерна фраза при взгляде на пациента: «Это типичный язвенник!» Это понятие включает в себя сразу целый ряд признаков, которые врач иногда затруднится сразу четко обозначить: каков внешний вид, манера говорить, манера ходить больного с язвенной болезнью желудка. Тем не менее, в диагностическом процессе этот образ—представление участвует в решении мыслительной проблемы — проблемы постановки диагноза, иногда играя очень существенную роль.

В Западной Германии и США проводились исследования по опросу врачей-психиатров о том, какая из категорий понятия «шизофрения» играет для них решающую роль в постановке этого диагноза. И почти две трети опрошенных (а опрашивались сотни врачей) ответили так: «Представление, образ этого заболевания». Некоторые из этих врачей в анкете пытались вывести из этого образа—представления и понятие шизофрении, понятие того ощущения, которое вызывает у них больной шизофренией. Кое-кто писал даже о каком-то особом запахе, который они чувствуют.

Кроме понятия существуют и другие категории мышления, например, — суждение. Суждение — это одна из форм, в которой совершается мыслительный процесс. Этот процесс и выражается в определенном суждении, и любое решение какой-то мыслительной задачи — это процесс построения суждения, в том числе и во врачебном диагнозе. Рассуждая, врач все более и более приближается к точному суждению. Рассуждения во время постановки врачебного диагноза — это проверка истинности суждений, их обоснованности, их непротиворечивости. И финал этой работы — умозаключение. Врачебный диагноз — одна из форм умозаключения. Сама семантика этого слова достаточно четко дает представление о том, что это такое — это заключение, вывод ума.

Какими же операциями пользуется мышление во время мыслительного процесса? Это сравнение, когда сопоставляются определенные вещи, предметы, явления, выявляется их сходство, тождество и различие. Тождество и различие — основные категории познания, с помощью которых вскрываются внутренние связи между предметами и явлениями.

Еще одна операция мышления — анализ. При анализе человек как бы расчленяет явление на его отдельные элементы. Один из первых этапов постановки врачебного диагноза и есть анализ составляющих болезненного процесса. Сами больные, по-видимому, придают этому очень большое значение, поскольку для них документированные результаты анализов мочи, крови, кровенаполнения сосудов мозга, кардиограммы, рентгеновские снимки и т.д. часто является самым главным, а врач именно благодаря им сможет поставить верный диагноз. Само слово «анализ», используемое в медицине, показывает, что это часть мыслительной деятельности, которая помогает установить врачебный диагноз.

Следующая операция — синтез или объединение, в процессе которого отбрасываются случайности, детали. Например, имеются три заключения специалистов узкого профиля, сделанные на протяжении короткого

промежутка времени. Два анализа из них довольно близки, и это хорошо согласуется с теми признаками, которые были выведены врачом в результате обследования больного. А третий грубо выпадает из этого ряда, не соответствуя никаким закономерностям процесса болезни. Врач может сделать умозаключение, что это техническая ошибка того, кто производил данное исследование. Это заключение было получено в результате синтеза всех проанализированных сторон диагностического процесса.

Еще одна важная категория мышления — абстракция, выделение какой-нибудь одной стороны, чаще самой существенной, и отвлечение от всех остальных. Видя условно нарисованные фигурки на дверях туалетов, человек не ошибется в выборе, хотя они совсем не похожи на изображения реальных женщины и мужчины. Это абстрактное изображение одного из свойств половых различий фигуры мужчины и женщины: ширины плеч и таза. И в абстракции эта сторона доводится до максимума, до абсурда, преувеличивая настоящие пропорции. Это делается для того, чтобы при упрощении этого явления могла четче, ярче проступить его суть. Каждое определение болезни есть абстракция, потому что у каждого индивидуального больного эта болезнь будет протекать с какими-то вариациями и отклонениями в связи с его биологической, конституциональной, биографической индивидуальностью. Поэтому, когда врач пользуется понятием болезни, он должен знать, что это абстракция. Но это должна быть такая абстракция, в которой были бы собраны основные или разделяющие признаки подхода к этой болезни.

Когда использовались дихотомизирующие признаки, убедительно разделяющие фигуру мужчины и женщины, то решение задачи весьма просто. Но если взять другой признак, менее значимый, то узнавание будет происходить реже. Например, в европейской культуре таким признаком может быть прическа, одежда, а в бирманской — нет. И это важно, потому что, давая понятия в медицине, врачи должны найти те формы абстракции, такие признаки для абстрагирования, которые должны быть характерны для всех культур, потому что в противном случае нужно было бы создавать учебники медицины для каждой культуры отдельно. То есть это абстрагированное понятие болезни должно иметь транскультуральный характер. Поэтому так сложны некоторые понятия психиатрии. Трудно в феноменах психической жизни человека, особенно в их искажениях, найти то единое, что объединяет самые разные структуры.

Следующая категория — обобщение или генерализация — это обобщение деятельности, в котором заключены результаты анализа, синтеза, абстрагирования.

Решение проблем

Разные психологические школы представляют этот процесс по-своему. Так, сторонники школы С.Л. Рубинштейна полагают, что решение проблем проходит несколько этапов:

1. Осознание проблемной ситуации. Например, «как лечить больного?»

2. От осознания проблемы мыслительный процесс переходит к ее разрешению. Вначале активно включаются процессы памяти, врач начинает использовать весь накопленный им опыт, знания и информацию о том, как лечатся подобные случаи, какие методы, какие средства используются для этого. Естественно, чем богаче набор информации у врача, тем продуктивнее этот процесс, тем к более точной гипотезе он переходит.

3. Построение гипотезы. Часто при решении научных проблем выдвигается не одна, а несколько гипотез. Также происходит и во врачебной деятельности, например, в дифференциальной диагностике. Врач выдвигает гипотезы А, В и С — это заболевание X, Y и Z. Наличие нескольких гипотез связано, чаще всего, с трудностью предмета изучения, когда применение только одной гипотезы приведет к искусственному упрощению задачи. Поэтому, как правило, в таком трудном процессе мыслительной деятельности, как врачебный диагноз, обязательно используется понятие «дифференциальный диагноз», предполагающий использование нескольких гипотез.

4. Затем, после построения гипотезы, начинается ее критическая проработка, при которой выявляются слабые стороны этой гипотезы. Если речь идет о научной деятельности, то создается целая цепочка гипотез, на которых строится определенная серия экспериментов. Результаты этих экспериментов и служат критическим анализом этих гипотез, которые либо подтверждаются, либо отвергаются. Если в ходе эксперимента подтверждаются все гипотезы, то, чаще всего, это говорит об их банальности, о том, что в качестве гипотез взяты не главные, не основные стороны явления. Процесс критики гипотез во время научных дискуссий построен порой на моделировании экстремальной, броской, критической ситуации. Так, лет 30 назад была выдвинута гипотеза (специалистом по кораблестроению, а не физиологом), о том, что в процессе дыхания ведущую роль играет азот, и эта гипотеза очень активно обсуждалась на страницах газет. В процессе научного спора по этому поводу один известный физиолог сказал: «Я не намерен обсуждать эту гипотезу, и не считаю нужным что-то сейчас доказывать или опровергать, я предлагаю сделать следующее: пусть этот человек — автор гипотезы — зайдет в камеру, наполненную азотом, и если он через 15 минут живой и невредимый выйдет оттуда, то я признаю безоговорочно правильность этой идеи». С точки зрения научной критики это вряд ли был серьезный аргумент, но и спор носил не научный, а публицистический характер. Специалист не считал нужным объяснять сложные вещи дилетанту, он предложил ему дилетантский способ проверки. Будущие врачи должны

знать, что использование понятий, близких к образу, к метафоре — не лучший аргумент в системе доказательств истинности врачебного диагноза. Это прием публицистический.

5. Формирование суждений. С Л. Рубинштейн считал формирование суждений конечным этапом процесса решения проблем.

По мнению американского исследователя Уоллисса, занимавшегося проблемой, как известные ученые приходят к решению научных задач, этот процесс тоже имеет несколько этапов:

а) Подготовка. Обзор проблемы, в котором анализируется вся информация по ней.

б) Этап инкубации. «Высживание» идеи. На этом этапе часто решение проблемы откладывается: из области сознания решение проблемы перекладывается в область бессознательного.

В конструкции Уоллисса важно то, что главное место в решении проблемы принадлежит бессознательному. Это позволяет взглянуть на проблему под необычным, новым углом зрения, обходя ригидные, проторенные сознательные пути, находящиеся в человеческой памяти. Человек накопил определенную информацию, относящуюся к решению данной проблемы, и в этой информации есть способы ее решения. Ригидность мышления подталкивает человека повторить это решение. Но, когда человек откладывает проблему, то он уходит с этого проторенного пути. Выражение «утро вечера мудренее» выражает особенности процесса мышления на этапе инкубации. Кроме сна можно и другими способами добиваться такого перевода проблемы из сознания в бессознательное: путем погружения в измененные состояния сознания, превращения его из экстравертированного в интровертированное для оптимизации мыслительного процесса, с тем, чтобы искусственно создать ситуацию «утро вечера мудренее». Главная цель этого процесса — уйти от ригидного способа решения проблемы.

в) Процесс инсайта — озарение, когда как бы внезапно приходит решение. На самом деле решение приходит не внезапно, но весь мыслительный процесс был перенесен в бессознательную сферу и проходил там без участия сознания. В момент перенесения результатов мыслительного процесса в область сознания (выход на уровень экстравертированного неизмененного сознания) получается эффект озарения. Это и есть инсайт. Однако это суждение может оказаться и ошибочным. Сколько раз многие исследователи восклицали: «Все, наконец-то, я нашел!», — а спустя некоторое время, — «Нет, это вздор, это неверно».

г) Этап проработки или разработки происходит на вполне сознательном уровне, идет анализ, синтез.

Метод, описанный Уоллисом, характерен для научной деятельности, но не совсем пригоден для врачебной практики. Часто врач находится в экстремальных ситуациях, когда от скорости его решения зависит жизнь и здоровье пациента, и он не может себе позволить перейти на этап инкубации.

Поэтому при решении такого рода задач мышление не следует этим этапом, оно, скорее, движет по тем этапам, которые описаны Рубинштейном, но только все происходит в очень быстром темпе.

Советским исследователем А.Р. Лурия также описаны 4 этапа решения новой проблемы.

1. Изучение условий задачи. Здесь важно выяснить, прежде всего, в чем суть этого вопроса, и какие данные нужно использовать для решения этого вопроса. Например, студент берет экзаменационный билет, читает вопрос и первое, что он может сделать, это понять суть этого вопроса: «Найдите признаки, отделяющие одно явление от другого». Необходимо только назвать отличительные признаки, и в этом суть задачи,

2. На этом этапе создается общий план, стратегия решения задачи. В приведенном выше примере студент может использовать стратегию своих знаний, а может и стратегию уловки, когда не знает, как решить эту задачу. Тогда он будет решать другую задачу — задачу получения положительной оценки. И стратегия ее решения будет заключаться в попытках воспользоваться шпаргалкой, вспомнить все, что хоть отдаленно касается этого вопроса, найти метафору, образ, через которые можно выйти на решение этой задачи.

3. Тактика. В разбираемом примере студент будет решать, как лучше использовать шпаргалку, чтоб его не поймали, либо как сказать экзаменатору, что он не знает ответа (заплакать ли или пожаловаться на судьбу и здоровье, или попросить заменить билет). И все это — различные тактические приемы для решения стратегической задачи.

4. Найденное решение сопоставляется с какими-то исходными данными: если исходные данные не подтверждают правильности решения, то мыслительная деятельность продолжается. В нашем примере студент приходит к решению попросить экзаменатора задать ему другой дополнительный вопрос вместо того, на который у него нет ответа. Но он начинает вспоминать что-то о личности экзаменатора, случаи, когда подобная ситуация разрешалась положительным образом, насколько удачны были действия его в аналогичных ситуациях на других экзаменах, и если везде получен отрицательный ответ, то студент снова возвращается к мыслительному процессу.

Стратегия мышления

Стратегия мышления для врача означает, в первую очередь, стратегию построения понятия — «врачебный диагноз». Врачебный диагноз — это точное установление заболевания, существующего в современной научной системе медицинских знаний. Вместе с изменениями в системе медицинских знаний меняется номенклатура болезней, меняются и диагнозы. Например, диагноз «разлитие черной желчи» трудно себе представить в современной

науке, а для древних греков это был совершенно адекватный диагноз, которым пользовались все врачи.

Если бы доказали, что существуют инопланетяне, то половину психически больных, общающихся сейчас с инопланетянами необходимо отпустить, конечно, если при этом общении они не пытаются покончить жизнь самоубийством или убить кого-нибудь. Тогда не будет психического заболевания, в симптоматику которого входит общение с инопланетянами, а у человечества в системе научных понятий появится реальное понятие «общение с инопланетянами».

Часто в медицине между самими понятиями и научной системой этих понятий существует трагический разрыв. Например, человек приходит к экстрасенсу и показывает ему результаты обследования с помощью современной аппаратуры в диагностическом центре, фиксирующих у него наличие в желчном пузыре камней. Диагноз: «желчнокаменная болезнь». Экстрасенс работает с понятием «желчнокаменная болезнь», но лечение производится влиянием биополя на рассасывание камня. При этом, понятие «желчный камень» выведено из понятий науки, а экстрасенс работает с понятием «желчный камень» как со сгустком черной энергии, научно не определенным. Один из самых важных признаков такой болезни, как шизофрения, это то, что больные говорят формально на одном языке с врачами, оперируя при этом новыми понятиями. Слова остались теми же, а понятия уже другие. Если медицинская система понятий выведена из научного опыта и может быть воспроизведена, то понятия больных шизофренией выводятся из факта веры, когда система доказательств не требуется. Вообще, в вопросах веры используются понятия размытые, многозначные; четкие там понятия не нужны.

Важно помнить, что пока человек занимает кресло врача, он имеет право оперировать только научными понятиями. Выйдя из своего кабинета, покинув это кресло, став другим человеком, он может позволить себе оперировать другими понятиями.

Великий русский хирург Войно-Ясинецкий был монахом в довольно высоком монашеском сане. Он отпускал грехи, служил литургии и подвергался репрессиям за это. Но, выступая как священник, он служил Богу. Когда же он становился за операционный стол, то также тщательно, по всем правилам стерилизовал свои руки, как если бы был атеистом. Он молился, делая операцию, чтобы Бог помог ему вылечить больного, но при этом все равно оперировал научными понятиями — «перитонит», а не «сатанинское греховное исчадие» и не советовал больному отмаливать грехи, а говорил, что надо лечь на хирургический стол. Так что человек может совмещать в себе разные системы понятий, но каждое должно быть на своем месте.

Поэтому, когда врач заключает «контракт» с пациентом, он должен предоставить ему ситуацию выбора: или больной работает в понятиях врача или выбирает себе для лечения другого врача. Это носит название — выбор стратегии понятий: либо понятия веры, либо понятия науки.

Когнитивной психологией исследовались те приемы, которые используются для решения тактических задач. И были выделены следующие тактические способы:

1. *Случайный перебор.* Это метод проб и ошибок, или «метод тыка». Чтобы открыть какой-то замок с цифровым кодом, когда нет никакой стратегии и нет никаких предположений, как решать эту задачу, на помощь приходит метод проб и ошибок, бесконечный перебор всех возможных и невозможных вариантов. Предполагается, что если посадить некоторое количество обезьян за пишущие машинки, и они будут по ним стучать, то, возможно, что они напечатают Медицинскую Энциклопедию, но вероятность этого события чрезвычайно мала. В определенных компьютерных программах решение мыслительных задач проводится таким образом: если в самой программе нет каких-то систем ограничения идет случайный перебор вариантов. В начале эпохи компьютеризации существовала наивная вера медиков, что компьютер за них решит все, необходимо только вложить в него данные. На деле оказалось не так. Вероятность решения трудных медицинских задач ничтожно мала.

Можно привести еще один пример действия случайного перебора: врач имеет в распоряжении 12 антибиотиков, действующих на стафилококки, и учитывает, что у больного стафилококковая инфекция. Шесть из этих антибиотиков имеют очень сильное действие, и все они немного действуют на почки. Каким образом выбрать из этих шести антибиотиков необходимый? Методом проб и ошибок, поскольку у врача нет четкого критерия, который бы обозначил преимущество хотя бы одного антибиотика перед другими. Сначала врач выбирает тот антибиотик, с которым он чаще всего работал, а если не помогает, то любой другой из шести.

Это не самый лучший вариант для больного, поэтому родственников следует предупреждать об использовании такого метода. Обычно он применяется только из-за недостатка информации и ригидности стратегии. Недостаток информации — отсутствие четкого критерия, который бы указывал на превосходство одного антибиотика над другими, а ригидность стратегии в том, что первым применяется тот антибиотик, который наиболее знаком врачу.

2. *Рациональный перебор.* В этом случае выдвигается какая-то наиболее вероятная гипотеза, которая затем перепроверяется. На такой стратегии мышления построены некоторые игры: например, прячется какая-то вещь, задается какое-то количество вопросов (чем меньше, тем лучше) и человек должен найти эту вещь: «Она находится в правой или в левой половине комнаты?» и т.д. Таким образом, пространство делится пополам. С помощью вопросов достигается такое ограничение, что найти вещь не составляет труда. Чем точнее будет построен алгоритм разделения области поиска, тем быстрее будет решена задача.

Такой прием используется и во врачебном мышлении при постановке диагноза: «Это экзогенное или эндогенное заболевание?» — разделение всех

психических расстройств на два основных класса. «Этот уровень нарушений психотический или невротический, то есть тяжелый или легкий?» — деление еще на два класса. Затем число рассматриваемых явлений из нескольких сотен сужается до трех—четырёх случаев. Но такая стратегия врачебного мышления часто практически невозможна или очень затруднена из-за того, что существуют классы промежуточных нарушений. Например, наблюдаемые психотические симптомы могут быть и при классе экзогенных, и при классе эндогенных нарушений, тогда стратегия рационального перебора становится весьма затруднительной.

3. *Систематический перебор.* В этой стратегии рассматриваются практически все случаи, относящиеся к данной проблеме, и каждый из них последовательно отсекается. Если вернуться к детской игре — поискам какого-то предмета в комнате — то, начиная с правого или левого угла комнаты, нужно идти по всей территории комнаты, сантиметр за сантиметром, «заглядывая» во все ее уголки, устраивая настоящий обыск. Конечно, такая стратегия мышления — самая трудная, но в то же время — она самая строгая. Это та стратегия, которую наиболее желательно применять людям двух профессий: врачам и ученым. Планируя какое-то исследование, ученый должен выдвинуть как можно больше гипотез, в том числе самых неожиданных и парадоксальных, одна из которых может оказаться именно той истиной, которую он ищет. Поэтому в корректных научных публикациях обязательно дается описание гипотез, которые были положены в основу исследования, даже если в ходе исследования ни одна из них не оказалась верной. Важным уже является то, что ученый создал систему гипотез. Эта стратегия мышления порождает самые необычные, самые оригинальные предложения.

Американские ученые провели интересное исследование: они рассказали группе людей, не имеющих никакого отношения ни к психологии, ни к медицине, о типах стратегий мышления. И спросили их, с какой стратегией мышления они бы предпочли врача. Ответ был абсолютно однозначен: врач в решении диагностических задач должен использовать только систематический перебор. Мало того, люди задавали вопросы о том, как научиться отличать врачей с другими стратегиями, чтобы не попасть к ним на прием.

На чем построен эффект хорошего детективного романа? На том, что, дочитывая роман до конца, читатель узнает, что все его гипотезы неверны, и единственно верная гипотеза у него не возникала на протяжении всего времени чтения.

Самые интересные научные гипотезы рождались в тех случаях, когда в их число включался самый неожиданный и самый маловероятный вариант. Известен случай из медицинской практики, когда в одной из больниц, каждый раз во время обхода больных профессором фельдшер, сопровождавший его, все время ставил свой диагноз: «цистоцеркоз мозга». Диагнозы всегда были другие в течение двадцати лет, но однажды, когда

никто не смог поставить больному диагноз, фельдшер оказался прав. Именно в этом можно увидеть преимущество компьютерной диагностики перед человеческой, ибо перебираются все, даже маловероятные, диагнозы.

Надо учитывать, что выбирая ту или иную стратегию, человек оценивает свои возможности, время. Например, студент, готовясь к экзамену, может принять решение использовать стратегию, последовательно проходить и изучать все вопросы, но зная, что время не позволяет допустить такую роскошь, он может перейти к другой стратегии — рационального перебора — прикинуть в уме, что для него наиболее трудно, что он может сообразить, а что он и так знает и учить это ему не надо. Можно также положиться на волю случая и использовать стратегию случайного перебора — выучить то, что попадется первым. Врачи разного профессионального уровня используют разные стратегии. По-видимому, в большинстве случаев самой удачной является все-таки стратегия рационального перебора, хотя стратегия систематического перебора самая строгая, но для нее необходимо много времени, которого у врача почти никогда не бывает.

Как развиваются процессы мышления

Как у человека возникает мышление? До сегодняшнего дня не существует единой теории мышления. Перечисленные ниже теории считаются основными.

Бихевиористами (Уотсон) была выдвинута поведенческая теория возникновения мышления, то есть, предложена идея о том, что мысль так же, как и речь, порождается двигательной активностью. Во многом эта система доказательств строилась на том, что во время так называемого мысленного диалога, мысленной речи происходят те же движения голосового аппарата, что и во время озвученной речи, только менее выраженные. Действительно, запись биотоков, снятых с мышц губ, подтверждает, что во время решения сложных задач происходит движение губ. И чем сложнее задача, тем значительнее эта электрическая активность. Эти утверждения относились, прежде всего, к детскому возрасту.

Опровержением этой конструкции являются эксперименты с добровольцами, которым вводили яд кураре, вызывавшем временный полный паралич мышц. Запись показывала, что никаких двигательных актов не происходит. В это же время человеку предлагалось решать какие-либо логические задачи. После прекращения действия яда, испытуемые воспроизводили решения задач. Движения губ не было, а мыслительный процесс продолжался. Но испытания были проведены только на взрослых людях, и поэтому они не до конца опровергают данную теорию.

Концепции когнитивной психологии содержали предположение, что процесс познания мира и самого себя вначале носит чувственный и двигательный характер. И ничего не может быть включено в мыслительный процесс, если оно не прошло через человеческие органы чувств и

двигательную активность. Когнитивный психолог Брунер считает, что мышление и вообще все познавательные процессы тесно связаны с речью. Во многом он отталкивался от идеи Выготского, выдвинутой последним в начале 30-х годов о том, что речь является основным регулятором человеческого поведения и главной опорой для человека в окружающем его мире.

Когнитивная (мыслительная) теория американского психолога Брунера выделяет три этапа развития мышления:

а) получение в развитии мышления от органов чувств какой-то информации и превращение этой информации в действие (движение);

б) иконический, когда возникают обобщенные образы каких-то предметов и явлений;

в) символическое мышление, когда развитие мышления происходит с помощью речи, когда вырабатываются такие понятия, которые нельзя увидеть и почувствовать, созерцать и ощутить. Например, понятие скорости света.

Теория Пиаже построена на идее взаимодействия организма человека и окружающего его мира, это такая человеко-средовая и адаптационная концепция. В ней когнитивные (познавательные) процессы, в том числе и мышление, в основе своей имеют адаптацию к окружающему миру. Процесс формирования мышления — это процесс формирования стратегий для адаптации к окружающему миру. По мнению Пиаже, эта адаптация происходит на основе двух механизмов.

1. Механизм ассимиляции, когда человек пытается приспособить решение каких-то новых ситуаций к уже существующим, наработанным схемам. При психической патологии, в том числе и весьма неглубокой, например, при неврозе, одной из особенностей невротической личности является именно то, что она все время использует одни и те же приемы адаптации, в том числе неудачные, в решении новых, все время возникающих проблем, не меняя стратегии решения. (Можно представить, что человек живет в мире с одинаковыми замками, которые каждый раз надо открывать одним и тем же ключом.)

2. Процесс аккомодации, при котором старые схемы модифицируются, приспособляются, согласно условиям новой задачи. При этом механизме человек использует набор «ключей», предполагая, что каждый раз он может столкнуться с новой системой замка. Это более гибкий, более четкий, более адаптивный механизм.

В развитии человека Пиаже выделяет несколько этапов или стадий развития познавательных процессов, в том числе и мышления.

Первая стадия — сенсомоторная. Для нее характерно развитие чувствительных и двигательных структур в первые два года жизни человека: ребенок трогает, нюхает, пробует на язык, на вкус окружающий его мир. Мир пока еще не носит для него символического характера. Он очень конкретен.

У ребенка еще нет понятия «ложка». Каждая ложка для него — это отдельный и независимый от других элемент окружающего мира.

Вторая стадия — от 2 до 11 лет (понятно, что цифры очень условные и возможны варианты) — стадия конкретных операций. Здесь символическое мышление начинает развиваться с помощью жестов, с помощью характерного для детей гримасничанья. Затем происходит постижение языка. На этой стадии мышление очень эгоцентрично, идет построение, прежде всего своего мира, толкование окружающего мира всегда преломляется через себя: «...кошки — плохие животные, потому что Мурка вчера меня оцарапала...»

Третья стадия — от 11—12 до 14—15 лет — стадия формальных операций. Именно на этой стадии развивается понятийное мышление. На том, что у маленьких детей нет еще понятийного мышления построен принцип замечательной передачи «Устами младенца», где детей провоцируют к созданию понятий «честность», «смелость», «храбрость», то есть чисто абстрактных понятий. Чаще дети используют случайные признаки для определения. Передача показывает, как мыслят дети, она вскрывает структуру их мышления.

Четвертая стадия — стадия развития абстрактного мышления. Можно также упомянуть стратегию мышления, выдвинутую советским психологом Брушлинским. Он связывает эту стратегию с прогнозированием. Важной особенностью этого подхода является его теоретическое и практическое значение, прежде всего, для процессов обучения. Например, в нем выделяются критерии, которые показывают различие уровней формирующегося прогнозирования по степени использования или неиспользования учащимся предлагаемых ему явных или неявных специально дозируемых подсказок, содержащих в себе принцип или звено решения какой-то задачи. Этот принцип Брушлинского можно использовать и для построения психологически грамотного программированного обучения. Чем успешнее используется какая-то подсказка, тем выше уровень когнитивных процессов данного испытуемого, например, подсказка номер один — самая неявная, номер два — более явная и, наконец, подсказка номер три — самая явная. Это примерно моделирует процесс устного экзамена. В зависимости от того, на каком уровне используется подсказка, зависит оценка этого человека.

В этой конструкции инсайт (озарение) обычно обозначает высокий уровень, предвосхищение искомого результата. Степень уверенности и неуверенности в правильности данного решения показывает, насколько закончено само решение.

Вероятностное прогнозирование и диагноз

Принцип вероятностного прогноза в диагнозе построен на стратегии рационального перебора, когда вначале используется самый вероятностный

диагноз, затем менее вероятностный и так далее. То же самое и в отношении принципов решения задач по терапии больных. Здесь тоже используется вначале выбор самого вероятно близкого, удачного для решения этой задачи препарата, затем, в случае неудачи, используется менее вероятностный и так далее.

Важно помнить, что неудача врача в терапевтическом процессе часто связана с тем, что используются неправильные стратегии мышления. Например, отсутствие эффекта от применяемой дозы препарата чаще всего приводит к одной единственной гипотезе о том, что эта доза недостаточна, по принципу: чем больше прием лекарства — тем сильнее эффект. Вторая гипотеза — о том, что минимальный эффект при этой терапии связан не с тем, что недостаточна доза, а с тем, что она чрезмерна, особенно при отсутствии выраженных побочных эффектов — в большинстве случаев может не рассматриваться. Второй ошибкой мышления в терапевтическом процессе является ригидное удержание гипотезы (диагноза) вместо предложения новых гипотез. В этом случае продолжает удерживаться предположение, что диагноз установлен правильно, не пересматривается решение о диагнозе, а идет поиск новых методов терапии. Третья характерная ошибка молодых врачей, когда при построении гипотез используется малое количество информации.

Процесс обучения врачебной деятельности во многом должен строиться не на накоплении информации, хотя это тоже очень важно, а на выработке гибких стратегий врачебного мышления; на замене интуитивного способа решения диагностических или лечебных задач обучением алгоритмам решения, имеющим наиболее рациональный, наиболее выигрышный характер. Процесс обучения врачебной профессии должен исходить из идеи, что студенты-медики не являются уникальными образцами человеческого мышления и интуиции, а представляют собой усредненный вариант человеческой нормы, который должен получить необходимые навыки работы с алгоритмами мышления. Ни один вуз не может набрать такое количество студентов, которые бы просто родились, предназначенные для этой профессии. Врачебная одаренность — явление крайне редкое.

Необходимо обучать не только алгоритмам мышления, но и работе со своим и чужим шаблонным, стереотипным, ригидным мышлением. То, что оно будет возникать у молодых врачей, вполне естественно — работа врача очень трудна и способ стереотипизации мира является одним из способов облегчения взаимодействия с ним. Поэтому процесс овладения врачебной профессией — во многом процесс борьбы с ригидностью, с шаблонностью, со стандартностью, с использованием уже простых, давно известных способов решения проблем.

Глава VII

РЕЧЬ

Это один из самых трудных разделов психологии и, пожалуй, один из самых противоречивых. Можно выделить несколько функций речи, которые так или иначе, признаются представителями различных психологических и лингвистической школ. У них могут быть достаточно отличные подходы по многим позициям, но все они сходятся во мнении, что речь играет важнейшую роль во многих психологических процессах, прежде всего в процессах мышления.

Во-первых, с помощью речи люди переходят от образа к понятию, с помощью речи можно создавать такие единицы мыслительного акта, как суждение и умозаключение, с помощью речи можно строить логические построения и мыслить о вещах, которые никогда не воспринимались людьми непосредственно. Например, человек может иметь свою картину давно прошедших времен, картину будущего. Речь позволяет строить логические цепочки и создавать теории о явлениях, которые принципиально не могут быть восприняты человеком, например таких, как строение атомов, химические процессы, протекающие в живом организме, космогонические теории или теории происхождения жизни на Земле. Речь имеет такое большое значение в процессах мышления, что может рассматриваться в одном контексте с процессами мышления.

Во-вторых, исследователи разных психологических школ сходятся на том, что речь тесно связана и с другими психологическими функциями, например, с восприятием мира. В предыдущих главах говорилось, что при восприятии мира часто действует установка,

которая может значительно менять и искажать восприятие, этого мира. Скажем, молодой врач, которому предстоит принять больного, слышит от своего старшего коллеги следующую фразу: «Сейчас к тебе зайдет больной с острым аппендицитом, быстренько оформи историю болезни и направь его в стационар». С помощью речи создается установка, благодаря которой врач начинает воспринимать у больного те симптомы, которые свидетельствуют о наличии острого аппендицита, и не видит те признаки болезни, которые не относятся к этому заболеванию. Можно сказать кому-то: «Сейчас ты встретишься с очень скверным человеком, будь с ним осторожнее» — и тот, кому это сказали, воспринимая этого человека, начинает видеть те черты характера и особенности поведения, манеру говорить, жесты, которые свидетельствуют именно о скверности характера. При этом одну из главных ролей в создании установки играет речь.

С помощью речи часто происходит смена «фигуры и фона». Так, в ходе психотерапевтического процесса, цель которого заключается в изменении соотношения «фигуры и фона», это изменение проводится со словесной помощью.

Огромное значение играет речь и в процессах памяти, именно с помощью речи человеческая память заполнена не только образами, но и вербальными (словесными) символами. Когда у человека возникают ассоциации, в них функцию сходства играет часто не образ, не представление (например, схожесть 2-х фигур), а языковые ассоциации. Они и порождают такой феномен, как поэтическая речь.

Выделяя функции речи, можно назвать несколько основных.

1. *Коммуникативная функция* или функция взаимодействия — одна из самых основных. Легко представить себе состояние человека, оказавшегося в стране, где все говорят на незнакомом для него языке. Можно представить, как трудно будет ему общаться с этим миром и сколь затруднительно будет познание его, какие проблемы возникнут у человека. Все это хорошо описано в повести В. Короленко «Без языка». Вообще обучение языку, прежде всего, ставит задачей обучение речевому общению (устной речи, восприятию речи на слух), поэтому человек, владеющий только письменной речью или навыками чтения, может оказаться в крайнем затруднении. Человек иной профессии, оказавшийся в обществе врачей, ведущих свои профессиональные разговоры, чувствует себя, примерно, как иностранец и у него возникнет чувство отчуждения. Итак, речь один из видов коммуникативной деятельности человека — использование средств языка для общения.

2. *Информативная функция* речи. Передача от одного человека к другому информации. Если до недавнего времени, лет 30 тому назад, когда разговор шел о языке, речи, всегда имелась в виду человеческая речь. Сейчас, в связи с созданием и распространением компьютеров, ситуация иная: и можно утверждать, что существуют и искусственные языки, языки машин. К искусственным языкам также можно отнести и эсперанто — наиболее широко распространенный международный язык. Когда разговор идет о функции общения, то представление о человечестве, как некоем целом, едином образовании сразу разламывается о проблему речевого общения. Во всем мире выщеляют примерно от 3 до 7 тысяч языков, на которых разговаривают люди. Такая неопределенность говорит не только о том, что трудно каталогизировать все языки мира (ведь есть такие языки, на которых разговаривает буквально несколько сотен человек), но и о том, что затруднен сам принцип деления, граница выделения языка в самостоятельную единицу размыта. Но можно представить себе многотысячные коммуникативные барьеры, которые возникают перед каждым, кто не владеет ни одним языком, кроме своего родного. Это приводит к идее разобщенности человечества. Таким символом, образом этой разобщенности является библейская притча о Вавилонской башне, по которой Бог решил наказать людей за их высокомерие, за намерение построить башню до неба и достичь Бога. Тогда он разделил их по языкам, чтобы они не могли договориться и достроить башню. Этот образ очень важен, ведь именно языковое разобщение приводит к разрушению любой деятельности. И это следующая функция языка.

3. *Участие языка в человеческой деятельности.* Даже самая простая деятельность затруднительна путем простого подражания, механического копирования действий человека, владеющего этими навыками, теми, кто еще не владеет ими. Деятельность каждого человека несет отпечаток его индивидуальности. Простой пример: если человек-правша держит лопату в правой руке, то левая будет только вспомогательной. И, если ему будут подражать в работе по вскапыванию огорода чисто механически, то у некоторых это может и не получиться или получиться неудачно, потому что среди тех, кто будет подражать ему наверняка, найдутся левши. Такие ситуации возможны, если в деятельность не будет включена речь. Студент-медик, прежде чем станет выполнять самые простые медицинские манипуляции, например, внутримышечную инъекцию, получает с помощью речи подробную инструкцию — как держится шприц, как набирается лекарство в него, каким образом стерилизуется поверхность кожи, в какой участок мышцы необходимо вводить лекарство. Говорится, что инъекция делается в правый наружный квадрант ягодичных мышц, что у каждого человека этот правый квадрант имеет особенности, в зависимости от конфигурации фигуры, от мышечной массы и т.д.

4. *Экспрессивное выражение эмоций.* Именно с помощью речи люди выражают часть своих эмоций. «Как это прекрасно!», «Как это радует меня!», «Как мне это обидно!» — типичные способы выражения эмоций. В этой функции речи особенно отчетливо выступает еще один аспект языка. Это наличие двух видов речи у человека — словесной, например, четкое выражение своего чувства: «Я испытываю страх», — и несловесной, то есть такие явления, как паралингвистические феномены. Возник целый раздел знаний, который называется паралингвистикой. Именно паралингвистические элементы речи для выражения эмоций могут значительно усилить ее, а могут ослабить или, даже внести противоположную информацию. Человек говорит: «Как это прекрасно!», — а у него на лице мимика отвращения, тогда это речевое высказывание будет нести уже многозначный характер. Оно начинает уже выражать не столько смысл высказывания, сколько говорить о личности высказывающегося. В зависимости от того, каковы будут эти паралингвистические элементы, можно говорить о том, что для этого человека характерна ироничность, лживость, закрытость. Здесь происходит столкновение с очень важной вещью, которая значима во врачебном процессе. Английский исследователь Диксон описал два плана языковой информации: внутренний и внешний. Первый он относит к самому тексту, а второй — к ситуации. Только когда врач учитывает оба этих значения и приводит их в сопоставление, тогда он сможет понять истинность высказывания. Это следующая функция речи.

5. *Функция понимания высказывания.* Существование в языке двух планов чрезвычайно важно в общении врача с пациентом. Существует несколько вариантов речевых игр. Слово «игра» означает здесь особое речевое поведение. И выражает следующую функцию языка.

6. *Игровая функция языка.* Представим себе выступление комического актера, который с помощью особых слов и выражений создает тот или иной образ. Известный актер М. Евдокимов создает на сцене образ деревенского простака, который гармонирует с его лицом, конституцией, и кроме того, он использует речь так, что ей придается некий эстетический смысл и этот смысл — создание игровой, смешной ситуации. При этом не употребляются какие-то особые слова, которых нет в естественном языке, не описываются какие-то экстраординарные ситуации, а с помощью простонародных выражений, используемых как элемент игры, достигается определенный эстетический эффект.

Язык выделяется из других способов взаимодействия людей (так называемых «семиотических систем»), то есть систем, объединенных какими-то параметрами в информационную функцию. Например, вряд ли можно отнести к разряду языка знаки дорожного движения, тем не менее это семиотическая система. Или поминальный пищевой ритуал у православных — обязательное включение определенных блюд: кутья, лапша. Эти элементы не используются в других пищевых ритуалах, к примеру, на свадьбе. Это тоже семиотическая система. Особенности одежды, особенности поведения, особая сервировка стола и тд. несут определенную информацию, но собственно языком не являются. Человечество располагает множеством семиотических систем, но не все из них являются языками в определяемом смысле этого термина.

В ряду семиотических систем возникает еще один феномен — «язык болезни». Врач общается с пациентом не только с помощью речи, но и с помощью распознавания определенного рода симптомов: например, можно рассматривать набор симптомов такого заболевания как туберкулез, куда входят предъявляемые пациентом жалобы, объективно наблюдаемые изменения на рентгенограмме, изменения при исследовании крови, мокроты — это тоже семиотическая система заболевания туберкулеза.

Естественный, живой язык должен обязательно включать в себя три элемента:

— звуки, так называемые «фонемы», из которых путем бесчисленных комбинаций формируются языки (20—30 фонем дают возможность составить сотысячеловный словарь языка);

— синтаксис — способы соединения слов в словосочетания и предложения;

— семантика — смысловое значение слова.

Каждый живой язык имеет эти три элемента. Это правило позволяет ограничить понятие языка, когда разговор идет о «языке» жестов, о «языке» болезни, о «языке» пищи, о «языке» одежды. Но это не означает, что информационное значение этих семантических систем много ниже или малосущественно при общении с пациентом. Общение врача с пациентом строится на совокупной оценке всех признаков этих семиотических систем. Примером тому из художественной литературы могут являться рассказы о

Шерлоке Холмсе А. Конан-Дойля. Именно сопоставление речевых высказываний с языком одежды, с языком жестов, тембром, интонациями (паралингвистическими элементами) давало право великому сыщику на точную идентификацию личности, профессии, места рождения, места жительства, социального статуса человека. При врачебном общении эти признаки могут дать информацию о том, насколько правдиво то, что предъявляет пациент, и умышленно или неумышленно эта информация искажена. В описании поведенческих вербальных, словесных игр делается попытка интегративного объединения оценки разных семиотических систем, с одной особенностью, с акцентом на то, что это позволяет еще выявить сознательные и бессознательные высказывания.

Например, больной с хроническим заболеванием, из-за которого он должен постоянно принимать какое-то лекарство, периодически делает пропуски в приеме этого лекарства, и его состояние ухудшается. При первоначальном общении с врачом он утверждает, что принимает это лекарство регулярно, но потом произносится одна фраза, которая носит название «оговорка»: «Вот когда я не пью лекарство, то иногда бывает так, а иногда и вот так». У врача может возникнуть предположение, что заявление пациента о регулярном приеме лекарства не является сознательной ложью. Оно вытекает из другого: выше упоминалось об исследовании Диксона двух слоев речевого высказывания — ситуативном и общеязыковом. Здесь срабатывает ситуативный план, где человека как бы обвиняют в том, что он сознательно удерживает болезнь, бессознательно возникает стремление доказать активность своего стремления к лечению. В представлении пациента на сознательном уровне прием лекарств становится регулярным.

На поиске и идентификации этих двух планов речевого высказывания — ситуативного и общеязыкового — и построено выделение поведенческих вербальных игр. Мы выделим основные:

1. Поведенческая игра «Да».
2. Поведенческая игра «Да, но...».
3. Поведенческая игра «Нет, но...».
4. Поведенческая игра «Нет».

В первой и последней форме речевого поведения трудно применить понятие «игра», поскольку эти высказывания отличаются своей одноплановостью. В отношении 2 и 3 игр всегда речь идет о двух планах. Эта двухплановость может создаваться как вербальными, так и невербальными компонентами. Больной говорит: «Да, доктор, я буду принимать это лекарство, Вы меня убедили». Но жесты и тембр голоса больного говорят: «Господи, какая же гадость это Ваше лекарство, доктор, и вряд ли я смогу его принимать, да и вообще я сомневаюсь, нужно ли мне это делать». На вербальном уровне получен ответ «Да», а на паралингвистическом — «Нет». Причем, определяющим в поведении является второй уровень и по нему будет строиться поведение. Почему это возникает? Потому что язык обладает еще одной функцией.

7. *Функция нормативности языка.* Язык — это способ подтверждения социальных норм. В ситуациях взаимодействия «врач—больной» нормативно предписано, что пациент должен безоговорочно выполнять все назначения врача. Если у него возникают определенные сомнения, он задает вопрос и получает объяснение на вербальном уровне, в котором его сомнения или укрепляются, или рассеиваются. И тогда он должен, согласно социальным нормам, сказать «Да», ибо в этом кабинете он выступает в определенном социальном статусе — больного. И эти социальные нормы заставляют его произносить слово «Да», потому что официальное нарушение социальных норм может привести к прекращению акта общения врача и больного. Врач может отказаться от пациента, который не выполняет его назначений. Поэтому пациент сохраняет ситуацию взаимодействия, превращая ее в ситуацию псевдовзаимодействия и с помощью элемента «но» пациент обходит социальные нормы. В вербальной игре «Да, но...» поведение пациента будет определять второй элемент этого высказывания — «но», что означает, по существу, нет. Так и в игре «Нет, но...» главным и решающим будет второй компонент.

Одной из главных трудностей взаимодействия «врач—пациент» является неоднозначность, многоплановость речевого высказывания, во многом обусловленная индивидуальной культурой пациента и индивидуальной культурой врача. На языке очень многих людей слово «тревога» означает все оттенки отрицательных эмоций от депрессии до раздражительности и гневливости. В языковой картине мира врача, в его языковой культуре слово «тревога» — медицинский термин, за которым стоит точное понятие. Услышав от больного, что тот испытывает тревогу, врач однозначно рассматривает это высказывание через призму своей культуры, что нередко приводит к ошибкам. Очень трудны для диагностики бывают оттенки качественного характера: «сильно — слабо», потому что у каждого человека есть индивидуальный эталон этих понятий. Врач задает вопрос пациенту, испытывает ли он сильную боль и получает ответ — «нет». В языковой картине мира конкретно данного пациента сильной считается боль, которая должна сопровождаться невозможностью сдерживать крик боли. А пока он не кричит — она не сильная. В мире другого человека сильная боль — это та, на которую он обращает внимание, в картине мира третьего человека сильная боль означает то, что он чувствует эту боль. Поэтому при расспросе больного очень важно установить единый язык общения. Например, если врач задает вопрос: «Слышите ли Вы какие-нибудь посторонние голоса?», — подразумевая при этом наличие слуховых галлюцинаций, и получает ответ — «нет», то это происходит не потому, что больной хочет скрыть от врача наличие галлюцинаций, а потому что он не считает чужими, посторонними голосами звучание в его голове мыслей других людей. Если бы врач спросил так: «А случается ли так, что Вы можете слышать в своей голове мысли других людей или воспринимать их как-то по-особенному?», — то на этот вопрос ответ был бы утвердительным. В первом случае врач получил

искаженную информацию только потому, что речевые миры его и больного не совпадают. Для врача звучание чужих мыслей в голове рассматривается как галлюцинаторное расстройство, как чужой голос, а для пациента это обозначается как наличие телепатической связи. И если задать вопрос: «Вы испытываете галлюцинации?», — то можно получить отрицательный ответ, а если спросить: «Вы можете быть временами телепатом?» — то ответ будет положительным. Врач и больной оперируют разными понятиями. Поэтому в речевом взаимодействии врача и больного необходимо достигать единого ситуативного языка общения.

Для врача чисто речевое высказывание больного малоинформативно. Фраза, которая нередко произносится в медицинском кабинете: «Доктор, я хочу умереть», — может нести разные степени информации и означать что угодно — от желания пококетничать с доктором до действительного стремления умереть. Поэтому очень важным аспектом речевого общения «врач—больной» является сопоставление вербального высказывания с невербальным. Здесь не существует единой точки зрения на то, что можно включать в ту область лингвистики, которая обозначается термином «паралингвистика». Возможны очень разные степени ограничений: от очень широких, — где оценивают все аспекты общения, вплоть до дистанции общения с собеседником или, строго говоря, относятся к области медицины, например, физиологии речи, — до весьма узких. Например, конституционально обусловленный тембр голоса дает информацию врачу о неких особенностях конституции человека. Врач видит мужчину с очень массивной фигурой и с очень тоненьким голосом, и все время у врача возникает желание узнать, не евнух ли он. Это не область психологии речи, но, тем не менее, при анализе совокупности коммуникативных процессов «врач—больной» речевого и неречевого процесса взаимодействия это тоже может играть значительную роль. Поэтому врачам и студентам-медикам необязательны столь жесткие ограничения: что включается в паралингвистические элементы, а что не относится к ним.

Паралингвистические элементы в сочетании с речевыми высказываниями дают информацию о личности пациента и не столь важно для врача является ли это паралингвистическим элементом в строгом смысле этого слова или нет. Важно, чтобы это работало и приносило пользу. Можно этот раздел психологических знаний, в который входят все те же элементы, что лежат вне чисто речевого высказывания — конституциональные особенности человека и его физиологические характеристики, психофизиологические характеристики, характеристики его эмоционального состояния — назвать экстралингвистическим. По-видимому, такой подход для врача единственный, поскольку чисто речевое высказывание — это, прежде всего, сознательный акт, но взаимодействие «врач—больной» во всех его контекстах, от установления первого контакта до окончания курса лечения построено не только на сознательном уровне, а во многом и на бессознательном. Проявлением работы бессознательного могут быть и

речевые высказывания—оговорки, которым З. Фрейд придавал очень большое значение в анализе скрытых мотиваций человека, скрытого отношения человека к чему-то. Особая конструкция фраз, использование определенных слов в речи пациента тоже несет значительную информацию, но в сочетании с контекстом ситуации. Например, использование жаргонных слов может нести разную информационную нагрузку.

В анализе экстралингвистических элементов очень важно попытаться проанализировать сознательность и бессознательность их происхождения, также как сознательность и бессознательность определенного речевого высказывания. Сопоставление лингвистических и экстралингвистических элементов позволяет понять, что — сознательно, а что произносится без контроля сознания. Одна из советских исследователей паралингвистики Н.И. Смирнова приводит пример из работы американских ученых, который называется «первые пять минут общения с пациенткой», и при котором проводится анализ ее высказываний. Вот какие экстралингвистические феномены отметили исследователи: паузы, их продолжительность, их значение, вздохи и выдохи, их значение в передаче эмоционального состояния пациента, интенсификация гласных и согласных, продолжительность и сила их звучания, нозолизация, так называемое «мэканье», прерывистость в речи, связанная с эмоциональным состоянием, например, прерывание

речи слезами, ускорение и замедление темпа речи (слова, связанные с чувством обиды, стыда, пациентка произносила очень тихим голосом), крик при общении, расширение диапазона голоса, повышение и понижение основного тона, степень раскрытия рта, которая определяла полнокровность звучания речи или сдавленность звучания речи, неразборчивость и предельная скрытность речи, связанная с подавленным состоянием. За короткий промежуток времени врачам удалось получить важную информацию, например, первая жалоба пациентки на раздражительность, психическое напряжение и депрессию с точки зрения не паралингвистических элементов — это просто акт сообщения о своем состоянии: моей проблемой являются раздражительность, чувство психического напряжения и подавленность. Если человек читает это на бумаге, то он никакой другой информации не получит. Для тех же, кто слушал звучание этой части речи больной, он произвел впечатление отрететированности, заранее заготовленности, поскольку остальные речевые высказывания не были столь четкими, не произносились таким тембром. Это привело исследователей к мысли, что беседа была трудна для пациентки и заранее ею конструировалась, что использование медицинских терминов — «депрессия», «психическое напряжение» — говорит о медицинской информированности пациентки, что впоследствии подтвердилось, — она оказалась медицинской сестрой. С точки зрения строгих паралингвистических критериев многие из этих феноменов не относятся к паралингвистике, но в клинической беседе все эти элементы были для врачей

информативны в сопоставлении с речевыми высказываниями. Они позволяли дать более четкое представление о психофизиологическом состоянии пациентки, о самых трудных для нее моментах, о том, что является главной проблемой для нее.

В паралингвистике как в области знаний выделяют три раздела: 1) кинесику; 2) фонацию; 3) жесты. Это так называемые виды параязыка. Такие информационные признаки, как сила голоса, тембр, дикция, обертоны могут нести очень большую диагностическую информацию.

Например, смазанность речи — важный диагностический признак для невропатолога, выраженная гнусавость у детей с задержкой умственного развития говорит о том, что здесь страдает не только психическая, но и соматическая сфера, и это будет важно в дифференциальной диагностике этого психического недоразвития от социально обусловленных задержек психического развития.

Чем дольше общение врача с пациентом, чем он богаче использует паралингвистические элементы, в том числе фонетические, тем больше информации получает врач. Например, вчера пациентка разговаривала с врачом звонким, громким голосом, а сегодня она говорит тихо и глухо, не предъявляя при этом никаких жалоб на психическое состояние. Она утверждает, что у нее сегодня не болит голова, так же, как вчера. Но врач имеет право ей не поверить. Он спрашивает ее: «А почему у Вас такое плохое настроение?» И, если она ответит ему что-нибудь типа — «у меня неприятности на работе», — это означает, что контакт врача с ней формален, а если она скажет что-нибудь вроде — «нет, все в порядке», — это означает, что контакт между пациенткой и врачом нарушен. Это умозаключение врач делает из сопоставления паралингвистического (фонационного) и речевого высказывания о том, что «все в порядке».

Большую роль играет интонация. Сделав акцент на том или ином слове, можно изменить смысл речевого высказывания. Показателен пример из книги известного лингвиста А.М. Арго об изменении смысла простой фразы: «Дайте мне стакан чая». Если усилить интонацию на первом слове, то в сообщении самым главным является то, чтобы человек что-то получил, если сделать упор на втором слове, — получится важным то, кому дают этот чай (не кому-нибудь, а «мне»), если на третьем слове — важно сколько дают чая, важно, что дают стакан чая, а не целый чайник, а если сделать акцент на четвертом слове, то по смыслу выделяется то, что человек просит, чтобы ему налили чаю, а не чего-нибудь другого.

Специалисты по речи выделяют несколько аспектов изучения интонации. П. Мартин, например, выделяет четыре ее аспекта: акцентный (на чем ставится акцент), интонационный, экспрессивный (контролируемый) и аффективный (неконтролируемый). Последние два аспекта прямо говорят о том, что в паралингвистических элементах участвует как сознательный уровень психики, так и бессознательный. Следует помнить, что и пациент нередко получает информацию из речи врача, ориентируясь на

паралингвистические элементы. Он может сказать, что врач не симпатизирует ему, что врач недоброжелателен, он может пожаловаться главному врачу. Главный врач вызовет лечащего врача к себе и тот ему скажет: «Я могу подробно воспроизвести буквально каждое слово, которое говорил пациенту, там нет не единого обидного слова». Но, тем не менее, пациент ушел обиженным. Он построил свое суждение на основе интонации врача, именно в интонации речи врача пациент уловил эмоционально бессознательное негативное отношение к себе. Все остальное для пациента было менее информативно. Такое использование паралингвистических элементов часто вызывает у собеседника ощущение беспомощности, потому что можно предъявить какие-то претензии к чисто речевому высказыванию: «Ты не имеешь права называть меня таким словом!», — но совершенно невозможно предъявлять претензии к человеку, основываясь на интонации. Сложно представить себе фразу: «Ты не уважаешь меня, ты сейчас сказал крайне неуважительную вещь, потому что произнесена она была с особой интонацией». Это не воспримут всерьез. Также трудно сказать: «Твое выражение лица меня оскорбляет». Такого человека могут обвинить в придиристичности, в очень субъективном и пристрастном отношении к людям. Это связано с тем, что если речевое высказывание чаще всего трактуется достаточно однозначно («за окном идет снег»), то паралингвистические элементы трактовать очень трудно. И их, может быть, не стоит обсуждать в работе с пациентом. Например, фраза: «Почему Вы выделили интонацией такое-то слово, это что для Вас очень важно?» — может оказаться неудачной для коммуникации, потому что человек выделил это бессознательно, и мы можем активизировать механизм психологической защиты на закрытие. Поэтому, собирая такую информацию, врач потом уже на основании каких-то речевых высказываний, может вставлять ее в обсуждение с пациентом. Но чаще всего эта информация предназначена только для врача.

Кинесика изучает язык телодвижений. Этот язык используется очень давно, начиная с античности, где возникло искусство пантомимы, когда только с помощью жестов разыгрывались целые спектакли, в которых зрители правильно прочитывали смысл происходящего. В японском театре «Кабуки» язык жестов очень традиционен и однозначно читается зрителями. В кинесике очень важную роль играет культуральный аспект, потому что язык телодвижений достаточно различен в разных культурах. В русской культуре и в некоторых других славянских и европейских культурах фи́га, показанная одним человеком другому, означала — «нет, ничего не получишь» с элементом агрессии. В Японии этот жест означает призыв к клиенту у проституток. Также жест покручивания пальцем у виска в европейской культуре означает, что с головой что-то не в порядке. Сразу возникнет агрессия. А в некоторых культурах это признак почтительного внимания. Поэтому, наиболее привязанный к конкретной культуре язык — это язык телодвижений.

Глава VIII

МОТИВАЦИЯ И ПОТРЕБНОСТИ

Мотивация — психическая функция, которая, в основном, объясняет поведение человека и отвечает на вопрос, «почему человек так поступает?» В изучении мотивации есть несколько довольно резко отличающихся друг от друга аспектов:

1. Изучение так называемых физиологических мотиваций или (потребностей), таких как чувство голода, жажды, потребления кислорода, половой потребности, физиологических отправления (опорожнения кишечника и мочевого пузыря), объясняет механизмы работы физиологических потребностей или инстинктов. В теории биологических побуждений или теории импульсов используется, прежде всего, понятие гомеостаза — состояния равновесия, когда организм не испытывает никаких потребностей. Когда это равновесие нарушается, например, не удовлетворена какая-то потребность в жидкости, возникает усиление мотиваций. По мере того, как нарастает чувство жажды, эта мотивация усиливается и начинает во многом определять поведение человека, которое становится формой поисковой активности для удовлетворения этой потребности. Когда, наконец, эта мотивация реализуется — человек находит источник воды, утоляет чувство жажды — мотивация начинает снижаться и снижается до тех пор, пока потребность в питье не будет полностью удовлетворена, и организм снова не возвратится в состояние равновесия. Это очень элементарная теория, объясняющая только в какой-то степени поведение человека, в основном инстинктивное, и то с определенными ограничениями. Например, как возникает потребность в пище у сытого человека (переедание), когда все возможности удовлетворить чувство голода, казалось бы, уже исчерпаны. Или случай, когда человек потребляет чрезвычайно большое количество жидкости. В течении последнего десятилетия в американской психиатрии описывались случаи смертельных исходов, когда больные погибали от чрезмерного потребления жидкости, выпивая в день 10—12 литров воды. В одних случаях это был своеобразный способ самоубийства, а в других — люди просто испытывали страшную жажду, которая перекрывала все физиологические потребности. Поэтому столь простая теория, по-видимому, не учитывает еще очень многих факторов: того, что состояние гомеостаза может нарушаться каким-то патологическим мозговым процессом, когда физиологический и психический гомеостаз не совпадают. Физиологический гомеостаз наступил, а психологическая потребность в мотивации сохраняется. Активное употребление жидкости в вышеописанном случае связано с высоким уровнем тревоги, при котором жидкость используется как своеобразный транквилизатор, как средство удаления тревоги.

Эта же «физиологическая» теория также не объясняет потребность людей испытывать негативные переживания, то есть потребность в просмотре фильмов ужаса. Какая из физиологических потребностей здесь реализуется — ответить с точки зрения этой теории трудно. Или стремление детей слушать и рассказывать так называемые «страшилки» — страшные истории. Или участие в рискованных операциях, где человек подвергается смертельной опасности. Этих явлений «физиологическая» теория не объясняет. Видимо, психические процессы функционируют по принципу симметрии и гомеостаза между положительными и отрицательным полюсами: удовольствие—неудовольствие. Идея симметрии приводит к мысли, что в человеке сосуществуют разные потребности — потребности со знаком «+» и потребности со знаком «—».

2. Теория оптимальной мотивации во многом построена на действии закона Йеркса-Додсона, закона оптимальной работоспособности человека. Этот закон был приложен к проблеме мотивации известным психологом Хегшом совместно с Даффи. В отличие от теории биологических мотиваций авторы утверждали, что организм не находится постоянно на нулевой точке активации. Мотивация — одна из форм поддержания активности и энергетизма психики, при этом организм находится на каком-то активированном уровне, но стремится выйти на более высокий, оптимальный, или наоборот, снизиться до оптимального. Этот уровень позволяет организму оптимально функционировать, поскольку и низкий уровень, и очень высокий уровень активации являются факторами снижения работоспособности организма. Максимум работоспособности наблюдается на среднем, оптимальном уровне. Согласно этой теории все люди очень индивидуальны и различаются в зависимости от того, каков их оптимальный уровень активности, при этом оптимальный уровень нестабилен у одного и того же человека, а носит ситуативный характер. Например, спокойная рутинная работа — один уровень активации, лихорадочное судорожное стремление что-то закончить — другой. Отвечая на вопрос «почему человек начинает что-то делать?», эта теория не отвечает на вопрос «почему именно это человек начинает делать?», почему в одних случаях он смотрит телевизор, а в других читает детектив, а в третьих предпочитает прогулку, она не объясняет вид деятельности и конкретную форму поведения.

3. Когнитивные теории мотивации. В них большая роль в процессах мотивации отводится мышлению, выбору, осуществляемому путем мышления.

Представьте себе человека с переполненным мочевым пузырем в чужом городе в поисках туалета. Он будет метаться, решать как ему поступить — либо уронить себя в глазах окружающих, но удовлетворить мотивацию, либо сохранить самоуважение и уважение окружающих.

Или еще один пример: человек испытывает очень сильный голод, он выбирает решение — где-то выпросить еду, потерпеть еще и пойти туда, где его могут накормить, начать питаться какими-то растительными продуктами

или просто украсть еду. Совершается выбор мыслительных операций, прежде чем осуществляется какая-то форма поведения. В связи с названными теориями мотивации, мотивация рассматривается как механизм выбора формы поведения. Большую роль в этих теориях придается чувству компетентности, когда некие врожденные способности человека привлекают его к какой-то деятельности и в ней он приобретает все большую и большую компетентность, и это является тем мотивационным стимулом, с помощью которого он продолжает достигать нового более высокого уровня компетентности. Эта теория построена на 2-х осевых моментах: врожденных способностях человека к тому или иному виду деятельности и приобретение чувства компетентности. И это тоже можно оспорить, ибо здесь не учитываются противоречия личностных характеристик людей. Например, люди с очень высокой степенью конкурентности, соревновательности часто избирают тот вид деятельности, в котором они, как правило, не компетентны и достижение в этой области дает максимальное чувство удовлетворения.

Кроме того, большую роль играет общий план человеческих действий — некая идеальная система достижений. Ведь цели выбираются не только в связи с какими-то ситуационными обстоятельствами, но и могут являться этапными вариантами длительного целевого плана, плана человеческой жизни. Именно этот план, эта некая идеальная цель часто меняет поведения человека, заставляя во имя реализации плана отказываться от каких-то вещей, выбирать другие и совершать другие поступки.

Некоторые психологические теории во многом построены на теории мотивации. Так классическая гуманистическая психология во многом является психологией мотивации.

Существует выдвинутая Маслоу иерархия потребностей. Первый, базисный уровень — это уровень биологических потребностей, о которых говорилось выше. Второй уровень — потребность в физической и психической безопасности. Если первый уровень обеспечивает лишь биологическое функционирование организма, то второй уровень уже ориентирован на психическое функционирование, хотя потребность в физической безопасности тоже биологическая потребность. Третий уровень — это потребность в привязанности, любви или солидарности с какой-то группой; четвертый уровень — уровень получения социальных «поглаживаний» — признание компетентности, уважения, формирование чувства благодарности. Пятый уровень — уровень когнитивных и эстетических потребностей — потребность в познании, в творчестве, в порядке, справедливости, красоте (этот уровень самим Маслоу не выделялся и возник в более поздних классификациях). Шестой уровень — уровень самоактуализации. Далее мы рассмотрим их подробнее.

Иерархичность этих потребностей показывает, что для удовлетворения какой-то вышестоящей потребности, необходимо удовлетворение нижестоящей. Человек, испытывающий острейшую жажду и чувство голода, сможет реализовать потребность в творчестве только для достижения этой

цели — он становится изобретательным в добывании пищи и воды. Потребность в безопасности — одна из самых основных потребностей человека. Очень многие поступки, многие формы человеческого поведения, которые внешне выглядят как форма реализации вышестоящих потребностей, на самом деле являются удовлетворением потребности в безопасности.

Дело в том, что здесь важны еще две вещи: субъективность понимания безопасности и сила потребности. Сила потребности зависит от уровня притязаний конкретного человека. Изучение уровня притязаний — это, в основном, достижение школы Курта Левина, немецкого психолога, эмигрировавшего в США. Он выделяет идеальный уровень притязаний, который, в принципе, недостижим, а является той движущей силой, которая подтягивает реальный уровень притязаний. Здесь очень часто включаются механизмы психологической защиты для смягчения этого диссонанса между реальным и идеальным уровнями притязания. Человек испытывает потребность в безопасности, и она имеет личностную конструкцию и связана с достижением определенного социального статуса и определенной социальной роли, например, роли преуспевающего, физически здорового, цветущего, красивого, элегантного мужчины — любителя и любимца женщин. Этот человек только тогда испытывает чувство безопасности, когда он достигнет этого уровня притязаний. Но для этого нужна масса вещей: лучшая марка машины, загородный особняк, роскошный дом, яхта, личный самолет и т.п. Когда человек, не обладая всем этим, сохраняет прежний уровень притязаний, то он создает маркеры этого уровня: покупает сигареты или рубашку самого высокого класса, и механизм психологической защиты, который носит название интроекции, ситуативно дает ему ощущение достижения этого уровня и получение чувства безопасности. Здесь надо отметить несколько важных моментов.

1. Отсутствие чувства безопасности порождает постоянную тревогу, ведущую к хроническому дистрессу и в зависимости от силы этого дистресса, поведение человека может быть направлено:

— или на достижение более высокого уровня безопасности, и в этом случае дистресс превращается в стимулятор, ведущий к более высоким уровням безопасности;

— или, если дистресс очень сильный, он может сломать человека и деятельность будет парализована.

Кроме того, у людей могут быть различные преобладающие формы поведения в стрессе. У одних — это борьба, у других — бегство или замирание, крайняя степень которого — замирание в эмбриональной позе, и тогда врачи имеют дело с кататоническими расстройствами или психогенными ступорами, возникающими в результате испуга.

Таким образом, неудовлетворенность потребностей может выступать как активатор поведения, как блокиратор поведения или как деструктор поведения.

2. Чрезмерное удовлетворение какой-то потребности также может блокировать вышестоящие потребности. В психоанализе есть понятие сублимации, то есть разрешение сексуальной потребности в другие формы деятельности, чаще всего в творчество. Художественная история Дон Жуана — история человека с постоянно неудовлетворенной сексуальной потребностью, и становится ясным, почему Дон Жуан не пишет стихов и не делает открытий в области химии, и не открывает новые земли — все эти потребности у него блокированы чрезмерным удовлетворением одной потребности. Есть замечательная русская поговорка — «сытое брюхо к учению глухо», которая отражает то же самое явление. (Видимо, и очень «голодное брюхо» тоже глухо к учению.) Самоактуализация — это удовлетворение потребностей на каждом уровне. Это не заросший щетиной человек в разорванных штанах, который, не выпуская самокрутки изо рта, судорожно пишет гениальные труды. Можно думать, что и идеал монаха — это не идеал самоактуализирующейся личности, это человек, который сознательно отказался от удовлетворения очень многих потребностей. Это не значит, что этот путь человека осуждаем нами, но какими бы прекрасными действия этого человека не были, его нельзя считать полностью самоактуализирующейся личностью в понимании гуманистической психологии.

Неудовлетворение каждого из уровней вызывает чувство тревоги, но наиболее сильна тревога и связанный с ней дистресс при неудовлетворенности в потребности безопасности.

Уровни потребностей (по Маслоу)

Первый уровень. Регуляция поведения человека в урбанизированных странах такова, что чувства голода и жажды редко определяет поведение, другое дело, когда речь идет о странах с низким уровнем жизни, в которых проблема дистрофии и голодной смерти еще остается достаточно актуальной. Механизмы регуляции этих потребностей более подробно описаны в учебниках по физиологии.

Однако помимо чисто физиологических потребностей, пища имеет еще и некое символическое значение. В большинстве культур мира пища и жизнь являются синонимами. Поэтому у многих народов Земли хлеб, который является как бы символическим знаком пищи, выпекается в форме круга, солнца. Поэтому символом доброжелательности, уважения является вручение хлеба почетному гостю. В крестьянском быту многих народов мира нельзя держать хлеб в перевернутом виде, считается, что хлеб поставлен с ног на голову, и это неуважение к хлебу, хлеб — нечто человеческое. Можно говорить о семиотической системе пищи: ритуальные блюда на свадьбе, на похоронах, на каких-то религиозных праздниках. Праздничный обед — это не просто утоление чувства голода, это выражение определенных чувств, это показатель системы отношений, начиная от места за столом, кончая

последовательностью блюд. Вспомним один из кульминационных моментов в жизнеописании Иисуса Христа — тайная вечеря — ритуальный ужин — преломление хлебов, именно на такой вечере совершается озарение Христа о том, кто из учеников будет верен, а кто предаст. Ритуальность и символичность пищи приводит к тому, что может возникнуть даже патология, связанная именно с символичностью пищи, эта патология носит название нервной или психической анорексии. Она идет от распространенной (поскольку это в основном подростковая патология), характерной реакции большинства детей на отказ от еды, как реакции протеста. Когда ребенка обидели, он отказывается есть. Можно вспомнить пример из художественной литературы: граф Монте-Кристо никогда не ел в доме, где он собирался совершить свой суд.

Все патогенетические механизмы нервной анорексии до конца еще не раскрыты. Но один из возможных механизмов этого заболевания — это как бы протяннутая, пролонгированная, растянутая на годы реакция протеста. Нервная анорексия возникает часто как реакция подростка на доминирующую властную мать и слабохарактерного, мягкого отца. С помощью пищи одни люди как бы управляют другими людьми: «... вот сделаешь задание по математике — получишь шоколадные конфеты...», «...за то, что ты провинился, ты целую неделю будешь лишен сладкого...» Пища выступает в особом смысле — она утрачивает тот физиологический смысл, который имела вначале. Социальный статус человека в некоторых ритуальных обедах, можно измерить по той части мясной туши, которую ему преподносят. В кыргызской культуре самый почетный гость получает баранью голову во время бешбармака и тазовую кость. Человек, приглашенный на бешбармак точно знает, какую часть барана он будет есть — настолько все жестко иерархизировано.

Еще одна потребность физиологического уровня — сексуальная.

Многие годы в бывшем СССР воспитание носило крайне пуританский характер, где сексуальная потребность человека рассматривалась как нечто постыдное, почти приравненное к греховности, и это отношение было близко к религиозным догматам монашеского ордена. Во время передачи «Телемост Москва — Сан-Франциско» одна женщина с гордостью произнесла знаменитейшую фразу: «... а у нас в стране секса нет!» В 80—90-е годы в стране, по существу, произошла сексуальная революция, но люди так и не вышли на уровень нормального воспитания этой потребности, перескочив от пуританского запрета на секс к элементарной порнографии.

Сексуальная потребность из всех физиологических потребностей наиболее социологизирована. Уже у высших животных путем особых форм воспитания возникает возможность гашения этой потребности. Особые условия «воспитания» высших обезьян приводит к их отказу от сексуальной активности. В связи с этим возникает социальное понятие половой роли. Это сложная роль, которая несет в себе и биологические, и психологические, и сексуальные характеристики, где лица разного пола наделяются разными

социальными, зависимыми от определенной культуры, функциями: удел мужчины — это, удел женщины — то; разными личностными характеристиками: женщина — мягкая, податливая, мужчина — агрессивный, женщина — чувствительная, мужчина — стойкий. И эти некие социальные нормативы накладывают на воспитание ребенка в данной культуре определенный характер. Врачи сейчас часто сталкиваются с проблемой, во-первых, сексуальных меньшинств и, во-вторых, со стремлением к переделке пола.

Второй, третий, четвертый уровни потребностей. Если первый уровень — это уровень сохранения организма, то второй — уровень сохранения психики и личности человека. Следующие за ними уровни — это определенная форма механизмов реализации задач второго уровня, задач обеспечения чувства безопасности.

Главная черта второго уровня — его ситуативность. Человек не может постоянно испытывать чувство безопасности: каждый летает самолетом, ездит в автомобиле, в поезде, где подвергается в известной степени опасности. Каждый может жить во время войны, которая была развязана не им. Потребность в безопасности — это во многом потребность контроля над ситуацией, а ведь с помощью любви, уважения, признательности других людей человек также получает чувство контроля над ситуацией. Лектор каждый раз, прочитав лекцию, спрашивает себя: был ли он полезен или заполнял время? А может быть, приносил вред своей лекцией? Только полученное от аудитории одобрение, благодарность дают ему чувство безопасности, того, что он делает важное дело. Кстати, один из дефектов советской системы воспитания, которая действует и после распада Советского Союза и будет действовать еще многие годы, в том, что она не воспитывает потребность испытывать и проявить чувство благодарности. Система заменила чувство благодарности взяткой, когда слово «благодарность» ассоциируется с чем-то материальным, с каким-то благом. Это превращает человеческое общество в популяцию раба и властелина; в которой один и тот же человек и раб, и властелин, в одной ситуации он должен униженно кланяться (не благодарить), а в другой, когда можно, давить. Формирование демократической личности подразумевает воспитание чувства благодарности. Более того, чувство благодарности способствует чувству безопасности, так как акт благодарности — это акт социального и психологического объединения. Человек чувствует, что он не один.

Иногда потребность в безопасности приводит к очень искаженным формам достижения этой безопасности, к стремлению снять с себя ответственность, принятию крайне экстернальной позиции. Для врача не является идеальным тот больной, который может сказать примерно так: «Я — больной, Вы — врач, ваше дело меня вылечить; давайте лечите, а я посмотрю получится у Вас что-нибудь или нет. Вас учили этому, а меня — нет. Вся ответственность теперь лежит на Вас». Это пассивный больной, Работать с болезнью должны, как минимум, два человека: больной и врач.

При пассивности больного этот тандем нарушается. Стойкая пассивная позиция больного приводит к формированию синдрома выученной беспомощности. Этот синдром, как правило, развивается у людей с длительной госпитализацией, где больного присоединяют к группе людей, право которых быть только объектом манипуляций, у людей, длительно пребывавших в заключении, лишенных инициативы. Потребность в сплоченности, в принадлежности к какой-то группе приводит иногда к тому, что человек в результате оказывается в группе, которая начисто лишена инициативы. Потребность в принадлежности к группе может приобретать уродливые формы в ситуации сплочения, которая называется «толпа».

Искаженные формы реализации нормальной потребности не возникают тогда, когда личность устремлена к иерархической вершине потребностей, к самоактуализации. Возникает понятие противоборства толпе — нонконформизм. Правда, в отдельных случаях, это может привести к желанию постоянно находиться в оппозиции, лишь бы не быть конформистом. Это тоже одна из форм несвободы.

Пятый уровень потребностей — когнитивные и эстетические потребности. Как мы уже упоминали, в иерархии Маслоу этого уровня не было, он был добавлен его последователями, которые отталкивались от того, что у животных существует потребность в познании окружающего мира — без нее животное оказывается неадаптированным. Стремление к познанию мира — это стремление, прежде всего, достичь уровня адаптированности в среде своего обитания. И когда человек узнает, что мир очень сложный, то и его познавательные способности, и потребности становятся сложнее. Он начинает задавать себе вопросы: «А для чего я живу? В чем смысл жизни? Как устроена Вселенная? Какова природа светового луча?» Именно благодаря этой познавательной потребности и возникла наука. Психика человека работает по принципу симметрии и упрощения. Мир громаден и неисчерпаем, и вот создается искусство как способ игры в этот мир, способ моделирования этого мира. Возникает параллельный мир, симметричный научному — мир искусства, провозглашающий сложность и разнообразие этого мира в противовес определенному научному упрощению. Ученые объясняют, почему идет дождь, почему и как растет дерево. А десять, двадцать, ... сто художников нарисуют этот дождь и это дерево в совершенно разных вариантах без объяснения причин роста дерева. Получается симметрия: естественному миру создается альтернатива — искусственный мир. Настоящее искусство никогда не подменяет настоящую жизнь, это лишь индивидуальное видение художником этого мира. Это всегда личный мир. Литература, живопись, музыка не в состоянии охватить всех людей, все реальные пейзажи, все сюжеты и все гармонические и мелодические сочетания звуков, но они создают бесчисленное множество вариантов понимания этого мира. Поэтому потребность в этом у человека вполне естественна.

Всякая научная теория правильна тогда, когда она «красива». Ценность эстетической потребности проявляется в том, что при межличностном взаимодействии, прежде всего, оцениваются эстетические характеристики людей. Что оценивается в женщине при первом взгляде на нее — величина зрачка. Это знали еще древние люди. Чем больше зрачок, тем привлекательнее женщина.

Шестой уровень. Самоактуализация. Основополагающая мотивация, когда человек старается реализовать все свои потенциальные возможности. Реализация этой потребности может проявиться полностью только у того, кто достиг высокого уровня самоуважения.

Глава IX

ЭМОЦИИ

Проблема эмоций — одна из самых дискуссионных в современной психологии и медицине. Это и проблема, которую решает каждый человек на протяжении своей жизни. Что важнее — разум, логика или чувства? Чему отдать приоритет в человеческой жизни? Неоднократно люди произносят такую фразу: «Умом понимаю, а душой принять не могу». В этом выражении содержится некоторая альтернатива тому, что управляет человеческим поведением: логика (разум) или эмоции (чувства). Эмоции — это та часть психики, с которой связано очень много различных медицинских проблем: взаимоотношения врач—больной, взаимоотношения во врачебном коллективе, это то, как люди воспринимают свои болезни, это проблема возникновения многих болезней современного мира, так называемых «психосоматических» заболеваний. Никогда проблемой эмоций в психологии и медицине не занимались так много, как в XX веке. Это обусловлено несколькими основными причинами:

- 1) изучением механизмов возникновения психосоматических заболеваний;
- 2) учением о стрессе, в основном, об эмоциональном дистрессе;
- 3) широким внедрением в современном мире психотерапевтических методов воздействия на человека.

Все они, так или иначе, касаются эмоциональной сферы человека. Методы, построенные на апелляции к разуму (так называемая когнитивная психотерапия), могут быть неуспешными, если они не сопровождаются каким-то эмоциональным состоянием, возникающим у пациента. Психотерапия на интактном эмоциональном фоне вряд ли возможна.

Эмоции в системе познания мира играют роль своеобразного индикатора, они показывают, как человек относится к тому или иному явлению, событию или предмету окружающего мира, а поскольку это — индикатор отношений, то во многом с его помощью человек может понять картину мира другого человека. Можно видеть разных людей в одной и той же ситуации. По телевизору показывают, как в центре столицы государства танки этого государства прямой наводкой бьют по зданию, где находятся живые люди. При этом одни люди полны гнева, отвращения и ужаса, а на лицах других написан нескрываемый спортивный интерес: попадет сейчас танк в окно или нет? — и восторг, когда выстрел удачен. При этом ясно, что в картинах мира этих людей ценность чужой человеческой жизни имеет разное значение. По тому, какие чувства испытывают люди, находясь в

одной и той же ситуации, воспринимая те или иные фрагменты окружающего мира, можно понять картины мира этих людей. Если одно и то же явление вызывает у одного сострадание, а у другого восторг, то это люди с полярными картинами мира.

Понять мир человека всегда достаточно трудно и, если есть надежный индикатор, то он становится важным инструментом изучения человека и инструментом самопознания. Человек многое может узнать о себе, анализируя свои эмоции.

Первые теории эмоций носили так называемый интеракционистский характер, то есть были построены на самоописании. Большое распространение получила теория, названная именем двух ее создателей, У. Джеймса и К. Ланге. Схема Джеймса—Ланге подразумевает возникновение эмоций следующим образом: какие-то явления окружающего мира, воздействуя на человеческую психику, а через нее на вегетативную нервную систему, вызывают в ней определенные изменения. Эти изменения интерпретируются человеком, и эта интерпретация и есть чувство. Вначале у человека текут слезы, а потом он испытывает чувство, которое называется горем, вначале в теле происходят изменения и мышцы лица растягиваются в улыбке, а потом уже человек интерпретирует это ощущение, называя его радостью.

В начале XX столетия теория Джеймса—Ланге имела очень много противников, но последние два десятилетия характеризуются тем, что к ней возник интерес и в модифицированной форме возникают теории эмоций, близкие к ней. Возникновение этих теорий было во многом вызвано практикой некоторых психотерапевтических техник, прежде всего, телесно ориентированной психотерапии. Ими было доказано, что изменение позы тела способно приводить к возникновению чувства, которое наиболее часто встречается при подобной позе. Трудно вызвать у себя ощущение радости, если длительное время пребывать в позе с опущенными плечами, опущенной вниз головой и скорбным выражением лица. Спонтанно возникнет ощущение печали, грусти и, может быть, даже горя. Поэтому если три—пять десятилетий тому назад теория Джеймса—Ланге рассматривалась как психологический анахронизм, как веха в истории психологии, то сейчас к ней снова возник практический интерес, но на более высоком уровне.

Информационная теория эмоций. В Советском Союзе наиболее популярна была информационная теория эмоций П.В. Симонова, который попытался в виде формулы представить взаимодействие факторов, влияющих на возникновение и характер эмоций:

$$\mathcal{E} = F(\Pi, (\text{Ин-Ис}, \dots)),$$

где \mathcal{E} — эмоция, ее сила и качество, Π — величина и специфика актуальной потребности; (Ин-Ис) — оценка вероятности удовлетворения данной потребности на основе врожденного и приобретенного опыта; Ин — информация о средствах, прогностически необходимых для удовлетворения существующей потребности; Ис — информация о средствах, которыми

человек располагает в данный момент времени. Если имеющаяся информация равна необходимой или ее больше, то тогда человек испытывает положительные эмоции, если же потребной информации меньше, чем имеющейся, то уравнение получается со знаком минус, человек испытывает отрицательные эмоции, чаще всего, тревогу. Такой подход довольно легко объясняет возникновение эмоций, связанных с удовлетворением биологических потребностей.

Эмоция во многом становится регулятором поведения. Поскольку человек живет в постоянно меняющемся мире, в котором часто может оказаться в ситуации, где необходимой информации недостаточно, то он начинает отдавать предпочтение тем ситуациям, информации о которых достаточно. Это один из главных факторов формирования такого человеческого свойства, как психическая ригидность — инертность. Во многом формирование этого качества будет зависеть от следующих моментов:

- 1) личностные особенности, например, различие врожденных уровней тревожности. У одних людей даже небольшой недостаток информации вызывает такое сильное эмоциональное чувство, как тревога, у других — для возникновения тревоги необходим большой разрыв между «необходимой и имеющейся информацией»;
- 2) склонность к авантюрам, легкомыслие, сенсорная жажда или сенсорный голод, стремление к получению новых ощущений, стремление оказаться в новой, незнакомой, непривычной ситуации.

Люди же консервативные, тревожные, склонные к формированию психической ригидности, предпочитают жить по принципу: лучше синица в руках, чем журавль в небе. Синица, хоть и неказистая, зато знакомая, надежная, проверенная. Поэтому непривычные ситуации, в которых они оказываются, могут вызывать у них вначале выраженную тревогу. Этим фактором и объясняется феномен так называемого «детского консерватизма». Дети живут в очень трудном мире, информации о котором у них явно не достаточно. Например, пищевое поведение детей — они крайне неохотно пробуют новую пищу. Первая проба совершается всегда со страхом, и чем экзотичней внешний вид пищи, тем больше тревоги и страха она может вызывать в ребенке. Ребенок, который никогда в жизни не видел плод манго, скорее всего, предпочтет ему привычное и знакомое яблоко, хотя впоследствии может любить его больше других фруктов.

Другая теория эмоций — *теория конфликтов*, которая возникновение эмоций рассматривает как следствие конфликтов. Начало разработки этой идеи восходит к работам Ч. Дарвина, рассматривавшего эмоцию как ответ организма на какую-то трудную ситуацию, как составную часть адаптационного поведения человека и животных. Дарвин усматривал причину возникновения эмоций в том, что они либо полезны, например, выражение гнева, ярости на лице, угрожающая поза являются формой отпугивания врага, формой адаптационных защитных поведенческих реакций, либо сохранились благодаря рудиментарным формам движений и

уже не нужны человеку, а были полезны на предыдущем этапе его развития. Бесполезно, когда у человека при страхе резко потеют ладони рук, в то время как для обезьян увлажнение кожи ладоней чрезвычайно полезно, так как облегчает движение по стволу дерева или по веткам.

При дальнейшем развитии этой теории эмоции стали рассматривать как адаптацию или перенапряжение привычек и идеалов, а телесные проявления эмоций — проявление борьбы за адаптацию. Наиболее объемно эта теория была сформулирована в работах великого французского психиатра и психолога Пьера Жане, который рассматривал эмоции как форму человеческого поведения. Согласно его работам эмоция не сводится к внутренним переживаниям человека или к определенным психологическим изменениям, чем снимался тот вопрос, который так важен был для теории Джеймса—Ланге: что является первичным — физиологические изменения организма или психологическое переживание определенного чувства. В работах Жане этот вопрос просто снимается, и на первое место выходит другой вопрос: для чего нужна эмоция? Эмоция — это реакция человека, включая и личность, и организм, на те ситуации, к которым он еще не приспособлен в данный момент времени. И главный смысл эмоций — их функциональное предназначение — обеспечить эту адаптацию. Например, из уличной толчеи, где человек напряжен, где он испытывает волнение, тревогу и страх и приспосабливается к отражению опасности, он попадает в домашний уют, комфорт и испытывает чувство спокойствия, его организм приспосабливается к новой ситуации, начиная работать по-другому, возникает состояние сонливости, расслабленности, покоя и удовлетворения. Хорошо, если бы медицинские учреждения становились местом, где человек начинал бы испытывать спокойствие. Известно, что больные перед кабинетом стоматолога напряжены и тревожны, поэтому в хорошо оборудованных медицинских учреждениях в таких приемных включается успокаивающая медитивная музыка, ставятся глубокие мягкие кресла, где тело человека может расслабиться, и таким образом снимается часть страха и напряжения у пациентов. К сожалению, атмосфера медицинских учреждений часто не способствует тем состояниям, которые желательно было бы вызвать у больного с целью наилучшего его лечения. Для того, чтобы хорошо провести перевязку, оптимальным для хирурга является расслабление мышц больного, но врач, как правило, получает очень напряженного больного с повышенным артериальным давлением, с усиленным ощущением боли из-за страха перед ней. Поэтому в тех процедурах, которые связаны с ощущением страха и боли, во многих клиниках мира проводятся премедикаментозная подготовка с помощью препаратов, снимающих эмоциональное напряжение, или психическая релаксация.

Наконец, существует *теория эмоций, которая связывает эмоциональное состояние человека с уровнем активации*. Она ближе не к психологии, а к нейрофизиологии эмоций. И в основном, на нее опирались те исследователи, которые занимались физиологическими проявлениями эмоций: измерением

артериального давления, кожно-гальванического рефлекса, изменением сопротивления кожи, которое возникает вследствие потоотделения, измерением частоты дыхания, записью электрической активности мозга. Эти исследователи напрямую связывают особенности эмоционального реагирования человека с уровнем активности и бодрствования. Здесь прослеживается прямая связь эмоциональности с уровнем сознания. Трудно ожидать от человека, находящегося в дремотном состоянии, ярких эмоциональных реакций как положительных, так и отрицательных. В то же время сильная активация способствует легкости их возникновения.

В связи с нейрофизиологическим исследованием эмоциональной сферы необходимо рассмотреть вопрос о том, как вообще исследуют эмоциональную сферу человека?

1. Первый путь — и самый первоначальный этап изучения эмоций — это путь описания своих субъективных ощущений, своих чувств. Но столкновение с таким феноменом, как алекситимия, то есть неспособность передать словами свои чувства, позволяет усомниться в том, что описание чувств людей с алекситимией будет точным и полным. При этом, учитывая частоту случаев алекситимии, можно предположить, что достаточно большое количество людей не способны правильно описать свои эмоциональные переживания.

Кроме того, на описание эмоциональных переживаний большое влияние оказывает социальный контроль эмоций. Человек при описании своих чувств может знать, что возникновение у него той или иной эмоции может быть одобрено или не одобрено окружающими его людьми. Например, если учитель спросит ученика на уроке (после того, как он поставил ему двойку), какие чувства в данный момент тот испытывает, то если ученик социально нормативен, если он подвержен социальному контролю эмоций, его ответ будет говорить не о чувствах, которые он на самом деле испытывает, а о той умственной модели, которая существует у него в психике: что должен испытывать человек, который получил двойку. Ученик скажет, что он испытывает чувство сожаления, досады, разочарования в себе, а на самом деле он может испытывать чувство раздражения и ярости на учителя. Он подгонит свой ответ под ту ситуацию, в которой контекст предполагает наличие той или иной эмоции. Поэтому во время психотерапевтического тренинга эмоциональных состояний и вообще тренинга, где задача — добиться гармонизации личности, одной из важных задач врача-психотерапевта или психолога является создание такой атмосферы, которая способствовала бы возникновению постоянного чувства безопасности. В такой ситуации безопасности резко ослабляется влияние социального контроля. Если человек имеет право на выражение любых чувств, и ни одно из этих чувств не может быть осуждено никем, то участвуя в такой группе, он может научиться самодиагностике этих чувств, и сможет словесно осуществить интерпретацию и идентификацию этих чувств. Но феномен алекситимии даже при возникновении чувства безопасности все равно не позволяет многим

людям адекватно описывать свои эмоции. Для того, чтобы процесс самоидентификации эмоционального состояния сделать более достоверным, разработаны опросники, которые стандартизируют ответы испытуемых. Наиболее часто эти опросники построены на идентификации тревоги как эмоции, которая является наиболее разрушительной для организма человека. В последние годы во всем мире одним из самых распространенных опросников такого рода является опросник Ч. Спилбергера. Достаточно популярен и опросник Цунга.

2. Другой метод изучения эмоционального состояния — это анализ физиологических составляющих эмоционального состояния с помощью тех параметров, которые характеризуют эмоции, и по одним теориям сопровождают психическое чувство, а по другим — являются его причиной: частоты сердцебиения, дыхания, то есть всего, что было перечислено выше. На этом принципе построен так называемый детектор лжи — аппарат, записывающий ряд вышеназванных физиологических параметров. Однако у очень многих специалистов использование детектора лжи как метода изучения эмоциональных состояний вызывает возражения, потому что в помощью этого прибора скорее можно оценить интенсивность эмоционального состояния, но не характер эмоции. Эта интенсивность может быть одинаковой при эмоциях полярного значения.

Поэтому у многих специалистов использование детекторов лжи как адекватных инструментов узнавания правды вызывает серьезные возражения, не говоря уже об этической стороне этой процедуры. Метод детектора лжи измеряет скорее не качественную сторону эмоциональных переживаний, а степень эмоциональной напряженности, не отвечая на вопрос — отчего возникло это эмоциональное напряжение. Причины, вызвавшие это эмоциональное напряжение, могут быть самыми различными и лежать далеко за пределами данной ситуации. Можно предположить, что у человека, который к процедуре исследования на Детекторе лжи относится скептически и очень иронично, считая, что этот прибор не в состоянии раскрыть его эмоциональный настрой, это безразличие к процедуре, несомненно, скажется на результатах исследования. Но такой человек может дать сильную эмоциональную реакцию на воспоминания, которые вызвал тот или иной вопрос исследователей, только остается неясным — радостны ли эти воспоминания или горестны. Раздражение такого человека может вызвать тембр голоса экспериментатора, зашедший в кабинет помощник экспериментатора и неизвестно, на какой вопрос наложатся эти чувства. Поэтому интерес к детекторам лжи с каждым годом уменьшается и их вклад в изучение психики человека не очень значителен.

Кроме того, использование физиологических показателей для интерпретации содержательной стороны эмоционального состояния человека не соответствует сложности поставленной задачи. Нейрофизиологи, занимающиеся психофизиологией эмоций, наталкиваются на трудности совокупной интерпретации полученных данных. Например, изменение

частоты пульса очень трудно интерпретировать, сопоставляя с данными кожно-гальванического рефлекса, и чем больше физиологических параметров изучается, тем труднее становится интерпретация. В работе И.Г. Краснова была сделана попытка психофизиологического анализа эмоциональных состояний человека и уровня его психофизиологической адаптации путем вычленения из всей группы психофизиологических феноменов тех, которые отражали бы только механизмы психической адаптации. Эта процедура упрощала интерпретацию данных и позволяла получать своеобразный психофизиологический «портрет» механизмов психической адаптации. Это позволило выделить группы людей с нарушенной и не нарушенной психической адаптацией и затем сопоставить это с данными их социальной адаптации к условиям обучения в ВУЗе. Была обнаружена высокая степень корреляции между уровнем социальной и психофизиологической адаптации. Изучение на животных, а затем во время нейрохирургических операций и на людях, позволило установить несколько фактов:

1. Прояснилась нейрофизиологическая топография психики. Исследования показали, каково место той или иной зоны мозга в организации психики человека.

2. Исследования позволили подтвердить эмпирическо-интуи-тивные находки психологов. В ходе экспериментов выяснилось, что у человека имеется два центра: центр удовольствия и центр неудовольствия — гнева, боли, ярости. Это перекликается с идеей З. Фрейда о существовании двух мощных инстинктов — инстинкта смерти и инстинкта жизни. Мечтой З. Фрейда было создание нейрофизиологической психологии человека. Ученый, которого больше всего обвиняли в теоретических спекуляциях, рвался к нахождению материального субстрата своих теоретических и клинических исследований. Нейрофизиологические исследования подтвердили, что поведение человека построено таким образом, чтобы избежать возбуждения центра неудовольствия и получить как можно больше раздражений центра удовольствия. Однако дальнейшие нейрофизиологические исследования углубили понимание этой проблемы, показали, что у больных невротизмом имеется дефицит стимуляции центра удовольствия, и многие невротические симптомы приводят к симметричной стимуляции центра неудовольствия.

Творчество знаменитого американского писателя Фицджеральда Скотта и жизнь его семьи дают примеры страданий людей, краха личности (жизнь жены писателя закончилась в психиатрической больнице, а для него самого смертью в забвении от алкоголизма), когда жизнь является олицетворением только одной мотивации — получить как можно больше наслаждений. Для гармоничного функционирования психики необходимо сбалансированное функционирование обоих центров, что отражает проявление принципа психической деятельности — принципа симметрии.

Из всех эмоциональных состояний наибольшее значение играет тревога. Это происходит в силу нескольких причин: тревога является наиболее частым

эмоциональным ответом организма при его взаимодействии с миром и с самим собой. Согласно теории стресса Г. Селье, тревога является обязательной эмоциональной реакцией в первой фазе стресса, которая так и называется стадией тревоги, и второй стадии — стадии напряжения. Почему так часто возникает тревога? Ответ вытекает из ее определения: тревога — это чувство неопределенной опасности (Ч. Спилбергер). Поскольку адаптационные реакции наиболее часты в ситуациях неопределенности, то и часто возникает тревога.

Если сравнить количество исследований, посвященных тревоге и всем другим эмоциям, то тревога изучается несоизмеримо чаще. Тревога, согласно современным психосоматическим исследованиям, является главным фактором возникновения так называемой «психосоматической патологии». Термин «психосоматическое заболевание» можно употреблять, когда четко прослеживается связь возникновения заболевания с психическим фактором или когда он является фактором риска. Тревога является одной из главных причин, а, по мнению некоторых исследователей, вообще основной причиной этих заболеваний.

По-видимому, почти вся патология человека может быть так или иначе соразмерена с тревогой. Если известно, что длительное пребывание человека в состоянии дистресса резко снижает его иммунитет, то возможности поражения человека инфекционным заболеванием резко повышает риск для тревожного человека. Как известно, в армии победителей раны у солдат заживают гораздо быстрее, чем в армии побежденных.

Можно говорить о «масках» или «ликах» тревоги и о том, как они возникают. Одной из самых травмирующих для психики является ситуация неопределенности. Для того, чтобы снизить это травмирующее влияние, чувство неопределенности должно быть устранено, поэтому тревога как бы перерабатывается, трансформируется в другие эмоциональные состояния. Достаточно много исследований (в частности работы советского ученого Ю.Л. Нуллера) показывают связь тревоги с депрессией (тоскливым, печальным настроением). Можно согласиться, что первоначальным источником депрессии является тревога, поэтому сейчас и наиболее распространенными антидепрессантами являются те, которые сочетают в себе антидепрессивный эффект — снятие тоски — и одновременно, седативный эффект — снятие тревоги. Почему можно считать, что депрессия — это своеобразная адаптационная реакция организма? Конечно, трудно признать, что чувство глубокой печали, тоски, безнадежности, отсутствия надежды на улучшение, уверенность в своем личностном и биологическом крахе может играть адаптационную роль. Но если взвесить: что лучше — определенность, даже плохая, или неопределенность, то очень многие люди выберут плохую определенность. Это один «лик» тревоги — депрессия.

Второй «лик», когда опасность конкретизируется, — например, страх смерти. Если тревога — это чувство неопределенной опасности, то организм и личность применяют различные приемы для того, чтобы сузить зону этой

опасности, снизить чувство неопределенности. Что может сделать психика человека, так это уточнить адрес опасности. В одном случае — это может быть тело человека или его разум. И тогда можно говорить о феномене ипохондрии, чрезвычайной сосредоточенности на своем здоровье или страхе сойти с ума. Второй адрес — это окружающий мир. Восприятие окружающего мира как чрезвычайно опасного лежит в основе образования многих патологических феноменов — бреда преследования, бреда отношения, когда возникает система упорядоченного, структурированного понимаемого мира как мира опасного.

Видимо, существует группа людей, которым легче быть уверенным в том, что их преследуют, или в том, что друг предал его, чем заниматься бесконечным решением проблемы: предал или не предал, преследуют или не преследуют. Принятие этого решения даже в форме психической патологии делает человеческое поведение целенаправленным. Как может быть поведение целенаправленным в ситуации полной неопределенности? Здесь опять проявляются закономерности психического функционирования: структурирование (приведение из хаоса, из неопределенности в структуру) и упрощение картины мира.

Еще один «клик» тревоги — агрессия. Агрессия может быть направлена на окружающий мир — это агрессия в узком смысле этого термина. Бывают варианты агрессии — так называемой «аутоагрессии» — это агрессия, направленная на самого себя. Аутоагрессия может иметь формы в виде нанесения себе повреждений, вплоть до суицида.

Слово «стресс» стало весьма распространенным в бытовой лексике и в медицинской терминологии. Термин «стресс» в бытовом употреблении — психическое напряжение, волнение, потрясение. Восклицание: «Какой я вчера пережил стресс!» — означает, что человек испытал сильное психическое напряжение отрицательного характера. Употребление термина «стресс» в бытовой лексике привело к тому, что в культуре конца XX века под словом «стресс» стало пониматься тяжелое и вредное для организма психическое напряжение.

Однако адекватное использование концепции стресса позволяет выделить несколько основных положений.

1. Что такое стресс? Стресс — это неспецифическая общая реакция организма на раздражитель — стрессор. В ответных реакциях организма на стрессор встречаются специфические и неспецифические элементы.

2. Человек не существует вне стресса. Отсутствие стресса — смерть. Такое понимание стресса приводит к пониманию того, что стресс, в принципе эквивалентен понятию «жизнь». Возникает вопрос: если человек, пока он жив, находится в состоянии стресса, то каким же образом стресс вообще может вызывать патологию?

3. Г. Селье четко обозначил проблему: стресс не является угрозой для человека. Угрозу создает дистресс — чрезмерное напряжение по силе или продолжительности. Деление стрессов на положительные и отрицательные

не имеет никакого смысла, потому что с физиологической точки зрения реакции организма на сильную радость и на сильное горе одинаковы. Понятие «болезни стресса» не адекватно. Правильный термин — «болезни дистресса».

Почему учение о стрессе приобрело такое широкое распространение? Биология и вообще все науки о человеке стремятся к созданию глобальных концепций, с помощью которых пытаются упорядочить сложнейшую картину мира.

За каждой научной теорией «вырастает» теория жизни, и поэтому человечество будет всегда тянуться к разработке таких глобальных теорий. В современной медицине место такой глобальной проблемы заняла теория стресса.

Г. Селье заметил, что у людей, независимо от того, какой болезнью они страдают, есть общие признаки: землистый цвет лица, снижение аппетита, страдальческое выражение лица, похудание и апатия (мышечная слабость). Этот синдром Г. Селье назвал синдромом «просто болезни».

Стресс протекает в виде так называемого общего адаптационного синдрома. Этот синдром проявляется увеличением активности коры надпочечников, большим выбросом кортикоидов, сморщиванием вилочковой железы и лимфатических желез и затем появлением микроязв или кровоизлияниями в слизистую желудка или кишечника. Это - неспецифические проявления общего адаптационного синдрома, они были исследованы и до Г. Селье, но в них не видели проявления взаимосвязей.

Как стресс переходит в дистресс, как возникает чрезмерный общеадаптационный синдром? Депривация раздражителей и чрезмерная их сила дают одинаковую реакцию дистресса. Поэтому, с точки зрения Селье, «окутывание в вату», то есть чрезмерное оберегание человека от проблем или жизнь в экстремальных условиях приводят к возникновению дистресса.

Глава X

НАУЧЕНИЕ И ТВОРЧЕСТВО

Научение — это психологический процесс, который раскрывает, как человек приобретает навыки, знания и умения. Как проходит процесс человеческого научения? Все, чем человек обладает (за исключением некоторых врожденных форм психической деятельности, каких-то безусловных рефлексов, например, глотания пищи и жидкости, отдергивания конечности от предметов с опасной температурой), все, что человек в течение жизни использует для адаптации к окружающему миру и взаимодействия с самим собой, он приобретает путем научения. Важнейшие формы человеческой деятельности, от которых во многом зависит уровень социального состояния общества — это различные формы человеческого научения. И сколько существует человек как социальное существо, столько и существует спор о том, как учить и как воспитывать людей. По сути, речь идет о том, какой способ научения избрать. Какой из способов наиболее оптимальный, какой наиболее эффективный. Это имеет значение не только для индивидуального развития человека, но и во многом определяет характер социального развития общества в целом в какой-то стране или в глобальном мировом масштабе.

Сколько существует институт школ различного уровня — начального, среднего, среднего специального, высшего — столько идет спор о том, как учить людей, какие технологии обучения являются наиболее оптимальными. Если эта цель может быть сформулирована, как обучение совершенству владения совокупностью навыков или знаний и возможностям использования этих знаний, определяющих ту или иную профессию, то могут быть избраны одни формы научения. Если же акцент ставится на формирование и раскрытие человеческой личности, на создание у нее возможностей для личностного роста, а не только для совершенного овладения профессией, то тогда те технологии обучения, о которых говорилось выше, не подходят для этой цели. Знание наизусть «Евгения Онегина» для человека с хорошей памятью не сделает его человеком, тонко чувствующим поэзию, не сделает его ориентированным на красоту. Блестящее знание сюжетов, колорита картин и знание фамилий авторов—создателей этих картин не всегда может приблизить человека к ориентации на эстетическое восприятие мира.

Поэтому будут использоваться разные технологии: в одном случае это будут технологии, ориентированные, например, на жесткое формирование наиболее быстрого, легкого, достаточно четкого алгоритма овладения профессиональными навыками, во втором случае — совершенно иное. Первая технология может быть осуществлена путем программированного

обучения, которое может быть достаточно совершенно и на каком-то этапе развития человека очень полезно. Например, новые обучающие машины, предназначенные для обучения детей, приводят к необходимости формулирования ими самостоятельно понятий, суждений, умозаключений, то есть создают возможности для развития мышления. Но мыслящий человек — это еще не чувствующий человек.

Когда молодые начинающие врачи приходят учиться психотерапии, то многие из них ориентированы на как можно большее овладение инвентарем техник и технологий в психотерапии. Знание технологий — это очень хорошая и важная вещь, но обучение технологиям должно проводиться на втором этапе обучения психотерапии и медицины в целом. Если врач овладевает концепцией единства человека и окружающего его мира, единства психических и физиологических процессов, холистической концепцией в широком смысле этого слова, то его врачебные и диагностические технологии станут во многом иными, в какой бы профессии он не работал: в кардиологии, в пульманологии, в хирургии. Это философия профессии врача.

Например, что делает хирург, занимающийся пластической хирургией лица, который не ориентирован на подобный подход? К нему обратился пациент в возрасте 60-ти лет с таким заболеванием, как аримифия (красный, багровый нос), и желает лечиться от этого заболевания. Если не поинтересоваться, почему в таком возрасте человеку так важна окраска носа, ведь обычно для мужчин в этом возрасте значимость лица с эстетических позиций не важна, важнее здоровье, социальный статус, система взаимоотношений в семье, то можно получить тяжелые последствия. В этом случае неудачная операция становится опасной, и больной должен быть предупрежден о возможной неудаче. Но незнание философии профессии может привести к тому, что после неудачной операции этот пациент может стать еще более несчастным, чем был до нее, еще более больным и может совершить самоубийство, потому что имел место чисто конвейерный подход: никто ни про что не расспрашивал, не отговаривал, не предупреждал. Это очень утрированное, доведенное до абсурда понимание тезиса: «клиент всегда прав». Клиент хочет сделать другой нос? Пожалуйста! Действительно человеку лучше иметь красивый нос, обычный нос и чего тут еще выяснять. Но очень важно понять, в чем причина такой настойчивости клиента. Если его расспросить, то может вдруг выясниться, что этот человек занимал достаточно высокий социальный пост и подвергался очень серьезным

но высокий социальный пост и подвергался очень серьезным социальным нападкам как алкоголик, ибо известно расхожее мнение, что у всех алкоголиков — красный нос. Действительно, во многих случаях это так, хотя в данном случае это было заболевание аримифией.

В данном случае была важна не столько операция, которая могла быть удачной или неудачной (было больше шансов, что операция будет неудачной). Можно представить себе состояние хирурга, который знает, что

возможен негативный результат и в случае неудачи больной сведет счеты с жизнью. И это не только трагедия больного, но и врача, так как может помешать его профессиональным навыкам. Поэтому здесь была важнее работа с так называемой сверхценной идеей и примирение с возможной неудачей в ходе операции. Но такое поведение врача будет обусловлено не чисто профессиональным умением хирурга оперировать, а овладением навыками психиатрии, психотерапии и косметологической хирургии. Такой подход врача будет предопределен знанием философии его медицинской профессии: он всегда будет рассматривать человека в единстве всех его связей. Это, правда, приводит к еще одному малоутешительному выводу. Для того, чтобы создать философию медицинской профессии, нужно выполнить важное условие: обучение должно стать весьма длительным, ведь для того, чтобы овладеть совокупным подходом к человеческим проблемам, помимо узко медицинских профессий, он должен еще обладать, многими другими знаниями в области психологии, социологии, культурологии и на достаточно высоком уровне. Но тогда важное место в обучении должны занять человековедческие дисциплины, а не дисциплины, ориентированные исключительно на чистую патологию. Эту дисциплину можно было бы назвать интегративной антропологией — все о человеке и окружающем его мире. Необходимо перенесение акцента с патологии на человековедение. Вот такие, казалось бы, отдаленные от практики вопросы, в частности, как строить процесс научения могут привести к совершенно разным технологиям или к сочетаниям разных форм научения. Для создания навыка проведения каких-нибудь врачебных манипуляций нужна одна система научения, для формирования философии профессии нужна другая стратегия и тактика научения.

На Западе уже началось проникновение психотерапии в психиатрию, внедряются психотерапевтические методы для лечения психозов, таких, как шизофрения. Психиатр оперирует понятиями симптома, синдрома и болезни и проводит соответствующее лечение методами биологического воздействия на симптом, на синдром, на болезнь. Психотерапевт работает не с симптомом и синдромом, а с человеком и человеческой проблемой. Но если соединить философию этих двух профессий может получиться нечто полезное. Главной трудностью здесь является: как сочетать психотерапию и психофармакологию.

Обучение философии профессии напрямую связано с личностным ростом в процессе личного контакта преподавателя со студентом, и решающую роль оказывает личность преподавателя, формирующая не столько профессиональные навыки (часть которых может быть перенесена на самостоятельное обучение), сколько обучение философии профессии. В принципе, именно по этой причине нельзя считать, что изживает себя такая форма обучения, как лекция, потому что это эффективная форма взаимодействия преподавателя и студента.

Психологический анализ научения можно рассматривать как создание ряда теорий, которые последовательно изучают пока что еще самые простые формы научения, открывают варианты, по которым возможно создание научения.

Самые простые формы научения — это формы реактивного научения.

Более сложные формы такого научения можно обозначить как оперантное научение. Это научение определенным формам поведения.

Самая высшая форма научения — такая, которая ведет к активному участию мыслительного процесса и носит название когнитивного научения. Систематическое исследование процессов научения исторически так и проводилось — от самого простого до самого сложного, хотя отдельные психологические теории конца XIX века затрагивали и более сложные формы научения.

Реактивные формы научения

К самым элементарным формам научения реактивному поведению относятся четыре вида: привыкание, сенсбилизация, импринтинг и выработка условных рефлексов.

Привыкание носит еще название габитуации, процесса, когда организм за счет изменения чувствительности рецепторов и ретикулярной формации учится постепенно игнорировать какие-то раздражители. Например, жители крупных городов постепенно привыкают «не слышать» шум окружающего их города. Человек, который попадает впервые в местность, расположенную рядом с аэропортом, дает очень выраженную реакцию на шум взлетающего или садящегося самолета, в то время, как постоянные жители этой местности уже «не слышат» рева реактивного двигателя. В общении с людьми можно постепенно привыкнуть к каким-то особым формам их поведения — к манере говорить, к особенностям речевых оборотов, и если вначале эти особенности поведения вызывают ответную реакцию: чувство раздражения, удивления, агрессии, то затем, это как бы «зашумляется», уходит, становится незаметным. Это часто происходит с родителями, когда дети приучают их к своим особым формам поведения, несколько нетрадиционным и нестандартным, в том числе и к таким формам поведения, которые требуют переделки, перестройки, какого-то вмешательства, и которые резко бросаются в глаза людям без привыкания к этим формам поведения. Можно вспомнить и пример из художественной литературы — рассказ О.Тенри «Вождь краснокожих». Отец похищенного мальчика привык к формам поведения своего чада и не испытывал особенных неудобств, но похитившие его люди были, в

буквальном смысле этого слова, истерзаны нестандартным поведением ребенка.

Феномен привыкания лежит в основе изменения обращаемости больных к врачу, особенно это связано с какими-то особыми формами заболевания, скорее тяжкими. Здесь помимо привыкания действует еще и культуральный фактор. Можно говорить о культуральном привыкании: если в какой-то культуре или субкультуре какие-то формы заболевания не рассматриваются как опасные для человека или необязательные для лечения, то больной даже с тяжелой патологией не оказывается в поле зрения врача, это воспринимается им как элемент нормы. Вот у человека приступы — он падает. Первый раз была реакция страха и паники, но он поднялся через пять минут — и ничего — ходит. Во второй раз такой уже паники нет, а дальше возникает привыкание. Во врачебной практике автора книги был пациент, который грыз ногти на ногах. Это был большого роста толстый человек с вялотекущей шизофренией, семья которого настолько привыкла к этому, что не рассматривала как патологию, которая должна была бы привести к врачу-психиатру. Только когда дочери подросли и в доме стали появляться их друзья, которые, увидев это, более в гости не приходили, только тогда семья забеспокоилась, их субкультуральная норма — грызть ногти на ногах — перестала быть таковой.

Сенсибилизация — полярная форма научения относительно привыкания, при которой, наоборот, возникает нетерпимость к каким-то раздражителям. Обычно это происходит при нарастании уровня тревоги в условиях дистресса, когда прежний раздражитель, который не вызывал реактивного поведения, становится невыносим. Месяц назад человек спокойно относился к непрерывному звучанию за стеной индийских мелодий, он даже начал находить некоторое своеобразие в том, что работает и отдыхает под звуки индийских мелодий, но затем у него развилось состояние дистресса, чувствительность ретикулярной формации к раздражителям изменилась и даже легкие, еле слышимые звуки одной и той же мелодии стали вызывать у человека резчайшее раздражение. Очень часто врачу приходится сталкиваться с ситуацией, где эти формы реактивного поведения на раздражители вызывают у него недоумение: почему такую сильную реакцию вызывает не очень серьезный раздражитель? Таких людей не следует считать капризными, нетерпимыми, их следует, скорее всего, рассматривать как людей с особо чувствительной ретикулярной формацией. Более того изменить восприятие сенсибилизирующего раздражителя можно с помощью установки. Например, один человек воспринимает другого как скверного и дает сильнейшую реакцию агрессии на возможно несущественные раздражители, такие как особенности речи, повторяющиеся жесты (установка — скверный человек — превращает его особенности в мощный сенсибилизатор).

Еще одна форма реактивного поведения, которая наблюдается у животных, так называемый импринтинг, описанный специалистами по

этологии, в частности К. Лоренцом. В многочисленных экспериментах Позолини у новорожденных утят или цыплят первый движущийся объект — мать. Если заменить этот движущийся объект экспериментатором, то так же, как утята двигались за уткой, они будут ходить за экспериментатором.

Следующий вид реактивного поведения — это условные рефлексы, когда сочетание безусловного раздражителя и индифферентного после некоторого количества сочетаний приводит к формированию такой же реакции на индифферентный раздражитель, какая существует на безусловный. Изучение форм поведения в связи с условными рефлексамися является приоритетом русской науки — И.П. Павлов и его школа были в этом вопросе первыми, что послужило основанием для разработки целого ряда методов лечения, как в общей медицине, так и в наркологии. Так была создана целая группа методов, построенная на формировании рвотного безусловного рефлекса на такой раздражитель, как алкоголь. Эта группа методов получила название условно-рефлекторная терапия алкоголизма. Тема условных рефлексов подробно освещается в учебниках по физиологии и автор не считает нужным подробно рассматривать ее в данном учебнике.

Научение в результате оперантного обусловливания

Все реактивные формы поведения характеризуются, прежде всего, тем, что организм, как бы пассивно реагирует на воздействие внешней среды: или за счет особого состояния рецепторов ретикулярной формации, или за счет существования врожденных безусловных рефлексов, или за счет врожденной способности к реактивному научению. Однако организм не может быть адаптивным, если он всегда выполняет только пассивные функции, он должен создать формы научения, которые включали бы его активность. Психологи-бихевиористы назвали такие формы поведения, когда организм научается путем активного взаимодействия со средой, оперантными.

Первый из вариантов этого оперантного научения — научение методом проб и ошибок. Суть этого метода, впервые описанного американским бихевиористом Торндайком и позднее использовавшегося при конструировании некоторых видов ЭВМ, заключается в том, что индивидуум, наткнувшись на какое-то препятствие — человека или животное, совершает попытки преодолеть его. Он постепенно отказывается от неэффективных способов и, в конце концов, находит решение задачи. Классическим примером научения методом проб и ошибок является хождение по лабиринту. Человек двигается по лабиринту, попадает в тупик, возвращается назад и идет уже другим путем, и так, преодолевая ошибки, он, наконец, находит выход из лабиринта. При исследованиях этого вида научения часто использовался лабиринт. Иногда ставилась задача, в которой животное должно было получить пищу, выбравшись из лабиринта или из клетки, а чтобы выбраться из клетки, необходимо было еще научиться дергать за крючок или за веревочку. Перепробовав все действия, животное постепенно находило такое, которое приводило к желаемым результатам. При обучении методом проб и ошибок постепенно возникает такая ситуация,

когда количество ошибок резко сокращается, приближаясь к минимуму. Можно вспомнить, как капитан Жеглов в фильме «Место встречи изменить нельзя» обучал своего юного помощника Шарапова, как нужно внимательно работать со служебной документацией: он спрятал уголовное дело, которое вел Шарапов, оставшееся по легкомыслию юного сыщика не в сейфе, как полагается, а на столе. И учитывая суровое время, Шарапов получил очень серьезный опыт научения. Некоторые родители используют этот метод в воспитании детей, когда им разрешается манипулировать с острыми, колющими и режущими предметами или с огнем. Ребенок методом проб и ошибок выясняет, какая из сторон ножа острая и, получив ранение, в дальнейшем избегает использования этой стороны ножа без специальных манипуляций; аналогично — раз дотронувшись до пламени огня, он уже больше не совершает этого действия.

Подобные вещи практикуются при диагностике умственного развития, когда ребенку даются какие-то задачи и при этом учитывается, насколько он может использовать свой опыт для решения аналогичных задач. Он прошел один лабиринт методом проб и ошибок, ему предлагается похожий лабиринт, и если образуется навык, то он совершает меньшее количество ошибок, если не образуется, то обучение затруднено. Здесь возникает идея, что научение тесно связано с интеллектом.

Е. Торндайком был выведен закон эффекта: в случае, если какое-то действие приводит к желаемому результату, то вероятность его повторения возрастает. Если студент сумел избежать «двойки», сославшись на состояние своего здоровья, то резко возрастает вероятность того, что в дальнейшем, будучи не готовым, он опять использует этот прием. Нежелательное последствие (наказание за невыученный материал) уже имеет меньшую вероятность. Если плачущий ребенок получил конфету, то в будущем вероятность получения сладкого с помощью слез и плача резко возрастает.

Дальнейшее развитие бихевиориальных теорий получило развитие в работах Б. Скиннера, который вывел законы оперантного обусловливания и формирования реакций путем последовательного приближения. Это хорошо видно при описании следующего эксперимента на животных. В клетку помещалась птица. В правой стороне клетки находился светящийся яркий кружок, при нажатии на который клювом, выскакивало зернышко. Научение по методу Б. Скиннера происходило следующим образом, если птица передвигалась в правую половину клетки, то получала вознаграждение — зернышко, если она заходила в левую часть — то не получала. Дополнительное вознаграждение в правой половине клетки она получала, если поворачивала голову в сторону светящегося кружка. Дальнейший этап — вознаграждение давалось в правой половине клетки при повороте головы к кружку и с направлением клюва в сторону кружка. Следующий этап — получение вознаграждения при дотрагивании клювом до кружка. И, наконец, вознаграждение — за удар по кружку. Вся программа была разбита на этапы. На основе результатов этих работ Б. Скиннера возникла предложенная им це-

лая система обучения, в которой наказание, как таковое, отсутствовало, и имелась только форма поощрения.

По мнению Б. Скиннера процесс научения языку проходит так: ребенок произносит какие-то слоги, отдаленно напоминающие слово «мама», и получает выраженную реакцию восторга родителей, если он продолжает повторять это сочетание слогов — восторги становятся меньшими. Впоследствии ребенок может произнести другое слово, — и тогда он вновь получит социальное вознаграждение.

Подкрепление научения всегда обращено к потребностям человека, и чем точнее известны потребности человека, тем легче найти форму подкрепления. У животных — это, как правило, апелляция к потребностям физиологического уровня: еде, питью, избеганию боли. У человека — намного сложнее. Причем, чем дальше идет процесс социализации ребенка, тем к более иерархически высоким зонам потребности обращаются люди. На первых этапах воспитания прибегают к использованию физиологических потребностей (сладости, еда), затем идет апелляция ко второму уровню — стремлению к потребности в безопасности, здесь часто используется так называемое отрицательное подкрепление, то есть, когда в результате какой-то формы поведения не следует наказания. У родителей существует целая процедура выработки такого отрицательного подкрепления, когда ребенку говорят. «Если ты скажешь правду, то не последует никакого наказания. Пусть даже это ты разбил мою любимую вазу — с каждым из нас это может случиться, но мне важнее, чтобы ты говорил правду». Это отрицательное подкрепление направлено на формирование более высоких потребностей этического характера. Не следует смешивать отрицательное подкрепление с наказанием, ибо отрицательное подкрепление — это предотвращение наказания.

Бихевиористы делили подкрепления на первичные и вторичные. Первичные — это те, которые основываются на первом уровне потребностей (физиологических), а вторичные — те, которые обращены к более высоким уровням человеческих потребностей, например, в признании, в любви, в причастности к какой-то группе,

Следующая форма оперантного обучения поведению — это подражание, при этом существует несколько вариантов подражания.

Когда организм живого существа (человека или животного) воспроизводит поведение кого или чего-либо, не оценивая последствий — это *обычное подражание*. Карл Струа описывает наблюдения японских исследователей за поведением обезьян. Исследователи разбили свою стоянку около того места, где жило стадо обезьян. Перед едой исследователи мыли в реке бататы (сладкий картофель). Вскоре нечто подобное стали делать молодые самцы обезьян. Подобные действия для них не являлись необходимыми, это не было направлено на защиту организма или стада, потому что обезьяна вполне может питаться продуктами без их предварительной очистки и мытья. Затем все большее и большее количество

обезьян стало совершать подобные действия, только несколько старых животных не обрели этой формы поведения. С одной стороны, эти факты говорят о том, что существуют такие формы поведения, которые формируются путем подражания, причем слепого подражания, с другой стороны, далеко не все особи в одинаковой мере способны к этому способу научения. Как правило, такой способ научения характерен для молодых. Так маленький ребенок часто берет в рот карандаш, воспроизводя процесс курения, подражая старшему. При этом никаких последствий этого поступка он не оценивает. Здесь работает механизм интроекции — он тем самым присоединяет себя к миру взрослых. Очень часто дети подвержены этой форме подражания. Возвращаясь к эксперименту японцев, можно задать вопрос: почему старые обезьяны не поддавались этому процессу? Во-первых, потому что с возрастом способность к научению снижается. В русском языке расхожим является выражение: «мне уже поздно этому учиться», подтверждающее это правило. Во-вторых, старые животные нередко у обезьян являются доминирующими в стаде, как бы вождями этого стада. И, вероятно, вождю обезьяньего стада не пристало учиться у своих подчиненных. Некое подобие наблюдается и в человеческой цивилизации.

Викарное подражание или викарное научение, подражание модели, при частичном понимании последствий своих действий для себя. Это характерно для молодежи, которая во многом строит свое поведение, подражая своим кумирам, в том числе и в формах асоциального поведения. Частичное понимание последствий поведения может иметь место и при оперантном научении.

Наиболее серьезным исследователем викарного поведения был американский ученый, последователь И.П. Павлова, Альберт Бандура, который многочисленными экспериментами по изучению животных в лабиринте показал, что характер этого научения зависит от уровня эмоциональной активации субъекта, который влияет на оценку ситуации. Когда человек считает, что лучше прожить 3—5 лет «яркой, необыкновенной жизнью», принимая наркотики, чем долгую жизнь «бесцветной, стабильной, трезвой», он исходит не из мыслительной оценки ситуации, а из эмоционального решения, которое включало не столько когнитивную оценку, сколько чувственную: «сейчас мне приятно получать эти ощущения, они мне нравятся и я ставлю их ценность выше всего остального». Здесь очень невысок уровень когнитивной оценки, не учитывается тот факт, что через три года в результате приема наркотиков человек будет испытывать другие ощущения, они уже не будут давать того радостного мира, а просто будут избавлять от ужасов и тягот абстиненции. Недаром некоторые наркоманы говорят, что если бы они знали, когда начинали прием наркотиков, к чему это приведет, то никогда бы этого не позволили себе. Эмоциональная оценка ситуации заслоняет когнитивный путь обработки информации.

Следует думать, что наиболее легко научение путем подражания происходит, когда усваиваются регрессионные или асоциальные нормы, поэтому не случайно в приведенном примере фигурировали наркотики. Это объясняется тем, что викарное научение обращено к чувствам, и именно регрессионные формы поведения больше соответствуют инфантильному периоду человека и человечества, в котором эмоции преобладают над разумом. Родителям не стоит удивляться, что их дети трудно усваивают сложные навыки или сложные социальные формы поведения, но легко усваивают «уличные», регрессионные формы поведения. Научение этим формам поведения в таком возрасте сильно упрощено. Кроме того, если идет апелляция к эмоционально-ситуативным формам научения, то мораль, которая придает социальность поступку, уже не входит в разряд ситуативно-регуляторных механизмов (мораль — это построение гораздо более высокого уровня), поэтому обучение асоциальным и ненормативным формам поведения легче, чем обучение более высоким формам поведения.

Когнитивное научение

Самой высшей формой научения поведению является когнитивное научение. Различаются три варианта когнитивного научения:

1. *Латентное научение.* Представляется, что наиболее серьезными в этом вопросе являются исследования Э. Толмена, представителя когнитивной психологии, которая формировалась в США в 60—70-е годы. Одним из толчков к расцвету когнитивной психологии послужило создание ЭВМ и изучение процесса того, как машина принимает решения, а также проведение аналогий между мыслительным процессом человека и мыслительным процессом машины. Исследования Э. Толмена привели к созданию теории или концепции, по которой восприятие окружающего мира и самого себя у человека на самых различных уровнях идет через сигналы, интегрируемые мозгом, и в результате этого восприятия создаются, так называемые, когнитивные карты; с их помощью организм и определяет, какие реакции на стимулы окружающего мира будут полезны для него, а какие приведут к нежелательным последствиям. Когнитивные карты дают человеку возможность приспособливаться, адаптироваться к внезапному изменению окружающего мира, к возникновению каких-то особых экстремальных состояний, которые прежде не происходили в его жизни. В результате функционирования этих когнитивных карт он получает формы поведения, которые помогают ему адаптироваться даже в этих необычных условиях среды.

Так Э. Толмен в отличие от бихевиористов по-иному истолковал свои модифицированные лабиринтные опыты. Он считал, что когда происходит научение животных во время движения по лабиринту, то в изменившихся условиях (например, когда лабиринт заливается водой и крыса уже не бежит, а плывет по нему) она все равно находит выход и получает пищу за счет того,

что обучается не простому механическому воспроизведению, а поиску новых форм поведения: прежние раздражители (перегородки в лабиринте) играют роль уже дорожной карты. Это не простое воспроизведение пути, а использование когнитивной карты, в которой детали лабиринта — не просто модель, определяющая, как действовать в данной ситуации, а знак, эмблема, абстракция, символ — повороты направо, повороты налево, движение вниз, вверх и т. д. Поскольку в создании когнитивной карты участвуют все виды полученной информации, в том числе и не оцененные человеческим сознанием, то есть находящиеся в латентном, неосознанном состоянии, этот вид научения и назван латентным. В конструкции Э. Толмена и делается акцент на то, что когнитивная карта создается с помощью всей получаемой человеком информации.

По-видимому, идеи Э. Толмена могут служить теоретическим основанием для формирования некоторых видов психотерапевтического воздействия на людей. Один из них лежит на поверхности — когда человек снимает у себя навязчивые страхи с помощью серии картинок, которые предъявляются ему на субсенсорном уровне, минуя сознание и минуя тем самым психологические защиты. Но тогда с помощью понятия «когнитивные карты» можно расширить подход к психотерапевтическим методам, включая ту информацию, которая не усваивается мозгом на уровне сознания, например, информацию, полученную в эмбриональном периоде жизни: организм уже существует, информация усваивается и участвует в создании когнитивной карты, хотя сознания еще нет. Тогда необходимо учитывать эту информацию в расшифровке психосоматической патологии человека, как необходимо учитывать и ту информацию, которая воспринималась посредством различных телесных ощущений, может быть, и не дошедших до уровня сознания, и которая может оживлять когнитивную карту, когда идет воздействие на тело.

В этом вопросе очень различаются подходы таких исследователей, как С. Гроф, идеи которого невероятно далеки от идей когнитивной психологии, хотя представители когнитивной психологии и психотерапии могут рассматривать одно и то же явление в близких технологиях воздействия. Это еще одно доказательство, что сложность и разнообразие явлений в психической и физической жизни человека могут быть освещены с очень разных сторон, разными картинками мира и при этом привести к одинаковым результатам. Если разные картины мира дают сходные результаты, то можно говорить о близости картин мира к реальному положению вещей, реальному функционированию того или иного явления. Это примерно то же самое, когда какое-то понимание каких-то свойств человека и его поведения делается с позиции искусства (литературы), а затем сходные результаты получаются при экспериментальном, научном исследовании этого же явления. Полученные с помощью разных когнитивных карт результаты — одинаковы.

2. Следующий вид научения — *научение путем инсайта*. Об этом говорилось уже в главе о мышлении. Это такой вид научения, при котором решение возникает внешне, как интуитивная догадка. Это решение типа: «Эврика!», «Ага, нашел!», — когда процесс принятия решения протекает не на сознательном уровне, а осознается только конечный результат решения. Но сейчас разработана обучающая программа, чтобы научить человека приходить к решению путем инсайта. В обучающих технологиях создаются различные программы, учитывающие разные формы когнитивного научения: в одних случаях — латентное научение, в других — научение путем инсайта. В последнем случае создается технология, способствующая развитию его способности к формированию поведения и решению задач путем инсайта.

3. *Научение путем рассуждений* — это самый традиционный путь, широко используемый в практике, начиная со школьного процесса, например, обучение геометрии, когда требуется доказать какую-то теорему в несколько этапов. Решение задачи выбора терапии также имеет несколько этапов. Первый этап — этап постановки задачи (надо выяснить для каких больных препарат X наиболее эффективен). Второй этап — этап построения гипотезы: а) при каких заболеваниях должен использоваться этот препарат; б) этот препарат действует на какие-то стороны такого-то обмена, наиболее интенсивно нарушается этот вид обмена при заболевании A и B, он также нарушается при заболевании C, следовательно препарат X должен быть наиболее эффективен при заболевании A, менее эффективен при заболевании B, и малоэффективен при заболевании C. Эта гипотеза может быть верна, если основой патологического процесса является действительно нарушение данного вида обмена, или при условии, что данный препарат меняет характер этих обменных процессов в сторону изменения уровня содержания какого-то вещества. Третий этап — вывод (препарат необходимо исследовать при лечении заболеваний A, B и C. Как правило, при постановке научных задач возникает сразу несколько гипотез, и чем шире они охватывают изучаемое явление, тем точнее исследование.

4. *Научение путем формирования понятий* — самый сложный вид научения, результативность которого во многом зависит от степени человеческого интеллекта. Научение путем формирования понятий — это научение процессу абстрагирования, когда человек учится упрощать мир до выделения в нем главных сторон какого-то явления.

Например, вечер — это та часть суток, когда наблюдается переход от дневного освещения к ночи, когда наблюдается снижение температуры. Выделяются три основных свойства явления «вечер»: 1 — это часть времени суток, 2 — это время перехода ото дня к ночи, 3 — для этого времени суток характерно не только изменение освещенности, но и снижение температуры воздуха. Если принять такое определение, а в один из вечеров температура воздуха внезапно повысится (что часто бывает весной), тогда придется сказать, что это был не вечер, это было какое-то другое явление, потому что оно не отвечает трем основным параметрам вечера. Значит, когда было

сформировано понятие, необходимо было просчитать, может ли существовать это понятие без того или иного качества. И если обнаружено, что в понятие «вечер» не обязательно должно входить условие понижения температуры, то надо убрать этот параметр из понятия и оставить только два первых признака, что позволит и теплый, и холодный вечер называть вечером.

Интеллект

Понятие интеллекта тесно связано с понятием научения, поскольку сложные виды когнитивного научения тесно связаны с интеллектом. К сожалению и этот вопрос, как и многие другие в психологии, является еще недостаточно изученным. Может быть, это один из самых спорных вопросов психологии. Может быть, это один из самых спорных вопросов психологии.

Есть шутовское выражение Мака Немака: «Интеллект — это то, что есть у нас, и нету у других людей». Если провести лингвоста-стистический анализ соотношений высказываний одного и того же человека о том, что кто-то — он или она — глупец/глупая (то есть отказ человеку в интеллекте), и высказываний, что дураком является он сам, выяснится, что высказываний первого вида будет гораздо больше, чем второго. И все высказывания второго вида будут носить следующий характер: «Ой, какой же я дурак, как невозможно жить порядочному человеку в мире непорядочных людей!» — это произносится в контексте не признания своей глупости, а признания своей наивности, порядочности, доверчивости, это не отказ себе в интеллекте.

В последние годы самым популярным в психологии определением интеллекта является следующее: интеллект — это совокупность психических свойств, отражающих способность человека к адаптации, это, прежде всего, степень его адаптированности. Но как только берется за основу это определение, то сразу возникает целый ряд проблем. Специалисты, принимающие подобное утверждение, одновременно для изучения интеллекта используют набор тестов, в которых, прежде всего, изучается способность к творческому мышлению, то есть способность к нетривиальному решению задач. Не возникает ли здесь противоречия между тем, как определяется эта психическая функция и как она измеряется и исследуется? Здесь обозначается первая проблема. Вторая проблема. Не составит, вероятно, труда представить себе человека, имеющего небольшой лексический запас, не имеющего каких-то речевых дефектов, недостаточно образованного. Этот человек практически незнаком даже с азами культуры, но на протяжении всей жизни он удивительно адаптирован к той социальной среде, в которой существует. Он жил по «истинам», прочитанным утром из газеты, где ему объяснялось, что сегодня хорошо, а что сегодня плохо. Он

мог в понедельник чем-то возмущаться, а в четверг восхищаться этим. Он мог считать, что после трудов праведных очень неплохо пропустить рюмку, а после издания указа о борьбе с пьянством, говорить, что все беды человечества связаны с отсутствием сухого закона. И всегда в таких случаях поражает не столько резкая перемена взглядов, сколько исключительная искренность убеждений: «Да, дианетика — наука всех наук». Раньше наукой всех наук был марксизм. Но какая разница? Такое поведение человека — адаптация? Это потрясающая адаптация! Такой человек всегда в выигрыше, он никогда не попадает в диссонанс с социальной средой. Но соответствует ли это творческим возможностям человека? Творчества в этом нет и даже в бытовом понимании, потому что исполнение с одинаковым энтузиазмом любого требования окружающей социальной среды не может считаться творчеством. Это достаточно ригидные формы поведения и решение трудных проблем осуществляется одним путем — путем агрессии и упорства. В одном случае — это угроза пожаловаться в какие-то вышестоящие инстанции, а при взаимодействии с сантехником, который категорически не боится никакой инстанции, можно предложить чисто материальное вознаграждение. Это — не творчество, потому что творчество предполагает гибкость ума, возможность выбора самых разнообразных способов решения проблемных задач, в том числе и бытового характера.

Если следовать определению, что интеллект — это способность к адаптации, то тогда необходимо сказать, что в данном примере имеет место человек с высоким уровнем интеллекта. Были проведены эксперименты, в которых испытуемые были поделены на группы: с высоким интеллектом и с низким интеллектом. В свою очередь, каждая из этих групп делилась на подгруппы: с низкими творческими способностями и с высокими творческими способностями. Но невозможно себе представить высокий интеллект и низкие творческие способности. Ведь может тогда возникнуть ситуация, что при попытке приложить к жизни интеллект как способность к адаптации (некоторые низшие животные, существующие миллиарды лет и пережившие динозавров, не являются самыми высокоинтеллектуальными живыми существами на Земле), мы приходим к абсурду. Определение интеллекта как максимальной способности к адаптации без дополнительных оговорок не соответствуют также способам измерения интеллекта.

Если говорить не только об адаптации к окружающей природной или искусственной среде, а об адаптации к социальной среде, то способность к творческому мышлению может привести к определенным формам дезадаптации. Например, для людей с творческим мышлением не свойствен конформизм — социальная внушаемость, именно потому и решается проблемная задача творчески, что человек отказывается от каких-то уже найденных и привычных стереотипов мышления. Он находит решение, носящее, казалось бы, парадоксальный характер. Эту способность трудно сочетать с конформизмом.

Если же человек не конформен, то он может быть недостаточно социально адаптирован, особенно в социуме, в котором оригинальность мышления и нон-конформизм числятся одними из самых тяжелых асоциальных поступков. И здесь возникает противоречие: если человек будет не адаптирован, если он не конформен, тогда он должен быть признан человеком с низким интеллектом. Если признать правоту иерархии человеческих потребностей, где одной из верхних ступеней являются когнитивные творческие, этические и эстетические потребности человека то, если человек этичен, но живет в аморальном обществе, которое построено на противоречии многим правилам поведения человека в других частях мира, то тогда всем неадаптированным людям необходимо отказать в праве на интеллект. Тогда интеллект — это понятие для людей, которые не способны к самоактуализации.

Возникает проблема: не является ли понятие «интеллект» вообще несколько искусственным? Не проще ли оценивать иные функции ума, например способность творчески мыслить, уметь выживать в экстремальных ситуациях, не нарушая определенных этических принципов, умение быть социально нормативным, если это социальные нормы гуманистического характера и одновременно быть не конформным? За понятием интеллект стоит многовековая история бытового использования этого слова, что и делает таким трудным разделение узкопсихологического значения слова и общечеловеческого понятия «интеллект».

С точки зрения обычных бытовых взглядов нельзя отказать Эйнштейну в его высоком интеллекте, он смог взглянуть на мир так, как это не удавалось никому другому до него. Но одновременно, А. Эйнштейну не удалось адаптироваться в условиях фашистской Германии. Здесь сыграла роль и чисто национальная принадлежность — он не мог вступить в нацистскую партию, но если бы он был чистым арийцем, он вряд ли стал нацистом, как не принял фашизма великий итальянский физик Энрико Ферми, осуществивший первым в мире управляемую ядерную реакцию. Это, по узким критериям, свидетельствует о низком уровне адаптации, и, исходя из определения, о низком уровне интеллекта. Но человечество, спустя восемь лет, устраивает Нюрнбергский процесс, осуждает фашизм и наказывает за принадлежность к фашизму. Таким образом, оказывается, что и у А. Эйнштейна, и у Э. Ферми на данный момент высокий уровень адаптации, что они были правы и их прогностическая способность и гуманистические внутренние стержни не позволяли быть адаптированными к такого рода режиму. Тогда, как оценивать адаптацию: на сегодняшний день, или предоставить это дело истории? Человечество одинаково восхищается и Джордано Бруно, и Галилео Галилеем, хотя один из них сгорел на костре за идею, а другой

отрекся от нее. Человечество восхищается, прежде всего, их способностью к неординарному, фантастически творческому мышлению. Поэтому, в определении интеллекта на первое место необходимо поставить способность к творческому мышлению, а затем уже способность к

адаптации. Может быть, стоит определить интеллект как способность к творческому мышлению?

Из понятия интеллекта следует исключить запас знаний как одно из основных его свойств. Известный русский психиатр П.Б. Ганнушкин выделил форму психопатических личностей, которых назвал «салонные дураки», имеющих хорошую память, неплохой запас каких-то знаний, но неспособных творчески мыслить. Такой человек, как правило, хорошо адаптирован, умеет носить костюм, где надо умеет щелкнуть каблуками, с кем надо — вежлив, с кем надо — хам, но за свою жизнь он не произнес ни одной фразы, которую не произнес бы кто-то другой.

Но уравнивание интеллекта с творческими способностями в свою очередь влечет за собой целый ряд ограничений, поскольку не включает понятие накопленных знаний, опыта. Таким образом, понятие интеллекта вновь сужается.

Видимо, на сегодняшний день можно пользоваться понятием «интеллект» с определенными оговорками. И это особенно важно в практической медицине, потому что она пользуется понятиями, связанными с понятием интеллекта: это понятие «деменции» или слабоумия, когда разговор идет о разрушении интеллекта, о снижении интеллекта. Аналогично медицине и педагогика, и дефектология не готовы отказаться от этого понятия, потому что все они оперируют понятиями «снижение интеллекта»,

интеллекта», «недоразвитие интеллекта» (синоним — олигофрения).

Попытки расчлнить, вычлнить составные части интеллекта имели одну ориентацию — не просто выделить концептуально главное звено интеллекта, но и создать набор тестов, с помощью которых изучались бы эти способности человека. Так К. Спирменом был выделен некий фактор JQ, который он рассматривал, как генеральный фактор интеллекта, проявляющийся во всех видах интеллектуальной деятельности. Однако наряду с этим приходилось признавать, что существуют какие-то специфические виды деятельности, в одних из которых человек более преуспевает, в других — менее. Например, он может блестяще ориентироваться в пространстве с помощью карты или компаса, и одновременно, испытывает трудности при изучении иностранного языка, где уже востребуются другие свойства ума. Эти факторы специфичности получили название фактора S. Те психологи, которые считали, что представление о едином интеллекте не отражает действительности, помимо выделения отдельных факторов пытались найти другие свойства интеллекта. Так Л. Терстоун выделял семь умственных способностей:

1) способность к счету;

2) вербальная (словесная) гибкость, способность выразить словами что-либо. (Характерная отговорка студентов на экзамене, что они все понимают, но не могут выразить словами, означает либо то, что у студента действительно низкий интеллектуальный уровень, либо он не знает материала.);

3) вербальное восприятие речи, способность понимать устную и письменную речь, ее нюансы, ее тонкости, находить контекст внутри слова;

4) пространственная ориентация;

5) память;

6) способность к рассуждениям;

У) быстрота восприятия сходства и различия между предметами и изображениями, а также их деталями. (Одной из задач, которые часто используются в тестах на интеллект, является задача по поиску различий между двумя похожими картинками. Когда такой тест выполняется на время, то он становится более информативным.)

В конструкции Л. Терстоуна сразу вызывает сомнение один вопрос: насколько равны факторы? Одинакова ли доля участия каждой из семи функций, однозначны ли умение различать мелкие детали на картинках и способность к рассуждению. Последняя явно значительно шире и более информативна как функция интеллекта. Как распределяется вес в очень похожих свойствах: воспринимать вербальную речь, ее контекст и способность найти адекватные слова для передачи своего вербального сообщения?

Автору кажется, что первое свойство — способность к адекватному восприятию важнее, чем выражение своих мыслей. Комичность ситуации из известной телепрограммы «Городок» возникает, когда милиционер с выбитыми зубами, врываясь в воровскую малину, наводит автомат на человека, который ест мороженое, и орет: «Лежать!», — но зубы у него выбиты и получается: — «Лизать!» Человек начинает яростно лизать мороженое. Комичность этой ситуации в том, что один из действующих лиц чисто биологически не способен адекватно произносить слово «лежать», а другой интеллектуально не способен понять контекст данного высказывания. Люди вообще очень любят смеяться над глупостями, поэтому и существует отдельный специальный жанр — клоунада, в котором клоуны, будучи умными людьми, имитируют людскую глупость.

Следовательно, пытаясь выделить факторы интеллекта, ученые сразу натолкнулись на трудность практического анализа: как определить вес каждого из семи факторов, как выделить его значимость?

Дальнейшее усложнение определения интеллекта из способностей человека было сделано в работах Дж. Гилфорда, выделившего 120 специфических способностей путем различных комбинаций трех основных качеств мышления: 1 — содержания мыслей или «о чем человек думает»; 2 — «как он об этом думает», операции мышления; 3 — и к чему приводят эти умственные действия в результате.

Были попытки выделения уровней интеллекта, когда интеллект был разделен на два вида: абстрактный интеллект, как бы высший — оперирование понятиями, словами, отражающий уровень когнитивных способностей человека, и конкретный интеллект, ориентированный на

решение практических задач и на взаимоотношения с различными предметами.

Одна из самых трудных задач в изучении интеллекта — это изучение факторов, которые влияют на интеллект. Здесь психологи часто уходят от чистой науки и начинают обращаться к политическим, социологическим и прочим концепциям. Возникает целый ряд вопросов:

1. Расовое различие интеллектов. И здесь необходимо помнить, что эксперимент в психологии можно построить так, чтобы доказать не то, что соответствует истине, а то, что хочется получить исследователю. Это будет сконструированный результат.

2. Какую роль в развитии интеллекта играет фактор социального окружения.

3. Как связаны интеллект и социальный статус человека.

4. Какую роль играет половое различие, в частности насчитывающий почти три столетия спор психологов: кто умнее мужчины или женщины.

Убедительно ответить на все эти вопросы трудно и даже невозможно. Например, если подсчитать количество женщин, которые обладали бы действительно творческим мышлением — великих ученых, писателей, поэтов, художников, то их количество ничтожно по сравнению с количеством творческих мужчин. Одновременно, если подсчитать количество людей, которые до середины XX века, занимались наукой, то количество женщин среди них значительно меньше и становилось понятно, что возможно творческие способности женщин ранее просто были не реализованы. Тогда, может, надо подсчитывать эту цифру по другому фактору: какие люди — мужчины или женщины — воспитывают больше гармоничных детей, гармонично развитых личностей, ибо воспитание детей — это не менее творческая задача, чем любая в области физики. В этом случае получится, что женщин с творческими способностями больше, чем мужчин.

Если рассмотреть факторы биологического ряда, например, питание, то совершенно очевидно, что хроническое белковое недоедание влияет на развитие интеллекта, поэтому надо принять идею, что северные народы, которые питаются, в основном, мясом, являются теоретически одним из самых высокоинтеллектуальных народов. Но это утверждение приводит к идее расового неравенства.

Влияние генетического фактора на развитие интеллекта хорошо известно детским психиатрам, изучающим хромосомные недоразвития интеллекта, и врачам—специалистам по генетическим заболеваниям, приводящим к нарушению интеллектуального развития. Но ведь и некоторые соматические заболевания тоже ведут к интеллектуальному недоразвитию.

Нарушение питания плода и экзогенные вредности, например, постоянная алкоголизация матери во время беременности или прием каких-то токсичных лекарственных веществ, заболевания матери в период беременности также могут привести к интеллектуальным нарушениям.

Возможности развития речи имеют жесткие хронологические границы, и если до 4—5 лет ребенок был изолирован от речевого общения с людьми, то дальнейшее развитие у него речи станет или невозможным, или затруднительным, поэтому и возрастной фактор в развитии интеллекта несомненно играет большую роль.

Методы изучения интеллекта

Большинство методов изучения интеллекта — это специальные тесты. Наиболее известными из них являются тесты Д. Векслера (1939), А. Бине, Т. Симона (один из первых тестов, предложенных в 1905 году) и их различные модификации. В основном, они ориентированы не на определение запаса знаний, а, прежде всего, на изучение творческого мышления. Некоторые из тестов ориентированы на изучение отдельных факторов интеллекта, например, решение каких-то пространственных задач. Изучение интеллекта с помощью тестов имеет свои плюсы и свои минусы. Плюсы — это стандартизация исследований, минусы — это трудность конструирования инструмента исследования при отсутствии ясной, четкой и однозначной концепции.

Большую роль при тестовом исследовании играет предшествующий навык, хотя все тесты построены так, чтобы нивелировать фактор обучаемости. Представьте себе, что ребенок воспитывается в семье, где с раннего детства его приучают решать какие-то .

Глава

БИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ЛИЧНОСТИ

Э перамента со свойствами нервной системы.

Очень часто автору в его врачебной практике приходилось сталкиваться именно с этим представлением о личности человека у врачей, закончивших медицинский институт (в курсе тех предметов, которые изучают студенты, этот раздел не занимает ведущего места). Но такое представление, тем не менее, является доминирующим. Врач интернист, деля заказ медицинскому психологу на решение каких-то психологических проблем пациентов с соматическими заболеваниями формулирует в этом заказе, как правило, ориентацию на изучение темперамента. Попытаемся понять, почему из всех знаний о психологии человека в голове даже талантливого и образованного интерниста остаются только эти четыре темперамента. Да, может быть, потому, что эта конструкция — столь

устоявшаяся. Она существует с античных времен и уже является когнитивной картой людей, потому что, еще не изучая медицины, человек слышит такие выражения, как «флегматик», «холерик», «меланхолик», потому что этими терминами пользуются и учителя, и родители, и социальное окружение человека. Эта конструкция темпераментов так вошла в жизнь, что она доминирует и заслоняет собой все остальные характеристики личности человека.

Эти четыре основных темперамента описаны Галеном (хотя он описал больше — девять темпераментов, но четыре стали основными).

Сангвиник главным стремлением имеет ориентацию на наслаждение, соединенное с легкой возбудимостью чувств, но эти чувства непродолжительны. Он увлекается всем, что приятно, его склонности непостоянны и не следует на них особенно полагаться. Он доверчив, легковверен, любит создавать какие-то проекты, но никогда не доводит их до конца. Интересно, что когда описывались эти четыре типа по Галену, то многие художники-портретисты практически воспроизводили человека с таким темпераментом. Сангвиник обычно изображался, как розовощекий, круглолицый, добродушный, улыбающийся живой человек, то есть уже была попытка связать свойства личности со строением тела.

Холерик находится под влиянием страстей и обнаруживает замечательную силу и энергию в деятельности, в которой он очень настойчив. Он быстро воспламеняется от каждого препятствия, его чувства — гордость, мстительность, честолюбие — практически не знают предела, когда душа находится под влиянием страсти. Он не склонен размышлять, и действует быстро, почти не раздумывая.

У флегматика чувства возникают медленно, ему не приходится делать больших усилий, чтобы сохранить свое хладнокровие, для него легче, чем для других, удерживать себя от быстрых необдуманных решений. У него трудно вызвать раздражение, он редко жалуется, переносит свои страдания терпеливо и страдания других людей не вызывают сильного эмоционального отклика.

Главной доминирующей характеристикой меланхолика является склонность к печали. Он часто думает, что им пренебрегают, начиная с самого детства, он раним. Даже маленькие неудачи вызывают у него скорбь. Он воспринимает жизнь, как страдание. Как холерик, он быстро и с горящими глазами реагирует на раздражители. Меланхолик обычно изображался, как бледный человек с худощавым узким лицом, погруженный в себя, в свою печаль.

Может быть именно то, что пытаясь изобразить типы темпераментов, художники интуитивно рисовали такие определенные типологические характеристики тела, и послужило основанием для создания типологий, в которых акцент был сделан именно на строение человеческого тела.

Самой первой из такого рода типологий является типология Эрнста Кречмера, созданная им в начале 20-х годов. Он выделил следующие конституциональные типы:

1. Астеник — человек высокого роста, хрупкого телосложения, уменьшенными поперечными размерами, плоской грудной клеткой, длинным, вытянутым лицом, длинным и тонким носом. У него узкие плечи, длинные ноги.
2. Средний тип — атлетик — человек высокого или среднего роста с крепким пропорциональным телосложением, хорошей мускулатурой, широким плечевым поясом, узкими бедрами и выпуклыми лицевыми костями (выдающийся подбородок, скулы).
3. Полярный астенику тип — пикник — человек небольшого или среднего роста, тучный, с повышенным весом, бочкообразной грудной клеткой, большим животом, с довольно большой круглой головой на короткой шее, у него круглое лицо с мягкими чертами.

В выделении этих типов были сделаны несколько попыток, в том числе и самим Кречмером, связать типологию конституции с определенными чертами характера и не столько с чертами характера, сколько с преобладающей психической патологией. Это

привело даже к трансформации названий этих конституционных типов, когда астеник был назван шизоидом, а пикник — циклоидом, так как обнаруживалась определенная корреляция между частотой заболевания астеников шизофренией, а пикников маниакально-депрессивным психозом.

Была также сделана попытка связать конституциональные типологии с типологиями другого ряда, уже не связанного с биологическими аспектами человеческого тела, например, попытка совмещения двух типологий — типологии Э. Кречмера и типологии К. Юнга. К. Юнг делил людей на три большие группы:

1. Интроверты — люди, ориентированные на свой внутренний мир, замкнутые, не очень общительные, эмоционально ранимые, чувствительные, склонные к длительным переживаниям неудач и самоанализу, в котором часто самооценка носит невысокий характер.

2. Экстраверт — общительный живой открытый человек с быстрым переходом чувств, тянущийся к людям, легко впадающий в веселье и в грусть, правда, быстропроходящую. Если интроверт замкнут, закрыт, то экстраверт открыт, словоохотлив и не склонен к самоанализу. Экстраверт ориентирован, в отличие от интроверта, на внешний мир.

Интровертивный характер связывался с астеническим телосложением, а пикническое телосложение с экстравертивной личностью.

3. *Амбиверт* — человек, сочетающий в себе и те, и другие качества, как бы наиболее гармоничный, пропорциональный, сбалансированный тип, который связывали с атлетическим конституциональным типом.

Э. Кречмер в своих работах, устанавливая связи между строением тела и характером, находил взаимоотношения между психическими свойствами, особенностями человека, в частности, между особенностями строения тела и функционированием эндокринных желез и характером человека. Недостаток функции щитовидной железы вызывает одновременно и сглаживание темперамента («притупление»), и отставание в росте, сказываясь одновременно и на интеллектуальном развитии человека. Удаление семенных желез (ранней кастрации) создает флегматический, отличающийся слабыми побуждениями темперамент и параллельно с этим особое (так называемое, евнухоидное) строение тела — с чрезмерно длинными конечностями и резко измененным типом оволосения. Поэтому Кречмер во многом связывал особенности психики человека не только со строением тела, но и с особенностями функционирования эндокринных желез. Им был сделан целый ряд находок, связанных с особенностями функционирования эндокринных желез, и создана типология диспластических групп с нарушением эндокринной системы:

— высокорослый евнухоид;

— евнухоидные формы ожирения;

— инфантильные и гипопластические формы строения тела. Еще один важный раздел этой главы — это связь особенностей

психики с развитием тела, с его пропорциональностью, то есть учение о дизонтогенезе, в развитии которого большая заслуга принадлежит известному детскому психиатру Владимиру Викторовичу Ковалеву и работам его сотрудников и учеников. Различные формы дизонтогенеза — нарушения пропорциональности тела, возникшие как в генетическом, так и в пренатальном периоде, в результате экзогенных и эндогенных причин.

Вот как описывает Э. Кречмер эти типы (они ориентированы на мужчин).

— Пикники (в среднем возрасте) — это люди с короткими конечностями, сутулые, упитанные, с наклоном к свежему цвету лица. В костях хрупки, мускулатура слабая и жировой покров лица, шеи и туловища обилён. У них объёмная голова, грудь и живот. Узкие сдвинутые плечи и бочкообразное туловище. Голова наклонена немного вперед на короткой сутулой шее. Череп низок и глубок, с плоским теменем и хорошо развитым затылком. Лицо мягкое, широкое, круглое, с хорошо развитыми отдельными формами. Профиль мягко и слабо очерчен. Нос мясистый. Схематически лицо может быть изображено в виде плоского треугольника или широкого щита. Откидывающиеся назад волосы, высокий лоб и склонность к преждевременному и сильному облысению на голове, а борода и усы растут обильно.

— Атлетический тип имеет широкий мускулистый плечевой пояс, он как бы доминирует над сильно сужающейся нижней половиной с узким тазом и стройными ногами, что придает туловищу вид трапеции. Костяк плотный, особенно в плечах и на концах конечностей. Хорошо развита мускулатура и она выступает рельефом. Жировая прослойка бедная, сильная и высокая шея, плотная и высокая голова, сильный хорошо развитый подбородок и резко очерченный рельеф костей. Фронтально лицо напоминает вытянутое яйцо.

— Астеники (выделяя астеническую конституцию, Э. Кречмер делил ее на два варианта: крайняя выраженность конституции — астеническая, а более слабо выраженный вариант носит название лептозомного):

а) лептозомы — у них цилиндрическое туловище с узкой вытянутой грудной клеткой и узкими плечами. Конечности и шея производят впечатление, кости, мускулы, кожа — нежные, тонкие, худые. Форма головы различна — маленькая, круглая, высокая. Вытянутый, резко очерченный нос контрастирует с уменьшенной гипопластической челюстью, благодаря чему создается треугольник — выступающий нос и скошенный подбородок;

б) астеники — все вышеперечисленные черты проявляются в крайнем варианте.

Э. Кречмер описывает темпераменты этих людей: циклотимики (чаще это пикники) имеют колебания настроения между приподнятостью и подавленностью. Темп психической деятельности между подвижностью и покоем. Психомоторная сфера — адекватность раздражений, округлые естественные и мягкие движения. В классификации Э. Кречмера иногда название строения тела заменяется названием темперамента. Шизотимики (шизоиды) — настроение их колеблется между эмоциональной гиперестезией и анестезией. Темп психической деятельности представляет собой прыгающую прямую между порывистостью и тягучестью. Часто противоположный альтернативный образ мыслей. В психомоторной сфере часто бывает неадекватность эмоций — раздражение, «деревянность», парализованность, диспропорциональность. Строение тела астеническое или атлетическое. Есть различные диспластические варианты.

Помимо деления на эти две большие группы, Э. Кречмер пошел дальше, пытаясь усложнить свою типологию и создал шесть основных темпераментов: циклотимический он разделил на гипомаников — пылкий подвижный тип и синтонный — практические реалисты и даровитые юмористы (можно вспомнить телосложение актеров: Хазанова, Жванецкого, Карцева — это все пикническое телосложение и темперамент синтонного типа). Циклотимики — решительные, идущие напролом натуры. Еще один вариант циклотимического темперамента — тяжелокровный, для которого характерна склонность к депрессиям, шизотимик. Темпераменты тоже были поделены на три варианта: гиперстетики, шизотимики, анестетики. Гиперстетичный темперамент — раздражительные, нервные, нежные, внутренне углубленные идеалисты. (Можно вспомнить портрет Шопена или Шиллера.) Шизотимный темперамент — хладнокровно-энергичные, систематически-последовательные, спокойно-аристократические (шизотимный темперамент занимает среднее положение). Шизотимики — это люди с ясной логикой, систематики, чистые идеалисты, люди рассудочного решения. Анестетики — холодно-нервные взбалмошные чудачки, индолентные, аффективно слабые, тупые бездельники. Циклотимики — решительные, идущие напролом натуры.

Как пример преимущественно циклотимического темперамента с преимущественно пикническим телосложением можно назвать следующих известных личностей: Лютер, Готфрид Келлер, Александр Гумбольдт и вожди типа Мирабо. Преимущественно шизо-тимики с соответствующим строением тела являются: Шиллер, Тассо, Гельдерлин, Стриндберг, Спиноза, Кант, Кальвин, Робеспьер.

Специфические дарования (по Э. Кречмеру)

поэты	циклотимики реалисты юмористы	шизотимики патетические натуры романтики художники формы
исследователи	наглядно описывающие эмпирики	люди точной логики систематики метафизики
водители	решительные идущие напролом натуры ловкие организаторы умелые посредники	чистые идеалисты деспоты и фанатики люди холодного расчета

Дальнейшее развитие теории связи конституции тела с особенностями темперамента и характера относилось к 1954 году и связано с именем В. Шеддона (так называемая шеддоновская классификация), где названия выделенных конституциональных типов соответствовали преобладанию тех

или иных эмбриональных структур человека: мезоморф, эндоморф и экзоморф. В принципе, эта классификация совпадает с классификацией Э. Кречмера (астеники, пикники, атлеты), но в ее основу положено уже не строение тела, а преобладание развития той части эмбриональной ткани, которая участвует в построении конституции тела. В настоящее время при изучении конституционального характера пользуются как классификацией В. Шеддона, так и классификацией Э. Кречмера.

Дальнейшие серьезные исследования взаимодействия патологии человека со строением тела уже последние два десятилетия принадлежат томскому психиатру профессору Н.А. Корнетову, который на примере связи психических расстройств со строением тела расширил исследования Э. Кречмера и В. Шеддона, одновременно привлекая теории дизонтогенеза. Дизонтогенез, в понятии Н.А. Корнетова, тесно смыкается с патологическими и с диспластическими конституциями. Диспластичность — это не просто наличие дисгармонии с точки зрения эстетических критериев, но и отклонение от вариантов развития средней нормы характерного конституционального типа.

О связях характера с телом, а именно с эндокринной системой в последние годы свидетельствуют исследования Хоппена, который, в основном, занимался изучением индекса андрогенности. Хоппен показал, что у астеников половое созревание наступает позже, и максимум насыщения андрогенами короче, чем у нормостеников (атлетов). Пикники занимают промежуточное положение. В результате различия в эндокринной формуле, костная система астеников позднее прекращает свой рост в длину и в меньшей степени обладает потенцией роста в ширину. Хоппен полагает, что эндокринная недостаточность некоторых конституциональных типов приводит к стресс-интолерантности, а в дальнейшем к развитию психосоматических заболеваний.

В отечественной литературе довольно много исследований о связи антропометрических характеристик с физиологическими и психологическими особенностями человека; в них также отражена зависимость от особенностей эндокринного функционирования. При гиперфункции гонад включаются физическая и интеллектуальная активность, характерны чувство уверенности и высокая концентрация внимания. Это напрямую связано с идеей З. Фрейда о том, что чем выше уровень либидо, тем выше уровень творческих возможностей человека. При снижении уровня андрогенов наблюдается утомляемость, слабость, тревога и ипохондричность. Эти исследования делают акцент на соотношение одного вида гормонов — половых (и мужских, и женских), тех, которые участвуют в половой дифференциации людей. Было показано, что у людей со слабой мужской компонентой — с низким уровнем андрогенов — в соматической конституции происходит нарушение вегетативной нервной системы, что проявляется в лабильности, неустойчивости, в склонности к дистонии, а в психической деятельности — к снижению витальных чувств, застенчивости,

склонности к теоретизированию, фантазированию и к снижению социальной активности. Вегагинекоформные типы женственны, грациозны, интровертированы, отличаются замкнутостью, сдержанностью, тревожны, нуждаются в социальной поддержке. Пикноандроморфные типы экстравертированы, отличаются хорошим физическим тонусом, сильной витальностью, самостоятельностью поведения и прагматическим мышлением. Все эти классификации и находки близки к клиническим открытиям Э. Кречмера.

Каким же образом соотносятся конституция человека, его темперамент и заболевания? Нельзя считать, что определенными видами психических заболеваний, таких, как шизофрения и маниакально-депрессивный психоз, заболевают только люди с определенными конституциональными свойствами и определенным темпераментом. Конституционально-темпераментные особенности не выполняют роль патогенетического фактора, а скорее выступают в качестве фактора риска и в качестве патоморфоза заболевания. То есть, заболев каким-то психическим заболеванием, например, шизофренией, человек с пикнической конституцией вносит туда черты циклоидного темперамента, и это придает определенную окраску клинике заболевания, создавая дифференциальные трудности. Особенности темперамента участвуют косвенно и в возникновении психосоматических заболеваний в связи с большей или меньшей устойчивостью к стрессу. То есть, те конституционально-темпераментные типы, которые больше подвержены стрессу, имеют большую вероятность к заболеванию психосоматическими расстройствами. Наконец, при заболеваниях, уже не связанных с дистрессом непосредственно, в типах реагирования личности на болезнь будут проявляться также черты темперамента личности. Можно помнить о легкомысленности одних типов и о тревожно-ипохондричной боязливости других. В одном случае можно получить отрицание болезни, в другом случае — ипохондрически тревожный тип отношения к болезни с характерными чертами реагирования на нее. Таким образом, роль этих факторов проявляется не столько в возникновении заболевания, сколько в своеобразии протекания и реагировании на него. Поэтому и в проблемах диагностики, и в проблемах выбора терапии, и, особенно, психотерапевтического контакта с больным врач должен учитывать характерные особенности темперамента больного, предполагая различные формы клинического течения болезни.

Психические процессы и болезнь

В этой главе не рассматриваются изменения психики при психических заболеваниях или нарушение психической сферы при соматической патологии (которые могут быть настолько серьезными, что рассматриваются как патология), поскольку эти варианты особенностей психических нарушений относятся к разделу психиатрии. Здесь же речь пойдет об особенностях психических расстройств при соматических заболеваниях, которые не достигают психотического уровня.

Основной психической сферой, которая участвует в психических процессах при соматических заболеваниях является аффективная сфера. Наиболее часто у человека при возникновении заболевания проявляется чувство тревоги, неопределенной опасности. В ситуации болезни чаще всего эта неопределенность несколько ограничивается, обычно сферой тела, реже сферой психики и окружающего мира. Опасение: «С моим телом может что-то произойти», — типично. Но совсем не обязательно, что при возникновении болезни тревога будет сужена до области физического и психического «я» человека. Она может быть и в области окружающего его социального мира. В ситуации болезни уже можно говорить о какой-то своеобразной тревоге, которая уже имеет элементы определенности, но еще не достигает степени ясного и четкого «понимания» причины своего состояния. Это как бы тревога на грани перехода к другим эмоциональным состояниям, например, к страху. Что-то может произойти в жизни человека: вдруг он не сможет работать, вдруг он утратит материальное благосостояние, вдруг он станет обузой для своей семьи? В современных условиях возникновение такой тревоги у больных особенно вероятно, потому что сегодняшний социальный мир до конца не понят, как был понят еще 10—15 лет назад. Существует категория, в которой уровень тревоги при болезни особенно высок — эта категория малоимущих граждан, людей пожилого возраста, людей, имеющих определенный социальный статус, например, единственный работающий человек в большой семье и все благополучие семьи зависит от его состояния здоровья.

Тревога обычно возникает с первыми предвестниками заболевания, причем, чем неопределеннее эти признаки, тем скорее возникает тревога. Поскольку существование тревоги длительное время опасно для организма, то существуют формы трансформации тревоги, о которых говорилось в предыдущих главах, где описывались «лики» тревоги. Первым из них является страх, когда чувство неопределенной опасности сужается до чувства конкретной опасности, например, несколько переоценивается значение болезни, а последствия ее рассматриваются как самые тяжкие: смерть, группа инвалидности, полная утрата здоровья. Наиболее частыми страхами являются три вида страха, особенно при возникновении болевого синдрома.

Распространение этих страхов отражает реальность распространения заболеваний в популяции, реальных причин смертности.

1) Канцерофобия — страх смерти от рака, который может носить не только навязчивый характер, но и сверхценный.

2) Кардиофобия — страх сердечного заболевания и смерти от болезни сердца, страх может носить навязчивый или сверхценный характер.

3) Танатофобия — страх смерти.

При появлении головных болей у людей часто возникает страх тяжелого мозгового или психического заболевания, страх утраты памяти или страх «сойти с ума», поскольку головная боль и неприятные ощущения в голове рассматриваются как признак серьезного душевного расстройства. Очень часто при болезнях страхи связываются с действиями врача или медицинского персонала» например, страхи перед болезненными манипуляциями. Есть люди, которые очень боятся инъекций, боятся посещать стоматолога. Так называемые «запущенные зубы», где уже стоматолог мало чем может помочь, — это, как правило, следствие страхов. Все эти виды страха можно было бы назвать страхами перед болью.

Возможен страх перед возможными последствиями каких-то врачебных манипуляций. В этом отношении особенно тяжело молодым врачам, потому что они зачастую рассматриваются как источники повышенной опасности, даже, если являются грамотными квалифицированными специалистами. Страх вызывает также возможная неправильная постановка диагноза. Чувство страха вызывает и сама больничная обстановка, нарушающая привычные формы поведения.

Естественно, что малокомфортабельные больницы, имеющие плохую репутацию у просвещенного больного, вызывают страх, но страх больницы часто связан не только с ее репутацией, но и со страхом стационарного лечения, как резкого отрыва от привычного уклада жизни, от социальной и эмоциональной поддержки семьи, страх новой незнакомой обстановки и т.д. Во многом это связано с таким психическим свойством, как ригидность психических процессов: «Пусть я буду три раза в день ходить на процедуры, но только позвольте мне остаться в домашних условиях», — это стремление во что бы то ни стало сохранить хоть частично привычный жизненный стереотип. В большей степени такие страхи характерны для детей, у которых само пребывание в любом, даже превосходном стационаре вызывает чувство страха.

Наконец, страх может возникать перед медициной вообще, перед любым медицинским обследованием как возможным источником опасности. Например, страх перед рентгенологическим исследованием, при котором больной боится получить высокую дозу радиации, что, как ему кажется, может повредить его здоровью. Чем выше степень неопределенности диагностических процедур или лечебных манипуляций, тем выше уровень страха. Поэтому желательно, чтобы врач давал определенные пояснения, например, человеку, идущему на рентгенологическое обследование,

объяснил, что полученная доза радиации не вредна, что примерно такую же дозу он может получить в каких-то бытовых условиях, которых он не опасается. Смысл и действие любой терапии также должно сопровождаться соответствующими пояснениями врача с учетом культурного уровня пациента и его картины мира. Больному следует объяснить для чего принимаются лекарства, он должен знать о возможных побочных эффектах, потому что возникшие побочные эффекты терапии обычно сразу вызывают реакцию страха, и тогда лечение выглядит в глазах пациента более опасным, чем его болезнь. Особенно это важно в тех случаях, когда врач имеет дело с анозогаозией, то есть с полным или частичным отрицанием болезни, или когда побочные эффекты препарата выглядят очень убедительно: например, выраженная сухость во рту, которая может восприниматься больным, принимающим лекарство, как признак тяжелой и опасной для жизни интоксикации.

Надо сказать, что средства массовой информации в настоящее время достаточно преуспели в показах негативных сторон медицины, а это одна из причин обращения больных к экстрасенсам, знахарям, волшебникам. Врачам любой профессии сейчас трудно встретить пациента, который бы не имел опыта обращения к парамедикам по тому или иному случаю. Причем, особенное восхищение у больных вызывает совпадения заключений двух разных парамедиков и вызывает страх заключение врача и сомнение в его компетентности, если он не дает объяснения, пользуясь той же терминологией, что и знахари. Например: «У Вас так зажаты нервы и ущемлены, что, когда Вы поворачиваетесь, у Вас обязательно возникнет чувство тяжести, и эти нервы надо разблокировать...» Заключение парамедиков отличается от заключений врача еще и тем, что они конкретны, технократичны или мистически фатальны, либо совпадают с картиной мира пациента, либо формируют ее и поэтому воспринимаются людьми. Например, на человека подействовали «черным полем». Что означает термин «черное поле» не расшифровывается, даже лучше, если это остается тайной. Кроме того, у каждого человека есть враги или недолюбливающие его люди, и поэтому понятно — они-то и действуют «черным полем». Больного поражает: насколько точно поставлен диагноз! Он и сам подозревал, что есть люди, которые желают ему зла, вот только не знал, как это зло проявляется. Вот тут-то экстрасенс помог ему увидеть, какой облик приняло зло. В подобном случае больной получает право на агрессию к объекту, который является предполагаемой причиной его несчастий, и возможны различные конфликтогенные ситуации, порой опасные.

Значит, конкретные страхи перед манипуляциями, перед терапией превращаются вообще в страх перед обращением к врачам. Он еще усиливается дороговизной новых инструментальных методов обследования, лекарственных препаратов и этому противостоит относительно невысокая цена лечения у знахарей.

Чувство страха перед обращением к врачу может быть обусловлено возможностью раскрытия устрашающего диагноза, это страх перед

медициной, которая может определить смертельно опасную ситуацию. И когда пациент посещает специалистов, не связанных с нахождением этой опасности, он как бы компенсирует то, что не обращается прямо по адресу, к тому врачу, который может поставить ему этот смертельный диагноз. Это называется копинг-механизмом (овладеванием): человек как бы решает ситуацию — он лечится, он посещает врачей (дерматолога, потому что у него зуд, лечится от выпадения волос и т.д.), и это позволяет ему справляться со страхом возможной опухоли желудка, близким к состоянию ужаса.

Следующая эмоция, связанная с болезнью — это чувство неполноценности, чувство того, что человек не такой, как другие люди: он не может бегать, как бегают они, он не может быть таким же ловким и сильным, как они, он не может позволить себе каких-то самых простых бытовых действий. Так, например, для мужчины с поврежденной правой рукой обычная процедура бритья превращается в тяжелую операцию.

Иногда при возникновении чувства неполноценности происходит формирование других психических феноменов, которые должны как бы сгладить, уменьшить это чувство неполноценности. Например, ряд феноменов, которые можно отнести к истерическим формам поведения, — демонстрация, выпячивание своих недостатков, примером может служить поведение инвалида, который, требуя каких-то льгот, показывает всем свои шрамы, изуродованные конечности. Недостаток превращается в инструмент, с помощью которого человек контролирует окружающий мир. В этом случае болезнь используется интуитивно не только для приобретения благ, но и для снятия чувства неполноценности. Это первый вариант внутренней работы пациента с чувством неполноценности.

Второй вариант трансформации чувства неполноценности — скрытие этого дефекта. Когда человек с искривленной фигурой после перенесенного заболевания пытается покроем одежды, особыми формами поведения замаскировать свою неполноценность (например, он отказывается от посещения пляжа, носит одежду, скрывающую его недостатки). Это — активное преодоление чувства неполноценности или с помощью хирургического вмешательства, или приемов, компенсирующих это чувство. На том, что некрасивость или дефекты лица люди считают «болезнью», построена целая отрасль промышленности — парфюмерная промышленность.

Третий способ преодоления чувства неполноценности — это гиперкомпенсация (сверхкомпенсация), когда болезнь становится причиной развития других возможностей, которые навряд ли развились бы в отсутствие этой болезни. Например, чрезвычайная чувствительность пальцев рук у слепых людей, или развитие у них же обоняния, которые носят компенсаторный характер для того, чтобы лучше ориентироваться в этом мире. Это даже может стать профессией: человек с врожденным уродством верхних конечностей так развивает нижние конечности, что становится цирковым артистом, демонстрирующим искусство владения нижними

конечностями. История знает немало примеров, когда человек, имевший дефект, развивал другие свои способности, чтобы восполнить этот дефект, к оставался гармоничной личностью.

Наконец, еще очень важное чувство, связанное с болезнью — чувство вины. Пациент ощущает, что виноват в своей болезни или полагает, что своей болезнью причинил страдания близким, так как, например, не может выполнять функции заботливого отца, сына, супруга и т.д. Чаще всего это чувство вины усиливается, когда человек предполагает, что болезнь связана с какими-то неправильными формами его поведения. Чувство вины — очень тяжелое чувство и следом за ним часто возникает другое — чувство агрессии. Вспомним ВИЧ-террористов и сифило-террористов, в качестве примера того, как чувство вины перерастает в агрессию в условиях социального порицания этих заболеваний. Агрессия возникает по принципу — «а почему это случилось только со мной, пусть это случится и с ними». Такое чувство нередко возникает у умирающих, которым трудно осознать, что они уходят, а мир остается. Возникает ненависть к остающимся. Подобное чувство агрессии можно наблюдать у родственников больных, особенно у матерей больных детей. Автору приходилось видеть матерей, дети которых по причине болезни были парализованы, эти женщины

эти женщины испытывали активную неприязнь ко всем другим детям.

Рассматривая весь этот спектр чувств, можно сказать, что болезнь является провоцирующим моментом, инструментом для проявления личности, тех ее граней, которые как бы скрыты от самого человека. Известны случаи, когда человек, оцениваемый обществом как дружелюбный и гуманный, в ситуации тяжелой болезни вдруг начинал ненавидеть все человечество. Человек, служивший эталоном мужества, в ситуации болезни вдруг проявлял тревожность и страх. В возникновении этих чувств немаловажную роль играют не только личностные характеристики человека, но и опыт болезни. Врачи давно сделали следующее наблюдение: иногда легче работать с больными, имеющими опыт болезни, не первый раз лежащими в стационаре, чем с теми, у кого болезнь произошла на фоне полного благополучия, жизненно высокого тонуса, кого предшествующий жизненный опыт не подготовил к подобной ситуации, кому казалось, что ситуация полного здоровья будет вечной.

Врачу часто приходится работать с пожилыми людьми, прежде всего потому, что в этом возрасте чаще болеют. Работа врача любой профессии — это столкновение с необходимостью объяснять людям, что с годами они не станут моложе и здоровее, что их возможности постепенно утрачиваются. Проводя эту коррекцию (она заключается и в некотором защитном отсутствии критики по поводу снижения функций), необходимо также не нарушать интеграцию личности. Одновременно Врач должен переключить внимание больного на «приобретения» любого возраста, на раскрытие внутренних ресурсов человека.

Как меняется чувство времени при болезни? Наиболее искажающим ощущение времени является чувство тревоги. Проводилось множество экспериментов, которые показывают, что люди с выраженной тревогой неправильно оценивают время. Для человека с чувством расслабленности время течет незаметно, с чувством же напряжения время тянется медленно. Страдающий болезнью испытывает удивительно медленный ход времени, оно, как будто бы застыло, особенно для людей с болевыми симптомами. Часто боль и ее интенсивность становится тем маркером времени, который делит сутки по ее затиханию и нарастанию.

В разделе о психологических защитах упоминалось, что болезнь искажает восприятие многих вещей. Вероятно, этот критерий стал причиной того, что психологические защиты наиболее интенсивно изучались именно при заболеваниях. При заболеваниях функционируют все основные виды психологических защит: такой феномен, как синдром отрицания, во многом построен на различных механизмах психологической защиты, имеющих одну единственную цель — убрать страх перед болезнью. Здесь срабатывает и вытеснение, и переформирование, и рационализация. Возникновение психологических защит во время болезни может значительно исказить рассказ больного о своем заболевании, когда что-то вытесняется из памяти, что-то претерпевает трансформацию. Отмечалось, что опросники жизненных стрессов мало достоверны, когда их сравнивают в группе лиц, перенесших инфаркт миокарда, и в группе лиц, не перенесших инфаркт миокарда. Люди, перенесшие острый инфаркт миокарда и считающие, что именно жизненные стрессы явились причиной этого заболевания, по-иному оценивают пункты этого опросника, тем самым завышая уровень жизненных стрессов. Когда врач сталкивается с так называемым адаптационным образом болезни, то есть субъективной картиной больного о том, почему он заболел, какими основными признаками болезнь проявляется и каков его прогноз, то во время рассказа больного, всегда имеет дело с переформированными психологическими защитами. Больной не рассказывает о мучающем его кашле, и когда врач во время беседы замечает его кашель и спрашивает: «А что еще Вас беспокоит?» — и не получая ответа, задает еще вопрос, — «А не тревожит ли Вас кашель?» — то получает ответ, — «А, это ерунда, я так кашляю уже тридцать лет...» Далее на расспросы о кашле он будет отвечать неохотно и неопределенно. Если же этот врач начнет расспрашивать близких пациента, то жена немедленно заметит, что в последние два месяца кашель усилился. Здесь срабатывает механизм рационализации: «Я кашляю, потому что я — курильщик, это не болезнь, и поэтому этим отвлекать врача от того, что действительно значимо, не стоит». В этом случае врача могут «заставить» зарегистрировать второстепенные признаки, а не главные, потому что сам пациент устанавливает внутри себя, что главное, а что — побочное, исходя из своего адаптационного образа болезни, который ориентирован на страх заболевания раком.

В ситуации болезни боль выполняет несколько функций: прежде всего это

сигнальная (информационная) функция, поэтому часто бывают медицинские рекомендации, не советующие снимать боль до установки диагноза. Если человек испытывает сильную боль за грудиной и начинает принимать только обезболивающее средство, не обследовавшись у кардиолога, то он может исказить картину заболевания, что порой приводит к трагическим последствиям.

Врач для диагностики «использует» характер этой боли, она бывает различных видов. Головная боль имеет несколько вариантов — тянущая, сжимающая, простреливающая и каждая из них имеет свои механизмы возникновения. Например, боль в виде тяжести, так называемая «каска», обязана своим происхождением мышцам плеч и шеи, а пульсирующая боль — чаще сосудистая. Для диагноза очень важны момент возникновения боли, ее продолжительность, ответ на разные раздражители, например, при зубной боли, которую исследует стоматолог, боль при постукивании, при смене температур, при вмешательстве.

Боль может играть роль важного фактора астенизации — изнурения, утомления человека. Хроническая боль приводит к хроническому дистрессу и к резкому искажению реакций организма, прежде всего, снижению иммунитета.

Боль может иметь также значение для позитивного смысла болезни, когда является умеренным раздражителем или является своеобразной наградой. Если человек испытывает сильную боль, то маленькая боль может вызвать у него чувство радости. Маленькая боль является и легким стрессором, создавая умеренное напряжение. Фрейд писал в одном из своих писем (в то время, когда он оперировался по поводу рака кожи и испытывал жуткие боли): «Я сейчас испытываю легкую боль и это счастье. И эта боль движет мной». Снижение интенсивности боли — показатель того, что у человека не прогрессирующее, а регрессирующее заболевание, что он выздоравливает, и, одновременно, она не дает ему расслабиться, даже стимулирует умственную деятельность, он все время работает. Не зря в русском языке есть выражение «сладостная боль», речь не идет о мазохизме как о форме сексуального извращения, а о том, что по чисто патофизиологическим механизмам центр боли иногда оказывается близким к центру радости. Одна из причин возникновения такого странного синдрома, как синдром Мюнхаузена, когда больные как бы сознательно усугубляют свои страдания, расковыривая раны и стягивая бинты, может быть рассмотрена как стремление получения удовольствия от болевого раздражения. И, наконец, для религиозного человека боль как искупление является желанной. Можно предположить, что всякое трудное дело должно рождаться в муках. То, что легко достается, редко ценится. Поэтому католической церковью запрещено к роженицам применять химическую анестезию во время родов — ребенок должен рождаться в муках, тогда он ценен.

Боль — это всегда психофизиологическое образование: не бывает чисто физиологической боли и не бывает чисто психической боли. Это всегда

набор вариантов. Например, любящая мать начинает испытывать боль в голове, если видит какая сильная боль у ее ребенка. В психотерапии это называется «присоединение», в данном случае — присоединение к страданию.

Существует индивидуальная переносимость боли, зависящая, в основном, от глубоких структур мозга. Утомленные, ослабленные люди более чувствительны к боли. Существует индивидуальный порог болевой чувствительности. Страх и тревога резко усиливают чувство боли, а состояние психического напряжения, ярости и агрессии гасит болевые ощущения. Боль по-иному переносится в измененном сознании, поэтому для снятия болевых синдромов часто используются приемы психотерапии. Возможны тренировки для лучшей переносимости боли, например, при подготовке солдат особых воинских подразделений.

Психофизиология боли привела к созданию целой области медицинских знаний — анестезиологии — науки об обезболивании, где используются все виды анестезии, начиная от местной, в которой обезболивается периферический болевой участок, кончая общей, когда отключается центр боли. Многие препараты меняют чувствительность к боли, не являясь анестезирующими средствами, например, те препараты, которые снимают тревогу, и депрессию. Дело в том, что биохимические механизмы депрессии и механизмы боли оказываются достаточно близкими, поэтому некоторые препараты-антидепрессанты применяются как препараты для снятия боли. Есть еще одна форма боли, когда депрессия не проявляется пониженным настроением, а представлена в виде маски — болевым синдромом. Боль имеет и важное субъективное значение, она рассматривается пациентами как главный симптом болезни. Очень часто приходится сталкиваться с заявлениями при диагностике, что у пациента нет болезни, так как ничего не болит. Боль в бытовом сознании является синонимом тяжести болезни. Поэтому именно боль чаще всего естественно используется для манипулирования людьми. Демонстрация боли всегда ориентирована на получение эмоциональной, социальной поддержки и усиления чувства собственной значимости. Одним из признаков самоуважения является способность переносить боль.

Изучение боли неминуемо приводит к анализу так называемых психосоматических соотношений. Так, например, В.Н. Клейменов (1993), изучая поясничную боль, выделил четыре варианта этой боли.

Вариант 1, в котором решающую роль играет психический фактор. В этом случае боль служит способом разрешения какой-то фрустрирующей ситуаций (например, семейных конфликтных отношений, где боль становится регулятором сексуальных партнерских отношений. Избавление от нежелаемого партнера при помощи боли в спине является одновременно и разрешением сложной ситуации, то есть при формальном сохранении семейных отношений происходит полное блокирование сексуальных). Такая боль наиболее ориентирована на воздействие психотерапевтическими

методами. Значение такой боли для регуляции отношений, для снятия проблемных и сложных ситуаций видно из фразы пациентки, которая при очень энергичной и настойчивой психотерапии дала реакцию контрагрессии и сказала: «Да, я все знаю про себя, возможно, я догадывалась об этом, но как мне теперь с этим жить?» Этой пациенткой боль воспринималась как своеобразная плата за ненормативное поведение. Здесь возникает симптом, который можно назвать «оставьте мне маленькую боль» (чтобы не испытывать искушений).

Вариант 2. В этом варианте большую роль играет психический фактор, но довольно заметное место занимает органический компонент (проявление остеохондроза).

Вариант 3. Доминирует органическая патология, но имеется форма манипулирования болью, использования ее для регуляции конфликтных отношений.

Вариант 4. Органическая патология с адаптивной реакцией на нее без какого-либо манипулирования и без отрицания. Не требуется никакой психологической коррекции. Подобная схема, видимо, применима ко многим видам боли. Никогда не бывает чисто органической и чисто психической боли.

Переживание болезни во времени

Переживание болезни во времени имеет несколько фаз.

1. Предмедицинская фаза, когда появляются первые, не очень значительные признаки болезни и возникает вопрос: что делать, идти к врачу или не идти? к врачу какой профессии пойти? В этой ситуации возрастает роль семейного врача как консультанта, который поможет решить, болен человек или не болен, где и как ему лечиться. На этом этапе больной часто пытается осуществить так называемый диффузный призыв к помощи, он начинает советоваться со знакомыми и близкими и иногда получает весьма своеобразные рекомендации. Набор предложений бывает, хаотичен и часто противоречив: от экстрасенса до хирурга. При этом, как правило, ссылаются на личный, преломленный сознанием опыт, или на информацию, полученную от других людей. Здесь человек сталкивается с явлением культурального мифа о болезни. Так, как каждый человек в своей картине мира представляет себе болезнь, такие советы и дает заболевшему. На этом этапе идет нарастание тревожных опасений, а иногда возникновение депрессии, которая блокирует последующую фазу и создает позицию: «помочь мне никто не может, сколько отпущено — столько и проживу».

2. Вторая фаза. Когда человек становится или нетрудоспособен и его жизненный стереотип резко меняется, или он госпитализируется в стационар, возникает резкая перемена жизненного стиля. Эта фаза наступает тогда, когда человек был здоров, но вдруг внезапно заболел, или у него было заболевание в компенсированной форме и возникла декомпенсация. Все

эмоциональные реакции, которые характерны для переживания болезни, могут проявляться в этой фазе. На этом этапе часто идет перепроверка диагноза, стремление пройти дополнительные обследования, найти специалиста официально более высокого ранга.

3. Активная адаптация к болезни.

4. Психическая декомпенсация, которая проявляется в чувстве обманутых надежд, неуверенности, страхе, утраты веры в медицину, во врача, и возникновение конфликта между медицинским персоналом и больным. Главное здесь — чувство агрессии.

5. Возможен пятый этап пассивной адаптации и капитуляции.

Психология смерти

Человек всегда испытывал в большей или меньшей степени страх смерти. Большинство религий мира одной из главных стержневых основ своего мировоззрения имеют уверенность в возможности жизни после смерти. В XX веке интерес к смерти усилился по нескольким причинам и прежде всего, в связи с развитием трансплантологии. С какого момента можно считать человека умершим для того, чтобы забирать у него какие-то органы? Известны несколько видов смерти, в том числе и обратимые варианты, обратимые для тела, но часто необратимые для мозга. Очень длительная гипоксия мозга ведет к возникновению тяжелых форм слабоумия. Эти вопросы стали вопросами медицинской этики: можно ли отнимать жизнь у человека, которого еще можно оживить, но он навсегда останется слабоумным?

Второй причиной оживления интереса к смерти явились исследования американского врача Моуди и его последователей. Моуди написал нашумевший бестселлер «Жизнь после смерти», в котором опубликовал результаты опроса людей, перенесших клиническую смерть, воспоминания, которые они сохранили. Эти люди утверждали, что видели другую жизнь, встречались с умершими родственниками, испытывали чувство восторга, счастья, встречались с Богом, видели свое тело со стороны, над которым возились врачи, и ощутили очень мучительный процесс возвращения в тело. Публикация Моуди вызвала большую шумиху, у него появились последователи и отрицатели. Последующие исследования, проведенные в более корректной манере, показали, что у какой-то части обследуемых наблюдаются такого рода переживания, и это привело к тому, что недавно в популярной печати появились заметки о так называемых «некронавтах», о людях, которые под контролем реаниматоров искусственно вызывают у себя состояние клинической смерти для того, чтобы пережить эти ощущения. Выяснилось, что люди после этих процедур резко меняются, нередко отрекаются от прежних жизненных целей. Достоверно известно, что человек, переживший клиническую смерть, иногда очень резко меняет многое в своей жизни. Одним из примеров тому является психоаналитик К. Юнг, который

пересмотрел многие свои теоретические взгляды после того, как будучи человеком преклонного возраста, перенес острый инфаркт миокарда.

И, наконец, проблема смерти стала активно изучаться в связи с проблемой эвтаназии, то есть смерти по медицинским показаниям, когда становится достоверно известно, что с сегодняшнего дня человека невозможно спасти ни при каких обстоятельствах, а он испытывает тяжелейшие страдания, например, невероятно тяжелый длительный болевой синдром, какой бывает при онкологических заболеваниях. Эта проблема стала обсуждаться столь дискуссионно, что это привело к созданию международного журнала, посвященного этому вопросу. У эвтаназии одинаковое число как сторонников, так и противников. Противники приводят в качестве аргументов примеры так называемого чудесного исцеления, когда, казалось бы, шансов у человека не осталось. В Соединенных Штатах есть клиники, которые занимаются специальным исследованием тех случаев чудесных исцелений, когда человеку устанавливали диагноз неоперабельного рака, подтверждаемый не вызывающей сомнений в том, что рак был правильно диагностирован, медицинской документацией на протяжении 5—6 лет, но особые формы поведения человека приводили к тому, что он выздоравливал, будучи приговоренным к смерти. Например, человек решал жить так, как он никогда до этого не жил. Он начинал позволять себе то, чего раньше не позволял. Другие люди обращались к религии, к особым способам медитации.

Проблема психологии смерти породила не только проблему эвтаназии, но и привела к созданию специальных учреждений для умирания, так называемых «хосписов». Они созданы уже и в России. В них создается особая психологическая атмосфера, облегчающая человеку переход к смерти. Переход к смерти, по мнению некоторых исследователей, имеет несколько этапов. Так, по мнению Дюблер-Росс, таких этапов пять.

1 этап. Отрицание: «Нет, этого не случится со мной, почему это должно случиться со мной?» Первая и самая естественная реакция.

2 этап характеризуется гневом и вопросом: «Почему именно я?» Это фаза агрессии. Гнев обращен на всех окружающих.

3 этап — этап торга, когда больной начинает умолять врачей найти какое-нибудь особое лекарство, он будет выполнять все назначения, принимать какие угодно методы лечения.

Эти три фазы составляют период кризиса. Иногда существует возврат от 2-й к 1-й, от 3-й ко 2-й фазе.

4 этап — этап депрессии, особой печали.

5 этап — принятие смерти. Но часто эта фаза не прослеживается, а возникает агония, когда человек борется со смертью до последней секунды, пытаясь хотя бы на несколько секунд продлить свою жизнь.

Во многом все фазы смерти и реагирования на нее зависят от таких факторов, как свойства личности, привычные формы поведения. Если человек привык в жизни добиваться всего криком или угрозами, то так он

наступает и на свою смерть. Психология смерти зависит также и от возраста человека, от того, на каком этапе самоактуализации он уходит. Иногда смерть принимается с облегчением, как избавление от страданий, как избавление от очень тяжелой, мучительной жизни, или как достойный конец достойного пути. Сейчас психология работы с умирающими больными является одним из самых развивающихся разделов медицинской психологии. Многие медико^психологические учреждения на Западе ориентированы именно на эту проблему — работа с умирающими и работа с неизлечимыми больными. Несомненно, эта работа требует от врача большой психологической подготовки и особых личностных качеств. Он должен сам обладать особой психологической устойчивостью, чтобы работать с умирающими: с одной стороны, отстраненным от них человеком, который не может подарить жизнь своему больному, с другой стороны, он должен быть «своим», чтобы нести больным принятие смерти. Сильно чувствовать горе больного для врача очень опасное занятие — умирание с каждым своим клиентом не продлевает жизнь самому врачу.

Глава XIII

ПСИХОЛОГИЯ БОЛЬНОГО

Раздел о психологии больного является, пожалуй, одним из самых разработанных как в медицинской психологии, так и в тех разделах психологии, которые касаются психологических аспектов протекания соматических болезней. Причем, в первую очередь, исследуются не психология психически больных, а психология соматических больных. Это вполне понятно, поскольку вытекает из нескольких положений. Во-первых, соматические заболевания по удельному весу заболеваемости человека занимают гораздо большее место, чем психические расстройства. Во-вторых, изучение соматических заболеваний всегда было больше нацелено на изучение собственно соматической патологии, на то, как возникает соматическая болезнь, как ее дифференцировать от других заболеваний и как лечить. Психиатрия в той или иной степени, изучая психические отклонения, касается психологии пациента. Однако психология психически больного человека остается самым неизученным вопросом в медицине, за одним небольшим исключением — в этом контексте чуть больше изучены неврозы. Это заслуга психоанализа, который изучал психологию и психопатологию так называемых пограничных состояний (между нормой и грубой психической патологией). В широком смысле слова пограничный, а не в том смысле, который принят в американских классификациях, где пограничное состояние — это состояние между невротическими и психотическими состояниями. Поэтому психология психически больных еще ждет своих исследователей, которые бы делали акцент *не на то, как ломается нормальный психический процесс, а на то, в каких вариантах психопатологии сохраняются психические функции, и как они сочетаются с психопатологическими нарушениями.*

Центральной, осевой категорией изучения психологии больного является понятие о внутренней (или аутопластической) картине болезни. Понятие о внутренней картине болезни было введено немецким терапевтом — А. Гольдшейдером, который выделял во внутренней картине болезни два уровня: сенсорный (чувствительный) и интеллектуальный, то есть ощущения человека и их интеллектуальную интерпретацию. Развитию интереса к изучению внутренней картины болезни способствовало следующее: активная интервенция или экспансия в XX веке психологии в медицину. Медицина оказалась той сферой, в которой психологические исследования получили наибольшее распространение из всех других разделов прикладной или практической психологии. Видимо, противопоставление прикладной и академической психологии отражает, скорее всего, не реальное предположение взаимоотношений этих разделов психологии, а тот тип сложившихся отношений в отечественной психологии, который существовал до недавнего времени. В частности, до недавнего времени существовала талантливая теоретическая психология, построенная на блестящих работах Выготского, Рубинштейна, на интересных исследованиях Лурия, Леонтьева и других ученых. И этот теоретический фундамент далеко не всегда был ориентирован на какое-нибудь практическое применение; а практическая психология, например, исследования с помощью тестовых методов для определения каких-то психических функций, могла применяться в педагогике для того, чтобы определить профессиональную пригодность человека к тем или иным профессиям. Такое противопоставление теории и практики не обосновано. Теория бесполезна, если из нее не следует практический метод.

Вкратце представим основные направления практической психологии.

1. Психоанализ оказывает огромное влияние не только на медицину, где создана целая практика лечения больных психоаналитическими методами, и поэтому слово «психоанализ» стало эквивалентом психологии вообще.

Важно понять, что психоанализ — это конкретная теория и практика большого учения, которое было основано З. Фрейдом, а затем развито многоответвляющимися различными школами его последователей, учеников и учеников учеников.

Психоанализ очень повлиял на культуру, радио, кино, художественную литературу, живопись, на различные антропологические исследования.

2. Исследования гештальт-психологии немедленно нашли свое отражение в создании практики гештальт-терапии.

3. Когнитивная психология ориентирована на целый ряд практических применений, в том, числе и в психологии: в процессе обучения и научения людей, в конструировании ЭВМ, в создании машинного мозга.

Все эти три школы — пример того, как за теорией немедленно следует практика. Адлеровское учение как разновидность психоанализа создало большие возможности применения его в педагогике. Юнговская типология людей как интровертов и экстравертов приводит к созданию психодиагностического метода — транзактного анализа и следом за этим введение его в систему обучения и в терапию. Поэтому само понятие «практический психолог» представляется несколько искусственным и справедливо лишь до тех пор, пока сохраняется разрыв между теоретическим учением и его применением в практике терапии.

Применение психологии в медицине должно базироваться на серьезной теоретической основе. Учение о внутренней картине болезни доказывает это. Понятие «внутренняя картина болезни» меняется, усложняется структура этого понятия в зависимости от накопления теоретических знаний и трансформации теоретических позиций.

Заслуга введения этого понятия в отечественную литературу принадлежит казанскому терапевту Роману Александровичу Лурия. Конструкция внутренней картины болезни, предложенная Лурия, более сложная, чем у А. Гольдшейдера. И понятие внутренней картины болезни при описании тех психических и психопатологических феноменов, которые возникают при наличии какого-то соматического, а иногда и психического заболевания, получило наибольшее распространение в русскоязычной литературе.

Следующий вклад в расширение и развитие представления о внутренней картине болезни внесли ленинградские исследователи В.М. Смирнов и Т.Н. Резникова. Они ввели принципиально новое понятие, ставшее центром их конструкции, — понятие информационного поля болезни, которое напоминает понятие «когнитивная карта». Ими было выделено два варианта этого информационного поля болезни: церебральное информационное поле болезни и возникающая на его основе психологическая зона информационного поля болезни. Здесь создается понимание церебральных, то есть мозговых механизмов и возникающих на их основе психологических механизмов. Достоинством этой модели является то, что в ней выделялись несколько важных элементов: 1) модель болезни; 2) модель прогноза заболевания; 3) модель ожидаемых прогнозов лечения. Важным в понятии этих авторов внутренней картины болезни являлось то, что ставился вопрос о том, что эти модели носят адаптационный характер, служат механизмам адаптации. Описывались также особенности эмоционального отношения к болезни. Несмотря на свою концептуальную значимость эта работа не получила своего дальнейшего развития и осталась на уровне модели.

Термин «внутренняя картина болезни» позволяет преодолеть многообразие терминологии, связанное с фактом субъективного переживания болезни. В.В. Николаева выделила четыре уровня внутренней картины болезни, которые показывают, как в психи-

ческом отражении болезни существуют как бы иерархизированные различные уровни этого отражения:

- чувственное восприятие, различные ощущения;
- эмоциональный уровень — результат переработки этих ощущений;
- интеллектуальный уровень;
- мотивационный, который показывает, почему создается такая внутренняя картина болезни.

В литературе часто использовался термин «переживание болезни», где делается акцент на чувствах. Многообразие терминов, означающих то же, что и внутренняя картина болезни, как правило, — следствие отражения позиции исследователя, что для него является главным в этом образовании. Самое интегративное понятие — это понятие «внутренняя картина болезни». А термин «реакция адаптации», предложенный советским психиатром О.В. Кербиковым, делает акцент на способах, какими человек адаптируется к болезни. Этот термин в отечественной литературе большого распространения не получил и вскоре сменился термином «реакция на болезнь». Использовались также такие термины, как «позиция болезни», «сознание болезни», «отношение к болезни», получивший распространение в работах ленинградских психиатров А.Е. Личко и Н.Я. Иванова, которые выделили тринадцать типов отношения к болезни. Достоинством последнего понятия являлось то, что для его раскрытия был изготовлен специальный опросник типов отношения к болезни.

Феномен субъективного отражения в психике больного переживаний и организации поведения при соматической болезни, выступающий в различных вышеперечисленных терминах, имеет различные названия, в каждом из которых выделены факторы одного и того же явления. Большую роль для формирования внутренней картины болезни играет уровень ощущений, которые испытывает человек. Чем более они информативны, например, чем сильнее боль, тем больше вероятность быстрого и активного создания внутренней картины болезни. Характер эмоциональных переживаний, уровень интеллектуальной переработки, мотивационные, потребностные влияния будут достаточно различными в зависимости от состояния больного. Если заболевший находится на пике своей удачи, если работа, которая многие годы была для него важна, идет очень успешно, если ему ясно как ее можно продолжить, то при этом может возникнуть определенная внутренняя картина болезни с отрицанием ее и снижением прогноза опасности. А если болезнь возникает в период неудач или в период, когда человеку нужна передышка от жизненных трудностей, то может привести к другой внутренней картине болезни. Эти перечисленные факторы — интрапсихические факторы. К ним же относится и преимущественный тип реагирования на затруднительную ситуацию, на так называемую фрустрацию, то есть ситуацию, воспринимаемую как трудноразрешимую. У каждого человека есть предпочитаемый репертуар ответов на фрустрацию — это две основные формы поведения: бегство и нападение. При взаимодействии с окружающим миром, болезнь может использовать этот репертуар поведения в ситуации фрустрации. В одних случаях это будет нападение на окружающий мир с помощью болезни: «... вы должны создать мне льготы, вы виноваты в моей болезни и т.д.» В других случаях — это бегство от болезни, когда человек не хочет признавать ее, или бегство от окружающего мира, если трудности при взаимодействии с ним значительней, чем те страдания, которые человек испытывает от болезни — это так называемое «бегство в болезнь». Факторы, влияющие на репертуар поведения человека в зависимости от его внутренней картины болезни, во многом определяются опытом предшествующего реагирования на другие виды фрустрации. Механизмы психической адаптации, в частности, психологические защиты, возникающие во внутренней картине болезни, будут исходить из репертуара защит, которые человек наиболее часто использовал в своей жизни, поскольку у каждого человека есть более или менее излюбленный набор

применяемых им психологических защит. И в ситуации болезни человек использует этот, наиболее часто применяемый, репертуар. Но, кроме факторов интрапсихического реагирования в формировании внутренней картины болезни участвуют и факторы внешнего, окружающего мира. Возникло понятие так называемого «мифа о болезни». Под ним подразумевается некий культуральный миф болезни. Этот термин обозначает не искажение реальных знаний о болезни, а социальное образование, которое может совпадать, а может и не совпадать с научными знаниями. И в каждой культуре этот миф свой. Это очень хорошо видно на примерах этнокультуральной психиатрии. Если заболевания с психическими расстройствами оценивать по обращаемости к врачам-психиатрам, то оказывается, что в разных культурах обнаруживается несколько различная оценка этой заболеваемости. Но не стоит психическую заболеваемость выводить из факта обращаемости за психиатрической помощью, потому что в отдельных культурах некоторые виды психических нарушений не рассматриваются как психические заболевания. Например, грубые истерические расстройства в условиях урбанизированной европейской культуры будут оцениваться окружающими как форма психического заболевания, и за этим, как правило, последует обращение за психиатрической помощью. Однако в архаических культурах это может оцениваться как особая одаренность человека, его способность по особому реагировать на этот мир и не станет проблемой и поводом обращения за помощью. Значит, существующее в этой культуре представление о болезни окажет большое влияние на внутреннюю картину болезни: человек не воспримет это как болезнь. Он расценит это как наличие у себя особой одаренности, особого таланта или принадлежности к особой группе людей, отнюдь не больных.

Европейцу трудно представить, как при такой болезни, как эпилепсия, сопровождающейся припадками, кто-то может рассматривать ее как священную болезнь, как дань Богов, и человек в этом случае не будет рассматривать себя как больного и стремиться к излечению от болезни. Так же в точности обстоит дело и с некоторыми соматическими заболеваниями. Только некоторые из них, например, ранения, в разных культурах оцениваются одинаково. Открытая рана во всех культурах рассматривается как «полом». А такие заболевания, как поясничная боль или боль в спине, по механизмам своего возникновения могут рассматриваться по-разному: в одних случаях — как вариант простуды, «продува», в других случаях — как следствие поднятия тяжестей, занятия неудобной позы или еще чего-то, за чем последует и соответствующее лечение. Резкое ухудшение состояния человека во время мозгового инсульта, произошедшего внезапно (с утра, без сознания, в душной комнате), может расцениваться окружающими как приступ удушья. Его выведут на свежий воздух. Автору приходилось сталкиваться со случаями, когда человека, которому во время застолья сделалось плохо (впоследствии это оказалось ишемическим инсультом), окружавшие его люди выводили погулять. Ему требовался в это время покой, у него парализовало руки и ноги, но в рамках той субкультуры окружения этого человека, утратившего сознание и речь, помощь заключалась в необходимости прогулки по свежему воздуху. Во многом, гибель этого пациента была обусловлена действиями окружающих, которые, в свою очередь, были обусловлены мифом о болезни в этой субкультуре. Таким образом, как мы видим, в мифологии социального сознания тоже существуют понятия о причинах возникновения болезней, что иногда совпадает, а иногда — нет с медицинской оценкой. Так, например, в возникновении острого инфаркта миокарда преимущественная роль в мифологии социального сознания отводится социальному стрессу, хотя психический фактор возникновения инфаркта носит лишь вспомогательный характер, являясь лишь одним из факторов риска, а не патогенеза. Соответственно этому, действия данного пациента и его социального окружения могут быть в дальнейшем направлены на предотвращение эмоциональных перегрузок и эмоциональных дистрессов, а не на лечение недостаточности коронарных сосудов. Этот человек может поднимать значительные

тяжести, но избегать неприятных разговоров. Он может курить для успокоения и употреблять большое количество жирной пищи, потому что когда он напряжен, то обильная пища его успокаивает. Такое поведение возникает от социально-культурального представления механизмов возникновения и лечения болезни.

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

И на сегодняшний день врачи часто не знают всех механизмов возникновения заболеваний или судят о них достаточно приблизительно, поэтому возможно, что врачу XXII века современные методы лечения могут показаться варварскими и неадекватными. Но все же какой-то ориентировочный набор адекватных действий, приводящих к исцелению людей, в арсенале современной медицины есть, и он часто не совпадает с культуральными представлениями о причинах и лечении этих болезней.

Кроме того, внутри культуры существует понятие о престижности и непрестижности заболевания. Ранее нами упоминалось, что в Древней Греции, в античном мире эпилепсия считалась священной болезнью, как и во

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

Как мы уже упоминали ранее, одной из трудностей лечения алкоголизма является осуждаемость этого заболевания обществом. Запущенные случаи венерических заболеваний также подчас связаны с нетерпимым отношением общества к факту заражения венерическими заболеваниями, хотя возникновение этих заболеваний может быть обусловлено не только случайными связями и распущенностью в интимной жизни, а рядом каких-то трагических обстоятельств. Сколько тратится сил, чтобы убедить людей в том, что можно общаться с людьми, больными СПИДом, и ВИЧ-инфицированным — это не тот человек, которого надо обходить за километр. Вся медицинская пропаганда ориентирована на то, чтобы не шарахаться от людей с ВИЧ-инфекцией. Во время трансляции медицинской передачи по телевидению врач — специалист по СПИДу целует больного, зараженного СПИДом и объясняет, что это не передается при поцелуе, при общении. Но многие, люди, видящие это, содрогаются при одной мысли о поцелуе с ВИЧ-инфицированным больным. И как ответная реакция на отчуждение общества у больных СПИДом или сифилисом возникает чувство агрессии, а в последующем, террор — люди

начинают мстить обществу за то, что они больны, заражая как можно больше людей. А сколь трагична, **бывает судьба детей, которые были ВИЧ-инфицированы во время переливания крови: их не принимают в детские коллективы, на них как бы висит ярлык «отойди от меня, не подходи ко мне, это очень опасно и страшно».** Аналогично в некоторых культурах отторгали больных психическими заболеваниями: сажали на цепь, поскольку считалось, что безумие заразительно.

Как мы видим, культуральный миф о болезни оказывает громадное влияние на внутреннюю картину болезни. Здесь есть еще один аспект — многие заболевания, особенно психосоматические, начинают рассматриваться вне рамок медицины, а как следствие околдования, наговора, сглаза. Сейчас

нередко можно встретить объявление: «Лечу головную боль, боли в спине, снимаю сглаз и наговор». Медицина оказывается в двойственном положении — с одной стороны она еще держит свои позиции, потому что люди оперируют выражением «головная боль» и словом «лечу», но как лечат?! Путем колдовства.

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

Существует еще понятие, введенное петербургским медицинским психологом В.Е. Каганом, *внутренняя картина здоровья*. Это тот своеобразный индивидуальный эталон, по которому формируется внутренняя картина болезни. Если внутренняя картина здоровья человека «допускает», что у него может в разной степени, но достаточно сильно болеть голова, то при наличии еженедельной (раз в неделю) головной боли у него не сформируется внутренняя картина болезни, а боли будут рассматриваться как вариант нормы. Если ощущение изжоги после каждого приема пищи во внутренней картине здоровья рассматривается как нормальная реакция организма на прием пищи, тогда не сформируется внутренняя картина болезни на наличие такого симптома, как изжога. Но если во внутренней картине здоровья человека не допускается возможность хотя бы раз испытать головную боль, то испытав, человек немедленно создаст внутреннюю картину болезни, которая может быть иногда очень угрожающей, например, наличие опухоли мозга, и тогда этот человек придет к врачу со страхом, что у него опухоль мозга, только потому, что у него была головная боль.

В описании внутрипсихических и поведенческих феноменов при соматических заболеваниях мы предложили два понятия — адаптационный образ болезни и тип взаимодействия с болезнью. Адаптационный образ болезни — понятие близкое к понятию внутренней картины болезни.

Принятие этого термина не имело целью создание своей оригинальной терминологии, в нем содержится стремление подчеркнуть главное свойство внутренней картины болезни — ее адаптационный характер. Смысл этого термина отличается от других тем, что он как бы отвечает на вопросы: почему возникла такая внутренняя картина болезни, в чем ее назначение? Это не теоретико-терминологическое жонглирование, а попытка найти мишень для эффективной психотерапии. Если врач поймет «почему?», то он нащупает мишень для психотерапевтической работы. Так же как в модели внутренней картины болезни В.Н. Смирнова и Т.И. Резниковой здесь выделяются три блока: блок механизма возникновения заболевания, блок модели болезни и блок прогноза заболевания и ожидаемых результатов лечения. Все эти блоки взаимосвязаны между собой, но, по-видимому, системообразующим является первый блок — блок причин и механизмов

возникновения заболеваний. Он-то и определяет всю дальнейшую структуру адаптационного образа болезни и поведение пациента. Например, если человек полагает, что его заболевание возникло от приема жирной пищи, то дальше его внимание будет концентрироваться на симптомах, относящихся, в основном, к функционированию желудочно-кишечного тракта, где будут регистрироваться проявления этой функциональной системы и игнорироваться другие, как несущественные, незначимые и не имеющие отношения к болезни. Адекватная модель болезни в психике человека будет переформирована и будет сделан соответствующий прогноз: как долго продлится заболевание, чем оно закончится и как его надо лечить, чего ожидать, чего требовать от врачей, и вообще обращаться к ним или просто прекратить есть жирную пищу.

При взаимодействии врача и больного адаптационный образ болезни во многом определяет систему взаимоотношений больного с окружающим миром: если человек считает, что он болен в результате околдования, то в самом лучшем случае он будет надеяться ослабить, затормозить колдовские чары путем лечения, но не снять их совсем, потому что земными способами волшебные дела не решаются. Настоящее лечение, по мнению этого больного, должно происходить в другом месте, там, где умеют снимать порчу и сглаз. И взаимодействие с врачом будет обусловлено этим адаптационным образом болезни: ему будут подаваться те симптомы, которые свидетельствуют о порче. Врач в данном случае становится похож на официанта, у которого сидит проголодавшийся посетитель, главной проблемой которого является то, что у него очень не ладится жизнь, а сейчас он хочет не просто пообедать, а получить хотя бы минимум удовольствия в этой несостоявшейся жизни. Все, что может сделать в этом случае официант — это добросовестно принести ему то, что тот заказал, а свою проблему посетитель пойдет решать в церковь, в семью или на мост с камнем на шее. Официант удовлетворяет очень кратковременную мотивацию — получить мимолетное удовольствие в этой неудавшейся жизни. При не прочтенном до конца адаптационном образе болезни врач оказывается в положении такого официанта. Тем самым пациент и врач вступают в конфликт: пациент рассматривает свою болезнь как нечто, не зависящее от него, а рассказ врача о механизмах его заболевания вызывает у него не только замешательство, потому что в этом рассказе предполагается, что болезнь является формой его бессознательных желаний, но протест и агрессию. Путем чисто логических построений почти невозможно объяснить человеку, что это его бессознательное удерживает или создает болезнь, нельзя же на логическом уровне апеллировать к бессознательному. Это вызывает не просто агрессию, а двойную агрессию, потому что сложность взаимоотношений с болезнью у пациента одновременно является еще и сложностью «архитектуры» его психической деятельности.

Процесс обучения медицине — это во многом процесс формирования определенной идеологии врача, в которой ведущим является тезис, что вся

патология человека имеет только одну сторону — страдания и разрушения. Действительно, болезнь человека приносит ему страдания и даже лишает его жизни. Но нельзя забывать о том, что болезнь может иметь и некий позитивный смысл.

С помощью болезни человек ощущает столь необходимую ему социальную поддержку, вплоть до вполне регламентированной в виде пособий, пусть не очень больших, определенных льгот и привилегий, и чем сильнее эта социальная поддержка, тем яснее для пациента, что социум признает его в качестве значимого, важного для социума лица.

Позитивный смысл болезни проявляется и в том, что многие пациенты получают или стремятся получить еще и эмоциональную поддержку. Весьма часто система воспитания ребенка во многом построена на получении эмоциональной поддержки с помощью болезни. Заболевший ребенок не ходит в школу, получает игрушки, сладости и еще какие-то знаки внимания со стороны родных и близких не потому, что эти сладости являются атрибутом диеты, необходимой для выздоровления, а потому что он любит эти сладости, даже, если они вызовут соматическое ухудшение. И возникает парадоксальная ситуация: девочка просила куклу, а ей отвечали, что куклу сейчас трудно купить, потому что она дорого стоит, а когда девочка заболела, то куклу купили моментально, никакое материальное положение семьи при этом не помешало. И если в другой ситуации она опять не получит игрушку, а получит ее только заболев, то родители воссоздадут типичную форму поведенческой терапии, в которой стимулом является болезнь, а реакцией — получение куклы. Это подтверждает в психике ребенка предположение, что в этом мире можно получить награду только одним способом — посредством болезни. И очень часто во внутренней структуре личности человека это становится главным аргументом получения эмоциональных и социальных благ: «...в этом мире ничего нельзя получить, если ты не болеешь...» Таков один из механизмов «наведенных» — невротических — болезней, возникающих по принципу научения. Часто головная боль носит семейный характер, это не только генетические условия формирования организма, а одновременно еще и фактор научения. Ребенок видит, что мать окружают заботой тогда, когда у той болит голова. Возникает неосознаваемая мотивация «необходимости» головной боли для того, чтобы все о тебе заботились, если потребность в заболевании и безопасности не реализуется другим способом. В этом проявляется позитивный смысл болезни.

Человечество поделило мир на больных, которым что-то можно дать, и на здоровых, которым ничего не надо, ведь они и так счастливы. Существует выражение: «Что ему еще надо, с таким здоровым цветом лица?» С таких можно только требовать. Семейное воспитание, ориентированное на получение эмоциональной поддержки только в ситуации болезни, несомненно, способствует формированию и принятию позитивного смысла болезни. Принятие позитивного смысла болезни носит культуральный

характер и не используется в некоторых культурах. Классическим примером подобной культуры является древняя Спарта, где болезнь становилась вообще опасной для дальнейшего существования ребенка. Культура, где провозглашен принцип: слабым не место, слабые не выживают, слабым не надо помогать, не может приводить к принятию позитивного смысла болезни через научение. Человек, наоборот, вынужден скрывать свою болезнь. Подобная же ситуация может возникать и в определенных микро- и субкультурах, например, субкультурах определенных профессий, где предъявляются особые требования к здоровью: летчики, спасатели, космонавты, где болезнь может оказаться крахом карьеры и профессии. И в отличие от искусственного изображения болезни, которое носит название симуляции, здесь возникает обратный феномен — феномен диссимуляции, когда болезнь скрывается. Этот термин был введен в медицину в 1908 году немецким психиатром Эмилем Крепелином при описании им больных предстарческого возраста в состояниях депрессии, когда больные скрывали свою депрессию для того, чтобы им не помешали совершить самоубийство. Позитивный смысл болезни заключается еще и в том, что болезнь становится как бы способом разрешения фрустрации, способом оправдания несостоявшейся самоактуализации: «я не выполнил этого не потому что это мне не по плечу, не потому что я бездарен и ленив, а потому что мне помешала моя страшная болезнь, хорошо, что еще жив...»

Позитивный смысл болезни реализуется в феномене нозофилии. Этот термин не следует понимать в дословном переводе как любовь к болезни. Мы рассматриваем нозофилию как потребность в болезни в большинстве случаев неосознаваемую, то есть существующую на уровне бессознательных или малосознаваемых тенденций для получения социальной и эмоциональной поддержки и разрешения трудных ситуаций, фрустрирующих ситуаций, которые неразрешимы или выглядят таковыми в сознании пациента. Таковы основные причины, придающие болезни позитивный смысл.

Типы взаимодействия с болезнью — это такая форма взаимодействия человека с самим собой и окружающим миром, в которой определенное, а иногда главное место занимает ситуация болезни. Как правило, это или хроническое заболевание, или заболевание, серьезно повреждающее жизненное функционирование человека. Понятие типов взаимодействия с болезнью (ТВБ) — это взаимодействие человека с самим собой и с окружающим его миром в условиях болезни. При этом предполагается, что болезнь играет очень большую роль в функционировании человека, в его жизни, и поэтому речь идет о болезни, как о серьезном препятствии к жизни, и поэтому речь идет о болезни, как о серьезном препятствии к самоактуализации. Выделяется несколько вариантов типов взаимодействия с болезнью:

1. *Адаптивные варианты* — это те, в которых оценка болезни совпадает с оценкой врача, в том числе и причина заболевания, когда адаптационные образы болезни, которые существуют в оценке пациента и врача, близки или совпадают, когда поведение пациента ориентировано на те наиболее адаптивные формы поведения, которые способствуют или выздоровлению, или ослаблению болезни.

2. Деадаптивные варианты:

- 1) невротический;
- 2) психосоматический;
- 3) промежуточный или аффективный тип взаимодействия с болезнью;
- 4) условно-адаптивный;
- 5) смешанные (микстовые) формы, когда трудно выделить какой-нибудь тип, когда ТВБ носит диффузный (расплывчатый) характер.

В понятии типов взаимодействия с болезнью помимо адаптационного аспекта, большую роль играют механизмы психической адаптации, а также аффективные расстройства: страх, тревога, депрессия. Эмоциональное реагирование при адаптивном типе взаимодействия с болезнью не носит характера патологического. Это беспокойство, но не чрезмерный страх, не чрезмерная тревога, а та, которая ориентирована на преодоление болезни. Деадаптивные типы взаимодействия с болезнью по существу представляют собой варианты невротозов, то есть таких заболеваний, которые возникают под действием психического фактора, и в основе которых лежит внутриспсихический конфликт между двумя полярными тенденциями или мотивами. При невротическом типе взаимодействия с болезнью на сознаваемом уровне находится страх перед болезнью, стремление к выздоровлению, к снятию, прежде всего, тех проявлений, которые вызывают наибольшие страдания пациента, например, боль. Эта потребность в избавлении от болезни является единственной в психике больного на осознаваемом уровне, и тогда он приходит к врачу. Но при взаимодействии с врачом становится понятно, что существует и другое стремление, на подсознательном уровне, это стремление сохранить свою болезнь. При невротическом типе взаимодействия с болезнью на подсознательном уровне существует нозофилия в виде потребности поддержания болезни, но так как социум осуждает нозофилические потребности, то у человека возникает чувство вины — он вступает в этические противоречия. Нозофилия является как бы тем рычагом, который удерживает болезнь.

Для невротического типа взаимодействия с болезнью характерны особые формы поведения: сочетание так называемых охранительных форм поведения с расширительными и их периодическая смена, когда в одних случаях преобладают охранительные, а в других расширительные формы поведения. Охранительные формы — те, которые направлены на сохранение здоровья, например, тщательное мытье посуды перед едой, мытье рук, соблюдение определенного гигиенического режима, избегание каких-то вредностей чрезмерной физической нагрузки. Расширительные формы поведения — те, которые подвергают жизнь опасности: употребление алкоголя, наркотиков, курение, малоподвижный образ жизни, особая форма пищевого поведения — переедание, отказ от соблюдения режима, отказ от приема лекарств, когда этот прием необходим. При охранительном поведении, напротив, наблюдается чрезмерная пунктуальность в соблюдении приема лекарств. При невротическом типе взаимодействия с болезнью эти варианты поведения комбинируются в зависимости от того, какая из мотиваций доминирует в данный момент — нозофилическая или нозо-фобическая, функционирующая на уровне сознания.

Следующий тип взаимодействия с болезнью — психосоматический. Это тоже форма невроза и название его объясняется тем, что он часто встречается у больных с психосоматическими расстройствами, такими как сердечно-сосудистые заболевания. На осознаваемом уровне функционирует так называемый синдром отрицания. На неосознаваемом уровне — чувство депрессии, страх перед болезнью, достаточно выраженная нозофобия, которая часто связана с субъективным признанием неизлечимости своего заболевания. Именно страх перед неизлечимостью своего заболевания по механизмам психологической защиты порождает синдром отрицания. Внутри этого интрапсихического конфликта тоже часто присутствует чувство вины, но

уже вины не за то, что используется позитивный смысл болезни, а за то, что заболевание человека является следствием его прежнего стиля жизни и является расплатой за неправильно прожитую жизнь. Для больных с психосоматическим типом взаимодействия с болезнью характерно преобладание расширительных форм поведения: отказ от приема лекарств, стремление избегать всяческих обследований, нерегулярное посещение врача, позднее обращение за медицинской помощью. Это, вероятно, связано с тем, что больной стремится доказать всем и, прежде всего, самому себе, что никакого заболевания у него нет.

Очень характерен этот тип взаимодействия с болезнью для онкологических больных. Несмотря на то, что эти типы взаимодействия с болезнью очень разные, их внутренняя структура схожа: они похожи на перевертыши один относительно другого.

Промежуточный или аффективный тип взаимодействия с болезнью не имеет в основе психологических механизмов внутри-психического конфликта. Доминируют в нем эмоциональные переживания, такие как страх, тревога и депрессия, чувство непоправимой беды, неминуемого конца. Там, где преобладает тревога и страх, очень характерны расширительные, причем чрезмерно, формы Поведения, а там, где доминирует депрессия — или пассивное подчинение указаниям врача, или расширительные формы.

Условно-адаптивный тип взаимодействия с болезнью — по форме функционирования пациента очень напоминает психосоматический, — болезнь, как бы игнорируется, однако, это происходит не вследствие внутриспсихического конфликта, а из-за того, что у пациента отсутствует информация о болезни. Информация, идущая от его тела, например, в виде болевого или неболевого синдрома не доходит до сознания больного. В другом случае, пациенту сообщили, что он болен, сообщили диагноз заболевания, но не сказали, как он должен себя вести, что делать, к чему может привести его заболевание. При профессиональном обследовании у человека обнаруживается артериальная гипертензия, ему ставится диагноз «гипертоническая болезнь» и советуется проводить лечение. Но он этого не делает, потому что большинство знакомых ему людей тоже больны гипертонической болезнью, и он воспринимает это как вариант возрастной нормы. Внешне это выглядит, как психосоматический тип взаимодействия с болезнью, но на самом деле, с больным просто не проведена соответствующая работа.

Выделение типов взаимодействия с болезнью ориентировано на выделение неких психологических механизмов, прежде всего, при дезадаптивных типах, и если типы отношения к болезни ориентированы на биологическую терапию, то раскрытие психологических механизмов, лежащих внутри, механизмов формирования типов взаимодействия с болезнью позволяет создавать психотерапевтические технологии и определять особенности взаимодействия врача любой профессии при работе с такими больными.

Возвращаясь к модели адаптационного образа болезни, можно выделить несколько характеристик, которые во многом определяют взаимодействие человека с окружающим миром и самим собой в зависимости от того, что он изберет, как причину своего заболевания. Абсолютное большинство людей склонно к занятию экстрапунитивной позиции по отношению к причине заболевания. Это означает, что они считают виновным в их болезни окружающий мир — внешнеобвинительная позиция. Сюда относятся: самая часто встречающаяся причина — переживаемые эмоциональные стрессы (имеется ввиду, конечно, хронический дистресс, в котором, как правило, оказываются виноваты окружающие люди), среда, время, в котором живет человек. Например, «...я воспитывался в очень трудных условиях, потому что мой отец погиб на фронте, и мы жили крайне трудно...» Здесь нет прямого обвинения в адрес людей, которые убили отца, но есть своеобразное обвинение в адрес того времени, в котором ему пришлось жить. В качестве других причин могут быть: экологическая обстановка, в которой жил человек, производственные условия (какие-то вредности — шум, загазованность, проникающая

радиация, химически активная среда, тяжелые физические нагрузки). Нередко причины заболевания лежат в сфере межличностных отношений — неудачно сложившаяся личная жизнь, конфликт, ссора, холодность и непонимание детей, чувство одиночества, утрата кого-то из близких. В последней ситуации иногда возникает позиция, противоположная экстрапунитивной — интрапунитивная, то есть самообвинительная. Человек начинает винить себя в смерти близкого, в своем недостаточном внимании к нему.

При одном и том же заболевании разные больные могут по-разному оценивать причину и трактовать ее. Например, каждому из двух больных с гипертонической болезнью врач сказал, что гипертоническая болезнь возникла у него в силу того, что есть наследственная отягощенность к этому заболеванию и по линии матери, и по линии отца, что его работа на протяжении жизни была связана со стрессами, и он находился на протяжении многих лет в состоянии хронического дистресса, что у него была низкая физическая активность и его питание содержало чрезмерное количество соли. Но какая может возникнуть интерпретация? У первого больного интерпретация будет такая:

«...То, что я имею наследственность по гипертонии, то я в этом не виноват, я же не выбирал своих родителей, это не зависящий от меня факт; то, что я находился в хроническом стрессе, так поработали бы вы с моим начальником, с которым я работаю уже двадцать лет и я бы посмотрел, чем бы вы заболели. Трудно остаться спокойным, работая с таким. Да, я мало двигался, потому что он требовал от меня очень большой объем работы, сам бездельничал, а я работал. Когда мне было заниматься физкультурой, когда я все время на работе. Да, я питался неправильно, но каково питание в наших столовых? Разве я там могу выбирать соленое или не соленое — там какое дадут, такое и ешь...» Здесь откровенно внешнеобвинительная экстрапунитивная позиция.

У второго больного интерпретация этой информации уже другая:

«...Я сам виноват в том, что бездарно относился к своему здоровью, мне надо было просто понять, что так, как я живу, так как я работаю, рано или поздно закончится тяжелым заболеванием, надо было давно многое поменять, надо было встретиться с доктором 20 лет назад и получить какие-то советы, но я не удосужился взять и полистать журнал «Здоровье» и почитать, какие болезни могут возникнуть от такого образа жизни, который я веду...»

Здесь все эти же слова доктора интерпретируются в ином контексте, в контексте принятия вины на себя. Даже наследственность может быть интерпретирована в факте самообвинения: «...зная, что мои родители были больны и умерли от гипертонической болезни, мне еще в юности следовало призадуматься, что мне следует сделать, чтобы так же, как и им не заболеть гипертонической болезнью». И, наконец, возможна средняя позиция, когда принимается решение, что вообще никто не виноват. Это импунитивная позиция.

В ряду конкретных причин, которые возникают при интрапунитивной позиции, — недостатки человеческого характера, неправильный образ жизни, неправильно прожитая жизнь, неумение просчитывать какие-то варианты. Но бывает очень сложная конструкция причин, когда внешне позиция — самообвинительная, которая предъявляется врачу и окружающему миру, а внутренняя — реальная — позиция внешнеобвинительная. Например, больной говорит врачу, что во всем виноват его характер (интрапунитивная позиция), дальше идет расшифровка черт характера: «...я не выношу лжи, я не умею говорить за глаза одно, а в глаза другое, это не нравится людям...» При этом человек забывает, что правда — это понятие субъективное,

абсолютных правд не так уж много. Правда, что сейчас декабрь 1996 года в данной точке Земного шара? Но где-то другое летоисчисление и другой год. Значит и правда может быть относительной. И выражение «люди не любят правды» означает, что люди не принимают ту правду, которую представляет пациент. Это перечисление особенностей своего характера дает врачу другое понимание этого пациента, ведь на самом деле пациент говорит, что у него прекрасный характер и что виноват в своей болезни не он, а те люди, которые не смогли оценить этот характер. Это двойная конструкция, которая внешне содержит самообвинительную позицию, а внутри (поведение и чувства больного) — внешнеобвинительную. Поэтому внутреннюю позицию можно назвать реальной позицией.

Какое это имеет отношение к терапевтическому процессу? Если в болезни человека виноваты окружающие люди, то, по логике вещей, они должны взять на себя ответственность за лечение, они должны сделать все, чтобы человек поправился. Таким образом, снимается активность пациента в лечении, возникает то, что в медицине часто называется рентной позицией: «Вы меня сломали — извольте теперь меня содержать». «Общество изувечило меня, теперь пусть отвечает за свои действия!» В процессе лечения также исключается активная позиция такого пациента, так как врач часто рассматривается как часть этого общества и он тоже должен нести ответственность и часть вины за то, что случилось с пациентом. Он является объектом проекции этого общества. «Мой муж алкоголик и искалечил мою жизнь. Вот, Вы — врач, и когда же, наконец, ваша медицина научится лечить пьяниц? Если Вы не умеете этого делать, то Вы тоже виноваты в том, что моя жизнь не состоялась».

Можно вспомнить сцену из прекрасного фильма «Доживем до понедельника», где учитель, мучающийся с учеником, говорит матери: «Ему надо не ноги развивать, а голову надо развивать, не танцевать, а тренировать свой ум». Разгневанная мать с ущемленной гордостью говорит: «А что Вы хотите, он ведь из семьи потомственных алкоголиков, у него дед—алкоголик, отец—алкоголик, прадед—алкаголик!» Это производит и на героя фильма — учителя, и на зрителя сильное впечатление. Учитель растерян, чувствует себя виноватым. Но автору книги в такой момент хотелось бы задать этой матери жестокий вопрос, о чем она думала, когда выходила замуж за потомственного алкоголика с намерением создать семью и рожать от него детей? Ответственность в действительности лежит на этой женщине, а она полностью переносит вину на социум, в том числе и на учителя, который дает «не те советы». Но во вспышке гнева и агрессии, которые выдала эта женщина, присутствует еще чувство скрытой вины, она, видимо, понимает и чувствует, но до уровня ее сознания это не доходит. Чувство вины выливается в агрессию, поэтому не следует ей задавать столь жестокие вопросы, но в этом случае психотерапевтическая работа должна быть гораздо более тонкой и сложной. Простое обвинение в ее адрес приведет к вспышке взаимных обвинений, что способствует возникновению так называемого

эмоционального барьера и, безусловно, помешает прийти к общему соглашению для блага дела.

Если пациент занимает интрапунитивную позицию, которая носит чрезмерный характер, то здесь речь может идти о возникновении депрессии — пониженного настроения, и врач должен работать со снятием чувства вины и со снятием депрессии.

Модель болезни — это те симптомы, которые предъявляются в качестве болезни, и эта модель также зависит от того, что сам человек принял в качестве болезни. Модели болезни бывают очень искаженными, иногда врачу предъявляется набор второстепенных признаков. В модели болезни существует три уровня:

— первый, который предъявляется спонтанно, — «это признаки первого порядка», это то, что лежит на поверхности, в то же время, это очень информативные «признаки»;

— второй — признаки, которые возникают при активном целе-направленном опросе, «это признаки второго порядка»;

— третий — признаки, которые можно заметить только путем наблюдения за пациентом, здесь большую роль играют невербальные характеристики.

В одном из направлений психоанализа — транзактном анализе — громадная роль отводится при работе с пациентом наблюдению за его мускулатурой, мимическими мышцами, позами, движениями. Со свойственной афористичностью и метафоричностью языка Эрика Берна, основателя этого направления, говорится, что это «работа до сфинктера», то есть до глубины всех мышц. Например, больной очень почтительно выслушивает врача, кивает головой, поддакивает, но при этом у него ироническая улыбка, врач сразу получает нужную информацию о том, что сейчас происходит. Ранее нами уже говорилось о понятии алекситимии, и в числе признаков алекситимии была выделена склонность больных при описании своей болезни оперировать второстепенными признаками. Кроме того, на адаптационный образ болезни оказывают влияние и другие факторы, например, трудность регистрации каких-то симптомов, низкий интеллектуальный уровень пациента, возрастные особенности, культуральные особенности и т.д. Например, больные редко предъявляют жалобы на повышенную раздражительность и агрессивность, потому что быть агрессивным в обществе не нормативно.

Очень своеобразна модель болезни, в числе причин которой выдвигаются причины эзотерического характера: сглаз, порча, наговор. Тогда появление того или иного симптома связывается с влиянием какого-то злого человека или явления.

В зависимости от причин происходит ориентация третьего блока адаптационного образа болезни. Здесь очень важны внутренние и личностные особенности пациента, его картина мира. Часть больных ориентирована только на биологическую терапию, и чем она интенсивней —

в виде внутривенных инъекций, капельниц, новых лазерных лечебных технологий — тем лучше, тем активнее она воспринимается. Если больной воспринимает свой организм как биологическое образование, то его ориентация будет на чисто биологическую терапию. Другие пациенты в своей картине мира видят природу как нечто целительное — тогда ориентация на лечение травами и лекарствами, изготовленными из трав, купание в источниках, в целебных грязях. Если пациент воспринимает свое заболевание, как связанное с психологическими причинами, если его картина мира носит психосоматический характер, то он будет ориентирован на современные методы психотерапии. Прогноз исхода заболевания часто носит двойственный характер. Пациент может предъявлять и достаточно оптимистический прогноз, а из его отдельных высказываний можно увидеть, что это прогноз пессимистический. Если прогноз нереалистически оптимистичен, то, скорее всего, действуют механизмы психологической защиты. Прогноз может быть и излишне пессимистичен, что следует рассматривать как выражение тревоги и страха. В этом случае может функционировать своеобразный синдром отрицания, тогда больной отказывается от какого-либо прогноза, как бы живя по принципу «здесь и сейчас» в утрированном варианте этого понятия, которое не следует понимать как отказ от размышлений о прошлом и будущем, а как сосредоточение на переживаниях данного момента. И вот, человек начинает жить, как будто это его последний день.

Во всех этих вариантах терапевтическая работа врача может быть ориентирована на то, что лежит в основе всех защитных образований — тревогу и депрессию, на их снятие или уменьшение.

ПСИХОЛОГИЯ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ВРАЧА И БОЛЬНОГО (коммуникативные процессы в диаде врач—больной)

Коммуникация — способ взаимодействия людей для передачи информации. Можно предположить, что одной из задач коммуникации в процессе врач—больной является осуществление не только чисто информационной функции, но еще двух. Одна из них — способ преодоления одиночества, создание мира, в который кроме самого человека (больного) включаются и другие люди, и это есть возможность расширить личную, персональную Вселенную. Коммуникация — это, прежде всего, взаимодействие, само присутствие рядом другого человека уже предопределяет передачу информации и невольно функционирование человека построено так, чтобы облегчить или затруднить другому человеку прием этой информации. Например, так называемое «каменное» амимичное, маскообразное лицо, когда человек как бы закрывается забралом, чтобы другие люди, те, с которыми он общается, получили как можно меньше информации. Однако и в этом случае они получают информацию — о том, что человек не хочет передавать им информацию, что он закрыт. То есть, полностью исключить передачу информации при взаимодействии с людьми невозможно никакими способами. Следующая задача коммуникации, помимо передачи информации и способа избежать одиночества, это осуществление призыва к помощи. Стержень взаимодействия врач—больной как психологического коммуникативного феномена и есть реализация попытки больных призыва к помощи. В главе о паралингвистике уже говорилось, какую важную роль в процессе общения играют невербальные элементы. Известный исследователь психолингвист Меробян считает, что с помощью речи передается только 7% информации, 38% информации передается паралингвистическими элементами, то есть тем, как эти слова произносятся, и 55% — выражением лица. Еще очень большую информативную нагрузку несут позы, жесты, движения рук и ног. Значимую информацию о другом человеке несут и такие элементы, как одежда этого человека, прическа, аксессуары одежды. Все это участвует в коммуникативных процессах.

Какие же факторы оказывают влияние на общие процессы взаимодействий, в том числе на взаимодействие врач—больной?

1. Выражение лица.

2. Дистанция общения. В главе, где говорилось о территориальном поведении упоминалось о дистанций межличностного общения: приближенность, отдаленность или оптимальность расположения собеседника тоже либо облегчает, либо затрудняет или вообще делает

невозможным общением. Вряд ли представляется возможным серьезное общение на расстоянии 2-х км без помощи средств связи.

3. Социально-психологические факторы и механизмы психологической защиты. Действие последних в коммуникативных процессах играют большую роль. Так, например, механизм интроекции способствует коммуникативным процессам. Это своеобразное деление людей на «наших» и «ненаших». С «нашими» просто и легко, с «ненашими» трудно и враждебно. Здесь проявляется и преодоление одиночества, и осевое свойство человеческой психики — упрощение мира, наполненного только «нашими» и «ненашими».

4. Элементы социальной привлекательности людей — что привлекательно в той или иной социальной среде. Например, в среде ученых — это талантливость и одаренность, профессионализм, в студенческой среде — это определенные манеры держаться, принадлежность к какой-то группе, то есть то, что определяет социальный статус.

Красивым людям легче устанавливать первоначальные контакты с другими людьми, чем тем, которые воспринимаются как уродливые. Перефразируя известную поговорку, можно сказать, что «встречают по лицу, провожают по душе». На первых этапах коммуникации внешность имеет большое значение из-за лица, которое несет больше половины информации.

Существует понятие «социальное восприятие». Взаимодействуя с людьми, человек ориентируется на какие-то их личностные характеристики. Здесь очень легко может проявиться феномен конформизма. Если человек встречается с другим человеком, репутация которого характеризует его как смелого, энергичного, решительного, то и восприятие этого человека, легко будет «видеть» именно эти качества и значительно труднее — те качества, которые говорят об обратном. Если одного и того же человека, имеющего определенный набор характеристик, оцененных экспертами, показать двум разным группам людей (это эксперименты известного психолога Аше, занимавшегося проблемой конформизма) и при этом характеризовать одной группе как деловитого, общительного, энергичного, смелого, а другой группе людей — как человека рассеянного, неуклюжего, плохо говорящего, то обе группы воспримут одного и того же человека так, как им его представили, соответственно установке. Это имеет большое значение в диагностической работе врача. Если более профессионально подготовленный и опытный врач предложит молодому врачу посмотреть у этого больного такие-то признаки, такие-то черты характера, — «больной очень нетерпелив, очень боится боли, очень раздражителен, плохо переносит боль..., посмотри его просто и опиши, а то мне сейчас некогда...», — то есть очень высокая вероятность того, что молодой врач, работая с этим пациентом, отметит именно эти черты. Такое же деление людей на определенные категории: «язвенник», «сердечник» и т.п., с соответствующими конституциональными, физиогномическими, поведенческими характеристиками, наводит врача на восприятие этого

пациента именно через предложенный набор характеристик. Это явление социально-перцептивного конформизма называется «эффектом ореола».

Для студентов важно помнить о существовании эффекта первичности: если молодой человек на первых годах учебы проявит очень высокую успеваемость и хорошее качество работы, то ему гораздо легче в дальнейшем прощают неверные ответы, пропуски, сниженную успеваемость. Все это рассматривается через эффект первичности как случайность, и ему продолжают выставлять положительные оценки. Точно так же врач, хорошо зарекомендовавший себя на первых порах, имеет снисхождение со стороны коллег к своим промахам, пока сказывается эффект первичности. На социальное восприятие при общении оказывает влияние так называемая каузальная атрибуция — когда человек воспринимает поступки другого человека и рассматривает их, как имеющие какие-то причины: такая была ситуация, такая у него личность. Поэтому, говоря о поведении пациентов, можно говорить о трех формах поведения, оказывающих влияние на взаимодействие врач—больной:

1) постоянное поведение — когда человек в похожих ситуациях поступает одинаково и похоже на других,

2) необычное поведение — если человек в сходных ситуациях ведет себя не так, как другие,

3) отличающееся поведение — если в сходных ситуациях человек ведет себя каждый раз по-разному.

Врач, оценивая поведение пациента, старается найти элементы постоянного поведения, необычного и отличающегося поведения, стремясь, прежде всего, выяснить, каково постоянное поведение, при этом оно приписывается внутренним причинам, например, особенностям личности человека. Необычное поведение врач склонен приписать не изменившемуся внутреннему состоянию человека, а каким-то внешним обстоятельствам, по принципу «довели». В этот момент врач должен подумать, не узнает ли он именно сейчас какие-то важные глубинные настоящие вещи об этом человеке, какую-то чрезвычайно важную информацию. Может быть, то поведение, которое он наблюдал достаточно долгое время, было не постоянным поведением этого человека, а именно растянутым во времени процессом приспособления к взаимодействию с врачом. Потом эта адаптация наступила, поведение вошло в привычное русло, и врач увидел более характерный облик этого больного — оказалось, что он напорист, энергичен и груб в общении, каким он не был, когда его привезли в стационар или когда он сам обратился за помощью. Врач склонен приписать эту грубость каким-то небывалым обстоятельствам и поэтому спрашивает больного: «А что у Вас сегодня произошло?» Может быть, в этой ситуации адекватней задать себе вопрос: каков этот человек, может это и есть подлинная постоянная форма его поведения. Но здесь срабатывают эффект ореола и эффект первичности, и в этом свете первоначальное поведение больного будет считаться постоянным, а последующее — изменившимся, хотя в

реальности все может быть наоборот. Кроме того, врач с помощью своих психологических защит может не придавать большого значения новым формам поведения и значимыми остаются только первичные формы поведения больного.

На социальное восприятие большое влияние оказывают установки. Они имеют три измерения: когнитивное (познавательное), аффективное и поведенческое. *Когнитивное* измерение включает те мысли, предположения человека, которых он придерживается относительно тех или иных людей, особенностей их характера, позволяющих создать умозрительный образ восприятия. *Аффективная* составляющая — это то, что связывает мысли человека с его индивидуальной системой установок: что он любит, что не любит, они придают этим мыслям окраску или удовольствия и радости, или злобы и страха. *Поведенческая* установка предполагает реакцию человека, которая соответствует его убеждениям, мыслям и переживаниям. Врач, общаясь с больным, может испытывать страх перед конкретным заболеванием, потому что предшествующий опыт лечения этого заболевания был неудачен. И врач отодвигается от этого больного, передает его другому врачу, направляет его в другое учреждение. Врач делает все то, что может уменьшить его страх перед этой ситуацией. Сначала это был когнитивный процесс — установление диагноза, затем — аффективный (врач испугался), потом поведенческий — он направил больного к другому врачу.

Как возникают установки, и как они функционируют. Большую роль в создании установок играет окружение человека, семья. Если в семье принято говорить, что люди с тонкими губами злопамятны, коварны, отличаются скверным характером, то человек получает определенную социально-перцептивную установку при восприятии пациента с такими губами. Обычно к тридцати годам происходит окончательное формирование этих установок и далее их трудно менять.

Можно выделить осевые установки — центральные и периферические. Центральные установки касаются осевых характеристик человеческой личности, периферические — второстепенных. Этот факт во многом ставит под сомнение некоторые известные и хорошо разработанные в конце прошлого века методы психотерапии, например, так называемую рациональную психотерапию — психотерапию переубеждением. В своем традиционном варианте этот вид психотерапии малоэффективен. Если системой логических доказательств пытаться переубедить больного в том, что у него нет рака желудка (показывая рентгеновские снимки, приводя примеры из своей врачебной практики), то можно не получить никакого положительного эффекта, потому что в картине мира этого пациента признаки рака и методы диагностики совсем другие. Он убежден, что наличие постоянной ноющей боли в эпигастральной области, тошнота — несомненные признаки онкологического заболевания, кроме того, из своего мифа о болезни пациент знает, что рентгеновское исследование способно выявить этот диагноз только тогда, когда поздно что-то менять. Кроме того, у

этого больного сосед тоже ходил по врачам, ему говорили, что у него гастрит, а умер он от рака. Опыт показывает, что рациональная психотерапия практически никогда не дает эффекта. Это не значит, что врач не должен информировать пациента об отсутствии опасности тяжелого заболевания. Напротив, необходимо дать ему подробную информацию, и если страхи и подозрения пациента не рассеются, то передать его специалисту — психотерапевту.

В психиатрии, психотерапии и медицинской психологии, последних двух десятилетий активно разрабатываются новые аспекты взаимодействия врач—больной через те новые находки, которые были сделаны психолингвистикой, паралингвистикой и так называемым нейролингвистическим программированием (НЛП).

Однако по-настоящему научная система разработки взаимодействия врач—больной принадлежит психоаналитической школе, где процесс этого взаимодействия являлся чуть ли не основным звеном учения. Психоаналитической школой были введены понятия «сопрг тивление», «перенос» (или «трансфер»), «контрперенос», «лечебный альянс». Открытия психоаналитиков, несмотря на то, что они имеют специфическую психоаналитическую трактовку через функционирование либидо во взаимодействии пациента и врача, играют большую роль и в настоящее время. Процесс взаимодействия врач—больной рассматривался разнопланово: с одной стороны, активизирующие, вытесненные желания, чувства, мысли и с другой стороны, возможность проекций на врача комплексов переживаний.

Этапом, следующим за психоаналитическим, можно считать систему эмпирических находок великого американского психотерапевта Милтона Эриксона. В своей практической работе он огромнейшую роль отводил паралингвистическим и другим невербальным компонентам общения. Во многом работы классиков нейролингвистического программирования (НЛП) отправной точкой имели книги, семинары М. Эриксона. В определенной степени можно сказать, что это была форма научного описания многих эмпирических находок, сделанных М. Эриксоном. Уместно привести случай, когда проблема пациента была выявлена Эриксоном только на основании одного невербального коммуникативного компонента. Некий мужчина наблюдался у многих врачей, которые не смогли ему помочь, поэтому он очень сомневался в помощи Милтона Эриксона. Пациент ожидал какого-то заключения от врача, но прозвучал странный вопрос: «А давно ли Вы стали носить мужскую одежду?» Милтон Эриксон заметил, что когда пациент огибал шкаф, он двигался так, как это бы сделала женщина, боясь повредить молочные железы.

Все эти исследования привели к тому, что врачи любых специальностей получили очень важный совет — врач должен уметь видеть, чувствовать, осязать, слышать грамотнее и лучше, чем пациент. Врач должен владеть техникой метакоммуникации, то есть не только коммуникацией с помощью

слов, а читать общий смысл коммуникации, учитывая все невербальные компоненты общения.

Так в НЛП возникло понятие о репрезентативных системах, то есть системах, которые считывают информацию из окружающего мира: это визуальная, аудиальная, кинестетическая, обонятельная и осязательная. Еще раз было показано, что одно и то же явление из окружающего мира люди воспринимают совершенно по-разному, хотя и предполагают, что это и есть идеальный слепок с реального мира. Существует необычная вещь в психологии человека: есть некоторые истины, которые человечество слышит ежедневно на протяжении 30—40 веков, и все равно каждый раз это слышится, как совершенно новое. Идея о субъективности мира восходит даже не к философским традициям Древней Греции, она родилась значительно раньше в философии Китая и других восточных философиях, но, тем не менее, проблема субъективности мира каждый раз открывается каждому человеку заново на собственном опыте.

Как врач воспринимает пациента? В силу своей позиции эксперта он устанавливает это не как личное восприятие, а как некую абсолютно объективную реальность, не имеющую других форм толкования. Это тоже очень важный прием упрощения мира. Трудно все время помнить, что человек живет в мире, который воспринимается им так, как больше не воспринимает никто его, и все, кто его окружает, воспринимают этот мир по-своему. Понимание этого опять приводит к чувству одиночества, к ситуации необитаемого острова. Это столь тяжелая для человека проблема, что он перерабатывает ее с помощью защитных механизмов, и человечество каждый раз заново должно открывать эту идею, чтобы потом вновь прибегать к защитным механизмам.

Учение НЛП во многом строится на анализе репрезентативных систем. Люди говорят об одном и том же, и каждый слышит это совершенно по-разному. При анализе репрезентативных систем были раскрыты некоторые приемы, с помощью которых, можно оценить: какая ведущая, и репрезентативная система имеется у пациента, можно получить «ключи доступа» к сознательной и бессознательной сфере пациента.

Глаза, поднятые одновременно вверх и налево — это зрительный эйдетический образ (для правой). Если попросить пациента что-то вспомнить, то он сделает движение глазами вверх и налево, при доминировании зрительной репрезентативной системы. Если попросить пациента представить современный нарядный автомобиль одной из последних марок (сконструированный образ), то у этого же пациента будет замечено движение вверх и направо. Можно задать человеку вопрос и определить, что он сейчас делает: вспоминает или конструирует (придумывает). Расфокусированные глаза означают то, что пациент видит зрительный образ. Глаза, обращенные просто налево, означают слуховые (аудиальные) воспоминания, направо — сконструированный аудиальный образ. Можно попросить пациента представить голос Мефистофеля и он

отведет глаза направо. Глаза вниз направо — это аудиальные представления типа эйдетических образов, глаза вниз и налево — это кинестетические представления.

В речи больных с одной из доминирующих репрезентативных систем будут использоваться слова, характерные для этой системы: «я чувствую, я вижу, я слышу». Два человека, войдя в одну и ту же комнату, могут сказать разное: один скажет, что он слышит здесь что-то интересное, другой скажет, что он видит здесь что-то интересное, из чего можно сделать вывод об их доминирующих репрезентативных системах. Эти люди воспринимают мир по-разному.

Эти «ключи доступа» позволят врачу понять, когда перед ним рассказ—воспоминание, а когда перед ним рассказ—конструкция. Конечно, обличение пациента во лжи — бессмысленное занятие, общение в этом случае затруднено, но врач должен для себя замечать, где пациент говорит правду, а где по каким-то совершенно разным причинам — нет. Кроме того, сконструированные истории, которые выдают пациенты, в большинстве случаев не относятся к категории лжи, то есть к сознательному мыслительному обману. Как правило, это сложная и неоднозначная реконструкция, на которую влияет огромное количество факторов. Тем не менее, эти ключи очень важны. Например, человек описывает свой сердечный приступ и в первом случае, когда он вспоминает подробно о своих ощущениях, врач получает фотографический снимок, а во втором, когда он, пользуясь сценами из кинофильмов, чужими рассказами, конструирует приступ, получается картина, написанная многими художниками. Информативность и первого, и второго рассказов высоки. Во втором случае в целях лечения врачу предстоит переформировать «выдуманную» картинку больного в желательном для врача направлении.

В нейролингвистическом программировании при общении врача и больного часто используется прием зеркала, когда больному возвращаются его слова с его же интонацией, чтобы он мог их по-другому услышать и почувствовать.

В коммуникативном процессе врач—пациент большую роль играет процесс эмпатии. Когда пациент имеет право выбора врача, то он нередко останавливает свой выбор на эмпатийном враче — не на том, который более квалифицирован, но холоден и точен, а на том, который способен сопереживать. Эмпатия — это способность чувствовать те чувства, которые испытывает больной и в какой-то степени переживать их. Из-за того, что слова содержат всего 7% информации, изображение эмпатии в виде слов: «я понимаю Вас, я сочувствую Вам» должно сочетаться с паралингвистическими элементами, которые могут либо усилить чувство эмпатии (и тогда больной поверит врачу), или сильно его ослабить. Правда, есть пациенты, которые любят, чтобы их обманывали, но часто это люди, которые почти не встречались с подлинным сочувствием или очень разочарованные в чувствах других. Такую неправильную установку

пациента, видимо, врач не имеет права эксплуатировать. Нельзя людей фальшиво жалеть и фальшиво любить.

Испытывать эмпатию — не означает, что врач должен входить с состоянием столь же тяжелой депрессии или страха, которые испытывает пациент; есть граница эмпатийного присоединения, за которой самому врачу уже понадобится помощь. По этим же причинам врачу не следует лечить своих родственников и своих близких.

Одной из самых необходимых характеристик врача является его способность к эмпатии, но не к игре в эмпатию. Все люди актерской профессии делятся на две категории: тех, которые изображают жизнь и живут очень долго, и тех, которые живут жизнью своих героев в фильме, в спектакле и живут мало, потому что несколько раз умирают вместе со своими героями, моделируя свою собственную смерть.

Для врача очень опасна такая глубина эмпатии, когда присоединяется психосоматика. Врачом Кэноном была разработана идея вуду-смерти: человеку, приговоренному к смерти, на шею вместо топора выливают воду, он умирает и при вскрытии обнаруживается, что во внутренних органах — те же самые изменения, которые могли бы быть при сильном кровотечении. Организм может моделировать смерть, он имеет модель, клише смерти. Это особенно опасно для тех врачей, которые работают с тяжелыми больными, поэтому искусство и профессионализм врача заключается в соблюдении этой тонкой грани между эмпатией и профессиональным отстранением от пациента.

Именно по причине эмпатии даже самые совершенные ЭВМ никогда не заменят живого врача. ЭВМ может точнее поставить диагноз, вычислить оптимальную схему биологической терапии, но машина не может быть эмпатийной.

Одной из главных форм взаимодействия врача и больного является призыв к помощи. Этот призыв может быть очень разным по содержанию, может быть выражен как в вербальных, так и в невербальных формах. Например, если у пациента есть внутриспсихический конфликт: на сознательном уровне — нозофобия, на бессознательном — нозофилия, то призыв к помощи будет носить сложный характер. Первое звучание будет типа: «спасите, помогите, облегчите мне состояние», а второй призыв — «но все-таки сохраните мне маленькую болезнь». И для заключения терапевтического альянса, то есть такой формы взаимодействия врача и пациента, в которой на бессознательном и сознательном уровнях мотивации врача и пациента совпадают, где они одинаково хотят одного и того же, где поведение пациента конструктивно и ориентировано на выздоровление и на помощь врачу, нужно уметь прочитывать призыв к помощи. Молодые врачи предполагают, что, когда к ним приходит пациент, он достаточно однозначен, он приходит лечить какую-то болезнь — боль в животе, одышку или кашель, или головную боль. Но это лишь маленькая вершинка айсберга, на самом деле, в большинстве случаев призыв к помощи — это не призыв к

снятию симптомов. Призыв заключается в понимании. Могут быть совершенно парадоксальные призывы к помощи, типа: «отстаньте от меня, Вы можете сделать самое лучшее для меня — отойти от меня», как это бывает при психических заболеваниях. Поза кататонического больного, эмбриональная поза с сопротивлением медицинскому персоналу — это выраженный призыв к помощи. Он может быть прочитан так: «дайте мне побыть в полной безопасности».

Призыв к помощи, помимо понимания, ориентирован еще и на потребность в безопасности. Он может содержаться и в таком девизе: «помогите мне обмануть самого себя!» В транзактном анализе есть понятие надписей на майках, когда на передней части майки декларируется одно, а на задней части — прямо противоположное. Это как бы предъявляемое и реальное. Часто в этом случае спереди на майке написано: «Доктор, помогите мне», а сзади — «Доктор, я хочу быть обманутым, я хочу не знать, что я могу умереть». Очень редко призыв к помощи имеет одинаковое звучание и на спине майки, и спереди. Работать с таким пациентом легко.

Можно представить себе ситуацию, в которой пациент приходит к стоматологу с острой зубной болью для удаления зуба. После посещения одного стоматолога пациент говорит, что тот прекрасно удаляет зубы, что он не почувствовал боли, а про другого, — что тот не умеет удалять зубы, потому что тянул два часа. Если проверить с хронометром в руках, то выяснится, что они уложились почти в одно и то же время; все дело в том, что больной пришел к врачу не столько за удалением зуба, не столько за прекращением боли, сколько за тем, чтобы понимали, как ему плохо, как ему тяжело, как он не спал сегодня ночью. И тот врач, который продемонстрирует понимание этого, будет взаимодействовать более эффективно. Кстати, отсюда выражение «умеет заговаривать зубы». Это и есть выполнение заказа пациента.

Врач должен помнить не только о призыве к помощи, но и о содержании призыва к помощи. Понимание содержания призыва к помощи особенно трудно при работе с психически больным человеком, который окружающий мир воспринимает иначе, а людей, порой, — как монстров, безумцев, глупых. Слово «галлюцинация» означает слово «болезнь», и если в работе с пациентом сконцентрироваться на слове «галлюцинация», то окажется невозможным выполнить призыв к помощи. Больной просит не столько избавить его от голосов, сколько признать его равным человеком, имеющим все права жить нормальной человеческой жизнью. Для выполнения содержания заказа пациента необходимо работать, прежде всего, с его истинными чувствами, а не с мыслями и действиями. С ним легко можно заключить *психотерапевтический контракт*, в котором будет иметь место желание пациента не избавлять его от галлюцинаций, ибо он не считает эти голоса галлюцинациями, а желание избавить его от чувства страха, ужаса, подавленности.

Понятие призыва к помощи влечет за собой другое — пропитывание этого призыва и заключение, как мы уже сказали, с пациентом контракта. Этот контракт не определяет сумму оплаты его лечения, а отражает наиболее желательные для пациента изменения в состоянии здоровья и способы терапии. Этот контакт универсален для врача любого профиля. Работа по составлению коррекции контракта практически всегда поэтапна. И если в начале лечения пациент предлагает чаще всего симптомы или проблемы, известные его окружению (родным, друзьям и т.д.), то с осознанием своих проблем во время терапии происходит переформирование контракта. Следует помнить, что нарушение внутренней интеграции больного, когда еще многое «не прочитано сознанием», а врач уже предлагает работать, возможно, даже в нужном направлении, приводит к реакциям сопротивления, протеста и, порой, агрессии.

Оптимальный вариант, к которому нужно стремиться врачу каждой профессии при заключении контракта, — это достижение максимального *терапевтического или лечебного альянса*. Этот термин, как и многие другие термины, связанные с психологией отношения врача и больного, такие, как «перенос», «контрперенос», «сопротивление», «негативная психотерапевтическая реакция», «отреагирование» был предложен и введен теорией и практикой психоанализа, но в настоящем можно рассматривать понятие «терапевтический альянс» несколько шире, чем элемент психоаналитического процесса. Он может характеризовать ситуацию коммуникации и взаимодействия врача и его пациента вообще. Он может рассматриваться в этом качестве, как основанный на сознательном и бессознательном стремлении пациента к сотрудничеству с врачом и стремлением воспользоваться теми методами терапии, которые ему предлагает врач. Кроме того, в понятие терапевтического альянса следует включить и позицию пациента по отношению к лечению, которая должна носить достаточно интернальный характер. В этой позиции пациент берет определенную долю ответственности за результаты лечения, за характер и глубину терапевтического процесса. Такое определение терапевтического альянса не совпадает с определением, которое предлагается психоаналитиками, это понятие включает в себя только сознательную сторону процесса.

Если рассматривать ситуацию терапевтического альянса при лечении соматических заболеваний и связать это с типами взаимодействия с болезнью, то тогда можно отметить, что терапевтический альянс характерен именно для адаптивного типа взаимодействия с болезнью. Терапевтический альянс возможен также и при некоторых не резко выраженных вариантах аффективного или промежуточного типов взаимодействия с болезнью.

При дезадаптивных типах взаимодействия с болезнью возникновение терапевтического альянса возможно тогда, когда врачу удастся преодолеть, разрушить, переформировывать внутриспсихический конфликт противоположных мотиваций, лежащих в основе психологических механизмов этих дезадаптивных типов. Можно констатировать одну очень

важную вещь: врач любой профессии, во-первых, при взаимодействии с пациентом может обеспечить максимальный успех в ситуации достижения терапевтического альянса, во-вторых, для того, чтобы ему как можно чаще достигать ситуации терапевтического альянса, необходимо обладать определенными психотерапевтическими навыками, какой бы специальности он не был, потому что в его практике часто будут встречаться дезадаптивные типы взаимодействия с болезнью, и трудно себе представить, что в каждом соматическом отделении будет работать психотерапевт, на которого бы была переложена эта задача. Таким образом, это становится проблемой или задачей каждого врача-интерниста.

На основании того, что в понятие «терапевтический альянс» входит как сознательная, так и бессознательная части психических процессов в условиях болезни, не следует отождествлять терапевтический альянс только с сознательной стороной этого процесса, а именно с осознаваемым самим пациентом стремлением поправиться. На сознательном уровне пациент испытывает сильное желание быть здоровым, но позитивный смысл болезни и те эмоциональные, социальные и прочие подкрепления, которые он получает вследствие заболевания, блокируют терапевтический альянс, поэтому «терапевтический альянс» и активное сознательное стремление к лечению и выздоровлению не являются синонимами. Всегда нужны две составляющие — и сознательная, и бессознательная.

Нельзя также сводить понятие «терапевтический альянс» только к бессознательному уровню взаимодействия. В случае психосоматического типа взаимоотношения с болезнью на сознательном уровне идет отказ от лечения, но на бессознательном уровне — стремление вылечиться.

Следующая категория тоже взята из психоаналитической концепции — это *категория переноса*. Перенос в психоанализе во многом рассматривается, как появление в новой форме тех чувств, которые возникают по отношению к врачу и связаны с чувствами, пережитыми в детстве. С их помощью пациент идентифицирует врача с каким-то персонажем детства — отцом, матерью или другими родственниками. На врача «переносят» проблемы взаимоотношений с родителями. Позиция врача действительно во многом чем-то напоминает родительскую: беспомощный, больной человек, иногда вообще лишенный возможности ходить, и сильный, мощный человек, который должен «поднять его с постели». Это легко идентифицируется с образами ребенка и родителей. Поэтому, у больного возникает перенос на врача тех чувств, которые он испытывал в детстве. Переносом также называется перенос тех тревог, беспокойств, носящих не всегда рациональный характер, связанный вообще со страхами лечения и возникающий в результате культурального мифа о болезни. Страхи относительно своей болезни переносятся на врача.

Встречаются пациенты, которые не могут находиться в одной дружеской компании с врачами-онкологами, они испытывают дискомфорт, потому что врач-онколог является эмблемой тех страхов и опасностей, которые тревожат

и беспокоят человека, на протяжении многих лет боящегося онкологического заболевания. Тогда врач может столкнуться с реакцией агрессии, страха, причем страха не процедуры лечения, а страха самой личности врача.

При изучении переноса некоторые сторонники психоаналитического подхода рассматривают как перенос практически всю систему коммуникации врач—больной, заменяя, таким образом, понятие «коммуникация» понятием «перенос».

В переносе можно выделить еще одну важную вещь: перенесение отношений с других, значимых для пациента людей, на систему взаимоотношений с врачом. Например, врач лечит пациентку, которая привыкла властвовать над людьми и манипулировать ими. В ситуации переноса, когда врач будет рассматриваться, например, как дочь или муж пациентки, она тут же начнет им манипулировать, ибо для нее это наиболее привычный, проторенный, изученный, проверенный путь.

Еще одна сторона взаимодействия врач—больной, когда больные пытаются манипулировать врачами. Некоторые врачи этому способствуют, тем самым облегчая себе жизнь. Например, врач в своей личной жизни и служебных отношениях привык, чтобы им руководили. Это для него вполне приемлемая форма взаимодействия с другими людьми, ему нравится, когда им манипулируют, так как это освобождает его от чувства ответственности. При работе с пациентом этот врач стремится повторить привычную для него систему поведения и разрешает пациенту манипулировать собой, когда пациент, по сути, начинает сам себе делать назначения. Например, к врачу приходит пациентка с дефицитными лекарствами и говорит, что сроки действия этих лекарств скоро подойдут к концу, и он назначает ей именно эти лекарства, если они не противоречат тем назначениям, которые необходимо было бы сделать. Пациентка уходит удовлетворенной. Второй раз она приходит и рассказывает, как хорошо стало ее соседке от иглоукалывания и вопросительно смотрит на врача, который тут же назначает ей курс иглотерапии. И так до конца пребывания в стационаре эта пациентка сама себя лечит и сама себе назначает процедуры. Покидает она стационар, убежденная в двух вещах: во-первых, что манипулирование людьми вещь всегда успешная, и во-вторых, что она прекрасный манипулятор. Так возникает ложное представление о своих возможностях — если она могла столь успешно осуществлять эти манипуляции, то ее понимание медицины приближается к знаниям врача. Этот человек будет иронично относиться к лечению.

Перенос возникает также по целому ряду тех законов социального восприятия человека, которые описаны уже выше: это влияние установок, влияние конформизма, работа механизмов психологической защиты — идентификация врача с каким-то реальным персонажем жизни больного, эффект ореола. Например, больной попадает в палату и сразу получает от своих соседей информацию о том, что палатный врач очень опытный, внимательный человек, блестящий специалист, что им вообще невероятно

повезло, что это лучший врач в отделении. И когда больной встречается с этим врачом, он начинает воспринимать все те качества, которые были ему, описаны, и не воспринимать другие. Но возможно и другое, когда эффект ореола будет носить не позитивный, а негативный характер. Можно представить себе в качестве соседа по палате агрессивного, психопатичного или склонного к паранояльности пациента, который негативно относится ко всем медицинским мероприятиям и распространяет свою агрессию и на палатного врача в том числе. Тогда пациент будет воспринимать врача негативно, как ему только что рассказал сосед.

Контрперенос, также как и все разбираемые категории, понятие введенное работами Фрейда и его учеников. Контрперенос в более широком понимании этого термина может рассматриваться как система чувств, переживаний и отношений врача к пациенту, когда он переносит на пациента какие-то свои проблемы. Здесь возможен вариант гиперкомпенсации. Человек, который привык, что им все манипулируют при взаимодействии с больными становится властным и деспотичным манипулятором, стремясь, как бы сбалансировать этот уровень манипулирования. Или пациентка ассоциативно напоминает врачу его жену, развод с которой послужил причиной его собственного тяжелого заболевания. И тогда врач видит в этой пациентке воплощение коварства и зла. На сознательном уровне врач может понимать, что эта женщина ни в чем не виновата, что она только внешне похожа на его жену, кроме того, она больна и нуждается в помощи. И возникает реактивное образование, как бы искупление вины: он начинает выделять ее из среды других пациентов, она получает особые льготы.

Контрперенос оказывает серьезное влияние не только на систему взаимоотношений с пациентом, но и на систему диагностики. В приведенном выше случае, врач подвергает эту пациентку особым, тщательным исследованиям, иногда ненужным болезненным процедурам, он назначает даже те, которые не следует назначать в страхе, что он может что-то пропустить только потому, что она напоминает ему бывшую жену. Если нет реактивного образования, то возникший контрперенос незаметно сказывается на том, что число диагностических процедур может сокращаться, может меняться диагноз.

Явление контрпереноса, представляя не чисто логическую систему отношений, в принципе, явление довольно частое, ведь система взаимоотношений врач—больной строится на эмоциональной основе, о чем говорилось выше. И эта эмоциональная часть зависит от огромного количества факторов. Врачу нередко приходится работать с разными людьми и диапазон этих различий велик. Так, например, во время военных действий приходится работать с военнопленными, с представителями той страны, с которой воюет он и его страна. Тогда он сознательно говорит себе, что должен рассматривать этого человека не как врага, не как солдата или офицера вражеской армии, что он не должен учитывать его идеологию или его цвет кожи, а только видеть человека и притом больного.

Очень важно возникновение контрпереноса при работе с так называемыми VIP — очень важными персонами. Здесь явление контрпереноса проявляется в том, что врач как бы скован страхом перед могуществом этого человека, что сказывается на постановке диагноза. Чаще всего этому больному сначала выставляют более легкий диагноз. Поэтому работа врачей в отделениях для высокопоставленных людей (VIP) — особо трудная. Для преодоления трудностей в работе с этими пациентами, как и в других случаях (переносы, контрпереносы), врачам необходимо работать с собственными проблемами психотерапевтически.

Следующая категория — сопротивление — это процесс, возникающий у пациента в ходе терапии и мешающий формированию терапевтического альянса.

1. Сопротивление возникает, прежде всего, когда функционирует нозофильная тенденция, когда лечение снимает позитивный смысл болезни.

2. Сопротивление появляется, когда терапия и сам факт лечения резко меняют привычные стереотипы пациента и его формы адаптации. В этом случае пациент пытается игнорировать болезнь и жить так, как он жил раньше. Это встречается в варианте психосоматического типа «взаимодействия с болезнью».

3. Сопротивление характерно для дезадаптивных типов взаимодействия с болезнью.

4. Сопротивление может возникать как ответная реакция на действия врача, которые рассматриваются самим пациентом как вредные, ошибочные, вследствие особой внутренней картины болезни, особого адаптационного образа болезни, в котором данные виды терапии могут принести только вред. Например, лет десять назад возник культуральный миф о вредности транквилизаторов, о том, что они разрушают кору мозга, уничтожают нейроны мозга, при этом, как это всегда бывает в мифотворчестве, пациенты ссылались на какие-то якобы виденные телепередачи, причем, «не сам видел, а соседка видела» и потом подробно рассказала, как очень известный ученый говорил, что транквилизаторы «выжигают мозг и ухудшают память...» Началась мощная реакция сопротивления пациентов на прием транквилизаторов. Таким же образом периодически может возникать явление сопротивления к любым другим видам препаратов.

5. Сопротивление часто формируется парамедиками (знахарями), которые в борьбе за клиента дают четкие указания о вреде тех или иных медицинских мероприятий.

6. Сопротивление выздоровлению проявляется из-за страха потерять своего врача, остаться один на один с трудной жизнью. Это характерно для тех больных, у которых выражена экстернальная позиция и в результате общения с врачом возник синдром выученной беспомощности: «как же я смогу обходиться без врача?» Можно услышать от пациента: «Господи, доктор, Вы уезжаете на три месяца, как же я буду без Вас?» И на вопрос, почему он не сможет без врача, тот отвечает: «А вдруг что-то случится».

Когда врач молод, ему это льстит, но с возрастом он понимает, что на этой фразе лечение и заканчивается, а это значит, что он проиграл терапевтический процесс. У него нет терапевтического альянса, потому что у пациента сформирован синдром выученной беспомощности. Иногда сами врачи пытаются сформировать этот синдром, в случае хронического заболевания они могут сказать пациенту. «Ну теперь мы с Вами до конца Ваших дней будем рядом!» Поэтому никогда нельзя постоянно опекать больного, надо делать двух-, трехмесячные перерывы в отслеживании его жизни, чтобы дать ему возможность быть самостоятельным, не говоря о том, что нельзя произносить фраз о постоянной опеке до конца жизни. Это работа с синдромом выученной беспомощности, это работа со стремлением сопротивляться процессу лечения. Есть способ преодоления такого сопротивления пациента: после его выздоровления устанавливать встречи с врачом для психологического консультирования, а не для лечения, тогда процесс выздоровления не будет столь трагичен для пациента.

7. Сопротивление возникает тогда, когда в ходе терапевтического процесса появляется угроза самооценке человека. Например, пациентка в ходе психотерапевтического процесса приходит к мысли, что ее предположение о том, что заболевание связано с пьянством мужа, с черствостью детей неверно, а все дело в том, что она сама неумело построила свою личную жизнь и неумело воспитала своих детей. В данном случае возникает угроза самооценке, и, как следствие, мощное сопротивление лечению.

Сопротивление легко установить по невербальным реакциям: на приеме пациент, у которого врач наблюдает двойственную коммуникативную информацию; пациент говорит, что ему стало хуже, но при этом в глазах его торжество и радость.

8. С понятием сопротивления тесно связана негативная терапевтическая реакция. Она возникает тогда, когда пациент осознает, что его состояние меняется к лучшему и вместо радости возникает осознание потери защиты от трудностей в виде болезни, потери шадящего больничного отдыха, врача как сочувствующего друга, понимающего и помогающего. Все это приводит к резкому ухудшению состояния. Это и есть негативная терапевтическая реакция. В психоаналитической литературе негативная терапевтическая реакция рассматривается как реакция на чувство вины, которое возникает после поощрения, похвалы, чрезмерной заботы родственников. Больному становится как бы стыдно, что он воспользовался массой преимуществ в силу болезни и он хочет искупить свою вину. Такую негативную терапевтическую реакцию можно назвать еще «психосоматическим алиби».

В желании ответить на вопрос: «медицина — искусство или наука?» — в этой главе сделана попытка научного анализа (а, следовательно, и возможности научения) той части медицины, которая прежде относилась к искусству талантливых медиков и была маловоспроизводима.

Глава XV

ПСИХОЛОГИЯ ВРАЧА

Мотивацию выбора врачебной профессии определить достаточно трудно и не только потому, что мотивации весьма разнообразны. Изучать мотивации вообще сложно, так как чаще всего те исследования, которые проводились, использовали в качестве основного метода анкетирование студентов. При таком методе исследования реальные, но скрытые мотивации как раз не выявляются, а выявляются скорее некие декларируемые мотивации. Трудно предположить, чтобы студент, или абитуриент признался, что его выбор профессии был определен следующим соображением: «это был единственный вуз, в который мне могли помочь поступить...» Кроме того, следует говорить о нескольких мотивациях: прихода в медицину, поступления в вуз, продолжения обучения в медицинском вузе, выбора узкой конкретной медицинской специальности и т.д. Мотивации нестабильны (начало учебы в институте — и его окончание, начало работы в медицине — и в процессе работы) и могут быть существенно различными. Многие из них носят очень поверхностный характер по принципу «мне скучна и неинтересна математика, работа педагога вызывает у меня ужас, не хочу заниматься филологией, я выбираю медицину» — мотивация по методу исключения.

Мотивацию может определить атмосфера семьи, которая как бы программирует человека на поступление в медицинский вуз, что особенно характерно для врачебных семей, где уже с самого рождения ребенка автоматически предполагается, что он станет врачом. Никто этого специально не обсуждает, родители могут даже произносить такие фразы: «Пусть человек выбирает сам свою дорогу, как он хочет!», — но при этом увлеченность родителей профессией не оставляет сомнений, что это самое интересное и благородное дело. Во многих странах мира абитуриентов из врачебных семей при поступлении в медицинский ВУЗ встречают более благожелательно. Предполагается, что по опыту семьи эти люди знают, что такое жизнь врача: когда отца поднимают в три часа ночи по телефонному звонку или ему приходится сутками не выходить из клиники; какой усталой возвращается мать с ночного дежурства. То есть подрастающие дети врачей видят не только плюсы врачебной профессии, но и ее минусы.

Иногда мотивация стать врачом возникает после длительного лечения, которое было удачным, и выбор профессии врача превращается в своеобразную плату обществу за выздоровление. «Я хочу быть благодарным людям за то, что меня на ноги поставили, я буду врачом, чтобы спасти других». При этом выбирается та медицинская профессия, которой был обязан этот человек своим выздоровлением.

Иногда мотивация — это стремление помочь своим близким, которые больны. Это довольно наивная мотивация, построенная на одной

малореалистической идее: «до меня не умели это делать, я приду и сделаю это. Никто не смог вылечить мою маму, я выучусь на врача и смогу вылечить ее».

В настоящее время все чаще мотивацией выбора профессии врача становится престижность, которая имеет место в большинстве стран мира.

Иногда мотивация — чисто материальная выгода от профессии, особенно сейчас, когда все чаще возникает вопрос о возможности существования частной медицины и гипотетических высоких заработках.

Как меняется мотивация на протяжении учебы в вузе? Человек может прийти с одной мотивацией — романтической, с мечтами стать великим врачом, полубогом, избавителем от болезней, но столкнувшись с реальностью врачебной деятельности, романтическая мотивация исчезает, уступая место какой-то иной.

В советской Пропаганде особо романтическими представляли профессии хирурга и офтальмолога. Традиционный сюжет книг и кинофильмов: из операционной выходит усталый профессор или доктор средних лет, но уже с седыми висками, и говорит: «Жить будет!», — а сам садится, потому что у него нет уже сил стоять, и добрые коллеги суетятся вокруг него, помогают закурить. Это красиво. Или врач после многочасовой операции снимает больному повязку с глаз, и слепец начинает видеть. Тоже красиво. Такая пропаганда в художественных образах некоторых врачебных профессий, несомненно, играла роль в мотивации их выбора, так же, как играло роль замалчивание некоторых профессий. До недавнего времени практически ничего не сообщалось о профессии врача-психиатра или психотерапевта, как будто бы этих профессий вообще в природе не существовало. И одновременно, положительную роль для пропаганды этих профессий сыграли увлекательные, популярные в народе книги Владимира Леви, Добровича, которые как бы пропагандировали работу не столько психотерапевта, сколько психологического консультанта. Затем о психиатрии вспомнили, но... в связи с ее злоупотреблениями. До этого существовал культуральный миф — образ загадочных страшных застенков, где мучают психически больных. И массовое сознание получило подтверждение: не просто мучают, а проводят эксперименты на людях, ставят те диагнозы, которые нужны идеологизированному обществу, чтобы избавиться от диссидентов, не отдавая их под суд. А далее интерес к профессии психотерапевтов и психиатров снова утратился и вспоминают ее только тогда, когда говорят о недостатках и злоупотреблениях. Поэтому в массовом сознании образ врача-психиатра или психотерапевта искажен: это человек, который занимается странными вещами, обладает магическим взглядом. Автору книги неоднократно приходилось работать с журналистами, которые через несколько минут общения говорили: «И все-таки Вы меня сейчас гипнотизируете, не гипнотизируйте меня...»

Среди врачебных профессий есть и неромантические. Например, кто воспекает труд врача-проктолога? А это поистине трудная и нужная

профессия. Или врача-инфекциониста? О ней вспоминают только тогда, когда речь идет о массовых эпидемиях какой-то «страшной» инфекции: чумы, холеры, сибирской язвы. А то, что для борьбы с обыкновенными кишечными инфекциями тоже нужен кропотливый самоотверженный труд, не знает почти никто. Еще одной мотивацией является стремление к самопознанию. Чаще всего такие люди стремятся идти в медицинскую психологию, психиатрию и психотерапию под девизом: «Я хочу научиться узнавать себя, узнавать лучше свои чувства, свои мысли, и я хочу научиться новым способам контроля, взаимодействия с самим собой».

Еще одной мотивацией является повышение самоуважения: спасти жизни других людей — благороднейшая профессия. Это тезис, который не оспаривается ни одним обществом мира. Врач — человек, достойный уважения, и, прежде всего, самоуважения.

Поэтому выражение «хороший врач подобен Богу» можно считать почти буквальным отражением этой мотивации: человек хочет быть подобен Богу не для того, чтобы властвовать, чтобы ощущать себя всемогущим и могучим, а для того, чтобы быть милосердным как Бог.

Хотя бывают совершенно аморальные мотивации выбора этой профессии: получение власти. Больной, лежащий на операционном столе — прекрасный объект для манипуляции. Его жизнь находится на кончиках пальцев хирурга или анестезиолога. Судьба многих больных в психиатрической больнице тоже находится в руках врача-психиатра, уже не говоря о больных, которые находятся в реанимационном отделении. Чувство власти над чужой жизнью, над чужой судьбой — одна из мотиваций прихода во врачебную профессию.

Есть еще познавательная мотивация. Такая мотивация одних людей приводит к занятиям техникой — сложными машинами и аппаратами, а других — в медицину, потому что им хочется заниматься самым сложным механизмом — организмом человека, познать, как устроен человек, как устроено человеческое тело, и как это все работает? Как происходят нарушения в этой системе?

Трудно предложить некий универсальный набор качеств, которыми должен обладать врач, потому что он совпадет с тем набором качеств, который должен иметь любой порядочный нормальный человек в любой профессии. Ну, например, он не должен быть убийцей. Возникает вопрос: а кто должен быть убийцей? Врач не должен быть глупым. А кто может назвать профессию, где надо быть глупым? То есть все характеристики, необходимые для врачебной профессии, применимы к любому человеку, занимающемуся умственным трудом, и не только умственным, а творческим, потому что врачевание, это, прежде всего, творческий процесс. Врач должен обладать теми свойствами интеллекта, памяти, которые востребованы в любой творческой деятельности.

Но медицина имеет и некоторые специфические особенности. Человек, работающий с техникой, а не с людьми, например, с листом ватмана, с

аппаратом, совсем не обязательно должен обладать способностью высокой эмпатии. Это свойство может быть ему присуще, но это не будет являться его профессиональным достоинством, если он не руководитель.

Врач должен иметь постоянное стремление к самопознанию. Не к самоусовершенствованию, а к самопознанию, ибо это разные вещи. Потому что во врачебной деятельности большую роль играют аффективные и защитные механизмы, которые вмешиваются во все: и в диагностический, и в лечебный процессы. Для того чтобы врач не был объектом контроля его собственных защитных образований, комплексов и чувств, а контролировал себя, ему необходимо самопознание, что гораздо труднее, чем познание других людей, потому что психологические защиты создают барьер между «я» изучаемым и «я» изучающим. Психологические защиты все время «подсовывают» человеку его искаженный образ, как в кривом зеркале, причем иногда это зеркало искажает в более приятную сторону для отражаемого («розовые очки»), а иногда — в более неприятную («черные очки»), когда человек видит у себя одни только недостатки и не видит достоинств.

Врач должен уметь управлять своими чувствами. Когда ранее речь шла об эмпатии, отмечалось, что есть границы эмпатии, которые врачу не следует переходить, сострадая своему пациенту, потому что тогда понадобится некто третий, чтобы вылечить пациента и скоррегировать чрезмерно эмпатийного врача. Здесь возникают два важных понятия: профессиональная адаптация и профессиональная деформация.

Следующая характеристика очень важна для будущего врача — это способность к целостному неконфликтному «я», когда наименьшая вероятность того, что с помощью своих пациентов врач начнет решать проблему по интеграции своего «я».

Кроме того, врачу необходимо терпение и умение слушать — так называемое активное слушание. Карл Роджерс говорил, что человеку намного труднее слушать, чем говорить. С помощью речи человек структурирует свой мир и тем самым удовлетворяет очень важную мотивацию — стремление к структурированию. А слушая, он должен понять (принять) мир собеседника (а это иногда бывает трудно, а иногда — невозможно). В этой ситуации «другой» становится важнее. Диалоги людей часто превращаются в прерывистые монологи: человек высказался и ждет, когда выскажется другой, не слушая его, переждал и опять продолжает высказываться. При этом они бывают очень близки по теме разговора, но очень далеки по сути его. И чем дальше идет такой псевдиалог, тем дальше расхождение. Профессия врача предусматривает умение и навык слушать.

Врачу необходимо уметь читать нюансы человеческого поведения. Практикующий врач-клиницист должен иметь выраженную мотивацию на общение, каждый врач, прежде чем он станет диагностом и лекарем, должен быть коммуникатором.

Все вышеперечисленные качества редко даны человеку от рождения. Здесь возникает определенное несоответствие: врач — профессия достаточно массовая, особенно в нашей стране, а люди с качествами, необходимыми в этой профессии, рождаются очень редко. Когда человек поступает в медицинский институт, у него зачастую нет и половины тех качеств, которые необходимы, чтобы стать врачом. И даже когда он заканчивает учебу, он не имеет всех этих качеств. Поэтому, речь идет о своеобразных формах профессиональной учебы врачей, то есть не обучению методам лечения и диагностики больных, а методам личностного роста и навыкам взаимодействия с людьми, а также навыкам самопознания.

Обучаясь профессии врача, студент до недавнего времени овладевал одним — суммой определенных знаний и профессиональных навыков для выполнения профессиональной деятельности. У него не было специальных курсов для приобретения ориентации на самопознание, на совершенствование личностных особенностей. Заслуга в создании подобных курсов принадлежит, прежде всего, психотерапии.

Одним из первых опытов подобного рода следует считать балинтовые группы. Английский врач Балинт, терапевт по профессии, создал группу врачей, которая регулярно обсуждала нетрадиционный для врачей вопрос: не проблему дифференциальной диагностики, не проблему выбора того или иного метода лечения — проблему своих психологических трудностей, особенности своего поведения во взаимодействии с пациентом. По очереди каждый из врачей рассказывал о работе со своим пациентом, о том, что он чувствует, об особенностях своего поведения, то есть проводил своеобразную самодиагностику. А участники балинтовой группы интерпретировали эти формы поведения и пытались найти те причины, которые искажают терапевтический альянс. Не ставился вопрос о том, каков диагноз у данного пациента, а обсуждалось, почему врач испытывает, например, чувство неуверенности при работе с этим пациентом.

В дальнейшем, большое развитие получили так называемые «группы личностного роста», или Т-группы (тренинговые группы), в которых принимают участие и врачи разных профессий, и студенты медицинских вузов.

Автор этой книги и его ученики имеют уже большой опыт по работе в таких группах для врачей разных специальностей (например, участковых терапевтов) и для студентов Кыргызско-Российского (Славянского) Университета, врачей—студентов факультета усовершенствования Медицинского Института. Обязательным условием обучения на факультете усовершенствования врачей было прохождение, помимо всех других циклов дисциплин, 7—10-дневной группы личностного роста. Для многих из них подобная тренировка явилась своеобразным раскрытием каких-то больших личных возможностей и способностей посмотреть по-иному на мир. Конечно, не следует переоценивать значение кратковременного цикла группы личностного роста, он не способен изменить человеческую личность

и создать новую. Задача тренинга была другой — получение первичных навыков. У человека, хоть раз посетившего Т-группу личностного роста, может появиться мотивация для продолжения этого личностного роста и самопознания, в дальнейшем человек может посещать другие группы, самостоятельно продолжать процесс самопознания. Какие технологии обучения могут применяться в этих группах — неважно, но суть работы в них сводится к:

- 1) получению навыков коммуникации межличностного взаимодействия,
- 2) умению читать и выражать свои чувства,
- 3) стремлению к подлинности — мотивация аутентичности (самое опасное, что может происходить в группе, то, что люди начнут играть в чувства, в подлинность, в открытость, а не ощущать всего этого),
- 4) научению быть открытыми.

Но эта открытость — не аналогична своеобразному психологическому стриптизу, когда она носит гротескный характер, а открытость, которая сопряжена с определенным эмоциональным напряжением, во время призыва к помощи, то есть тогда, когда это важно и нужно. В группах личностного роста, по-видимому, не следует достигать крайней степени открытости, но для того, чтобы человек не испытывал чувство вины и страха при проявлении открытости, одним из обязательных условий в группе является чувство безопасности, которое создается участниками и тренером группы.

Думается, что каждый, кто решил посвятить себя врачебной профессии, должен более или менее продолжительное время проработать в Т-группах.

Есть еще один вариант, который выбирают многие психотерапевты, — это работа с ко-терапевтом, то есть работа в паре, когда тренер получает от своего партнера не коррекцию его диагноза (диагноза, который поставил он), не коррекцию обозначаемых у пациента проблем, не коррекцию избираемых технологий, а коррекцию чувств тренера. Например, по ходу работы группы ко-терапевт говорит тренеру: «Ты слишком открыт», или «Твой уровень присоединения не нужен, вреден и опасен и для тебя, и для пациента», или «Твои формы поведения провоцируют пациентку на активный эротический перенос» и т.п. Идет работа, в которой обсуждаются не содержание терапевтического и диагностического процессов, а психологические аспекты врачебной деятельности. Это своеобразная маленькая балинтовая группа, где каждый из партнеров корректирует ошибки своего напарника. При длительной работе в паре у тренера и ко-терапевта возникает очень важное чувство — чувство безопасности, что обеспечивает большую открытость при решении своих психологических проблем.

Работа в группах личностного роста позволяет врачу научиться идентифицировать и выражать свои чувства. Какие чувства возникают чаще у врача? Прежде всего, это чувство страха, которое появляется, когда врач испытывает затруднения в выборе лечения, когда от его действий зависит жизнь или судьба пациента. Особенно это чувство усиливается, когда он работает в одиночестве, например, один врач на всю деревню. Но, если он

интернален (а это обязательное свойство для врача — умение брать на себя ответственность), то даже при работе с коллегами ответственность за пациента все равно несет он сам. И это приводит его еще к другим чувствам — чувству одиночества (он ощущает себя как бы на необитаемом острове, где никто, кроме него, не поможет этому человеку) и чувству вины. Если он оказывается неуверенным и перекладывает ответственность за своего пациента на другого врача, то это приводит к снижению его самооценки. Для врачей характерны выраженные депрессивные реакции. Американские исследования трех профессий — архитекторов, юристов и врачей — тех профессий, которые одинаково престижны, примерно одинаково оплачиваются и имеют примерно одинаковые сроки обучения, показали, что среди врачей самый высокий процент самоубийств, депрессий, употребления алкоголя и наркотиков, значительно выше частота психосоматических заболеваний и короче продолжительность жизни. Величие личности врача можно измерять тем, как он адаптирован к своей профессии. Многие великие психотерапевты прожили очень продолжительную жизнь — Зигмунд Фрейд, несмотря на десятилетия борьбы с раком кожи, Карл Роджерс, Вирджиния Саттер, Милтон Эриксон. Эти люди научились работать сами с собой и до последнего дня не утратили счастья творческого решения проблем.

Очень важным понятием является так называемая «профессиональная деформация». В это понятие входит профессиональная усталость, потому что по роду своей профессии человеку все время приходится работать с проблемами, несчастьями, страданиями и смертью других людей. Это вызывает защитную реакцию — реакцию утомления и реакцию утраты интереса. Кроме того, чем больше работает врач в медицине, чем выше его профессиональный статус, тем больше ожидают от него пациенты, коллеги. Ему начинают приписывать свойства мага, волшебника, человека, который может все, а он не может всегда отвечать этим ожиданиям. Случается так, что больные, видя во враче волшебника, желают не лечения, а участия в магическом действии, и если этого не происходит, то у них развивается сопротивление лечению. Опытный врач может оказаться в таком положении: чем выше его репутация, чем больше занимаемая им должность, тем больше приписывается ему возможностей, в том числе тех, которыми не располагает никто на этой Земле. И надо учесть, что чем больше профессиональный стаж, чем старше человек, тем больше у него собственных недугов, утомления и проблем. У него бывает пора подведения предварительных итогов жизни и особенно неутешительных в том случае, если врач не реалистичен, если он ставил своей задачей вылечить все человечество, избавить его от рака или СПИДа, так, как это часто бывает у романтично настроенных молодых врачей. У врача должны быть не излишне заземленные, но вполне реалистические цели.

За время работы врача у него могут возникнуть такие психологические защиты, как реакции отрицания или обесценивания. Возникает некий своеобразный профессионально-ироничный цинизм: «Все равно всех

больных вылечить невозможно, значит, необязательно и стараться». Если такие реакции врача продолжительны, то они вызывают деформацию личности. Профессиональная адаптация заключается в том, что человек учится адекватно реагировать на чужую боль, страдания, смерть и на какие-то ситуации, которые у людей не врачебной профессии вызывают отвращение, например, на вид полусгнившего трупа или, например, на общение с очень ему неприятным человеком, с которым бы в частной жизни он не стал бы даже разговаривать, а в силу профессиональных обязанностей должен ему помочь. Адекватное реагирование на негативные стороны врачебной профессии и есть профессиональная адаптация врача. К адаптации стоит отнести и адекватное реагирование на безмерные похвалы пациентов. Пациент, избавленный от боли не столько врачом, сколько лечебным процессом, будет приписывать свое освобождение врачу и смотреть на него, как на Господа Бога. Очень важно здесь не утратить чувство собственной ответственности за то, что сделал, и смотреть на себя, в отличие от пациента, другими глазами. Также нельзя позволять себе испытывать чувство злобы и горечи в тех случаях, когда пациенты не оценили старания врача и даже пытались причинить ему какой-то вред жалобами в вышестоящие инстанции, угрозами, оскорблениями.

Любая адаптация может перейти в деформацию, когда человек вообще становится бесчувственным к чужим страданиям, когда по механизму реактивного образования, он начинает цинично относиться к смерти. Очень характерна реакция у студентов второго курса в морге: на первом курсе они испытывали страх анатомического музея, а на втором — бравирование тем, что едят и играют в карты на анатомических столах. Смерть есть смерть, и как не следует испытывать ужаса перед ней человеку, который стал врачом, также не стоит быть рядом с ней циничным.

Профессиональная деформация происходит и в тех случаях, когда врач видит не пациента, а сумму вознаграждения, стоящую за ним. Или когда за человеком стоит только его болезнь. Эта знакомая фраза врача, о которой мы ранее упоминали: «Пришла больная рука, левая» — говорит о том, что у врача произошла профессиональная деформация — человека перед ним уже нет, есть только больная левая рука, объект для манипуляций. Эта деформация приводит к тому, что становится неважно какие страдания будет испытывать человек при врачебных манипуляциях, потому что человека-то и нет, а рука этих страданий испытывать не будет, ей наложат правильно гипсовую повязку, и она будет довольна. В случае корыстной деформации будут удлиняться сроки лечения или врач может взяться за те случаи, в которых он малокомпетентен, лишь бы не упустить вознаграждения.

Глава XVI

ПСИХОЛОГИЯ ЛЕЧЕБНОГО ПРОЦЕССА И МЕДИЦИНСКОЙ СРЕДЫ

Каждый вид лечения, построенный на любых биологических методах воздействия на человека, в том числе и с помощью различных аппаратов, обладает еще и своеобразным психологическим шлейфом; стало быть, нет чисто биологической терапии, и можно говорить, что любой вид терапии является методом психобиологического лечения, поэтому попытка разделить терапию на биологическую и чисто психологическую не совсем адекватна.

Изучение психологических эффектов лекарственной терапии связано, прежде всего, с изучением плацебо-эффекта. Работы по плацебо (то есть с веществами, имитирующими формой, цветом и вкусом какие-то лекарственные вещества или виды лекарственной терапии), проведенные с помощью специальных клинических испытаний многих, применявшихся на протяжении столетий, лекарственных веществ, показали, что современная фармакопея во многом состоит из плацебо-веществ. Оказалось, что биологическое действие этих препаратов или ничтожно, или равно нулю, или дает противоположный ожиданиям врача эффект. Показательным является использование в истории медицины так называемого рога единорога. Как известно, в природе подобное существо не обнаружено, это геральдический или мифологический зверь, который не обитает на нашей планете. Показания для применения порошка из рога единорога были одинаковы в разных регионах — он назначался для восстановления кровопотери. Однако в качестве порошка из рога единорога врачами использовался в разных регионах порошок из бивня слона, моржового клыка или даже костей некоторых крупных животных. Это были разные по происхождению и по химическому составу вещества, которые применялись по одним и тем же показаниям, и у многих больных давали ожидаемые результаты.

Термин «плацебо» происходит от латинского слово «*placebo*» — «нравлюсь». В смысле этого термина уже заключено то, что эффект плацебо состоит в том, чтобы получить некие ожидаемые положительные результаты.

Интерес к изучению плацебо-эффекта препаратов возник в связи с разработкой методов клинического испытания препаратов и, прежде всего, препаратов, влияющих на психику человека, так называемых психотропных препаратов. Процедура исследования психотропных препаратов имеет резко отличный от других лекарств характер и проходит несколько этапов.

1. После того, как новый препарат пройдет испытание на животных и будет установлен его ожидаемый фармакологический эффект, гипотетически принимается, что этот препарат может быть применен для получения определенных состояний человека. На первом этапе проводятся испытания на выявление побочных эффектов действия этого препарата на добровольцах,

а затем на небольшой группе больных с тем заболеванием, для которого предназначен этот препарат.

2. Затем проводятся развернутые испытания. Они включают в себя несколько процедур. Создаются две группы больных: основная группа и контрольная. В основной группе больные получают испытываемый препарат, в контрольной — нет. Очень важно, чтобы контрольная и основная группы были очень близки по полу, возрасту, продолжительности заболевания, характеру патологии, стадии болезни. В некоторых исследованиях создавались группы по принципу близнецов, то есть каждому больному из основной группы подыскивался как бы близнец в контрольной группе, человек приблизительно такого же возраста, пола, стадии заболевания. Затем проводилось единичное испытание, когда часть пациентов получали плацебо, а часть пациентов лекарство; например, в контрольной группе пациенты получали плацебо, а в основной группе — лекарство. В этом случае врачу известно какой из больных что получил, но этого не знают сами больные (это так называемый слепой метод для снятия действия установки).

Плацебо, по возможности, должно совпадать видом, вкусом с лекарством, в него могут входить разные добавки, которые не имеют фармакологического эффекта, но имитируют некоторые побочные эффекты (например, сухость во рту), это делается для того, чтобы больные, находящиеся в одной палате не идентифицировали разные лекарства. Поэтому фирма, изготавливающая новый препарат, который будет проходить испытание, одновременно изготавливает и плацебо этого препарата, совпадающее с препаратом по внешнему виду и даже по вкусу.

3. На третьем этапе исследований устанавливаются определенные сроки приема этих лекарств. Имеют место два не совсем удачных варианта исследований. В одном из них пациент не знает, что он получает, во втором — пациент осведомлен о получаемом препарате. Оба метода недостаточно хороши, и врач находится в тупиковой ситуации, так как в первом случае возникают этические возражения — люди без их согласия становятся подопытными, во втором, если пациент будет участвовать в этом эксперименте, то есть сознательно, то резко вырастает плацебо-эффект. Но существует еще и двойной слепой метод, когда даже врач не знает, что он дает пациенту, плацебо или лекарство. Только руководитель исследований осведомлен, кто из пациентов какой препарат принимает. Это делается для того, чтобы отношение врача к этому препарату не зависело от его субъективных оценок. Если врач, особенно с определенными психологическими характеристиками, с повышенной эмоциональностью, оптимистично ориентирован на открытие нового препарата (который бы помогал в случаях, когда другие препараты малоэффективны), будет участвовать в этом испытании, то он начнет видеть те эффекты испытания, которых на самом деле нет. Особенно это касается таких препаратов, как психотропные, которые влияют на уровень настроения. В случае же, когда исследуется препарат, ориентированный на нормализацию сердечного ритма,

который можно контролировать инструментально, врач не может вносить никаких своих субъективных поправок.

Двойной слепой метод тоже применяется в определенные контрольные сроки. Устанавливается, что если в течение двух-семи или пятнадцати дней препарат не оказывает воздействия, то испытание его у данного пациента должно быть прекращено, и назначаются более традиционные методы лечения.

При изучении действия психотропных препаратов в целях снижения возможной субъективности оценки состояния больных применяется метод оценочных шкал, предназначенный для измерения какого-то синдрома. Наиболее разработаны шкалы для оценки депрессии и тревоги. Кроме того, используются достаточно универсальные шкалы, оценивающие одновременно многие виды психопатологических нарушений. Имеется несколько вариантов оценочных шкал: шкалы самооценки, когда пациент должен оценить характер своих субъективных ощущений, шкалы экспертной оценки, когда врач оценивает состояние пациента и шкалы для среднего медперсонала, которые, в основном, основываются на поведении пациентов в стационаре.

Применение оценочных шкал также позволяет придать исследованию большую корректность и строгость, сделать его более универсальным и воспроизводимым, когда можно сравнить результаты Испытаний, проведенных в разных клиниках, но с помощью одной и той же оценочной шкалы.

Не стоит думать, что существует только положительный плацебо-эффект. Возможен и негативный плацебо-эффект, особенно часто возникающий у тех пациентов, у которых имеется феномен сопротивления. Если врач работает с пациентом с выраженным феноменом сопротивления, например, при выраженной нозофилии, то чем активнее врач рассказывает об эффективности этого препарата, чем больше дает информации о том, сколько больных с аналогичными состояниями поправилось, тем больше вероятность получения негативного плацебо-эффекта, который иногда бывает сильнее самых мощных фармакологических эффектов. Например, у больных с выраженным феноменом сопротивления возникают парадоксальные реакции типа псевдоаллергических на препараты, предназначенные для лечения именно аллергии.

В возникновении плацебо-эффекта участвуют как условно-рефлекторные факторы, так и эффект конформизма, эффект социальной установки. Предполагается (что доказано исследованиями Бишера), что выраженная плацебо-реактивность наблюдается у 35,2% людей. Примерно треть человечества — это плацебо-реакторы. Плацебо-эффекты бывают столь невероятно похожи на действие лекарства, что описаны случаи возникновения привыкания к плацебо и реакции типа абстиненции у больных шизофренией. Примером служит клиническое наблюдение, когда больной, с целью отучить ее от приема нейролептиков, давали плацебо миллерила в

виде капсул-пустышек. Больная принимала их в течение года, затем это плацебо было отменено, и возникла реакция, напоминающая реакцию синдрома отмены с последующим обострением симптоматики. При этом необходимо отметить, что это произошло в случае эндогенного, а не невротического заболевания.

Плацебо-эффект становится более выраженным, если врач четко описывает ощущения, обычно возникающие при приеме препарата, который имитирует плацебо. В исследовании автора книги плацебо двух видов было предложено здоровым людям — студентам: капсулы красные и белые, которые содержали мел. Было сообщено, что проводятся клинические испытания двух препаратов, одного стимулирующего, другого транквилизирующего деятельность. Было получено согласие участников на этот эксперимент. Они должны были сами для себя решить, в какой капсуле — транквилизатор, а в какой — стимулятор. Их предупредили, что если они даже заснут, испытывая препараты, то их доставят домой, что у них может измениться частота пульса, дыхание может стать более частым, подняться артериальное давление, они могут почувствовать прилив сил и бодрости, и, может быть, даже раздражение и агрессию. Практически у всех участников эксперимента были резко выражены реакции плацебо, в зависимости от того, кто как определил плацебо. Красные плацебо студенты приняли за стимуляторы, а белые — за транквилизаторы (они имели право обсуждать это). У некоторых пульс достигал 180 ударов в минуту, довольно резко повышалось давление, некоторые говорили, что они не могут справиться с чувством тревоги и беспокойства, а те, кто принял «транквилизатор» зевали, жаловались, что не могут сосредоточиться, и двое из них легли спать. Самое интересное, что это занятие было посвящено эффектам плацебо! Испытуемые знали, что возможно применение плацебо и некоторые говорили: «А, Вы на нас испытываете плацебо!», — но это не мешало им засыпать или иметь пульс 180 ударов в минуту.

Кроме плацебо-эффекта при клиническом испытании выделяют так называемый мильо-эффект—терапевтический эффект лечебной среды, атмосферы лечебного учреждения. Если в этом отделении тишина, спокойствие, комфорт, нежные, эмпатийные и ласковые медицинские сестры, понимающие умные врачи, атмосфера, способствующая терапевтическому альянсу, возникает мильо-эффект. Тогда больные говорят, что им помогают стены больницы. В принципе, любое лечебное учреждение должно стремиться к созданию максимального мильо-эффекта для того, чтобы облегчить работу врачей.

Информирование больных о болезни

Это весьма трудная проблема для врача. В предыдущих главах говорилось о том, что взаимодействие людей подвержено влиянию многих факторов и на коммуникативные процессы эти факторы оказывают довольно

заметное искажающее воздействие. Эффект установок связан со страхами и тревогой пациентов, с их опасениями выявления тяжелого заболевания. Например, больной испытывает страх, что у него тяжелое заболевание сердца, и врач произносит, обследовав этого пациента, следующую фразу: «Вы знаете, у Вас нет собственно сердечного заболевания, боли в области сердца связаны с неврозом». Больной не очень хорошо знает, что такое невроз, и не знает насколько эта боль угрожающая. И тогда он задает еще один вопрос врачу: «Но почему же эти боли такие сильные?» Тогда врач отвечает: «Потому что у Вас выраженный довольно запущенный тяжелый невроз». Больной выходит из кабинета врача с идеей, что ему поставили диагноз тяжелого заболевания. Пациент вычленил из информации врача следующую вещь: он убрал понятие «невроз» и выделил слово «тяжелый». Он не воспринял информацию о том, что у него здоровое сердце, а понял, что это тяжелое заболевание угрожает его жизни так же, как и больное сердце, а может быть и больше.

Надо учитывать, что на реакцию больного оказывает влияние не только страх и тревога, а еще и чувство вины при наличии нозофиилии. В таком случае, больной из информации врача начинает выбирать то, что для него важно, на что он ориентирован. И это касается не только информирования больных, но и бесед с их родственниками. Врач часто оказывается в ситуации, когда родственники пациента находятся между собой в достаточно трудных отношениях. Родители мужа и родители жены находились в сложных отношениях, когда в семье их детей заболел ребенок, причем заболел тяжелым психическим заболеванием. Пациентом становится ребенок, а в качестве родственников выступают эти две, практически враждующие, семьи. Каждая из этих семей занимает выраженную экстрапунитивную позицию, то есть виноват кто-то, и прежде всего, те, с кем у них конфликтные отношения. Каждая из этих семей считает, что брак их детей неудачен, что он ни к чему хорошему не привел. В качестве доказательства используется болезнь внука. И когда врача спрашивают: «Скажите, а причиной этого заболевания может быть наследственность?» — врач может ответить утвердительно о возможности «участия» наследственного фактора в заболевании. Однако врач добавляет, что нет еще строгой системы доказательств, и это нельзя считать установленным фактом, что врачи не знают, как происходит передача этого фактора риска — по материнской или по отцовской линии, и два совершенно здоровых гена могут при сочетании дать такое заболевание. Но сомнений врача родственники уже не слышат, они услышали то, что хотели услышать, что это наследственное заболевание, в котором, конечно, «виноваты» другие родственники.

Они вспоминают, что тетушка отца ребенка отличалась некоторыми странностями и наблюдалась у врачей-психиатров. Значит, мало того, что это неудачный брак, получается, что отец ребенка с тяжелой наследственностью и он передал это ребенку. Так думает семья матери ребенка. Затем конфликтная ситуация переносится на врача: приходит разгневанная мать

ребенка и говорит врачу, что он настроил родственников мужа против нее, чем осложнил и так непростую ситуацию. На вопрос врача о том, как же он настроил родственников, она отвечает, что он сообщил родственникам мужа, что причиной беды является его наследственность.

Неужели, чтобы избежать таких случаев, врачу необходимо каждый раз вести диктофонную запись всех бесед с пациентом и его родственниками, и предъявлять потом эту запись при возникновении разногласий? Это не реалистично. Как правило, врач начинает заниматься самооправданием, что, мол, он не то говорил, он другое имел в виду. В глазах родственников пациента этот врач становится человеком, плохо справляющимся со своими врачебными обязанностями, порой врагом этой семьи. Потом родственники могут прийти к согласию, а врач так и останется в ореоле человека непорядочного, вызывающего конфликты и ссоры.

Если при сборе анамнеза, расспросе больного, установлении диагноза, для врача имеет основное значение невербальная информация, то для пациента, когда ему сообщают информацию о его болезни, основную роль играет вербальная информация. Это как раз тот редкий случай, когда вербальные признаки начинают доминировать над невербальными, но и вербальные тоже сильно искажаются. Получается что-то вроде детской игры в «испорченный телефон». А если еще сюда привлечь и невербальные компоненты, то может получиться полное непонимание. Например, сказав пациенту о том, что у него нет серьезного заболевания, врач имел озабоченное лицо в силу своих причин. В сочетании с тем, что больной боялся услышать от врача, это хмурое выражение лица означает одно: он неизлечимо болен. Иногда врачи, получая обратную связь от своих пациентов, изумляются тому, как превратно пациенты понимают их слова и жесты. Врач может узнать, что он порекомендовал больному употреблять алкоголь, так как жена пациента, осведомляясь о странных методах лечения, сообщает о том, что муж совершенно легально начал пить, основываясь на врачебных рекомендациях. И тогда врач вспоминает, что больной задал ему вопрос: «Доктор, я слышал по радио, что алкоголь разжижает кровь, а Вы говорите, что у меня некоторое сгущение крови». А доктор ответил: «Да, небольшие дозы алкоголя действительно разжижают кровь». Из всего этого больной услышал только одно слово «да». После чего он приходит домой с двумя бутылками водки, потому что в понимании больного это не очень большая доза, потому что большая доза — это, когда утром ничего не помнишь. Кроме того, он взялся разжижать кровь, и если ее разжижать, то, как следует. И когда этот пациент снова придет к врачу, он совершенно искренне будет утверждать, что доктор в прошлый раз посоветовал ему лечиться алкоголем. Речь идет не о том, что слова доктора сознательно искажены, а о том, что работают механизмы психологической защиты, функционирует эффект установки, эффекты социального восприятия, и информация искажается. Поэтому сообщение о болезни пациенту — это целое искусство, в котором, однако, есть правила, которые были нами,

описаны в предыдущих главах: об особенностях репрезентативных систем, ориентации на эффекты и феномены восприятия, и многое другое. Перепроверка восприятия информации больным, то есть обратная связь, крайне важна. Все это должно врачом учитываться.

Очень важна для больных информация о том, как и чем их будут лечить. Врач должен достаточно популярно, и в то же время полно рассказать об основных механизмах действия, но приемлемо для картины мира пациента. Малообразованному человеку не стоит говорить об антагонистах кальция, у него может возникнуть ужас от того, что все это творится в его организме. Необходимо информировать о возможных побочных эффектах лекарств и о намерениях врача в отношении продолжительности терапии. Затем, следует получить обратную связь, потому что врач должен убедиться в том, что его информация воспринята не в искаженном виде, хотя бы за счет перцептивной защиты. Автору книги приходилось наблюдать ситуацию, в которой назначение врачом приема валокордина больной воспринял так: «Мне назначили вермут». За счет перцептивной защиты вместо слова «валокордин» он «услышал» знакомое слово «вермут». Больной решил, что врач хороший человек и с пониманием относится к его проблемам — назначил то, что нужно. И только из разговора с другими больными выяснилось, что врач назначил не вермут. Ситуацию прояснил вопрос, заданный пациентом: «Но все-таки, не мало ли тридцать капель? Может все-таки ошиблись, может тридцать грамм?» Эта ситуация, которая может казаться даже анекдотической, а может отражать еще одну проблему больного (алкогольную), является классическим примером искажения переданной врачом информации. Получение обратной связи в этом случае является необходимым.

Гораздо труднее обстоит дело в тех клинических случаях, где речь идет о тяжелых или практически неизлечимых состояниях, ведущих к смерти. Здесь принципы поведения, предписываемые разными медицинскими школами, различны: некоторые только не поощряют, иные рекомендуют врачу не сообщать полную информацию пациенту о диагнозе его заболевания, о примерной, на взгляд врача, продолжительности жизни и о том, как будет протекать заболевание. Такая ситуация чаще всего встречается в онкологии. Советские дионтологические принципы строились на том, что больным не следует давать полную информацию. Это в части случаев представляется достаточно разумным. Например, врач имеет дело с очень ипохондричным пациентом, склонным к тяжелым депрессивным реакциям; выданная ему четкая информация о продолжительности его жизни может только вызвать тяжелую депрессивную реакцию и ухудшить течение заболевания, сокращая срок жизни. Но такой подход имел недостатки: пациенты довольно легко узнавали о том, что врачи скрывают информацию об опасности их заболевания или о возможном смертельном исходе. Это привело к тому, что возникла значительная популяция населения, считающая, что врачи никогда не говорят правду. Даже в тех случаях, когда

врач дает четкую однозначную информацию, ничего не утаивая,, пациент предполагает, что и здесь речь идет о спасительной лжи. Тогда врач может услышать фразу»: Доктор, я предпочитаю самые плохие известия, но правдивые». Однако не всегда так, далеко не все пациенты хотят знать правду.

Выбор, до какого уровня будет выдана пациенту информация о его состоянии должен строиться не на вербальных высказываниях пациента, а на понимании его личности. Врачу необходимо каждый раз проверять, не является ли фраза о том, что клиент хочет знать правду, по внутреннему контексту фразой другого типа: «Доктор, не говорите мне правду, мне хотелось бы остаться в неведении». С другой стороны, эта фраза о правде сообщает врачу о том, что его ответ после этих слов, будет обязательно принят больным доверительно. Врача как бы приглашают успокоить пациента ложью, которую тот готов принять за правду. Поэтому необходимо учитывать не слова пациента, а привычный стереотип его реагирования в трудной ситуации.

Очень трудная проблема возникает в связи с информацией о болезни в психиатрии. Многие хронические психические заболевания у большинства больных не вызывают стремления узнать диагноз. Скорее возникает вопрос: «А сколько я буду находиться в этой больнице?» Ответ типа — «столько, сколько нужно для дела» — не годится, потому что он означает для больного — «сколько захочу, столько и продержу тебя здесь». Это воспринимается больным как насилие, тирания, деспотизм. Естественно, что после этого контакт врача и данного больного будет типа узник—тюремщик. Поэтому желательно врачу обсуждать те симптомы, которые сам пациент не склонен отвергать, например, чувство страха, бессонница, головные боли, раздражительность, чувство тревоги. Это, как правило, принимается пациентом.

Труднее обстоит дело с сообщением диагноза родственникам. Законодательство четко не определяет вопросы: кому можно сообщать диагноз, а кому нельзя. Вроде бы, родственникам можно что-то знать, а посторонним — нельзя. Но приходит жена пациента, а врач очень мало знает о его отношениях с женой и, например, известие о диагнозе «шизофрения» необходимо этой женщине для того, чтобы получить право на более быстрый развод с мужем. И дальше этот диагноз начинает фигурировать в бракоразводном процессе, а врач оказывается тем человеком, который сообщил эту информацию постороннему человеку, потому что эта женщина перестала быть женой больного. Или другой пример, жена действительно переживает и волнуется за состояние здоровья своего мужа, а ее мать и родственники категорически против этого брака. И, когда она плача сообщает том, что у мужа тяжелое заболевание—шизофрения, то родственники оповещают всех об этом, кого только можно. Врач оказывается человеком, сообщившим ту информацию, которую разглашать не рекомендовалось. Поэтому, в тех случаях, когда эти ситуации не отражены

законодательством, врач принимает решение индивидуально каждый раз по каждому данному случаю, учитывая индивидуальные реакции конкретных людей.

Также трудно в психиатрии сообщать информацию о лекарствах, потому что психотропные средства — это препараты, действие которых довольно сложно объяснить неспециалисту. Поэтому здесь следует говорить о каких-то самых основных положениях, сопряженных с теми симптомами, которые врач и больной совместно включили в контракт на право их лечения. Например, пациент согласился, что он испытывает тревогу. Врач назначает препарат, фармакологический эффект которого включает и снятие тревоги, правда, кроме того, он оказывает действие, направленное на снятие галлюцинаций, разрушение бреда. Но врач сообщает только то, что этот препарат будет снимать тревогу. Больного не обманывают. Ему просто выдают дозированную информацию, которая необходима на этом этапе.

Есть некоторые психотерапевтические направления, например, транзактный анализ, позволяющие пациенту знакомиться с записями о себе. Предполагается такого рода запись, которая сделана и квалифицированно, и в то же время понятна для больного, то есть не вызывает недоумения. В ней нет места выражениям, которые не являются медицинскими, но нередко используются врачами в устной речи: «больной лжив», «больной откровенно злобен». Такого рода практика очень дисциплинирует врача и делает его более глубоким, когда он знает, что больной увидит все, что он о нем записал. Конечно, это не касается больных с психозами и онкологических больных.

Если коротко сформулировать задачи информации, сообщаемой пациенту, то они будут звучать так. Необходимо: 1) уменьшить уровень аффективных расстройств — тревоги, страха, чувства неуверенности, неопределенности; 2) обеспечить, по возможности, адаптивный тип взаимодействия с болезнью и добиться или установления терапевтического альянса, или предпосылок для него.

Не существует четкого и жесткого алгоритма взаимодействия врача и пациента в такой ситуации. Этот раздел из дискуссии на тему: «Что такое медицина — наука или искусство?» Можно ответить, что медицина — это искусство, которое стало профессией. Это искусство, которое построено не столько на интуиции, сколько на сочетании профессиональных знаний и свойствах личности врача. На этом примере выясняется, что мир не строится по принципу альтернативы, мир сочетает в себе все, как медицина сочетает в себе и науку, и искусство. Поэтому эти вопросы «или—или» не корректны в своей постановке, ибо они касаются сложностей мира и часто оборачиваются вместо «или—или» ответом «и то — и другое».

Индивидуальный подход врача во благо больного в каждом отдельном случае является творчеством его личности, а творчество и искусство — категории довольно близкие.

Территориальный фактор в лечебном процессе и в больничной среде

Территориальный фактор, как уже ранее говорилось, — это один из факторов коммуникации людей. Значительную роль территориальный фактор играет во взаимодействии врач—больной в виде дистанции межличностного общения, соотношенной с культурой пациента. Врач-европеец, работающий в тропической Африке должен выбирать дистанцию общения со своими пациентами не согласно правилам поведения в его европейской культуре, а согласно правилам поведения той страны, в которой он практикует. Врач, в отличие от политика, не устанавливает правила поведения для своих пациентов, он приходит к соглашению о каких-то общих правилах, а какие-то он оставляет только для себя. Это очень важная и не до конца изученная проблема.

По сути, изучены дистанции оптимального межличностного общения врач—больной только для европейской культуры и североамериканской. Средняя оптимальная дистанция в общении 120 см. На таком расстоянии должны стоять стулья при беседе врача и пациента; не очень желательно, чтобы их разъединял письменный стол, что воспроизводит ситуацию начальник—подчиненный. Речь идет о беседе, а не об осмотре пациента, для осмотра такая дистанция слишком велика. Более близкая дистанция сигнализирует пациенту о том, что врач намерен вступить с ним в неофициальные отношения, в более доверительные, неформальные. Некоторые пациенты испытывают страх и напряжение перед врачом, и это легко заметить, если он чуть-чуть приблизит свой стул к пациенту. Врач увидит, что корпус тела пациента чуть отклонится назад или он незаметно отодвинет стул. В этом случае нельзя насильственно сблизить дистанцию межличностного общения. Врач получает два очень важных для себя маркера: то, что эмоциональный контакт еще не установлен, и когда он будет установлен, то проверкой достижения этого будет служить постепенное приближение к пациенту до дистанции 120 см.

Дистанция более 120 см, предложенная врачом, создает у больных чувство отчужденности, эмоционального безразличия врача к пациенту.

Вышеописанные правила дистанций применимы для контакта со взрослыми. С детьми же дело обстоит по-иному. Дистанции могут быть сближены, потому что взрослые и в повседневной жизни общаются с детьми на более коротких дистанциях, порядка 50—60 см, по очень тривиальному и стандартному правилу: дети — это цветы жизни, их надо любить, а в любви естественно приближение.

При осмотре пациента врач может и должен приблизиться к нему, но сопровождая это объяснением: «Сейчас я Вас осмотрю». Это сигнал, дающий врачу право приступить к осмотру. Ведь пациент имеет право возразить — «не надо» и не допустить осмотра. Точно так же пациент может настаивать на осмотре, а врач может отказаться, не видя необходимости в этом.

В психологии больничной среды территориальный фактор выступает уже в другом качестве, в другой ипостаси — прежде всего, в качестве права пациента на свою персональную дистанцию, на свои фиксированные территории. Можно представить себе такую ситуацию. Пациент больницы, который на час уходил из своей палаты на процедуры, вернувшись в свою палату, видит, что на его кровати сидит какой-то больной из другой палаты и беседует с соседом. У многих пациентов это вызовет чувство раздражения, агрессии или даже приведет к конфликту, потому что была нарушена фиксированная территория — кровать. Или, например, санитарка, моя окна, без разрешения становится на кровать больного ногами. Она не испачкает кровать, так как сняла обувь, но она «ходит» по душе больного, потому что фиксированная территория — это часть психического «я», и туда ворвались без спроса. Поэтому, когда в медицинских учреждениях врачи или сестры бесцеремонно садятся на кровать к пациенту, они или нарушают закон фиксированных территорий, или приучают пациента к тому, что все здесь чуждо, ему ничего не принадлежит, поэтому все можно ломать, уродовать и обращаться, как обращаются с чужим и враждебным миром. Это тем более важно в психиатрических стационарах, потому что больному там не положено что-либо иметь личного, кроме кровати. А вот если у больного спросить разрешение присесть на его кровать, то этим самым ему можно дать понять, что он на данной территории хозяин. За этим стоит совершенно иная психологическая конструкция: «я не раб, с которым врачи могут делать что угодно, а личность, которую уважают и спрашивают».

Вообще в процессе человеческого общения не бывает мелочей, именно мелочи и их взаимодействие создают что-то значительное. Так же, как нелепо вечернее бархатное платье с пластмассовой брошью (мелочью), так же нелепы коммуникации между людьми, которые не учитывают мелочей. Нюансы, приводящие к диссонансу в общении, звучат как особыйстораживающий сигнал для того, с кем общаются.

Фиксация территории особенно важна для детей. Если взрослые как-то усваивают нормативность поведения в стационаре, понимают, что не следует приклеивать, например, какие-то картинки на стены, знают, как можно фиксировать свою территорию (можно на тумбочку поставить букет цветов, фотографию или застилать особым образом свою кровать, чтобы она отличалась от других), то дети еще не знают этих правил. Если в своей комнате дома ребенку разрешается развешивать какие-то картинки, то он будет пытаться это сделать и в палате, поскольку для него особенно важно отметить в больнице свой уголок, свою территорию.

Наличие фиксированных территорий в больнице приводит к ощущению безопасности, что чрезвычайно важно для пациента.

Отсюда выход на понятие «медицинская среда» и на отношения между пациентами. В одной палате находятся самые разные люди, которые оказались вместе не потому, что они симпатичны друг другу, а потому что так построена работа в отделении: все, кто поступает в один день,

оказывается в одной палате, или в одной палате лежат больные с определенными заболеваниями.

Кроме того, что очень разные люди собраны в одной палате не по своему желанию, их психика искажена болезнью: страх, депрессия, агрессия — это спутники любого заболевания. У всех этих людей разные вкусы, привычки, переживания: кто-то радуется хорошим известиям из дома, а кто-то на соседней койке умирает, кто-то хочет съесть принесенный апельсин, а кого-то тошнит от запаха апельсина. А врач часто не видит ситуацию глазами пациента. Получается, что больница не только не похожа на дом, она предлагает человеку несовместимые вещи, как то — радость жизни и агония умирающего на соседней койке и многое, многое другое. Все это приводит к тому, что медицинская среда воспринимается как некий марсианский корабль, куда попал человек. Поэтому, по возможности, единственное правило, которое необходимо соблюсти при создании больничной среды — это приблизить ее к нормальным домашним условиям. Например, умирающий должен лежать за ширмой: все процедуры должны происходить за ширмой. В стационаре должны существовать жесткие правила гигиенического характера, особенно там, где нет чисто материальной возможности создать те условия, к которым пациент привык дома, где нет возможности каждому человеку иметь душевую или ванную комнату.

Но в медицине нет жестких правил. В медицинской практике известен случай, когда пациент, страдающий глубокой депрессией, вначале наблюдал, как врач и консультант двое суток находились рядом и боролись за жизнь больного с фебрильной шизофренией (это был агонизирующий больной с температурой около 40 градусов), а затем попросился на прием к врачу. Пациент рассказал о глубине своей депрессии, о том, как считал себя лишним и никому не нужным, о своем нежелании жить и решении покончить с собой, если не до, то обязательно по выходе из больницы. Больной отметил, что за последние два дня произошли большие перемены в его мировоззрении: «Сейчас я не хочу умирать, потому что увидел, как Вы этого, похожего на зверя, шизофреника вытащили с того света. И я понял, что если вдруг со мной будет плохо, то со мной будут возиться так же, потому что я узнал, что он бомж, а с ним возятся. И я теперь не хочу умирать, лучше я расскажу, что думаю, что меня мучает, а Вы под это подберите лекарство». Если бы все действия врачей происходили бы за ширмой (общая рекомендация), то этот разговор мог и не состояться. Но опять же, повторимся — однозначного решения не существует. Например, если врач видит, что рядом с умирающим лежит человек, который от одного вида этой агонии сам начинает умирать, то, конечно, надо поставить ширму.

В начале существования психотерапевтических отделений возникла идея психотерапевтических сообществ, где больные помогают друг другу, что-то вроде громадной психотерапевтической группы. Но оказалось, что опыт таких сообществ полезен не только для неврозов, он очень удачен для психосоматических отделений и для обычных терапевтических отделений.

О системе взаимоотношений пациентов друг с другом известно (данные литературы), что женщины наиболее конфликтны, более агрессивны, менее терпимы к своим соседям по палате. У них часто возникает чувство зависти, они склонны группироваться по принципу социальной, национальной принадлежности, схожести заболевания или по принципу симпатии и антипатии. Врач не только должен понимать систему своих взаимоотношений с пациентами, но и предполагать, как его пациенты могут взаимодействовать друг с другом. Оценка и коррекция этого взаимодействия является не менее важным диагностическим признаком особенностей личности, чем наблюдения из личных бесед с пациентом. Врач может увидеть, что с ним пациент достаточно терпелив, а в палате он агрессивен, капризен и терроризирует других пациентов. Врач может увидеть робкого и застенчивого человека у себя в кабинете и достаточно адаптированного в палате. Для врача это сигнал, что больные для этого пациента свои, а врач — чужой. И, конечно, профессиональной задачей врача является коррекция конфликтных отношений в палатах. Это особенно трудно сделать, когда в палате есть люди с явным социальным неравенством. В этой ситуации для врача есть только одна возможность сохранить доверие своих пациентов: оказывать внимание всем пациентам в равной степени.

Консультация человека, имеющего высокий социальный статус, например профессора, воспринимается больным не только как признак тяжести и сложности его положения, но и как привилегированность. Можно услышать жалобы такого рода: «Покажите и меня профессору, а то вот того показали, а я что хуже?» Здесь тоже необходимо объяснение, почему некоторым больным требуется консультация профессора: не установлен диагноз, не разобрались с лечением, тяжесть заболевания, то есть все, чему завидовать не стоит. Можно успокоить примерно такими словами: «Я Вас поздравляю, у Вас невроз, а я не знаю на Земле еще ни одного человека, у которого не было бы невроза, кроме того, невроз является своеобразным буфером, защитой от сердечной коронарной патологии».

Психологические реакции родственников — это примерно те же реакции, что и у самих пациентов: страх, тревога, депрессия, чувство беспомощности, чувство вины. Часто практикующий врач получает вместе с пациентом и чувство вины его родственников, потому что они считают, что не уделяли ему внимания. Например, родители когда-то разошлись, отец прожил 20 лет в другом доме, почти не занимался своей дочерью, а теперь она заболела. Ее заболевание никак не связано с семейным разрывом, но у отца возникает комплекс вины и сейчас он готов купить самое дорогое лекарство, отвезти дочь в самую лучшую больницу, заплатить любые деньги. Так функционирует чувство вины. Родственники больных часто оказываются психологически в трудной ситуации, например, стесненные квартирные условия. Пожилая женщина, которая живет отдельно от своей дочери, тяжело заболела — ее парализовало. Врач сообщает дочери, что лечение в стационаре уже закончено и надо переходить на амбулаторное лечение. В

семье дочери в результате этого складывается сложная обстановка: муж против совместной жизни с больной тещей в тесной квартире, дочь больной находится в состоянии «буфера», когда, с одной стороны, на нее давит чувство долга перед матерью, чувство любви к ней, с другой стороны, она понимает опасения мужа. Такие ситуации создают у родственников психологические проблемы, и эти переживания, иногда превалируя над состоянием аффективных расстройств у самих пациентов, не могут не отражаться на состоянии больного человека. Иногда родственники больных, зная, что у близкого им человека неизлечимое онкологическое заболевание, должны не подавать вида, что им известна эта информация. В этом состоянии родственникам очень трудно быть спокойными и естественными, и они компенсаторно надевают маску беззаботности, шутят, изображают веселье. Врач, учитывая реактивное состояние родственников, должен уделить внимание и им, объяснить, что спокойное сочувствие более приятно для больного — тогда доверительней и спокойней воспринимаются их посещения и ведутся разговоры. Здесь необходимо чувство меры, потому что чрезмерное изображение беззаботности и веселья может насторожить больного.

Родственники часто активно участвуют в создании культурального мифа о болезни. Выписка больного из стационара часто происходит не по желанию самого пациента, а по требованию родственников, которые считают, что врачи залечивают пациента (а это уже агрессия). Такая преждевременная выписка часто кончается трагично. Все чувства, которые возникают у человека в экстремальной ситуации, возникают и у родственников больного, потому что болезнь близкого (если он действительно близкий, если это не формальная система кровно-родственных связей, а система эмоциональных отношений), — всегда ситуация фрустрации. Этим и объяснимы часто мешающие лечению и выздоровлению действия родственников, которые хотят помочь, но помогают в соответствии с культуральным мифом о болезни: отказываются от стационара, блокируют терапию, советуют выбрасывать лекарства, чтобы их близкого не «залечили». Именно родственники приносят пациентам алкоголь, когда этого не следует делать. Таким образом, работа с родственниками пациента это еще один аспект деятельности врача, так как нельзя серьезно работать с больным, забывая о его ближайшем окружении.

Каждый раз, работая индивидуально с больным, врач имеет дело с другим миром, с другой «планетой»: у пациента есть своя биография, своя квартира, свой мир, своя семья, свои дети, родители, одним словом, все население этой «планеты», и все это тесно переплетено в человеке. И на этой планете свои законы, которые врач должен понять. Система взаимодействия врач—больной и все его окружение — это гармоничное сочетание планет в галактике, которое приводит не к взрыву, а к росту, к взаимодействию, и к самому лучшему итогу взаимодействия — к любви.

Оглавление

ОТ АВТОРА.....	2
Глава I. Психология и медицина.....	3
Глава II. Сознание и его особое состояние.....	17
Глава III. Восприятие мира.....	34
Глава IV. Психологическая защита.....	50
Глава V. Память.....	73
Глава VI. Мышление.....	83
Глава VII. Речь.....	100
Глава VIII. Мотивация и потребности.....	110
Глава IX. Эмоции.....	119
Глава X. Научение и творчество.....	129
Глава XI. Биологические основы личности.....	147
Глава XII. Психические процессы и болезнь.....	154
Глава XIII. Психология больного.....	165
Глава XIV. Психология взаимоотношений врача и больного (коммуникативные процессы в диаде врач-больной).....	181
Глава XV. Психология врача.....	196
Глава XVI. Психология лечебного процесса и медицинской среды.....	204