

Л.П. УРВАНЦЕВ

ПСИХОЛОГИЯ СОМАТИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО

Ярославль

2000

Рецензенты:

Кафедра педагогики и психологии с курсом медицинской информатики Ярославской государственной медицинской академии

Доктор психологических наук, профессор, член-корреспондент РАО
Г.В. Залевский

Научный редактор доктор психологических наук, профессор
А.В. Карпов

В учебном пособии рассмотрены проблемы влияния психологических факторов на возникновение и течение соматических болезней, а также психологические аспекты их диагностики и терапии. Обсуждается также воздействие болезни на психику больного. Особое внимание уделено приемам психокоррекционной и психотерапевтической работы с соматическими больными.

Пособие предназначено для студентов факультетов психологии и медицинских психологов

Исследование осуществлено при финансовой поддержке Института «Открытое общество» в рамках Мегапроекта «Развитие образования в России» (проект № НВА-914)

© Л.П. Урванцев, 2000

ВВЕДЕНИЕ

Когда я думал о том, с чего начать это учебное пособие, как убедить будущих психологов в полезности для них излагаемого ниже материала, не раз возникало желание ограничиться набором ярких цитат из работ врачей, психологов и психотерапевтов. Действительно, на эту тему написано так много и, казалось бы, так убедительно, что навряд ли можно что-то добавить. Парадокс, однако, заключается в следующем: все эти высказывания, рекомендации и наставления плохо внедряются в практику и до сих пор мало помогают соматическим больным. Трудно и медленно идет и внедрение психологической культуры в сознание врачей.

Здесь уместно привести цитату из работы Лоуэна «Психология тела», причем, довольно пространную, которая хорошо характеризует общую ситуацию в медицине. Вероятно, очень многие врачи (особенно немолодые) подтвердят, что согласны с мнением этого автора и могли бы сказать о себе то же самое. Вот что он пишет: «... я много размышлял о том, какое значение для здоровья могут иметь чувства и как мы можем объяснить такие явления, как любовь, храбрость, гордость и красоту. Знания, которые я получил в медицинской академии, были очень ценными, но не одно из ниже названных понятий там даже не упоминались. Не рассматривались даже такие важные эмоции как страх, гнев, грусть, так как считалось, что это явления психологические, а не физиологические. Боль изучалась лишь исходя из неврологической и биохимической точек зрения, ну а чувством удовольствия вообще никто не занимался, несмотря на то, что оно представляет такую мощную силу нашей жизни...». Медицинские науки занимаются прежде всего функциями органов [114, с. 88]. И как указывает далее автор, единственный способ справиться с нарушением целостности человека — это возвращение психики в тело человека.

Сейчас в отечественной системе подготовки медицинских кадров работает уже немало преподавателей, обеспокоенных решением данной проблемы. Однако определенный консерватизм и осторожное отношение ко всему новому (в целом оправданные высокой ответственностью врачей), а также большее доверие медиков к психиатрии, чем к плохо известной им психологии дают о себе знать. В частности, если с необходимостью изучения психической патологии, связанной с соматическими болезнями, они обычно легко соглашаются, то гораздо труднее убедить врачей и студентов-медиков в том, что врач должен учитывать и особенности психики пациентов, не страдающих психической патологией. Это во многом объясняет и другую проблему: система здравоохранения все еще настороженно относится к психологии и возможностям психологов помочь соматическим (а нередко и психическим) больным, часто не желая видеть в них своих коллег. В лучшем случае признается целесообразность подключения к работе с больными медицинскими психологов, получивших высшее медицинское образование.

При подготовке психологов для работы с соматическими больными остро ощущается дефицит учебной литературы. Большинство книг по данной теме пишутся врачами и для врачей (либо это популярные издания для самих больных). Надеемся, что предлагаемое нами учебное пособие в какой то мере восполнит пробел. Знание особенностей психики соматического больного полезно психологу не только для помощи больным и врачам, но и может облегчить его работу с клиентами вне стен медицинских учреждений, поскольку, вероятно, большинство из них страдает и соматическими заболеваниями. В приложении читатель найдет несколько методик, которые предназначены для решения некоторых рассмотренных в пособии психодиагностических задач.

Психические и соматические процессы тесно взаимосвязаны. Эта связь стала очевидной еще задолго до проведения специальных исследований, из наблюдений в разных областях практики (в религии, педагогике, медицине), где использовали психологическое воздействие на человека для изменения его физического состояния (или наоборот). В качестве примера можно привести даже некоторые явления первобытной культуры — обряды, церемонии [134]. Идея целостного понимания человека высказывалась, начиная с древности. Так, Гиппократ и Гален указывали, что сильные эмоциональные переживания могут приводить к расстройствам в функциях тела, т.е. рассматривали болезнь как патологическую реакцию на стрессовые эмоции. Платон писал в «Хармидах»: «Ибо величайшей ошибкой в лечении болезней является то, что есть врачи для тела и врачи для души, поскольку одно неотделимо от другого... Там, где целое чувствует себя плохо, часть его не может быть здоровой» [Цит. по 95, с. 10].

В.В. Николаева приводит несколько интересных примеров взаимного влияния телесных функций и психического состояния. Известен случай, когда врач шутя сказал мнительной пациентке, не раз обращавшейся по поводу болезни сердца, что если уж она умрет, то одновременно с ним. Несмотря на принятые меры, больная действительно умерла вскоре после смерти этого врача. В подобных случаях решающими оказываются страх и самовнушение мнительных пациентов [134].

Итак, психологический фактор играет важную роль в происхождении и течении заболеваний. Сложный вопрос о механизмах этого влияния будет рассмотрен ниже. Однако и соматическое состояние влияет на психику человека, причем это влияние может быть патогенным, нарушающим психическую деятельность, или саногенным, т.е. нормализующим, улучшающим ее. Неоднородны и механизмы такого

влияния. В.В. Николаева отмечает, что оно может реализоваться посредством интоксикационных воздействий на ЦНС или же иметь психогенную природу (острая реакция личности на заболевания и его последствия) [106]. Примеры соматического влияния — психические нарушения при заболеваниях почек, при врожденных пороках сердца. Однако психогенная форма воздействия является все же основной.

1. ПАТОГЕННОЕ И САНОГЕННОЕ ВЛИЯНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА СОМАТИЧЕСКУЮ СФЕРУ ЧЕЛОВЕКА

1.1. Психологические условия соматического здоровья

Успехи медицины в последние десятилетия можно смело назвать впечатляющими. Вместе с тем эффективность медицинских мероприятий часто оказывается невысокой, особенно при решении задач профилактики соматических болезней. Если же сопоставить увеличение расходов на здравоохранение и улучшение здоровья населения, вывод будет и вовсе обескураживающим: здравоохранение в конце прошлого века и в начале нынешнего было более эффективным [154]. Одна из причин (по-видимому, важнейшая) такой ситуации заключается в том, что здоровье в современных условиях лишь в незначительной степени зависит от состояния медицины и здравоохранения (по некоторым данным только на 10-15 %). Намного большее влияние оказывают другие факторы — генетика, окружающая Среда, но особенно неблагоприятно сказывается на здоровье образ жизни человека. Один из американских ученых считает, что девять из десяти умирающих в Америке сами загоняют себя в могилу своим образом жизни — курением, алкоголем, гиподинамией, перееданием, неоправданным риском (например, игнорирование автомобилистами ремней безопасности), наркоманией и т.д.

Мы привели эти данные, чтобы подчеркнуть все возрастающую роль психологов в решении проблемы сохранения, улучшения и возвращения здоровья. Конечно, причины неправильного образа жизни нужно искать не только в сфере психологии, и это хорошо известно. Есть немало факторов, провоцирующих такой образ жизни, предрасполагающих к нему. Однако возникает вопрос: почему эти факторы так неодинаково влияют на разных людей? В конечном итоге, сам человек решает, как ему себя вести, он оценивает объективную ситуацию, делает выбор. И здесь решающими оказываются обычно его психологические особенности: ценности, чувства, мышление, черты характера и т.д. В частности, очень важно, какое место в его системе ценностей занимает здоровье. Это уже проблема во многом психологическая, для решения которой надо работать с личностью, а не с организмом или органом, что часто пока еще привычнее для врачей.

Результаты исследования, проведенного А.В. Басовым, показали, что 63 % старших подростков не уделяют времени физическому здоровью или уделяют ему лишь незначительную часть времени. Почти третья часть опрошенных поставили здоровье в системе ценностей ниже второго места, а 17 % — ниже третьего [14]. При этом группа подростков с устойчивым интересом к своему здоровью оказалась менее склонной к аддиктивному и делинквентному поведению, которое часто и означает образ жизни, не способствующий сохранению здоровья. С описанными результатами можно сопоставить точку зрения

Р.М. Шамионова, что здоровый образ жизни тесно связан с личностной зрелостью, а потому целенаправленное развитие личности в сторону ее зрелости является одним из наиболее важных подходов в отношении профилактики болезней [166].

Показано, что важными факторами различий в здоровье являются материальная обеспеченность, наличие и сложность работы. Обеспечен-

ность, например, повышает экономические возможности влиять на воздействие стресса. Хорошо обеспеченные люди в целом имеют лучшие показатели здоровья и удовлетворенности жизнью. Кроме того, высокий уровень дохода позволяет лучше ухаживать за детьми и обеспечить более комфортную жизнь на пенсии.

Мужчины, нигде не работающие, отличаются повышенной тревожностью и депрессивностью, они больше беспокоятся о своем здоровье. У проживающих в Америке выходцев из Африки высокий уровень кровяного давления не является, как считали раньше, генетически обусловленным. Их низкостатусная работа (или ее отсутствие) и проблемы с получением образования вызывают хронический стресс, и гипертония развивается в результате фрустрации. При этом наиболее заметны различия в здоровье у людей среднего возраста с разным социо-экономическим статусом.

Вопрос о том, связаны ли со здоровьем и продолжительностью жизни какие-то устойчивые личностные характеристики и типы поведения, обсуждается очень давно, но лишь в последние десятилетия появилась возможность опереться на достаточно надежные результаты специальных исследований в этой области. При обсуждении данной проблемы используются разные понятия, далеко не всегда четко определяемые: «психологическая уязвимость», «психологическая стойкость», «самоизлечивающаяся личность» и т.д. Предполагают, например, что психологическая стойкость или уязвимость являются результатом совместного действия двух факторов — темперамента и ранней социализации. В частности, когда уязвимые люди сталкиваются с психосоциальной средой, которая слишком бедна для удовлетворения их потребностей, часто возникают негативные эмоции и способы поведения. Это приблизительно в полтора раза повышает риск заболевания [181].

Обширные и многочисленные исследования показали, что индивиды с хроническими заболеваниями больше других склонны быть враждебными и депрессивными. Доказано также, что выздоровление после опасных для жизни заболеваний и операций связано с психологическими характеристиками пациентов. Лонгитюдинальные исследования дали важные сведения о возможности предсказывать продолжительность жизни по некоторым аспектам проявления личности в детском возрасте.

Отношения между поведенческим типом А и здоровьем на первый взгляд могут казаться загадочными и противоречивыми. Причина противоречий — неточная трактовка данного типа. Например, многие, работающие торопливо и интенсивно, не подвержены заболеваниям. Они, напротив, хорошо адаптированы, активны. В то же время часто люди типа Б (предположительно свободные от стресса), которые заболевают, не являются действительно спокойными и здоровыми, хотя они могут выглядеть такими или говорить, что они такие. На самом деле они, скорее, депрессивны или захвачены подавленными эмоциональными конфликтами. Хорошо выполненные исследования показывают, что те, кто характеризуется как жестокие, враждебные, подозрительные и фрустрированные, больше подвержены сердечно-сосудистым заболеваниям и, вероятно, преждевременной смерти по всем причинам. Они могут непрерывно бороться против того, что воспринимают как враждебную психосоциальную среду.

Не вполне ясно, почему высока подверженность заболеваниям людей, склонных к подавлению и сдержанности. Флегматичные, холодные они могут производить приятное впечатление на близких, проявляя согласие с ними, неагрессивность, сотрудничество. Они не говорят о своих заботах и тревогах, так как держатся отстраненно и подавляют свои эмоциональные проблемы, недостижимы для них. Именно такой

тип поведения и личности часто ассоциируется с прогрессирующим раковым заболеванием, хотя причинно-следственная связь пока не установлена. Неясно также, в какой степени такое «бессильное отчуждение» может в конце концов порождать или заменять фрустрационную враждебность. Некоторые исследователи утверждают, что психотерапия или другие формы самораскрытия могут облегчать этот внутренний конфликт и способствовать здоровью, но серьезных доказательств еще мало. Например, есть данные об увеличении продолжительности жизни женщин с раком груди при хорошей социальной поддержке и помощи в самораскрытии.

Во многом трудности в разрешении противоречий и споров по данной проблеме связаны с трудоемкостью лонгитюдинальных и достаточно обширных исследований. По той же причине, а также из-за нежелания и неумения психологов и медиков согласовывать свои методологические подходы к исследованиям, далек от однозначного решения вопрос о механизмах связи между личностью и здоровьем. Рассмотрим лишь некоторые попытки объяснить эту связь.

В рамках психофизиологического подхода внимание фокусируется на физиологическом нарушении, включающем высокий уровень симпатической (и иногда парасимпатической) активации. Известно, например, о связи внезапной смерти с сердечной аритмией, спровоцированной автономной нервной системой. У здоровых людей такие случаи относительно редки, но их вероятность намного выше, если сердечное заболевание уже было. Для большинства же хронических заболеваний эта связь является более проблематичной. Спорными являются результаты исследований, связывающие депрессию, стресс и беспомощность с угнетением иммунитета и болезнями, такими, как рак. Доказано, что депрессия со снижением побуждений (например, в результате тяжелой утраты) позволяет иммунную функцию, но известно, доста-

точно ли этого для «провокации» болезни. Относительно злокачественных опухолей есть довольно надежные доводы в пользу утверждения, согласно которому личность не играет какой-либо роли в возникновении болезни, но может влиять на успешность борьбы с ней. К сожалению, психофизиологический подход не учитывает всей сложности обсуждаемой проблемы, системной детерминации соматического здоровья и многообразных аспектов саморегуляции, ограничиваясь часто простой гидравлической моделью: наполнение, накопление «эмоциональной энергии» и ее «выливание», эмоциональная разрядка.

Еще один подход к объяснению связей между личностью и здоровьем заключается в анализе некоторых особенностей типов поведения, влияющего на частоту столкновения со стрессогенными факторами и на возможность использовать «смягчители стресса». Давно известно такая серьезная проблема, как отказ пациента сотрудничать с врачом в процессе лечения, что проявляется в непринятии лекарств, несоблюдении диеты, отказах от повторного курса лечения и т.д. С поведением, способствующим здоровью, часто связано чувство самоэффективности и уверенность в том, что успех достижим.

Игнорирование роли личности часто приводит к провалам при реализации многих профилактических мероприятий, например, таких, как использование ремней безопасности автомобилистами, проведение маммографии для ранней диагностики рака груди или предохранение от заболеваний, передающихся половым путем. Причины невыполнения рекомендаций, действительно важных для сохранения здоровья, могут быть разными: потребность в поиске «острых» ощущений, низкое самоуважение, враждебность, дефектное самосознание. Эти, как и многие другие причины (например, излишний оптимизм), нередко ведут к смертельной отсрочке обращения к врачам и лечения болезни.

Личностные особенности могут объяснить и многие случаи злоупотребления некоторыми вредными веществами. Враждебные к окружающим и невротичные люди более склонны к курению, использованию наркотиков и злоупотреблению алкоголем. К группе риска относятся лица с низкой силой Я и недобросовестные. Цинизм и враждебность по отношению к окружающим повышают вероятность межличностных конфликтов за счет подозрительного, конкурирующего и раздражительного стиля поведения. Это является помехой в получении социальной поддержки и способствует большей вовлеченности в стрессовые ситуации.

Депрессия (и, возможно, подавление) имеет очевидные связи с многими поведенческими факторами риска заболевания, включающими, например, нарушение нормального питания и сна, испорченные социальные отношения и использование вредных веществ. Однако снова обычно остается нерешенным вопрос о причинно-следственных связях из-за недостаточно продуманного планирования большинства исследований.

Не слишком много известно и о психологических особенностях так называемых самоизлечивающихся личностей, о психологических факторах, способствующих соматическому здоровью (по крайней мере, по сравнению с тем, как много пишут об аналогичных условиях психического здоровья). Если использовать не вполне научное и точно определенное понятие, то самоизлечивающиеся личности отличаются энтузиазмом. Это люди эмоционально уравновешенные, отзывчивые, энергичные, они могут быть также спокойными и добросовестными. Они любознательны, безопасны и конструктивны, то есть такие, каких мы хотим видеть вокруг, хорошо адаптируются к социальной среде (по выражению Кеннона, у них развита способность поддерживать «социальный гомеостазис»). Самоизлечивающиеся личности доста-

точно подробно описаны представителями гуманистической психологии, хотя эти описания в основном относились не к соматическому, а к психическому здоровью. Так, Маслоу указывает на особое значение самоактуализации, личностного роста. Перечисленные им характеристики самоанализирующейся личности (спонтанность и естественность в поведении, принятие других, чувство юмора, креативность и т.д.), по существу противоположны многим упомянутым выше качествам личности, повышающим риск соматических болезней, таких, как подозрительность, озлобленность, цинизм, отчаяние, гипотимия и склонность к подавлению конфликтов.

Есть несколько широко распространенных заблуждений относительно того, что может способствовать здоровью или ухудшать его. Они основаны на упрощенных представлениях о факторах, влияющих на здоровье. Например, работающие много и усердно (или их близкие) обычно обеспокоены тем, что многочасовая интенсивная работа может вести к нездоровью. Таким людям часто советуют снизить темп и работать менее напряженно. На самом же деле нет надежных доказательств того, интенсивная трудовая активность «трудоголика» непременно вредна для его здоровья. Важно лишь, чтобы при этом были в наличии «смягчители стресса» (например, социальная поддержка) и чтобы человек обладал указанными выше качествами «самоизлечивающейся» личности. То же самое касается и советов по возможности раньше прекратить работу, уйти в «отставку» или иметь больше свободного времени, избегать стрессов на рабочем месте.

Естественно, сказанное не относится к тем случаям, когда неблагоприятные факторы на работе и определенные личностные особенности делают человека подлинным «трудоголиком», для которого работа — это и есть жизнь, для которого работа и связанные с ней события важнее, чем привязанность, любовь, общение с людьми, развлече-

ния. При этом «работоголик» фактически уходит от реальности, он уже не способен получать удовольствие от общения, увлекаться, проявлять симпатию, сочувствие, оказывать эмоциональную поддержку даже самым близким людям, полноценно отдыхать. Речь идет, таким образом, уже об определенных личностных изменениях (прежде всего в эмоционально-волевой и ценностно-мотивационной сферах). Эти изменения резко уменьшают возможность получения социальной поддержки. Обычно положение «работоголика» осложняется и хроническим эмоциональным напряжением членов его семьи, которые стараются избегать конфликтов с ним, не критиковать его не обсуждать серьезные проблемы, хотя внешне все может выглядеть благополучно. Работоголизм с трудом распознается и его жертвами, и окружающими. Те, кто безоговорочно не поддерживают «работоголика», нередко становятся «врагами» из-за его неспособности спокойно и объективно воспринимать критику. Он часто болеет потому, что не следит за своим здоровьем [75].

Социально-экономические изменения в нашем обществе, происходящие в последние годы, ведут к постоянному обострению обсуждаемой проблемы, хотя исследований в этой области очень мало. Слабо разработаны и вопросы практической психологической помощи «работоголикам», а также предупреждения работоголизма. Избавление от этого рода зависимости — процесс сложный и длительный, требующий высококвалифицированной профессиональной помощи, больших личных усилий «работоголика», участия его родных и близких. Он должен научиться многому: лучше понимать себя и других, слушать их и конструктивно спорить, правильно относиться к критике, распознавать в себе ранние признаки негативных эмоций и предупреждать их, выражать свои чувства и т.д.

Другое заблуждение заключается в том, что желающий сохранить свое здоровье, должен быть оптимистом, что постоянный оптимизм — это универсальный адаптивный копинг-механизм, помогающий преодолевать трудности, в том числе и связанные с болезнью (например, при острых заболеваниях или хирургических вмешательствах). Чрезмерный, неоправданный оптимизм может вести к тому, что человек оказывается шокированным реальностью или избегает важных профилактических мер. Нужно уметь объективно оценивать все обстоятельства ситуации, как благоприятные, так и неблагоприятные для прогноза.

Общая проблема может быть сформулирована так: рекомендации, которые в целом безусловно полезны, далеко не всегда оказываются подходящими в конкретном случае, если не учитывать индивидуально-психологические особенности человека, стиль поведения, факторы ситуации. Именно игнорирование индивидуальности часто ограничивает успешность мероприятий, направленных на сохранение или улучшение здоровья. К сожалению, уже не в первый раз приходится отмечать, что склонность к неоправданным упрощениям и обобщениям более характерна для тех исследований психологических факторов, влияющих на здоровье, которые проводятся не психологами, а учеными с медицинским образованием. В качестве примера рассмотрим один из подходов, предложенный недавно группой авторов, чья высокая медицинская квалификация не вызывает сомнений [130].

Согласно этому взгляду, взаимодействие личности и соматического заболевания реализуется как на психологическом, так и на клиническом уровне. На психологическом уровне главными являются базисные черты личности и представление о соматическом заболевании — о его тяжести, опасности, последствиях. Базисные черты личности по сути сводятся авторами к дихотомии двух, по их выражению, гло-

бальных векторов темперамента: «поиск нового» или «избегание опасности». Навряд ли большинство психологов согласятся с тем, что эти «векторы темперамента» являются базисными чертами личности и что именно они наиболее важны в детерминации взаимоотношений личности и болезни.

1.2. Основные психосоматические концепции

Термин «психосоматика» появился в 1818 г. Он был предложен Р. Хейнротом, и до настоящего времени трактуется неоднозначно. Согласно, например, одной точке зрения, психосоматика – это учение о тесной взаимосвязи психических и соматических процессов в организме, а одна из ее важнейших задач – исследование роли психологических факторов в этиопатогенезе телесных заболеваний [25]. Авторы книги «Психосоматический больной на приеме у врача» считают, однако, что понятие «психосоматика» описывает целый ряд содержательных феноменов, и выделяют два аспекта, такие, как психосоматические заболевания и психосоматическая медицина. Психосоматические заболевания проявляются тремя группами симптомов (конверсионные симптомы, функциональные синдромы или органические неврозы и психосоматозы, т.е. психосоматические заболевания в более узком смысле). Психосоматическая медицина представляет собой определенную концепцию, общую ориентировку здравоохранения в целом, когда учитываются комплексные соматопсихосоциальные взаимодействия при возникновении, течении и терапии заболеваний [95].

Понятия «психосоматическая медицина» и «психосоматические заболевания» укоренились и стали повсеместно использоваться лишь в последние десятилетия. Это произошло под влиянием понимания того, что часто болезни возникают на почве множественных этиологических факторов. В результате медицина должна расширить поле зрения, не рассматривать больного только как носителя какого-то забо-

левого органа, лечить человека в целом. В определенном смысле это является реакцией на «деперсонализированную» медицину как следствие технизации и узкой специализации, что уже отмечалось во введении. Становление психологической медицины иногда связывают с именами таких ученых, как Фрейд, Павлов и Кеннон. Предложен ряд теорий и концепций, по разному объясняющих влияние психологических факторов на возникновение и течение соматической патологии. Кратко рассмотрим некоторые из них.

Первые психосоматические теории связаны с психоанализом. Фрейд прежде всего утверждал, что психическое и телесное взаимосвязаны (хотя, по сути, как считает В.В. Николаева, свел психическое к биологическому [100]). Кроме того, был указан психический патогенный «агент» – аффект, аффективный конфликт, и была разработана модель истерической конверсии, которая приписывала телесным нарушениям функцию символического выражения подавленных интрапсихических конфликтов. Многие психоаналитики считали, что все телесные симптомы (как и невротические) – это компромиссный способ разрядки сексуальной энергии, однако такое толкование истерической конверсии господствовало в психосоматике недолго.

Теория «символического языка органов», согласно которой асоциальные стремления, мысли, фантазии вытесняются в область бессознательного и затем проявляются в расстройствах функций внутренних органов, утверждала, например, что отвращение к кому-либо или неприятие чего-либо выражается рвотой, а «сексуальное голодание» проявляется в нарушении моторной функции желудка, его секреторной активности и в анорексии (по аналогии с истерическими конверсиями). Респираторные заболевания трактовались сторонниками психоаналитического подхода как выражение стремления вернуться в лоно матери, когда собственная дыхательная система еще не работает.

Теории конверсии критиковались за абсолютизацию роли символизма. Отмечается также, что экспрессивные символические функции могут выполнять лишь те системы организма, которые находятся под контролем произвольной нервной системы (прежде всего – органы чувств). Возникло понятие вегетативного невроза, однако, и сегодня выделяется группа так называемых конверсионных болезней. Значение этой теории заключается и в том, что впервые при объяснении механизмов развития соматических болезней обращались к «нематериальным», психологическим факторам [25].

Против придания симптомам исключительно символического значения выступили Александер и Данбар, с именами которых связаны две достаточно популярные психосоматические теории. Врач и психоаналитик Александер выделил группу психогенных расстройств в вегетативных системах организма и назвал их вегетативными неврозами. Он считал, что симптом – это не символическое замещение подавленного конфликта, а нормальное физиологическое сопровождение хронизированных эмоциональных состояний. Любая эмоциональная реакция, не нашедшая выхода в данный момент, имеет свой относительно четко очерченный соматический эквивалент. Специфичность заболевания, по его мнению, следует искать в конфликтной ситуации. Его модель поэтому часто называют «теорией специфических для болезни психодинамических конфликтов» или «концепцией специфического эмоционального конфликта»,

Александер выделяет три основные формы психогенных заболеваний: истерические конверсии, вегетативные неврозы и психосоматические заболевания. Разрядка конфликта происходит только по вегетативным путям, и это обуславливает развитие таких заболеваний, как гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, бронхиальная астма, язвенная болезнь, сахарный диабет, тиреотоксикоз, ревматоидный

артрит, язвенный колит. Для каждого заболевания характерен свой интрапсихический конфликт, которому соответствуют определенные эмоциональные переживания со своими физиологическими коррелятами. Например, больной нейродермитом подавляет желание физической близости, пациенты с язвенной болезнью переживают конфликт между потребностью в зависимости, опеке и стремлением к автономности, независимости.

Все эти болезни, по мнению Александера, являются многопричинными, то есть в их происхождении и развитии имеют важное значение многие факторы: родовые травмы, болезни в младенческом возрасте и физические травмы, эмоциональный климат в семье, личностные черты родителей и т.д. Он совершенно прав, когда подчеркивает, что психосоматика лишь добавляет некоторые факторы к тем, которые традиционно рассматриваются в медицине. Но реально он рассматривал только психологические факторы. Не было в теории Александера и ответа на ряд вопросов: как подавление связано с регрессией? Почему определенная болезнь возникает не у всех людей, вовлеченных в конфликт зависимости? и т.д. Однако идеи Александера в течение нескольких десятилетий влияли на психосоматическую медицину и выдержали даже некоторые экспериментальные проверки.

С точки зрения возможностей практического применения большой интерес представляет третья теория – «профиля личности», предложенная Данбар. Она пришла к выводу, что люди, страдающие определенной болезнью, похожи по их личностным особенностям, и что именно эти особенности их личности отвечают за возникновение болезни. Данбар подробно изучила историю жизни и психологические особенности 1600 больных с разной патологией (сахарный диабет, ревматоидный артрит, нарушение сердечного ритма, ревматизм, стенокардии, гипертоническая болезнь и т.д.). Она описала соответству-

ющие им различные типы личности, такие, как «гипертонический», «коронарный», «аллергический», «склонный к повреждениям» и другие. Представление о личности, по мнению Данбар, могут дать лишь многие факторы в комплексе, взятые вместе: отношения с окружающими, социальный статус, образование, история прошлых болезней, семейная ситуация (разводы, потеря родителей, отношения с ними), частота болезней у родственников и т.д. Отметим, что в этой концепции берутся за основу довольно поверхностные детерминанты, что здесь уже имеет место выход за пределы интрапсихической сферы, в широкую сферу жизнедеятельности человека. Например, по Данбар, больные гипертонической болезнью амбициозны, но не очень уверены в себе, постоянно конфликтуют с начальством. Для них характерны конфликты между агрессивностью и чувством вины, между независимостью и стремлением найти защиту.

Эта концепция явилась толчком для многих экспериментальных исследований. Было установлено, в частности, что есть многочисленные особенности, характерные и для психосоматических больных в целом: сильная фантазия, недостаточная эмоциональная включенность в ситуацию, неспособность описать тонкие нюансы своих чувств и вообще отсутствие слов для самовыражения, инфантильность, неспособность управлять символическими процессами в целях коммуникации [100]. Как отмечает Я. Рейковский, благоприятные условия для возникновения психосоматических заболеваний складываются, когда у кого-то доминирующими являются личные интересы и потребности, то есть когда достижение личных целей оказывается главным источником жизненной активности [116]. Исследование, в котором сравнивались больные с диагнозом 1-й стадии гипертонической болезни и здоровые люди, показало, что степень эгоцентризма в среднем выше у представителей 1-й группы. При этом испытуемые с односторонним развитием эгоцентрических установок обычно их не одобряли и по-

этому не могли активно реализовать (вероятно, в основном из-за противоречия таких установок социальным нормам).

В русле теории «профилей личности» находится огромное количество работ, в которых описаны психологические особенности больных с определенной соматической патологией. Сюда же относятся исследования по разработке концепции о типах поведения А и Б, о которых подробнее будет сказано ниже. Хорошо известны и описания так называемой «раковой личности».

Вместе с тем, многие вопросы и в рамках теории профилей личности остаются нерешенными. Одна из главных линий ее критики – полная неясность в отношении механизмов влияния личностных черт на развитие болезни. Заметим, что этот упрек можно адресовать и авторам многих других концепций и экспериментальных исследований, где главная цель – установление корреляций между болезнью и некоторыми факторами, а не выявление механизмов (в том числе и психологических) их влияния. Хорошо известно к тому же, что корреляционная связь – это не причинно-следственная связь. В целом описанные выше психосоматические теории можно назвать классическими, и их характеризуют некоторые общие особенности: попытки установить простую, линейную связь между психологическими и соматическими явлениями, а также ограниченный набор объяснительных категорий. Еще одна проблема – это трудности в практическом применении теорий из-за отсутствия простых и адекватных им методик.

Н.Д. Былкина считает, что для психосоматических теорий «новой волны» очень важной предпосылкой оказалось разработанное Дж. Райхом понятие инфантильной личности, для которой характерны зависимость и пассивность, детские способы мышления, тенденция реагировать действиями, завышенные притязания, пассивная агрессивность [25]. Их эмоции и чувства не выражаются в экспрессивном

поведении, фантазии стереотипны и примитивны, они «эмоционально сцеплены» с «ключевой фигурой» (обычно с матерью). Райх отметил, что указанные особенности выявляются у многих психосоматических больных, симбиотически связанных с матерью и отличающихся «недоразвитием» личности.

Следующим важным шагом в объяснении психосоматических болезней стала теория десоматизации – ресоматизации, сформулированная в конце 20-х годов XX века, автором которой является М.Шур. В ее основе лежит представление о неразрывности соматических и психических (эмоциональных) процессов у человека в раннем детстве. По мере взросления ребенка эта связь ослабевает, то есть нормальное развитие, по мнению Шура, соответствует понятию «десоматизация», а патологическое – «ресоматизация». Предрасположенность к психосоматическим заболеваниям, таким образом, вызывается недостаточной дифференциацией эмоциональных и соматических процессов у людей с явлениями инфантилизма. У них любое эмоциональное нарушение легко трансформируется в нарушение соматических функций. Поэтому для профилактики психосоматических заболеваний очень важно создавать условия, при которых происходит адекватное психологическое созревание личности, следовательно, ошибки родителей в воспитании ребенка нужно считать одним из основных факторов в генезисе соматических болезней [95].

При объяснении природы десоматизации – ресоматизации М. Шур, как и многие другие авторы психосоматических концепций, обращается к идеям психоанализа, и в частности к представлениям З. Фрейда о структуре личности. Причины психосоматических болезней связаны с провалами в деятельности Эго и регрессией на более низкий уровень психосоматического функционирования [25]. Развитое Эго обеспечивает контроль побуждений и эмоций, независимость от произволь-

ных средств разрядки побуждений. Если под влиянием стресса защитные механизмы разрушаются, происходит регрессия на физиологический уровень реагирования и могут возникнуть сердечно-сосудистые, пищеварительные и другие расстройства.

Рассматривая основные факторы, предрасполагающие к возникновению психосоматической патологии, нельзя не отметить алекситимию. Дословно этот термин означает «недостаток слов для выражения чувств». Он был предложен П. Сифнеосом, который считал, что эмоциональная невыразительность создает конфликтную ситуацию в межличностной сфере, а эмоциональное напряжение трансформируется затем в патологические физиологические реакции. Несмотря на достаточно серьезную критику этой концепции, она представляется нам психологически настолько интересной, что в дальнейшем будет рассмотрена отдельно. Здесь же ограничимся лишь несколькими замечаниями. Эмоциональная сфера «алекситимиков» слабо дифференцирована. Они отличаются также плохо развитым воображением, сниженным уровнем абстрактно-логического мышления, инфантильностью, чрезмерным прагматизмом, дефицитом рефлексии, эмоциональными срывами [102]. Считают важным, чтобы врач, работающий с психосоматическими больными, сам не страдал алекситимией.

Постепенно накапливались эмпирические данные, которые все больше побуждали исследователей к изучению межличностных отношений психосоматических больных. Результаты этих исследований далеко не всегда укладывались в русло известных теорий или приводили к построению новых целостных концепций психосоматической медицины, однако они, несомненно, углубляют представления о природе психосоматических болезней и для психолога часто более интересны, чем многие положения классических теорий. Так, установлено особое значение для развития ребенка и снижения вероятности психосомати-

ческого заболевания в будущем адекватного поведения матери в самом раннем детстве. Если она отвергает попытки ребенка разрушить симбиотическую связь с матерью, его стремление к независимости, прогноз на будущее становится неблагоприятным. В литературе есть описания «психосоматической материи» как авторитарной, доминирующей, открыто тревожной и латентно враждебной, требовательной и навязчивой. Итак, болезнь здесь включается в контекст социальных отношений.

Во многих психосоматических теориях используется понятие «потеря объекта» (или «объектная потеря»). Фрейбергер описывает потерю объекта как «процесс действительной или угрожающей или воображаемой потери объекта» (цит. по [95]). Это может быть, например, потеря близких (их смерть или длительное нарушение контакта), профессиональной или иной деятельности. Особенно опасна потеря «ключевой фигуры», игравшей наибольшую роль в жизни человека. Психосоматические больные не могут адекватно перерабатывать переживания потери объекта, она остается поэтому непреодоленной. В результате стресс приводит к болезни. Давно известно, что ее начало почти всегда связано с событиями, которые человек воспринимает как угрожающие или сверхсильные. В то же время потеря объекта действует не одинаково на разных людей. Эти различия зависят от наличия или отсутствия дефектов в структуре Я, и от того, способствуют ли отношения ребенка и матери формированию у него контроля своих побуждений, его психическому созреванию.

Наконец, нужно отметить, что совсем недавно появилась так называемая психобиологическая модель заболевания. Физическое здоровье зависит от способности регулировать (самому или с помощью внешних регуляторов, например, матери) сложные физиологические и биохимические процессы. Новорожденные, отделенные от матери, под-

вержены эффекту госпитализации, результатами которой являются высокая смертность, подверженность инфекции, более медленное развитие. Это можно объяснить тем, что в младенческом возрасте функции регуляции биологических процессов разделены между ребенком и матерью.

Следует согласиться с Н.Д. Былкиной, которая считает, что в целом современное состояние дел в психосоматике трудно оценить однозначно [25]. Есть много интересных теорий, проводится большое число эмпирических исследований и очевиден прогресс в понимании роли психологических факторов в возникновении и течении различных болезней. В то же время результаты исследований нередко противоречивы, каждая теория уязвима для критики, исследования имеют обычно описательно-корреляционный характер, выводы авторов страдают чрезмерной обобщенностью (каждая болезнь имеет множество форм). Далеко не всегда используются надежные психодиагностические методики, адекватные целям исследований. Частично это связано, вероятно, с недостаточным уровнем психологических знаний исследователей, которые редко имеют психологическое образование. Наконец, как уже отмечалось, часто остается неясным, были ли выявленные психологические особенности присущи больным до начала заболевания или же они обусловлены болезнью.

Есть интересные попытки преодолеть некоторые указанные трудности и противоречия. Одну из них предприняли Р.В. Рожанец и О.С. Копина на примере проблемы этиологии и патогенеза основных сердечно-сосудистых заболеваний [118]. Они считают, что отдельные психологические особенности нельзя рассматривать изолированно, вне их связи со структурой личности, со специфическими неблагоприятными для нее микросоциальными условиями. Бесперспективен поиск новых корреляций непосредственно между теми или иными со-

циальными факторами (профессией, социальным статусом) и определенными формами сердечно-сосудистых заболеваний. Прогнозирование, по их мнению, возможно лишь на основе учета комплекса многообразных социальных, психологических и соматических факторов, и вклад каждой группы факторов может быть различным. Их взаимодействие в процессе деятельности и общения человека и приводит к хроническому эмоциональному перенапряжению из-за неудовлетворенности основных жизненных потребностей, что является признаком социально-психологической дезадаптации. Эмоциональное напряжение, в свою очередь, запускает комплекс психофизиологических и нейро-гуморальных сдвигов в организме, и они в сочетании с соматическими свойствами индивида приводят к формированию предвестников и основных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний. Эта модель психосоматических соотношений была использована на практике. Авторы придают особое значение подбору тестов для психологического исследования степени выраженности хронического эмоционального перенапряжения и выявления основных личностных особенностей, характеризующих взаимодействие человека с социальным окружением. Анализ микросоциальных условий предполагает характеристику сложившихся у человека отношений в профессиональной, бытовой, семейной сферах. При анализе соматических свойств индивида нужно учитывать такие показатели, как пол, возраст, наследственность, состояние соматических систем и органов, их функциональный резерв, тренированность, перенесенные заболевания и травмы, некоторые характеристики обменных процессов, состояние нервной системы.

Такой комплексный подход, на наш взгляд, действительно является перспективным и выгодно отличается от большинства других, более узких и ограниченных моделей и концепций. Однако его широкое

практическое применение требует большой по объему работы высококвалифицированных специалистов, как медиков, так и психологов. Авторы, осознавая эту проблему, предлагают в дальнейшем использовать при скрининговых обследованиях для выявления лиц с риском развития сердечно-сосудистых заболеваний компактные опросники.

1.3. Поведение типа А и его коррекция

«В последние десятилетия от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) страдает все больше людей, особенно в возрасте 30-60 лет. Выделяют пять основных факторов, способствующих их развитию: нервно-психическое напряжение, нарушение липидного обмена, повышенное артериальное давление, курение, наследственная предрасположенность. Несколько позже к ним добавился еще один фактор риска — так называемое поведение типа А (или коронарного типа А). По наблюдениям американских кардиологов, если нет поведения этого типа, ишемическая болезнь сердца (ИБС) до 70-летнего возраста встречается очень редко, хотя человек может курить, есть жирную пищу, не делать физических упражнений. Поэтому изучение особенностей личности с поведением типа А, причин формирования этого типа поведения, разработка способов его коррекции чрезвычайно важны.

Фридман и Розенман, обобщив наблюдения за пациентами, первыми описали «поведенческий синдром», связанный с развитием ССЗ, который и получил название «поведение типа А». Они заметили, что пациенты с коронарной болезнью сердца во время приема, садясь на стул, присаживались на самый его край, при этом их поза демонстрировала стремление как можно быстрее закончить разговор с врачом и уйти. Специальный опрос таких пациентов показал, что торопливость, нетерпение и постоянное ощущение нехватки времени действительно являются стабильной особенностью их поведения.

В дальнейшем многие авторы описали характеристики людей с поведенческим типом А: высокий темп жизни для достижения нечетко сформулированной (часто труднодостижимой) цели; постоянное стремление к сравнительному и конкуренции, к продвижению по служебной лестнице; настойчивый поиск признания; активное участие в разных видах деятельности; дефицит времени; высокая готовность к действиям; нетерпеливость и постоянная спешка; отсутствие ощущения безопасности; высокий темп жизни и ускорение многих физических и психических функций; неспособность к релаксации [26, 109, 176 и др.]. Кроме того, были отмечены определенные внешние проявления этого типа поведения, такие как бесцельная враждебность, раздражительность, быстрая, громкая и отрывистая речь с акцентированием отдельных слов и выражений, энергичные жесты. Обычно указывают и на то, что такие люди быстро уходят и быстро едят.

Противоположный тип поведения (тип Б) описывается значительно менее подробно. Люди, которым присуще это поведение, чередуют работу и отдых, им не свойственно состояние эмоционального напряжения, они расслаблены, неторопливы. Их речь мягче и спокойнее (как и жестикуляция). Все это, однако, совсем не означает, что они ленивы, пассивны в отношении своих обязанностей и работают неэффективно.

Фридман и Розенман предлагают и более дифференцированный подход с учетом степени выраженности характеристик двух описанных типов поведения. Тогда можно выделить поведение типа А1 (совокупность максимально ярко проявляющихся свойств «коронарного поведения»), типа А2 (сочетание свойств обеих поведенческих групп, но с преобладанием характеристик «коронарного поведения»), типа Б3 (сочетания свойств обеих групп, но с преобладанием характеристик поведения типа Б), типа Б4 (совокупность свойств, противопо-

ложных параметрам коронарного поведения) и поведение типа 0, когда свойства обеих групп уравновешены.

Иной подход к выделению типов поведения предлагает А.В. Либин [89]. Он дает краткую характеристику трех паттернов предпочтений, лежащих в основе поведенческих стилей типов А, С и Т.

Синдром А-типа включает признаки гнева, соревновательного поведения и стремления к совершенствованию. Более подробно поведенческие и личностные проявления этого типа рассмотрены выше. Показано, что относящиеся к нему бизнесмены вдвое чаще умирают от инфаркта. Кроме повышенного риска сердечно-сосудистых расстройств, частые неудачи из-за завышения целей нередко становятся у людей с синдромом А-типа причиной их депрессивности и тревожности.

Синдром С-типа характерен для тех, кто способен в стрессовой ситуации не терять равновесия, выстоять. Справляться со стрессом им помогают три установки:

- ситуация оценивается скорее как вызов, а не как угроза;
- они концентрируются на обязательствах, которые должны выполнить;
- они считают, что смогут контролировать события.

Благодаря всему перечисленному, у людей данного типа перенесенные стрессовые воздействия практически не влияют на здоровье.

Синдром Т-типа «демонстрируют» те, для кого вызванные стрессом переживания являются наградой за смелость. Они сами ищут рискованные ситуации, стремясь к новизне и возбуждению.

Поведение типа А исследуется в русле четырех основных направлений. Компонентный анализ предполагает изучение составляющих поведения типа А и их соотношения с клиническими проявлениями ко-

ронарных заболеваний. Считается, что различные проявления ССЗ соответствуют разным наборам черт внутри «сизифова типа». Второе направление — это анализ проявлений эгоцентризма: повышенное внимание к собственной персоне у людей с поведением типа А связывают с агрессивными реакциями. Исследователи отмечают, что такие люди чаще других ссылаются на себя, в их речи больше местоимений «я», «мне», «мой» и т.п.

Представители третьего направления придерживаются концепции дефицита контроля, согласно которой поведение типа А является специфическим способом овладения стрессогенными факторами окружения, попыткой контролировать события, не подвластные субъекту. Наконец, в рамках концепции неопределенных критериев на первом месте оказывается повышенная зависимость обладателей поведения типа А от общественного мнения, что заставляет их постоянно сравнивать свои достижения с достижениями других. Однако они используют при этом завышенные и нечетко определенные критерии оценки, результатом чего оказывается постоянная борьба за успех и хроническое ощущение дефицита времени [176].

Наряду с рассмотренными, есть и еще один вариант интерпретации поведения типа А, лежащий в русле психоаналитического подхода. В нем этот тип поведения трактуется как основанный на потребности в самореализации и поиске социального одобрения, а также на доминировании двух механизмов психологической защиты — «вытеснения» и «подкрепления». У личности с поведением типа А сочетаются два конфликтующих уровня: актуальный (опирающийся на социально одобренные стереотипы «активности», «независимости» и т.п.) и латентный (основанный на стремлении к зависимости, импульсивности, пассивности). Конкуренция между этими двумя уровнями и создает условия для снижения устойчивости к ИБС [138].

Итак, единая общепринятая психологическая теория, объясняющая поведение типа А, отсутствует, несмотря на огромное количество исследований по данной теме. Одна из причин, вероятно, в том, что в основном это исследования «описательно-корреляционные». Статистические методы и установление формальных зависимостей не могут заменить содержательно психологического анализа изучаемого явления. К тому же, поскольку большая часть исследований выполнена медиками и их результаты опубликованы в медицинских изданиях, прагматическая направленность этих работ, их значение для практической медицины явно доминируют над стремлением вскрыть психологическую сущность, психологические механизмы и генезис поведения типа А. Правы, по-видимому, те, кто считает, что для понимания этого типа поведения нужен его анализ на всех уровнях психических явлений и деятельности: мотивационном, целевом, операционном, эмоциональном, когнитивном и т.д.

Поскольку системный или структурно-уровневый подходы не реализуются, многие вопросы до сих пор остаются неясными, а нередко ответы на них оказываются противоречивыми. Нет четкого определения поведения типа А; даже его название — «поведенческий тип А» — не все считают удачным. Существует предположение о том, что на самом деле тип А представляет собой не один, а несколько поведенческих паттернов. Сомнительны и попытки четки связывать такое поведение лишь с реакциями на стрессовые ситуации.

Нет до сих пор и однозначного ответа на вопрос о том, какие именно личностные и поведенческие особенности играют наиболее патогенную роль в развитии ССЗ. В одних работах указывают, например, на нетерпимость и склонность к соперничеству, а в других подчеркивают первостепенное значение гнева и враждебности. Очень мало известно о механизмах формирования поведения типа А. Не решен до конца и

вопрос о его диагностике. Нередко вообще отрицается взаимосвязь между поведением типа А и риском каких-либо заболеваний, в том числе и ИБС [33].

Связь поведения типа А с ИБС подтверждается результатами многочисленных исследований, проведенных как в нашей стране, так и за рубежом. При этом особенно ценными являются результаты лонгитюдинальных исследований, поскольку они позволяют «развести» преморбидные психологические особенности и изменения в психике, вызванные болезнью (или, по крайней мере, связанные с нею). В одном из них 3200 здоровых людей изучались в течение нескольких лет. У обладавших поведением типа А почти в 5 раз чаще зафиксировано возникновение ИБС. По данным другого исследования, у лиц с данным поведенческим типом артериальное давление выше, чем у лиц с поведенческим типом Б. Частота повторного возникновения инфаркта миокарда у лиц с поведением типа А в 5,5 раза выше, чем с поведением типа Б. У первых также чаще отмечают атеросклеротический процесс, тромбообразование [32].

Важно отметить и тот факт, что личностные характеристики больных ИБС тесно коррелируют с некоторыми особенностями людей типа А. Известно, что традиционно упоминаемые факторы риска ИБС (курение, гиподинамия, избыточный вес и др.) объясняют лишь около 50 % случаев ССЗ. К тому же именно психологические и иные проблемы, обусловленные «издержками» поведения типа А, могут быть одной из причин курения, переедания, гиподинамии. Есть и концепции, объясняющие анатомо-физиологические механизмы влияния поведения типа А на возникновение ССЗ, обсуждать которые здесь нет необходимости.

В отношении проявлений поведения типа А остановимся только на тех из них, которые не вызывают сомнений, потому что подтверждены

многими исследованиями. Это, например, реакции раздражительности, агрессии и бесцельной враждебности в стрессовых ситуациях.

Обнаружено, что лица с поведением А в большей степени склонны плохо обращаться с детьми. Около 75 % женщин, проходящих курс лечения в связи с тем, что они истязали собственных детей, проявляли этот тип поведения. В контрольной группе таких матерей было только 50 %. Другие данные подтверждают, что индивидуальные различия — как на поведенческом, так и на физиологическом уровне — могут влиять на склонность к проявлению агрессии. При этом мужчины типа А с высоким уровнем тестостерона особенно склонны отвечать насилием на провокацию [26].

Немногочисленные исследования позволяют утверждать, что поведение типа А формируется при жизни, под воздействием средовых факторов, а не предопределено наследственно. В частности, недостаточная забота о ребенке, плохой уход за ним со стороны родителей в детстве ведут в будущем к более частому вовлечению человека в ситуации, характеризующиеся высокой степенью риска. Это, в свою очередь, может быть связано с тем, что такие люди чаще ставят перед собой труднодостижимые цели. К факторам, способствующим развитию поведения типа А, относят также иногда стремление достичь социальной адаптации в школе, нетерпеливость и раздражительность. В то же время, наличие поведения типа А или Б не коррелируют с успешностью в учебе.

Установлено, что распространенность поведения типа А варьирует в зависимости от социокультурных характеристик группы, от выбранной профессии, уровне образования. Такой тип поведения, например, чаще встречается в семьях с высоким годовым доходом, у служащих и руководящих работников, чем у рабочих [109]. Вопрос о том, что здесь является причиной, а что следствием, как всегда неясен, хотя

многие авторы пишут о возможном влиянии поведенческого типа на выбор профессии.

Отмечено проявление черт, свойственных поведению типа А, у детей в возрасте 6-11 лет. При этом установлены и половые различия: мальчики более нетерпеливы, агрессивны, больше склонны к соревновательным ситуациям, амбициозны по сравнению с девочками. Возможно, это влияет и на более высокое артериальное давление у мальчиков.

Наряду с выраженной враждебностью и агрессивностью для людей с поведением типа А характерна общительность. Они охотно вступают в контакт и производят впечатление людей приятных, веселых, отличающихся энтузиазмом, охотно высказывающих свое мнение и готовых поделиться впечатлениями. Такое противоречие между стремлением к межличностным контактам, эмоциональной отзывчивостью и враждебностью вызывает хроническое эмоциональное напряжение [109]. Поэтому нередко для поддержания своих отношений с окружающими лица с коронарным типом поведения стремятся контролировать свои действия, сдерживать свою вспыльчивость.

Из-за своих психологических особенностей пациенты с поведенческим типом А, перенесшие инфаркт миокарда, начинают обычно испытывать отчуждение от социальной Среды. Они не стремятся более к контактам с людьми, которые могли бы помочь им, оказать поддержку. У представителей противоположного типа стремление к социальным контактам не зависит от состояния здоровья.

Для людей с поведением типа А характерна ярко выраженная предприимчивость. Их отличает узкий круг интересов, они не разбрасываются, а концентрируют усилия на определенных сферах деятельности и участках работы, где пытаются полностью себя реализовать. Это может быть связано с их желанием достигать совершенства во всем, за что они берутся. Доминирующая мотивация этих людей долго не уга-

сает, а при неудачах даже усиливается, заставляя прилагать все большие усилия для реализации своих амбиций и приводя к устойчивому психоэмоциональному напряжению (особенно когда цель ошибочно оценивается как достижимая) [56, 109]. Стремление наиболее эффективно выполнять деятельность характерно уже для детей в возрасте 6-11 лет, демонстрирующих поведенческий тип А. Мать, ориентированная на достижения, может влиять на формирование такого же типа поведения, поскольку от позиции воспитателя зависит отношение к труду: поощряя самостоятельность ребенка и хорошее выполнение различных заданий, мы закрепляем его поведение, направленное на высокие достижения.

Лица с поведением типа А отличаются повышенной конфликтностью, причем конфликты на работе (а не в семье) они оценивают как наиболее значимые. Они охотно берут на себя общественные обязанности, что увеличивает эмоциональную нагрузку и способствует прогрессированию атеросклероза коронарных артерий сердца [109].

Установлены некоторые половые различия в проявлении поведенческого типа А. Например, у женщин этого типа ярче, чем у мужчин, выражено доминирование экстраверсий. Они дают также больше безобвинительных и самообвинительных реакций при выполнении рисуночного теста на фрустрацию. По мнению Д.В. Плотникова, поведение типа А у женщин в большей степени детерминируется биологическими предпосылками, чем у мужчин [108]. Предполагается, что решающее значение для детерминации такого типа поведения имеют 2 составляющие характера. Во-первых, это гипертимность, сопровождаемая повышенным фоном настроения, психической и двигательной активности. Во-вторых, очень важны экзальтированность и эмотивность, глубина эмоциональных переживаний, эмоциональная вовлеченность в происходящие события.

Еще один фактор, влияющий на распространенность поведения типа А, — это возраст. Оно встречается чаще среди лиц молодого и среднего возраста.

Почти сразу после того, как поведение типа А было описано, и была установлена его связь с ишемической болезнью сердца, стали разрабатываться способы его модификации в целях профилактики и предотвращения рецидивов. Достаточной и реалистичной целью подобной работы должно быть не превращение поведения типа А в тип Б, а уменьшение выраженности поведенческих реакций типа А в ситуациях, требующих психологической мобилизации [109]. Уже первые попытки модификации этого фактора риска, предпринятые Фридманом и Розенманом, оказались удачными. Используя разнообразные методы (когнитивно-социального обучения, релаксации, обучения самоанализу, навыкам урегулирования конфликтов, методы групповой психотерапии), удавалось в 2-5 раз снизить враждебность и другие компоненты поведенческого типа А, а также значительно снизить число повторных заболеваний.

С.Д. Положенцев и Д.А. Руднев описали основные методы по уменьшению выраженности коронарного типа поведения. Метод снижения уровня тревожности включает глубокую мышечную релаксацию, представление «в уме» состояния тревожности и уменьшение ее. В результате отмечается меньшее число ответов, соответствующих ярко выраженной мотивации к достижению. Групповая психотерапия в сочетании с релаксационным тренингом приводит к уменьшению уровня холестерина в крови и снижению артериального давления, хотя вовлеченность в работу и ощущение нехватки времени остаются на прежнем уровне.

Наиболее детально разработанным можно считать когнитивно-бихевиоральный подход к модификации поведения типа А. Накоплен-

ный человеком опыт в рамках этого подхода рассматривается как результат взаимодействия четырех факторов: когнитивного, физиологического, поведенческого и влияния окружающей среды. Коррекции каждого из них соответствуют свои рекомендации.

Пациентов обучают с помощью самонаблюдения распознавать, в каких ситуациях они ведут себя по типу А и что приводит к этим ситуациям. Затем их побуждают произвольно заменять патогенные отрицательные реакции на окружение на более адаптивные. Другой аспект психологической коррекции — обучение пациента реконструированию или избеганию ситуаций, провоцирующих поведение типа А.

Кроме того, пациентам рекомендуется произвольно менять темп своей речи, ходьбы и уменьшать число иных поведенческих проявления поведения типа А с помощью самоинструкций. Наконец, четвертой составляющей когнитивно-бихевиорального подхода является обучение приемам аутогенной тренировки и другим методам релаксации.

Примером применения данного подхода может быть тренинг преодоления враждебности. Сначала пациентов просят вспомнить ситуации, в которых они испытывают раздражение и гнев. Психотерапевт помогает выявить причины таких реакций. После этого идет обучение альтернативным реакциям, неагрессивной коммуникации при выражении негативных точек зрения или эмоций. Далее используют ролевые игры для переноса закрепленных позитивных реакций в новые ситуации. Когнитивно-бихевиоральный тренинг для больных, перенесших инфаркт миокарда, в комплексе с консультациями кардиолога, медикаментозным лечением и рекомендациями диетолога оказался достаточно эффективным. В контрольной группе, где пациенты получали то же лечение, но без вмешательства психотерапевта, частота повторного инфаркта была почти вдвое больше [176].

Важнейшей проблемой является слабая мотивация людей с поведением типа А к участию в такого рода тренингах. Негативное отношение к модификации типа А объясняется прежде всего тем, что в современных развитых странах именно этот тип часто приводит к успеху, помогает сохранить работу, повысить уровень доходов. Поэтому часто попытка изменить такое поведение человека вызывает у него тревогу и гнев, а возвращение к привычному поведению способствует снижению напряжения. Считают, что поскольку лица, страдающие стенокардией и перенесшие инфаркт миокарда, более мотивированы к изменению поведения типа А, то разумнее заниматься вторичной профилактикой. По данным исследования, направленного на первичную профилактику, из 125 приглашенных на 1-е занятие явилось 67, на 2-е — 40, на 3-е — 29 человек, а все занятия посетили лишь 25 приглашенных. К тому же сложные рекомендации по изменению поведения и образа жизни выполняли не более 20 % участников занятий [41].

Итак, существует проблема: как устранить перенапряжение, завышенные требования к себе и сохранить положительные качества, суммарную продуктивность деятельности? Предлагают отказаться от идеализации деловых качеств лиц с поведением типа А и рассматривать поведение типа Б не как негативную альтернативу, а как способность работать с высокой эффективностью, но более психологически экономно и в соответствии со своими реальными возможностями. Иначе говоря, надо различать лиц с поведением типа Б и людей с недостаточной целеустремленностью и требовательностью к себе. При таком подходе легче убедить людей с поведением типа А в необходимости перестроить поведение. Кроме того, не следует требовать полной его перестройки, достаточно изменить психологические реакции на относительно менее существенные для личности дела и ситуации. Ясно одно: нет необходимости поощрять чрезмерную деятельность, множе-

ственную активность с постоянной эмоциональной напряженностью во вред здоровью. Повышенный риск не оправдан ни по гуманистическим, ни по экономическим соображениям [109].

Иногда могут оказаться полезными многочисленные советы о том, как уменьшить проявления поведения типа А. Следует, однако, помнить, что при яркой выраженности такого поведения эти советы навряд ли будут реализованы. Причина все та же — проблема мотивации.

Например, чтобы избавиться от ощущения нехватки времени, советуют больше общаться с семьей и друзьями, каждый день хотя бы несколько минут вспоминать прошлые события, даже днем находить время расслабиться и поспать, читать книги (не связанные с работой), посещать галереи, музеи, театры и т.д. Подобные советы есть и для уменьшения агрессивности: завести новых друзей; сказать членам семьи, что любите их; не отказываться от помощи друзей, если она необходима; не увлекаться спорами; концентрироваться на приятных вещах; контролировать мимику при плохом настроении; меньше говорить, а больше слушать; шутить, чтобы справиться с раздражением и т.п.

Другая проблема, возникающая при коррекции поведенческого типа А, — это обеспечение устойчивости, долгосрочности изменений, полученных в результате работы психотерапевта с пациентами. Кратковременность эффекта объясняется часто не только низкой мотивацией, но и тем, что недостаточно понятны психологические механизмы поведения типа А. К тому же в основном занимаются психологической коррекцией не личности больного в целом и не учитывают его социальную ситуацию развития. Воздействуют обычно на какие-то компоненты поведения, не затрагивая реакцию пациента на болезнь, ценностно-мотивационную сферу. Не случайно Фридман, один из основателей концепции поведения типа А, отмечает, что без рекон-

струкции духовных ценностей невозможно добиться стойких изменений поведения. Нужно усилить личностную ориентацию процесса психологической коррекции [176].

Психологически интересен еще один известный факт: уменьшение показателей коронарного типа активности сопровождается возрастанием показателей невротизации. Вероятно, в этом проявляется тревога пациента по поводу последствий отступления от привычного типа поведения. Важным фактором невротизации может быть и необходимость повышенного самоконтроля поведения. Вот почему психокоррекционные мероприятия должны тщательно планироваться, предупреждая возможный негативный эффект.

В.П. Зайцев и В.В. Храмелашвили перечисляют ряд моментов, которые нельзя упускать из виду при разработке подобных мероприятий. Прежде всего, групповое обсуждение направляется на выявление и изменение ложных установок в отношении своего здоровья. С самого начала внимание пациента надо фиксировать на привлекательности занятий и ожидаемых результатах. Важно выяснить, что он ждет от этих занятий, обсудить с ним выгоды и затраты. Не следует требовать от пациента отказа от всех привычных и комфортных для него форм поведения. Одной из целей программы должна быть выработка чувства личной ответственности за свое поведение. Необходимы постоянное положительное подкрепление достигнутых успехов, поддержка друг друга со стороны участников занятий [55].

Актуальной остается проблема диагностики поведенческого типа А. Фридман и Розенман предложили для этой цели структурированное интервью, состоящее из 21 вопроса (см. Приложение). Во время диалога интервьюер должен обращать внимание не столько на ответы, сколько на поведение испытуемого: как он держится, быстры ли его движения, как он сидит на стуле и т.д. На основе анализа результатов

наблюдения оценивают нетерпеливость, вовлеченность в беседу, особенность контакта, темп движений и речи, энергичность и мышечную напряженность. Хотя этот метод можно считать субъективным, процент совпадений мнений разных интервьюеров довольно высок [109].

Большое распространение получил опросник Дженкинса, состоящий из 61 вопроса, на которые предлагается от двух до пяти вариантов ответа. Некоторые авторы считают, однако, что он недостаточно надежен, так как направлен в большей степени на диагностику поведения типа А или Б у людей с уже имеющимся поражением коронарного русла. К тому же не выполнен надежный анализ информативности отдельных вопросов, наиболее значимых для диагностики поведения типа А [109, 138]. Среди попыток найти более объективные показатели этого типа поведения отметим, например, анализ характеристик голоса и регистрацию сжатия рук в кулаки во время разговора.

За рубежом используются и некоторые другие методики диагностики поведенческого типа А как для взрослых, так и для подросткового и юношеского возраста. К сожалению, они не адаптированы к русскоязычной выборке или же вообще недоступны. Адаптированный вариант опросника Дженкинса для диагностики типа поведенческой активности (авторы — Л.И. Вассерман и Н.В. Гуменюк) приведен в одной из работ [112]. В настоящее время под нашим руководством заканчивается разработка аналогичного опросника для старшеклассников и студентов. На наш взгляд, он очень важен, поскольку позволит эффективнее решать задачу ранней профилактики одного из факторов риска ишемической болезни сердца. В отличие от опросника для взрослых, он содержит много вопросов, касающихся не работы, а учебы. В приложении приведен и опросник В.В. Бойка для определения типов поведения, хотя мы не располагаем данными о его надежности и валидности».

1.4. Алекситимия как фактор психосоматических заболеваний

Термин «алекситимия» (а – отсутствие; lexis – слово; thymos – эмоция) был введен П. Сифнеосом для обозначения ведущего, по его мнению, психического расстройства, лежащего в основе психосоматических заболеваний – ограниченной способности индивида к восприятию собственных чувств и эмоций, их адекватной вербализации и экспрессивной передаче. По его описанию для страдающих алекситимией характерны следующие особенности. Они бесконечно описывают физические ощущения, часто не связанные с найденным заболеванием, а внутренние ощущения обозначаются обычно в терминах раздражительности, скуки, пустоты, усталости, возбуждения, напряжения и т.д. Их аффекты неадекватны, им трудно вербализовать чувства. «Алекситимики» отличаются неразвитой фантазией, тенденцией к импульсивности, бедностью межличностных связей. Их преобладающий образ жизни – действие. Беседы с ними сопровождаются обычно ощущением скуки и бессмысленности контакта [24].

Итак, выделяют несколько групп черт, характерных для страдающих алекситимией: расстройства аффективных функций, когнитивных функций, нарушения самосознания и особое миропредставление. По разным данным среди психосоматических больных «алекситимики» составляют до 64 %, поэтому нет оснований говорить о причинно-следственных связях. Скорее, алекситимия – это один из факторов риска. Есть и еще один важный и нерешенный вопрос о том, является ли она стабильной, устойчивой личностной характеристикой или это только состояние, которое может проявиться в определенной ситуации у любого человека [25]. В связи с этим у самых разных больных (и не только при психосоматических болезнях) выявляется так называемая вторичная алекситимия. Существуют очень разные подходы к объяснению природы этого явления. Остановимся кратко лишь на не-

которых из них, прежде всего представляющих интерес для психологов.

Когда алекситимия трактуется как социокультурный феномен, ее связывают с низким социальным статусом, с невысоким уровнем образования и отсутствием словесной культуры. С позиций психоанализа алекситимия рассматривается как защитный механизм (хотя и не психологическая защита в классическом смысле), действующий против непереносимых аффектов. Действительно, «алекситимики» чаще высказывают жалобы соматического характера, что можно рассматривать как проявление соматизации аффекта. Человек, чтобы противостоять стрессу, может подавлять связанные с ним неприятные переживания, приказывать себе, например, не думать об опасности, сосредотачиваться на выработке эффективной программы действий. Если подавление чувств, эмоциональных реакций на стресс входит в привычку, может развиться «эмоциональная тупость»: чувства (даже при отсутствии стресса) становятся более «блеклыми», причем сам человек этого, возможно, не замечает. Последствия обнаруживаются обычно косвенным путем, когда он видит, что трудно говорить с другими об эмоциях, когда он не к месту употребляет слова, обозначающие чувства.

Другие исследователи рассматривают алекситимию как проявление дефекта развития. Тогда она, возможно, является неспецифическим расстройством в переживании и протекании эмоций, как бы «досимволическим стилем психики», характерным для людей с менее организованной структурой психики. Фактически такую психику можно отнести к преневротическому уровню. Поэтому «алекситимики» используют незрелые механизмы психологической защиты – отреагирование, отрицание, проективную идентификацию. Причиной же дефекта развития может быть расстройство ранних отношений «ребенок –

мать», негативно влияющее на формирование образа Я. Кроме того, если у матери есть преневротическая патология, она, проявляя гиперопеку или латентное отвержение в воспитании, не учит ребенка самостоятельной саморегуляции, самозащите, стратегиям совладания с напряжением [25].

В.В. Николаева подробно рассматривает связь феномена алекситимии с особенностями психологической саморегуляции. При этом она опирается на концепцию смысловых образований личности (Б.С. Братусь, Ф.Е. Василюк), в которой конкретизируются идеи Л.С. Выготского, С.Л. Рубинштейна, А.Н. Леонтьева. Важный источник устойчивости, свободы и саморазвития личности – это рефлексия, которая позволяет осознать смысл собственной жизни и деятельности. Именно рефлексия является частным механизмом личностно-мотивационного уровня саморегуляции. В то же время, дефицит рефлексии относится к важному признаку алекситимии. «Алекситимик» не может управлять своими побуждениями, гибко перестраивать их. В процессе онтогенетического развития по каким-то причинам потребность в саморегуляции может оказаться не сформированной. В результате невозможность реализации актуальных потребностей ведет к хронизации эмоций и, как следствие, к стойким соматическим изменениям [100]. Правомерность такой концепции была подтверждена исследованием явления вторичной алекситимии у взрослых, которые перенесли в возрасте до 3-х лет операцию по поводу врожденного порока сердца. Это хорошо объясняется особой социальной ситуацией формирования их психики, когда близкий взрослый этих пациентов организовывал и контролировал их деятельность вплоть до периода взрослости самих больных, строил их программу будущей жизни. Таким образом, не формировалась собственная деятельность саморегуляции, не было активного, творческого отношения к собственной жизни.

Есть гипотеза, согласно которой ограниченное осознание эмоций и когнитивной переработки аффекта ведет к акцентированию внимания на соматическом компоненте эмоционального возбуждения и к его усилению (Барски и Клерман, Шварц). Это объясняется тенденция алекситимичных индивидов к развитию ипохондрических и соматических расстройств. Могут усиливаться физиологические реакции на стрессовые ситуации, что нередко заканчивается психосоматическими заболеваниями.

Выделяются две модели, объясняющие синдром алекситимии и ее роль в формировании психосоматических расстройств. Модель «отрицания» предполагает глобальное торможение аффектов. Тогда можно допустить обратимость синдрома алекситимии. Однако у многих больных алекситимические проявления необратимы даже при длительной интенсивной психотерапии. Они остаются неспособными к осознанию эмоций и фантазированию. В отношении их более адекватной представляется «модель дефицита», в соответствии с которой имеет место не торможение, а отсутствие некоторых психических функций, ведущее к снижению (необратимому) способности символизировать инстинктивные потребности и фантазировать. Этой точки зрения придерживается Сифнеос.

Не решенным окончательно является вопрос о том, является ли алекситимия состоянием, зависящим от ситуации, или устойчивой личностной характеристикой. Неясны и причины алекситимических черт: вызваны они врожденными факторами (например, биохимическим дефицитом) или же обусловлены прижизненными задержками в развитии из-за семейных, социальных и культурных влияний? Предварительные данные свидетельствуют, скорее, в пользу генетических факторов. На наш взгляд, однако, нельзя полностью исключить и два прижизненно действующих фактора. Первый из них – воспитание в

семье, в которой эмоции сдерживаются, а за их проявление ребенка наказывают. Второй фактор может быть описан, как сознательное подавление негативных эмоций в стрессовых состояниях, когда они мешают эффективной деятельности. Эта тенденция генерализуется, и в конце концов человек привыкает скрывать и подавлять любые эмоциональные состояния, а не только отрицательные.

Алекситимию можно перепутать с другими (часто временными) психологическими реакциями, такими, как вызванные психической травмой, депрессией, шизофренией и просто когнитивной неразвитостью (или культурными факторами). Поэтому актуальной остается проблема диагностики истинной алекситимии. За рубежом широко используются многие опросники: опросник Госпиталя Бет Израел, опросник Кристалля с соавторами, шкала Шеллинга-Сифнеоса и другие. Применяются и проективные техники, поскольку, как уже отмечалось, алекситимики часто лишены воображения и их ответы отличаются стереотипностью (в частности, это относится к интерпретации тестов Роршаха и ТАТ). Однако применение этих тестов в клинических целях затруднено, так как нет нормативных данных и достаточного времени у врачей для проведения экспериментов и интерпретации их результатов.

Торонтская Алекситимическая Шкала (ТАШ) создана Тэйлором с соавторами. Этот опросник был переведен и адаптирован в Психоневрологическом институте имени В.М. Бехтерева (при участии сотрудников Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования). Адаптированный вариант опросника приведен в приложении, он проверен на валидность. С его помощью были обследованы 102 больных с психосоматическими заболеваниями. Не установлено достоверных различий по уровню алекситимии между пациентами с различными формами таких заболеваний (гипертоническая болезнь,

бронхиальная астма, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки). Показано, что наиболее неблагоприятны в клиническом и прогностическом плане больные с правополушарным типом функциональной межполушарной асимметрии головного мозга. Для них особенно полезен комплекс психотерапевтических методов, направленных на снижение алекситимии [145].

Исследования, выполненные под нашим руководством, позволяют рекомендовать и некоторые другие методики для диагностики алекситимии. В частности, это очень простая методика «Мой эмоциональный словарь», когда предлагают в течение пяти минут написать как можно больше названий эмоциональных состояний. На основании обширной практики применения данной методики можно утверждать, что испытуемые, которые указывают менее 15 названий эмоций, заслуживают особого внимания. Полезной может быть и методика, направленная на диагностику способности испытуемых распознавать эмоциональные состояния по мимике и интонации. Алекситимичные испытуемые выполняют ее значительно хуже. Есть и определенные качественные различия. Алекситимики плохо распознают, например, эмоции радости, грусти, гнева, но почти не отличаются от «неалекситимиков» в распознавании эмоций удивления, отвращения и страха. Установлено, что успешность распознавания эмоций (скорее, неуспешность) по мимике и интонации взаимосвязаны, поэтому можно использовать для упрощения процедуры обследования лишь одну из методик.

Нет общепринятого мнения по вопросу о возможности психологического воздействия на алекситимические черты. Некоторые авторы утверждают, что алекситимия вообще не поддается психотерапевтическим воздействиям. Действительно, «алекситимику» трудно работать со снами, поскольку он редко их вспоминает и скупо описывает.

Невротики, в отличие от него, могут описывать свои психологические трудности в терминах фантазий, мыслей, чувств. Вообще попытки коррекции алекситимии в рамках психодинамической психотерапии оказываются бесполезными или даже приводят к ухудшению из-за скудной речевой продукции, неумения обсуждать чувства и отсутствия интереса к психотерапевту. Столь же неэффективна и групповая психодинамическая психотерапия [24]. Отмечают значительное рассогласование между широким и богатым спектром невербального поведения «алекситимика» и бедностью его вербальных обозначений. Поэтому не годятся традиционные формы психокоррекции, нужны принципиально иные подходы, подготавливающие участника группы к вербальным способам психокоррекционного взаимодействия. Основные принципы психологической коррекции алекситимии описаны в статье Н.Д. Семеновой [127].

Коррекция в условиях групповых занятий должна состоять из трех последовательных этапов: 1) релаксация и дидактическая направленность; 2) опора на невербальные средства общения; 3) актуализация «внутреннего диалога». Релаксирующими приемами могут быть аутогенная тренировка, музыкотерапевтические сеансы, вспомогательные психогимнастические приемы. При этом развивается способность чувствовать и умение вербализовать чувства по типу «здесь и теперь». Актуализация невербальных способов общения и опора на них также способствует «растормаживанию» чувств. Предложенная Н.Д. Семеновой методика «Портрет жены художника» является необходимым приемом вербализации чувств. При этом предлагается составить вербальную картину, свой портрет, как если бы участник группы был знаменитым и позировал художнику. Задавалась установка на максимально полную передачу словами нарисованного в воображении портрета, чтобы другие могли «увидеть» картину. Овладение невербальной коммуникацией расширяет и углубляет диапазон средств и

способов общения, приводит к углублению эмпатического потенциала. В теплой атмосфере группы снимается стереотип подавления и соматизации чувств.

Наконец, с помощью специальных приемов добиваются актуализации скрытых, неполностью осознанных внутренних диалогов, их развертывания и вербализации. Внутренние диалоги «алекситимика» диффузны, смазаны, слитны, в них трудноразличимы два внутренних собеседника.

Кроме описанного подхода к коррекции алекситимии есть и другие предложения [24]. Например, можно модифицировать психодинамическую психотерапию, чтобы она напоминала работу с детьми, когда психотерапевт ведет себя подобно матери, помогая «алекситимику» в достижении психологической зрелости, обучая его созданию символов, помогая осознавать, наблюдать и организовывать аффекты, работая над его дефектным коммуникативным стилем. Есть также сведения и о том, что в работе с «алекситимиками» полезно применение гипноза. И все же далеко не всем из них можно помочь и не следует ожидать облегчения всех симптомов алекситимии сразу.

1.5. Стресс и соматическая болезнь

Проблема влияния стресса на соматическое здоровье лучше всего изучена в отношении сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), поэтому начнем раздел с данной тематики. В работах большинства кардиологов, физиологов и психологов всех школ и направлений признается большая роль эмоционального перенапряжения, стрессов в развитии ССЗ. Причины стресса могут быть самыми разными. Остановимся на рассмотрении лишь трех групп из них, представляющих интерес в рамках социально-психологического подхода.

1. Неконгруэнтность статуса, когда социальное положение и статус во взрослом возрасте различаются или же когда есть противоречие меж-

ду разными статусными характеристиками (например, высоким уровнем образования и низким доходом, условиями жизни в детстве и во взрослом возрасте). Неконгруэнтность статуса вызывает большую степень неопределенности, конфликтные социальные ожидания, нарушение межличностных отношений, что приводит к неудачам в проигрывании социальных ролей и, как следствие, к социально-психологической дезадаптации. ИБС связана с рассогласованием социального статуса отца или матери, профессиональной принадлежностью отца и доходом самого индивида, а также с более низким образованием, социальным положением или социальным происхождением мужей по сравнению с женами.

2. Профессиональная деятельность также может служить потенциальным источником стресса. Здесь выделяют следующие группы факторов:

1) внутренние характеристики работы (перегрузка или недостаточная нагрузка, плохие условия работы, необходимость принимать решения и т.д.);

2) роль в организации (ролевые конфликты или двойственное, маргинальное положение, ответственность за людей, невозможность участвовать в принятии решений и т.п.);

3) развитие карьеры (слишком быстрое или слишком медленное, недостаток безопасности);

4) отношения внутри организации (плохие отношения с начальником, сослуживцами, подчиненными);

5) организационная структура и психологический климат (неэффективность руководства, ограничение поведения);

6) взаимодействие вне работы, связанное с ней (расхождения между потребностями семьи и работой, время на дорогу до работы и т.д.).

Все эти факторы оказывают особенно сильное негативное влияние в том случае, когда работа занимает первое место (или одно из первых мест) в структуре жизненных ценностей человека.

3. Семейные отношения (нарушение семейной коммуникации, семейных механизмов интеграции, структурно-ролевые нарушения в семье и т.д.) Родительская семья и собственная семья пациента могут понижать его устойчивость к стрессовым ситуациям. В частности, выделены три типа родительских семей у больных с психосоматическими расстройствами: 1) «связывание» (жесткие стереотипы в общении; дети инфантилизируются, их эмоциональное развитие отстает); 2) «отказ» («отвержение»), когда ребенок как бы отказывается от своей личности, развиваются аутизм и тенденция к автономности; 3) «делегирование» (истинные достижения детей иногда игнорируются родителями, перемещающими на них свои несбывшиеся надежды).

Рассмотрим некоторые из других факторов риска более подробно.

Р.М. Грановская приводит данные разных авторов, свидетельствующие о том, что профессиональная деятельность, связанная с высокой степенью ответственности за порученное дело, вызывает эмоциональное напряжение, которое повышает вероятность возникновения многих соматических болезней [42]. В частности, более чем у трети авиационных диспетчеров были обнаружены язвенные заболевания, являющиеся фактически их профессиональными болезнями. У хирургов болезненные изменения сердца встречаются в 4 раза чаще, чем у рабочих литейных цехов. В США 50 % хирургов умирают в возрасте до 50 лет от инфаркта миокарда и других сосудистых поражений.

В другой работе отмечается, что гипертензия чаще наблюдается у лиц определенных профессий, которые сталкиваются с частыми психическими стрессами, большой ответственностью или конфликтами [87].

Есть сведения о ее широкой распространенности среди учителей, бан-

ковских служащих, телефонисток на больших коммутаторах, машинистов локомотивов, авиадиспетчеров и летчиков.

Был проведен анализ профессиональной принадлежности умерших от атеросклероза сосудов сердца. Оказалось, что у мужчин в возрасте 20—64 года в таких профессиональных группах, как ректоры, профессора и преподаватели вузов, учителя уровень смертности меньше предполагаемого, а для адвокатов, судей, врачей, фармацевтов, страховых агентов и агентов по продаже недвижимости он примерно вдвое выше. Этим подтверждается особое значение именно особенностей работы, так как социальный статус и уровень физической активности во всех группах были сходными.

Такой вывод был подтвержден и другими исследователями. Больные с коронарной недостаточностью значительно меньше других групп больных удовлетворены своей работой. Повышение объективных и субъективных оценок напряженности работы дает важный вклад в увеличение риска возникновения коронарной недостаточности. Частые переезды в связи с работой или частая смена профессии также способствуют этому.

Долгое время было распространено (по крайней мере, в западной психологии) мнение, что заболевания, связанные со стрессом, обнаруживаются в основном у «белых воротничков», то есть у администраторов. Обширные исследования показали, однако, что напряженный труд влияет на всех работающих, хотя и по-разному [81]. Высокая заболеваемость и частые соматические жалобы имеют место среди операторов сборочных линий, работающих в задаваемом машиной ритме. Итак, различаются лишь источники стресса. Ими могут быть как большая и непостоянная нагрузка на работе, так и недостаточная сложность работы, когда квалификация и способности работника не реализуются.

Показано, что перегрузка работой сопровождается рядом симптомов, связанных со стрессом: сниженной самооценкой, низкой рабочей мотивацией, употреблением алкоголя [83]. Ухудшается здоровье и при незагруженности работой, когда она стереотипна, скучна или однообразна (работа на конвейере, труд оператора на атомной электростанции, полицейского). Распространенными источниками профессионального стресса являются сменная работа, физическая опасность на работе.

Менее очевидны некоторые другие факторы стресса. Это, например, неопределенность роли, когда не ясно, что необходимо делать, или противоречивые требования в отношении работы. Значение конфликтности профессиональной роли неодинаково для интровертов и экстравертов: у интровертов нервное напряжение выше, как и у людей, более уступчивых. Стрессоры, связанные с продвижением по службе, возникают в результате незаслуженного выдвижения, задержки с продвижением, несоответствия занимаемой должности, нереализованных амбиций и т.д. Неопределенность профессиональной роли вызывает большее эмоциональное напряжение, если она сочетается с плохими отношениями с другими сотрудниками. Широкое участие работника в принятии решений, в делах организации, наоборот, снижает показатель соматических и психических расстройств.

Невозможно, однако, пренебречь важным фактом, выявленным в ряде исследований: корреляции между жизненными событиями и психосоматическими заболеваниями часто невысоки. Вероятно, одним из важных факторов, смягчающих патогенное действие стресса, является социальная поддержка, которую человек получает через систему социальных связей с другими людьми, с группами и обществом в целом. Она создает ощущение любви, защиты, одобрения, признания в социальной группе. Хороший пример такой поддержки, помогающей пе-

реживать удары судьбы — вести, которые получали в тюрьме незаконно репрессированные во времена культа личности, о верности жены, друзей [38].

Понятие социальной поддержки (СП) еще недостаточно четко определено. При изменении величины сети межличностных отношений обычно делают два допущения: 1) чем большее количество социальных связей человек имеет, тем лучше; 2) наличие любой социальной связи эквивалентно получению СП. Это не вполне правильный подход, поскольку межличностные отношения могут через конфликты оказывать и негативное влияние на человека. Кроме того, следует учитывать доступность СП, возможность ее получения.

В разных работах выделены в основном одинаковые независимые компоненты, выполняющие функции поддержки: социальная интеграция, привязанность, возможность кого-то воспитывать, растить, получение подтверждения своей значимости, чувство надежности партнеров по общению, получение руководства [109]. Известно, что в странах и социальных группах, в которых происходят быстрые социальные и культурные изменения, межличностные отношения и СП имеют тенденцию к ослаблению и разрушению. На наш взгляд, это в полной мере относится к последствиям идущих в России социально-экономических перемен, поэтому велика опасность возрастания риска сердечно-сосудистых заболеваний. Не случайно и то, что заболеваемость ишемической болезнью сердца очень низкая среди жителей Японии: образ жизни японцев, культура этой страны определяют высокий уровень социальной поддержки. Поддержка со стороны сослуживцев, подчиненных, но особенно со стороны начальника и членов семьи смягчает негативное действие производственных стрессов, даже если работа очень трудная и большая по объему. Среди важных источников межличностных связей, обеспечивающих СП, указывают

часто брак, отношения с друзьями, родственниками, посещение церкви, участие в формальных и неформальных социальных группах. Лонгитюдное исследование, которое проводилось в США в течение 9 лет и охватило почти 7 тысяч человек, показало, что у лиц с самым низким числом межличностных связей вероятность заболеваний со смертельным исходом в 2,3-2,8 раза выше, чем у лиц с большим числом таких связей.

Работа, профессиональная деятельность обычно рассматривается как потенциальный источник патогенных факторов, ведущих к стрессу и повышающих риск заболевания. А. Антоновски считает эту точку зрения неверной и рассматривает целый ряд патогенных факторов работы. Он пишет: «Говоря о здоровье, обычно спрашивают, что плохого в работе, но не интересуются тем, нет ли в ней чего-нибудь хорошего» [8, с. 144]. Автор разработал концепцию чувства связности, положенную в основу модели адаптации: чем выше индивидуум или группа в континууме чувства связности, тем более адекватна их способность адаптироваться к психосоциальным стрессорам. Чувство связности трактуется им как способность человека к генерализированному когнитивно-эмоциональному восприятию «бомбардирующих» его стимулов, будто они в большей или меньшей степени контролируются им. Тогда эти стимулы рассматриваются как постижимые, поддающиеся управлению и значимые скорее как информация, а не как переживание. На формирование чувства связности существенно влияют впечатления детства и юности. Для проявления этого чувства в профессиональной деятельности особенно важен опыт первого десятилетия взрослой жизни. Отсюда следует вывод о том, что работник сумеет адаптироваться к труду, если у него в возрасте 30 лет сильно развито чувство связности. Поэтому безработица среди молодежи особенно опасна.

Существуют такие особенности работы, которые усиливают чувство связности, укрепляют его. В этом плане важно, чтобы у человека было чувство собственной значимости на работе, чтобы он принимал участие в принятии решений, свободно выбирал работу, ее темп, последовательность выполнения или, по крайней мере, имел право голоса. На чувство управляемости влияет ощущение того, что формальная социальная структура, в которой выполняется работа, обеспечивает условия для ее успешного выполнения. Важно также, чтобы не было хронической или многократной перегрузки на работе. Уверенность в возможности управлять появляется в результате накопления профессионального опыта, развития и реализации способностей. Чувство постижимое укрепляется благодаря совпадению ожиданий и реальности в профессиональной деятельности, благодаря успешному решению сложных задач, упорядоченности работы.

Вопрос о гарантии занятости рассматривается с разных точек зрения:

- 1) работник должен быть уверен, что его не уволят, если он не нарушил установленные правила;
- 2) он должен быть уверен, что его работа или отдел, в котором он трудится, не будут ликвидированы без предупреждения и без предоставления другой работы;
- 3) для наемных работников и тех, кто занимается собственным бизнесом, важна выживаемость предприятия, его рентабельность;
- 4) важна уверенность в преемственности социальной системы, хотя это чувство уже выходит за рамки сферы труда.

В последние годы появляется все больше исследований по проблеме психологических эффектов безработицы. Это не случайно, поскольку экономические реформы в стране резко увеличили армию безработных, а также тех, кто находится на грани увольнения или живет в по-

стоянном страхе перед возможной потерей работы. Фактически данная проблема — лишь часть последствий широкомасштабных социально-экономических изменений, порождающих у значительной части общества дистресс, феномен «кризиса идентичности». Такое состояние включает потерю чувства самого себя, невозможность (или затрудненность) приспособиться к своей роли в изменившемся обществе. Причиной этого состояния является разрыв между новыми требованиями и негибкостью личных установок, стереотипов поведения. Рассмотрим некоторые данные о безработице как стрессогенном факторе, приведенные в хорошей обзорной статье И.М. Суханова и А.Ю. Шпикалова [139].

Австрийский психолог Пельцман выделил 4 фазы развития стрессового состояния после потери работы:

- состояние неопределенности, шока и дезориентации;
- душевный и эмоциональный подъем из-за временной иллюзии свободы и радужных перспектив относительно новой работы (длительность периода 3-4 месяца);
- утяжеление состояния через 6 месяцев после потери работы: снижение активности, разрушение жизненных интересов, привычек, целей, снижение устойчивости в противостоянии неприятностям;
- спустя 12 месяцев возникает состояние беспомощности и примирения с ситуацией, апатии [107].

Около половины безработных вынужденную незанятость переживают как трагедию, равную по силе (или даже большую), чем развод. Разные авторы в качестве проявления дистресса у безработных отмечают депрессию, беспокойство, неудовлетворенность жизнью, пессимизм, агрессивность, снижение самооценки, самоуважения и самоконтроля. Увеличивается риск отчуждения, преступности. Естественно, дис-

тресс формируется не у всех уволенных с работы, так как многие факторы влияют на адекватность и целенаправленность реагирования на психотравмирующее воздействие.

К факторам риска развития психологического дистресса у безработных большинство авторов относят недостаточный уровень социальной поддержки, получаемой ими в виде финансовой, эмоциональной и практической помощи. Важны также повышенная уязвимость к стрессовым событиям, высокая привязанность к потерянной работе, негативная личностная оценка рынка труда. При этом не все считают финансовую незащищенность безработных основным дестабилизирующим фактором. Например, есть данные, согласно которым даже при худшем материальном положении после 6 месяцев безработицы дистресс снижается, до полугода нарастает.

Наиболее дискомфортно в период безработицы чувствуют себя мужчины, состоящие в браке и несущие бремя ответственности за материальное положение семьи, хотя в целом сведения о половых различиях дистресса у безработных противоречивы. Неоднозначны и мнения о влиянии возраста и уровня образования на степень дистресса при безработности.

В.А. Бодров обсуждает роль личностных особенностей в развитии психологического стресса [20]. Известно, что именно внутренние психологические условия и процессы, а не характер стресс-воздействия, являются определяющими для характера ответного реагирования на ситуацию. Будет ли эта ситуация воспринята и оценена как угроза, зависит от индивидуальных, личностных черт. В качестве таких черт часто выделяют тревожность, интро- или экстравертированность, когнитивный стиль, локус контроля и ряд других. Например, многие исследователи пытались найти связь между локусом контроля, способностью справляться со стрессом и проблемами со здоровьем. Отмеча-

ют также, что выносливость к стрессу выше у людей с внутренним локусом контроля, которые критичны, характеризуются чувством собственного предназначения и своих возможностей. Важную роль в совладании со стрессовыми ситуациями играет и достаточно высокая самооценка. Индивидуальным различиям в реакциях на стресс и определяющим на них фактором посвящена отдельная глава в недавно вышедшем учебном пособии А.В. Либина по дифференциальной психологии [89]. Стресс грозит перейти в дистресс, если негативные переживания затягиваются, но человек не принимает никаких решительных действий. Автор выделяет два стиля реагирования на негативные события: защиту и совладание. Первый ведет к тревожности, болезням и дезадаптации, тогда как для второго характерны душевный подъем и радость от успешного решения проблемы. Совладание предполагает необходимость проявить конструктивную активность, пройти через ситуацию, пережить событие, не уклоняясь от неприятностей. Поэтому обучение такому стилю реагирования является очень важным способом снижения уровня дистресса или его предупреждения, а следовательно, и профилактики многих заболеваний. При этом формируются умения самостоятельно анализировать случившееся, привлекать к помощи других людей, искать дополнительную информацию. Таков проблемно-ориентированный стиль, которому противопоставляется личностно-ориентированный, характеризующийся прежде всего озабоченностью своим состоянием и мнением окружающих.

Хорошим примером, демонстрирующим значение стилей реагирования для клинической психологии, является сравнительное исследование здоровых, адаптированных людей и пациентов, страдающих псориазом и нейродермитами. Пациенты клинически часто прибегали и на работе, и в семье к агрессивному и критическому поведению в затруднительных ситуациях, чаще испытывали напряжение и конфлик-

товали. В жизни они больше склонялись к позиции «полагаться на других», а также считали, что медицинская помощь гораздо важнее социальной поддержки.

1.6. Влияние семьи на риск психосоматических болезней и их течение

В предыдущих параграфах мы уже не раз касались вопроса о влиянии родительской семьи, взаимоотношений в семье и типов воспитания на возникновение соматических болезней. Эта проблема, однако, настолько важна для планирования и организации работы с больным и для психопрофилактики, что некоторые ее аспекты следует рассмотреть подробнее.

Значение родительской семьи и воспитания в разных психосоматических теориях оценивается неодинаково. Напомним, что Дж. Райх первым обратил внимание на несколько важных обстоятельств в картине психосоматоза: симбиотическую природу материнско-детских отношений у психосоматических больных, «недоразвитие» их личности (детские способы мышления, чувствования и поведения). Отмечалось также, что с неправильным воспитанием могут быть связаны регрессия психосоматического больного на более низкий уровень психосоматического функционирования, использование им незрелых защитных механизмов, алекситимия. Особо важны ситуации, когда мать задерживает развитие ребенка на фазе симбиоза, препятствует его сепарации, отделению. Отец при авторитарной матери, как правило, не может ей противостоять и находится в отдалении от материнско-детской диады. В теории «потери объекта» роль родительской семьи также чрезвычайно важна, если иметь в виду потерю отца или матери (смерть, развод, потеря контакта и отчуждение). С родительской семьей часто связана несформированность самосознания, образа Я, что многие авторы считают важным фактором психосоматических болез-

ней. Материнско-детские отношения играют важную роль и в формировании саморегуляции, несформированность которой, как уже отмечалось, повышает риск психосоматических болезней.

В упоминавшейся выше коллективной монографии [95] можно найти немало интересных замечаний о роли семьи в возникновении и течении соматических болезней. Так, при бронхиальной астме ранние нарушения отношений с матерью вызывают у больного конфронтацию «желания нежности», с одной стороны, и «страха перед нежностью», с другой. Личность больного туберкулезом не соответствует какому-то одному типу, однако есть один общий признак: большая ранимость ко всякому отнятию любви, потребность остаться вблизи матери, в узкой зоне безопасности, в центре которой находится мать. Как бросающаяся в глаза, у этих больных описана необычная потребность в симпатии. По другим данным, основное значение в развитии бронхиальной астмы имеет подавление матерью эмоциональных проявлений в раннем детстве — крика, плача и т.д. Кроме того, родительские семьи этих больных характеризуются сдержанностью в проявлении эмоций у ее членов, жестким контролем и подавлением инициативы детей [174]. Отмечают также жесткую иерархичность и ригидность семейной структуры.

В семье ребенка, больного бронхиальной астмой, его болезнь может стать фактором, удерживающим родителей от развода, или же иногда формируется коалиция «родитель — больной ребенок» против другого родителя. Внутрисемейные отношения оказываются напряженными. В семье могут складываться предпосылки для закрепления возникших однажды болезненных симптомов по механизму «условной желательности». Нередко агрессивные чувства, обусловленные напряженными взаимоотношениями родителей, проецируются на больного ребенка. Исследования также показали, что очень часто

больные бронхиальной астмой либо воспитывались в неполной семье, либо пережили в детстве утрату одного из родителей. Еще один важный факт: матери больных бронхиальной астмой, негативно относящиеся к браку сына или дочери, стремятся вызвать у них по этому поводу чувство вины, что нередко является механизмом приступа астмы у их взрослых детей.

Изучая больных гипертонией, обратили внимание на особенности взаимодействия в их родительской семье. В каждой семье между родителями и детьми формируются правила, по которым регулируются конфликты. Если отец в семье — гипертоник, дети учатся менее эффективным возможностям, приемам перенесения и разрешения конфликтов. В этих семьях преобладает негативная невербальная коммуникация (например, не давать ответ, отворачивать голову, избегать контакта взглядами). В то же время, исследования показывают, что ограниченное восприятие конфликта и стресса, избегание конфликта связано с появлением повышенного давления крови, т.е. это типы поведения, которым дети учатся от гипертоника-отца в процессе социализации в семье. Запреты на речь или коммуникацию в такой семье ведут к преобладанию принимающих, наблюдающих, контролирующих, сдерживающих видов активности.

Больные язвенным колитом чаще происходят из семей с симбиотической структурой отношений, в которых мало говорят о чувствах. У них низкая самооценка, они очень чувствительны к своим неудачам и стремятся к зависимости и опеке. Поэтому потеря отношений с ключевой фигурой переживается ими как угроза собственному существованию. Иногда это заболевание рассматривается как эквивалент реакции печали. Инфантильность как следствие неправильного воспитания из-за симбиотических отношений в семье считается характерной для данных больных.

У пациенток, страдающих хроническим полиартритом, также установлены некоторые особенности взаимоотношений в родительской семье. Часто их мать — женщина холодная, претенциозная и авторитарная, а отец — слабый, подавляемый матерью. С детства у пациенток отмечают чувство страха перед матерью и зависимости от нее, сопровождаемое подавляемым стремлением к бунту. Приучившись владеть своими чувствами, больная склонна тиранизировать окружающих, начиная со своего мужа (обычно человека слабого, услужливого) и кончая детьми, с которыми обращается очень строго.

У больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, как указывают Э.Г. Эйдемиллер и В.В. Юстицкий, выделено 7 профилей личности, обуславливающих сам факт развития язвенной болезни, ее хронизацию и клинические особенности [174]. Два из этих профилей в значительной степени формируются под влиянием особенностей родительской и супружеской семьи. У «тиранического пациента» отмечают слабое Эго, внутреннюю зависимость от окружения и в то же время страх перед этой зависимостью. В этом случае тираническое подавление окружающих и вспышки агрессивности при неудачах рассматривают как гиперкомпенсаторную реакцию. При другом личностном профиле больные постоянно «рассеивают» агрессивное напряжение на окружающих — делают иронические замечания, выражают недовольство, брюзжат и т.д. Тирания в 1-м случае часто является защитной реакцией, если в родительской семье пациента один из родителей (или оба) стремился доминировать, подавлять ребенка.

Другое исследование личности гастроэнтерологических больных показало, что для большинства из них характерно наличие проблем в семье, подавление потребности в глубоких эмоциональных отношениях [106]. Отмечены также фрустрация аффилитивной потребности и

потребности в независимости, с чем связаны трудности общения, конфликтность, склонность к внешненаправленным реакциям с сосредоточением на защите Я. В результате не формируются конструктивные способы разрешения межличностных проблем, возможно компенсаторное стремление к лидерству в социальных отношениях при невозможности реально его обеспечить, а это ведет к новым межличностным конфликтам. Авторы предполагают, что формирование специфического стереотипа эмоционального реагирования гастроэнтерологических больных является важным психологическим фактором в патогенезе заболевания, причем он начинает действовать еще в детском возрасте. У ребенка же при дефиците эмоциональных отношений разлука с родителями, вызванная болезнью, переживается еще более остро, усиливает тревожность.

Психологический фактор, связанный с семьей, может играть определенную роль в возникновении сахарного диабета. Считают, например, что пища может идентифицироваться с любовью. Недостаток любви, таким образом, приводит к переживанию состояния голода, которое усиливается независимо от принятия пищи. Формируется «голодный» метаболизм, который соответствует метаболизму больного диабетом. Еще один механизм, способствующий заболеванию сахарным диабетом, заключается в том, что интенсивный аппетит и склонность к ожирению ведут к стабильной гипергликемии. Кроме того, известно, что нарушение ролевой структуры в родительских семьях ухудшает состояние больных при определенном типе диабета [174].

До сих пор мы обсуждали роль «семейных» факторов в возникновении и течении некоторых конкретных болезней. Выделены, однако, и такие три типа родительских семей, которые характерны в целом для больных с психосоматическими расстройствами.

1. Жесткие стереотипы коммуникации в семье, когда дети инфантилизируются, их эмоциональное развитие отстает от нормального («связывание»).
2. Воспитательные воздействия приводят к тому, что ребенок как бы «отказывается» от своей личности, у него развиваются аутизм и тенденция к автономности, независимости («отказ» или «отвержение»).
3. У родителей происходит сдвиг в ожиданиях по отношению к детям. Их реальные достижения игнорируются, родители перемещают на них свои несбывшиеся стремления, надежды, то есть манипулируют детьми как продолжением своего «Я» («делегирование»).

Все сказанное убедительно показывает, что психолог или психотерапевт, работающий с психосоматическим больным, должен часто работать и с его семьей, заниматься семейной психотерапией, улучшать внутрисемейные отношения. При этом необходимо учитывать и специфическое отношение в семье к больному [95].

Своим окружением психосоматический больной в большинстве случаев рассматривается или как тяжелый органический больной, или как «несерьезный» больной, ипохондрик либо симулянт, причем эти суждения родственников временами могут колебаться. Часто вследствие таких искаженных оценок симптоматика больного углубляется, он чувствует себя покинутым и одиноким. К тому же он оказывается наиболее открытым для возможных обид по сравнению с другими больными.

Психосоматический больной нередко является «носителем проблем» семьи. С одной стороны он как бы осуществляет «разгрузочную» функцию относительно семьи, так как забота о нем препятствует выплескиванию подпороговых семейных конфликтов. С течением времени больной член семьи воспринимается, однако, как дополнительная нагрузка. Трудность работы психотерапевта с семьей часто связа-

на еще и с тем, что она бессознательно отвергает перемены, поскольку разгрузка «носителя симптомов» нарушила бы установленное с трудом за его счет равновесие в семейных отношениях и вела бы к прорыву конфликта.

1.7. Психологические факторы адаптации к болезни и выздоровления

Описанные выше многообразные негативные влияния болезни на психику больного часто создают для него трудную или даже кризисную ситуацию. Его проблемы становятся особенно сложными, когда болезнь оказывается длительной, тяжелой, хронической или же когда она неизлечима, опасна для жизни. И, тем не менее, часто больному без серьезных потерь удается справиться, совладать с этой трудной жизненной ситуацией, адаптироваться к жизни в условиях болезни. Это достигается за счет определенных психологических механизмов. Сознательные, преднамеренные или неосознаваемые изменения в психике больного часто позволяют ему продолжать полноценную активную жизнь, обеспечивают относительное благополучие в эмоциональной сфере. Именно в защитных целях, как пишет В.А. Ташлыков, и формируется внутренняя картина болезни, которая обеспечивает снижение эмоционального напряжения и преодоление трудностей, вызванных заболеванием [141]. На наш взгляд, это утверждение не вполне правильно, поскольку, с одной стороны, ВКБ далеко не всегда успешно выполняет функцию приспособления к болезни, а с другой стороны, эта функция реализуется и компонентами психики, не входящими в ВКБ.

С определенной долей условности весь арсенал средств, облегчающих больному преодоление негативных последствий болезни, можно разделить на поведенческие реакции и собственно психологические феномены, хотя понятно, что эти две группы «инструментов» адаптации

к болезни взаимосвязаны. Изменения же в психике больного, психологические механизмы, в свою очередь, неоднородны. С одной стороны, определенные адаптивные изменения происходят без всяких сознательных усилий больного, без сознательной переработки им своих чувств, мыслей, знаний, ценностей, планов и т.д., иначе говоря, вне зависимости от целенаправленного поиска путей преодоления кризисной ситуации. С другой стороны, больной может осознавать необходимость найти эти пути, и тогда он сознательно вырабатывает определенные психологические приемы компенсации ситуации, связанной с болезнью, и негативных изменений, происходящих с ним. Борьба с болезнью становится специальной, самостоятельной деятельностью.

Однако снова нужно отметить определенную условность такой классификации. Произвольные и непроизвольные средства адаптации к болезни тесно взаимосвязаны, их часто почти невозможно четко разделить при анализе конкретных случаев. Собственно, для практики работы с больными в целях психологической помощи им эта «нестрогость» классификации, вероятно, большого значения не имеет. Важнее другое: адаптивные изменения в поведении и психике больного необходимо учитывать и в процессе диагностики (например, при оценке его жалоб), и при прогнозировании течения болезни, а также при выборе психотерапевтических и психокоррекционных «мишеней» и в процессе реализации терапевтических воздействий. Не менее важно учитывать психологические механизмы адаптации и на этапе реабилитации.

Важнейшим средством влияния болезни на личность является формирование различных механизмов психологической защиты. Они приходят на помощь человеку, когда он не способен эффективно контролировать некоторые жизненные ситуации, и обеспечивают бессозна-

тельную компенсацию этой неспособности, ослабляют связанные с ней стресс и тревогу. Представления о психологической защите первоначально формировались в рамках психоанализа [157].

В медицине понятие психологической защиты рассматривается как важная форма реагирования психики больного на психическую травму, при этом далеко не всегда оно трактуется в строгом, классическом смысле этого понятия. Обычно имеется в виду, прежде всего, перестройка системы психологических установок и отношений, иерархии ценностей, переоценка значения ситуации и собственных черт и представлений. Как правило, эта переоценка осуществляется в рамках неосознаваемой деятельности психики. Защитные механизмы могут препятствовать формированию адекватной ВКБ, они объективно оказываются далеко не всегда лучшим (или даже просто хорошим) способом борьбы с болезнью. Часто они лишь на короткое время и частично ослабляют тревогу, негативные переживания больного, являются только временным средством, пока человек не найдет более рационального выхода из ситуации болезни. Если же механизмы психологической защиты становятся устойчивыми и при этом препятствуют эффективности лечения, их можно назвать патологическими. Больной тогда упорно отказывается от деятельности по продуктивному разрешению связанных с болезнью проблем.

В.А. Ташлыков при рассмотрении наиболее важных и распространенных механизмов психологической защиты подразделяет их на четыре группы [141]. Механизмы первой группы ведут к недопущению информации в сферу сознания или вытеснению ее из сознания без переработки этой информации. К ним относятся вытеснение (самый примитивный и, как правило, малоэффективный способ), перцептивная защита, подавление, блокирование, отрицание. Защитные механизмы второй группы связаны с преобразованием (искажением) значения со-

держания мыслей, чувств, поведения больного. Она включает такие механизмы, как рационализация, интеллектуализация, реактивные образования, проекция, идентификация. Например, в первом случае больной находит «псевдоразумные» объяснения своих неприемлемых желаний, убеждений, поступков, по-своему интерпретирует негативные проявления некоторых личностных черт (раздражительности, агрессивности и т.д.). Пример реактивного образования — неосознанное принятие установки на поведение послушного и уступчивого человека при вытесняемой враждебности по отношению к окружающим. Проекция ведет к тому, что больной приписывает другим людям свои непризнаваемые мысли, чувства, мотивы.

К третьей группе способов защитного реагирования относятся механизмы разрядки эмоционального напряжения: реализация в действии, соматизация и, возможно, сублимация. При реализации в действии активизируется экспрессивное поведение, в результате чего может развиться психологическая зависимость от алкоголя, наркотиков, медикаментов. Этот защитный механизм иногда лежит в основе суицидальных попыток. Соматизация тревоги и отрицательных аффектов проявляется в конверсионном и психовегетативном синдромах, о которых уже упоминалось. Наконец, в четвертую группу попадают защитные механизмы личности манипулятивного типа: регрессия, фантазирование, уход в болезнь. В случае регрессии больной возвращается к более ранним, инфантильным личностным реакциям, демонстрируя беспомощность, зависимость, чтобы уйти от требований реальной действительности. Фантазирование позволяет, приукрашивая себя и свою жизнь, повысить чувство собственной ценности и контроль над окружением. Уход в болезнь дает возможность, отказываясь от ответственности за решение жизненных проблем, оправдывать болезнью свою несостоятельность. Многие описанные здесь защитные механизмы как реакция на болезнь уже упоминались.

Ту же роль играют и некоторые типы отношения к болезни, выделяете Л.И. Вассерманом с соавторами (апатический, эгоцентрический, эйфорический, анозогнозический, эргопатический) [30]. Во многих случаях трудно решить вопрос о том, вызвано ли формирование и доминирование определенных защитных механизмов болезнью или же это было характерно и для преморбидной личности. Часто ответ на этот вопрос в отношении конкретного больного вообще невозможно дать, особенно если речь идет о психосоматических болезнях. Неэффективные, незрелые психологические типы преморбидной личности здесь рассматриваются многими исследователями как важные (или даже главные) этиологические факторы психопатических болезней либо как факторы риска.

Не случайно эмпирические исследования механизмов психологической защиты проводятся в основном на материале психосоматических заболеваний, а их коррекции у больных придается особенно важное значение. Приведем несколько примеров подобных исследований. В них для диагностики структуры механизмов психологической защиты использовался опросник Келлермана-Плугчика, с помощью которого определяется степень выраженности следующих 8-ми механизмов: отрицание, подавление или вытеснение, регрессия, компенсация, проекция, замещение, рационализация или интеллектуализация, реактивные образования (или гиперкомпенсация).

При обследовании больных ревматоидным артритом были выявлены некоторые особенности в профиле психологической защиты по сравнению с контрольной группой здоровых людей [121]. У таких больных отмечается уменьшение средних величин по каждому типу психологической защиты, что указывает на снижение адаптивных способностей, хотя форма профиля (т.е. относительное преобладание разных механизмов) практически одинакова для обеих групп. Напря-

женность некоторых защит (компенсации, вытеснения) оказалась прямо связанной с эффективностью лечения. Установлено, что профили психологической защиты при разных клинических вариантах ревматоидного артрита также различны. Доминирующим типом психологической защиты является механизм реактивных образований. Отрицание, проекция и интеллектуализация используются данными больными одинаково часто, реже — регрессия и еще реже — вытеснение и замещение.

Степень выраженности различных типов защит зависит от тяжести проявлений болезни: при утяжелении последствий болезни как ведущие чаще используются механизмы отрицания, вытеснения и замещения, а при минимальной степени активности болезни значительно чаще встречается механизм проекции. Ведущие типы психологической защиты зависят и от других факторов. Это, например, процесс лечения в стационаре, алекситимия, тип отношения к болезни. Представляется важным замечание автора по поводу того, что, как показали результаты исследования, более способствующие сохранению социальной адаптации типы отношения к болезни совсем не обязательно будут у больных с преобладанием наиболее высокоуровневых и эффективных механизмов психологических защит. Возможные объяснения этого феномена могут быть следующими. Психологическая защита (в строгом толковании понятия) не исчерпывает всех средств адаптации к болезни. Часто она оказывается патологической, потому что зависит от возможностей личности, от ее характерологической предрасположенности и конкретной жизненной ситуации больного. Как будет показано ниже, в целом значительно эффективней сознательно вырабатываемые больным способы противостоять болезни. Есть также сведения о том, что типы психологической защиты связаны с определенными типами личности: отрицание — с истероидным типом, вытеснение — с пассивной личностью, регрессия — с психопатом,

тией, компенсация — с депрессивными чертами, замещение — с агрессивными чертами, интеллектуализация — с обсессивной личностью, реактивные образования — с манией.

А.Н. Михайлов и В.С. Ротенберг провели сравнительное обследование особенностей психологической защиты в норме и при соматических заболеваниях [98]. В нем участвовали больные с разными заболеваниями, такими как гипертоническая болезнь, органические сердечно-сосудистые заболевания, нейроциркулярная дистония, астма, ишемическая болезнь сердца, воспалительные заболевания. Сведения о том, что есть однозначная связь между спецификой защитных механизмов и типом личности, не подтвердились. Показано, что здоровые люди могут использовать более широкий ассортимент защит, и это повышает их адаптивные возможности. Структура корреляционных связей между выраженностью определенных защитных механизмов и личностными качествами у больных заметно отличалась от таковой у здоровых испытуемых контрольной группы. У больных при нарушении адаптации вытеснение коррелирует с уровнем тревоги и депрессии. Интересно, что не оказалось различий между больными и здоровыми по выраженности интеллектуализации и компенсации, которые, вероятно, широко используются здоровыми людьми.

Еще одно исследование, выполненное под нашим руководством, было направлено на изучение особенностей психологической защиты у больных бронхиальной астмой (исследование провела Г.Ю. Аванесян). Анализ результатов по группе в целом (54 человека) позволил выявить статистически значимые различия в выраженности разных типов защит по сравнению с контрольной группой только для такого психологического механизма, как отрицание. Он в группе здоровых встречался реже. Более интересными оказались данные о структуре механизмов психологической защиты больных с разной

длительностью заболевания. При большей продолжительности болезни меньше выражен такой тип психологической защиты, как замещение, и, наоборот, усиливаются реактивные образования и проекция. Уменьшение реакций замещения, очевидно, связано с тем, что больной меньше выражает агрессию не только в прямой, но и в смещенной форме. Некоторые больные говорили, что им трудно выражать свое состояние, потому что они боятся этим причинить боль своим близким. Именно это и заставляет их, вероятно, чаще прибегать к другому способу защиты — проекции.

В другом исследовании механизмов психологической защиты у больных бронхиальной астмой было установлено, что по степени активности противодействия болезни можно выделить 3 основные группы этих механизмов. Первые из них реализуют попытки больных самостоятельно справиться с болезнью (40 % больных). Во вторую группу вошли типы психологической защиты, отличающиеся отсутствием осознания, изоляцией аффективного компонента переживания (26,7 % больных). Третью группу составили наиболее пассивные формы защитных механизмов (33,6 % больных). Среди них «бегство в болезнь» является наиболее регрессивной по характеру. Типы психологической защиты определяют тип реагирования на болезнь. Выявлена зависимость доминирующих механизмов защиты от степени тяжести заболевания: при средней степени тяжести преобладают механизмы первой и второй группы, а для тяжелой формы бронхиальной астмы характерно преобладание пассивных механизмов защиты [105].

В детском возрасте при тяжелых соматических заболеваниях структура механизмов психологической защиты, естественно, существенно отличается от таковой у взрослых больных. Хорошей иллюстрацией этого являются результаты исследования В.В. Николаевой и О.В. Копыл [100], проведенного на подростковом возрасте. В отличие

от взрослых, ни у одного из подростков не отмечалось факта отрицания болезни, зато для них характерны уход в болезнь, уход в фантазии, в прошлое или будущее. Уход в фантазии, например, может проявляться в перечитывании сказок, в частом упоминании сказочных персонажей при выполнении тематического апперцепционного теста, в том, что рисунки в методике «Пиктограмма» лишены связи с реальностью.

С «уходом в болезнь» А.Ш. Тхостов связывает такой вид психологической защиты, как «семантико-перцептивная» [146]. В этом случае нарушается структурирование угрожающих стимулов. По мнению В.В. Николаевой, к данному виду защиты относится и перцептивное искажение, когда угрожающий стимул воспринимается как нейтральный (например, при описании картины из теста тематической апперцепции испытуемый принимает лежащий револьвер за ножницы). У больных подростков наблюдается также большая склонность к компенсации дефектов, причем многие приемы компенсации возникают у них спонтанно. Компенсация позволяет осуществлять самоактуализацию в трудной ситуации болезни и лечения в стационаре.

Механизмы психологической защиты тесно связаны с другим явлением, обозначаемым как копинг-поведение, механизмы совладения с болезнью. Этот термин впервые был использован Л.Марфи применительно к способам преодоления детьми требований, выдвигаемых кризисами развития. К ним относились, как пишет В.А.Ташлыков, активные, преимущественно сознательные усилия личности, направленные на овладение трудной ситуацией или проблемой [141]. В дальнейшем Р. Лазарус определил механизмы совладения как стратегии действий, предпринимаемых человеком в ситуациях психологической угрозы, в частности в условиях приспособления к болезни как к угрозе физическому, личностному и социальному благополучию. В по-

следнее время механизмы психологической защиты и совладения (копинг-поведения) часто объединяют в единое целое, и это целесообразно с точки зрения практической работы с больными.

Представляется важным замечание В.А. Ташлыкова о том, что цели копинг-поведения могут быть различными у пациента, врача и у ближайшего окружения больного. Пациент стремится приобрести психическое равновесие, адаптироваться к жизни в условиях болезни, к требованиям лечения. Для врача главное — это развитие познавательного отношения и мотивации больного к лечению, его сотрудничество с врачом, эмоциональная устойчивость и терпеливость в процессе лечения. Лица ближайшего окружения заинтересованы в сохранении больным прежнего статуса в семье и на работе, в поддержании социальных контактов. По сути копинг-поведение, если учесть все сказанное, должно быть разнонаправленным.

Е. Хейли выделяет три группы механизмов совладали*, различающихся по тому, в какой сфере функционирования личности больного они проявляются — когнитивной, эмоциональной или поведенческой (Цит. по [141]). К когнитивной или интеллектуальной сфере относятся следующие механизмы совладения: отвлечение или переключение мыслей на темы, не связанные с болезнью; принятие болезни как чего-то неизбежного; игнорирование болезни; проблемный анализ болезни и ее последствий, поиск информации, расспрос врачей, обдумывание решений; сравнение себя с более тяжелыми больными; религиозность, стойкость в вере; придание болезни значения и смысла, например, отношение к ней как к вызову судьбы, проверке; самоуважение, более глубокое осознание собственной ценности как личности.

С эмоциональной сферой также связано много механизмов совладания: эмоциональная разрядка (отреагирование чувств), подавление негативных эмоций, оптимизм, доверие врачу с передачей ему ответ-

ственности за свою судьбу, самообвинение, злость и раздражение в связи с накладываемыми болезнью ограничениями, сохранение самообладания, самоконтроля. С поведенческой сферой связаны разнообразные способы копинг-поведения, многие из которых уже упоминались нами. Больной может использовать уход в работу как отвлечение от болезни, альтруизм, когда забота о других отодвигает собственные проблемы на второй план. Он может избегать лечения, чтобы не «погрузиться» в него, выполнять какие-то свои желания, реализовать какие-либо цели (например, совершить путешествие), уединиться и спокойно поразмышлять о себе, активно сотрудничать с врачом, искать поддержку у людей, которые его выслушают, поймут и помогут.

В.А.Ташлыков считает, что при проведении психотерапии наиболее продуктивными из перечисленных механизмов совладания являются активное сотрудничество пациента в плане диагностики и лечения, активный поиск поддержки у медицинского персонала и окружающих, проблемный анализ болезни и ее последствий, разумная степень игнорирования болезни, стойкость и терпеливость, сохранение самообладания, противостояние болезни, эмоциональная разрядка и альтруизм.

В.В.Николаева отмечает, что больной может осуществлять определенную деятельность в отношении болезни, что болезнь для него приобретает личностный смысл. Характер этой деятельности и ее результат зависят от особенностей преморбидной личности, например, от эгоцентрической направленности или же широкого спектра ценностных ориентаций. Субъективно личностный смысл болезни может выступать как желание и стремление выздороветь, победить болезнь или смириться с ней и т.д. Наиболее эффективный способ совладания с болезнью — это сознательная перестройка иерархии потребностно-мотивационной сферы, выработка специальной системы целей, до-

стижение которых как бы уводит от ситуации болезни [100]. При этом важно, чтобы личностные цели больных не только провозглашались, но и обладали реальной побудительной силой. Эти общие положения автор подтверждает результатами эмпирических исследований.

Были изучены особенности личности больных ИБС, перенесших операцию аорто-коронарного шунтирования. Большинство из них болезнь заставила обдумывать свою систему ценностей, многое переоценить. В то же время, вероятно, из-за пессимистического отношения к будущему 68 % больных сохранили прежние жизненные цели, то есть мотив сохранения здоровья не стал для них ведущим. Только 16 % обследованных считают, что нужно строить планы на будущее, у подавляющего же большинства в представлениях о будущем не выражено стремление к активной самореализации. Большинство больных хотели бы в будущем вести спокойный и щадящий образ жизни [134].

Итак, эти больные очень стремятся выздороветь и восстановиться, но сами из-за определенных личностных особенностей часто не могут это сделать. Вероятно, одна из причин и состоит в том, что болезнь воспринимается ими как тяжелое физическое страдание, мало затрагивающее их личность. Это препятствует выработке эффективных механизмов совладания.

Совладающее поведение больного ребенка и уровень дистресса у него коррелируют с поведением присутствующих взрослых. В одном из исследований изучались поведенческие изменения у детей с онкологическими заболеваниями во время весьма болезненных медицинских процедур. На первых фазах процедуры наблюдалось вербальное совладание, а затем оно заменялось такой формой совладания, как шумное глубокое дыхание. Результат совладающего поведения ребенка был связан с поведением находящихся рядом врача и родителей [178].

Выделен особый стиль совладания с трудными жизненными ситуациями, который заключается в построении социального взаимодействия, направленного на избегание конфликтов и стресса, на подавление эмоций. Такой «избегающий» стиль предрасполагает к высокому эмоциональному контролю. Показано, что дистресс отрицательно воздействует на физическое здоровье не непосредственно, а во взаимодействии с подавлением негативных эмоций [184].

При интенсивном стрессе и отрицательных эмоциях важную роль играют так называемые поддерживающие фантазии. Они отличаются от других типов фантазий, являясь средством совладания с последствиями негативных переживаний. Выделяются фантазии, связанные с темами власти (мести, смерти/болезни, ухода) защиты и страдания. Получение утешения от любого их указанных типов фантазий является показателем общего нарушения адаптации [182].

Специфическая терминология применяется для обозначения еще одного двухполюсного параметра личности, характеризующего особенности защитной стратегии поведения, – «репрессизация – сенситизация». Репрессивная стратегия заключается в подавлении чувства тревоги, отказа от ее вербализации, в отрицании или минимизации влияния угрожающего стимула, в нежелании думать о последствиях угрозы. Сенситивная стратегия состоит в интеллектуализации и вербализации постоянного чувства беспокойства, в попытках управлять опасностью, предвидя возможные последствия. Бели рассматривать соматическую болезнь как тревожащую человека угрозу будущему благополучию, становится очевидной связь этого подхода с темой данного раздела. Разработана шкала для измерения репрессизации – сенситизации и установлено, что оценки по ней связаны с индивидуальными особенностями сна и сновидений, агрессивных и сексуальных проявлений, реакции на болезнь, с повышенной (при репрессизации) или

пониженной (при сенситизации) вегетативной реактивностью при дискомфортных стимулах и состояниях. В одном из исследований проверялась гипотеза о том, что в группе «сенситизаторов» объективная картина состояния здоровья будет лучше, чем субъективная, а у «репрессиваторов» – наоборот. Это предположение подтвердилось, однако, лишь частично, и автор делает вывод о необходимости продолжить исследование [23].

Формирование тех или иных механизмов психологической защиты и совладания у психосоматических больных зависит во многом от их представлений о собственном заболевании или, как часто говорят, от его концепции [141]. При чисто соматической концепции, когда отрицается роль психологических факторов, ведущими механизмами психологической защиты являются вытеснение, отрицание, соматизация и регрессия. За соматическими жалобами этих больных трудно обнаружить психотравмирующие проблемы и переживания, которые они скрывают, подавляемый страх перед болезнью и ее последствиями.

При психогенной концепции своего заболевания источник негативно действующих на них эмоциональных факторов больные обычно ищут в плохом отношении со стороны окружающих, в обстоятельствах, в «злом роке», а иногда в несвоевременной диагностике болезни и плохом лечении. Для них характерны защитные механизмы вытеснения, отрицания, а также проекция и рационализация. Часто их поведение инфантильно, в нем проявляются покорность, беспомощность и зависимость от окружающих. Нередки уход в болезнь, попытки с помощью роли больного решить все проблемы. Однако при адекватно развитой системе отношений личности, достаточной силе «Я» часть больных проявляют активные, в основном сознательные механизмы совладания.

Особенности защитных реакций психосоматических больных определяются и рядом характерных для них личностных черт, о которых мы уже писали в первых параграфах данного пособия. К ним относятся, например, высокий эмоциональный самоконтроль и трудности в выражении эмоций, преобладание негибкой нормативности и т.д. Многие пациенты эмоциональные проблемы вообще считают чем-то равнозначным симуляции, а психологические конфликты признаком слабости характера. Психосоматическим больным особенно трудно выражать отрицательные чувства, и, прежде всего агрессивность, они негативно относятся к проявлению зависимости от других.

Выше были описаны психологические особенности больных ишемической болезнью сердца и, в частности, характеристики поведения типа А. Если до болезни у этих больных была хорошо сформирована активная система саморегуляции, они демонстрируют обычно и активные способы совладения и защиты – уход в работу, смену ситуации (например, новая работа), отказ от прежних целей. Однако, у них возможны и неконструктивные механизмы защиты (отрицание серьезности болезни, несоблюдение рекомендаций врача, суицидальные попытки, враждебность и негативизм по отношению к врачу и ближайшему окружению). Если же преморбидная личность отличалась пассивной системой саморегуляции, то характерными защитными механизмами становятся регрессия, инфантильная зависимость от окружающих, соматизация, уход в болезнь. Для оправдания своей несостоятельности используется и рационализация.

Больные язвенной болезнью отличаются типичным для них конфликтом между потребностями в зависимости и независимости, при этом потребность в зависимости вытесняется из сознания. Вытеснение и регрессия и являются в этом случае наиболее частыми механизмами

психологической защиты. Острота травмирующих переживаний снижается, если начинает использоваться механизм рационализации.

Чрезвычайно интересным представляется нам понятие «эмоциональная компетентность», предложенное Е.В. Либиной и обозначающее способность личности осуществлять оптимальную координацию между эмоциональным и целенаправленным поведением [89, 90]. Обладающие ею люди стремятся поддерживать равновесие между желаниями и объективными условиями для их удовлетворения, между своими возможностями и способами их реализации. В этом фактически проявляется эмоциональная зрелость личности, когда человек может, с одной стороны, использовать силу положительных эмоций для совладания со сложными ситуациями, а также конструктивно использовать отрицательные эмоции как сигнал о неудовлетворенной потребности и необходимости изменить поведение. Обучение эмоциональной компетентности позволяет успешно справляться с различными кризисными ситуациями, а также корректировать личностные деформации и поведенческие нарушения.

Ситуация болезни, часто оказываясь кризисной, не является в этом плане исключением.

Эмоциональная компетентность может быть противопоставлена защитному поведению. Для ее формирования нужно разрушить зафиксированные в прошлом опыте негативные эмоциональные реакции (застенчивость, депрессию, агрессивность), добиться не подавления таких эмоций, а использование их энергии для организации целенаправленного поведения.

Тренировка навыков совладания обязательно предполагает работу с образом «Я», поскольку его «простота», недифференцированность повышает вероятность реагирования на жизненные кризисы соматическими и психическими расстройствами. Важно, чтобы человек обла-

дал широким репертуаром стилей совладания. Это повышает его уверенность при встрече с трудными ситуациями.

Е.В. Либина разработала тренинг развития навыков личностного совладания для формирования способов адекватного реагирования на жизненные кризисы и выработки стратегии саморазвития личности [90]. В результате у каждого участника группы создается новый положительный образ себя и формируется позитивное восприятие окружающего путем осознания причинно-следственных закономерностей своей жизни. Для коррекции образа «Я» используются тесно-ориентированные техники, наиболее эффективные приемы бихевиористической и гештальттерапии, нейролингвистического программирования и аутотренинга. На следующем этапе вырабатывается позитивное отношение к себе на основе принятия прошлого жизненного опыта и осознания своего возможного будущего, развиваются навыки эмоциональной и рациональной компетентности, умение согласовать желания и возможности. Здесь используются элементы психоанализа, терапии, ориентированной-на-клиента и дифференциальной психотерапии. На последнем этапе развиваются навыки коррекции социального «Я» на основе коррекции иерархии жизненных целей и окружающего культурного контекста. Для реализации этих целей применяются достижения индивидуальной и гуманистической психологии, результаты изучения жизненных сценариев и стиля человека.

Подводя итог рассмотрению материала этого раздела, отметим, что он показывает большие потенциальные возможности больного справиться со своей болезнью, адаптироваться к ней. Не всем, однако, удается сделать это самостоятельно. Помогать больному решить эту трудную проблему и должны, в первую очередь, врач и психолог.

2. ВЛИЯНИЕ СОМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НА ПСИХИКУ

2.1. Причины влияния болезни на психику

Начнем со следующего вопроса: каковы наиболее общие изменения в жилки человека, происходящие в результате заболевания?

Прежде всего, болезнь накладывает ограничения на разные сферы жизни, лишая больного, например, возможности заниматься привычными делами, приносящими ему удовлетворение. Можно вспомнить слова К. Маркса о том, что болезнь — это стесненная в своей свободе жизнь. Чем сильнее была потребность в этих занятиях (имеется в виду и профессиональная деятельность), тем при прочих равных условиях более ощутимыми будут последствия вынужденного полного или частичного отказа от них.

Особенно жесткие ограничения на поведение больного накладываются в стационаре. Нередко они вступают в такое противоречие с его потребностями, что это становится одной из причин конфликтов с медицинским персоналом. Обычно люди, часто подверженные заболеваниям, переносят их и обусловленные ими ограничения с большим смирением и спокойствием, чем серьезно заболевшие впервые в жизни. Кроме того, есть пациенты, не выносящие никакой болезни, если она заставляет их отрываться от труда и привычных условий жизни. Это может приводить к отказу от лечения или к повышению активности в борьбе с болезнью. Перечислим некоторые стремления и желания, которые, с одной стороны, характерны для находящегося в стационаре больного, а с другой стороны, не соответствуют установкам медицинского персонала в отношении больных.

Пациент	Медицинский персонал
1. Потребность в отношении к себе как к личности, имеющей	1. Интерес к личности больного редуцирован («больной из

определенный социальный статус	16 палаты»))
2. Потребность в привычном поведении.	2. Стремление добиться одинакового поведения больных, соответствующего роли пациента.
3. Стремление к тишине и покою.	3. Стремление соблюдать больничный порядок со всеми процедурами (обход, проветривание палат и т.д.)
4. Интерес к любимым занятиям	4. Стремление не допускать необычных занятий
5. Потребность в контактах с внешним миром, в частых посещениях	5. Стремление ограничить внешние контакты и посещения
6. Потребность в индивидуальном пространстве (по-своему оформить тумбочку, повесить полотенце)	6. Стремление к единообразию (все одинаково во всех палатах и т.д.)
7. Желание эмоциональной близости с врачом	7. Стремление врача сохранить определенную социальную дистанцию между ним и больным
8. Желание, чтобы его лечили очень терпеливо, внимательно	8. Отношение к работе с больным как к «эпизоду», желание иметь больше времени для личной жизни
9. Стремление быстрее вернуться к образу жизни здорового человека, убрать ограничения, напоми-	9. Стремление (для пользы пациента) дольше сохранять постоянное наблюдение за больным и

нающие о болезни, перейти на домашнее лечение	необходимые для него ограничения
---	----------------------------------

Об этих противоречиях иногда полезно вспоминать при разрешении конфликтных ситуаций в больнице, при выяснении их причин. К сожалению, медицинский персонал нередко видит причины конфликта, прежде всего, в негативных чертах характера больного, в его капризности и неправомерных претензиях. Естественно, и это может иметь место, но важно не упустить из виду объективные противоречия между потребностями и мотивами конфликтующих сторон.

Болезнь не только ограничивает жизнь человека «в настоящем», но и часто заставляет его изменять свои планы на будущее, отказываться от достижения определенных давно намеченных целей, замещать их более доступными. Это ведет к особому психическому состоянию — фрустрации. Психологи определяют его как состояние, возникающее из-за реальной или воображаемой помехи, непреодолимой или труднопреодолеваемой, препятствующей достижению цели. Оно проявляется у человека в ощущениях гнетущего напряжения, тревожности, отчаяния, гнева и т.д. Конкретные реакции при фрустрации зависят от степени значимости блокируемого поведения, от предполагаемой близости достижения цели. Конечно, не последнюю роль играют и особенности личности. Из распространенных реакций, характерных для этого состояния, можно назвать агрессивность, перенос действий в воображаемый план, переоценку цели, ставшей недоступной (вспомним известную басню «Лиса и виноград»). Если учесть, что болезнь может означать крушение почти всех основных жизненных планов, то легко объяснить агрессивность некоторых больных, хотя это и не единственная причина. Иногда агрессивность, как пишет И.Харди, может быть оправданной, но нередко необъяснимое упрямство, при-

дирчивость, недовольство, крайняя требовательность непонятны и самому больному [159]. Можно посоветовать не уступать необоснованным требованиям или проявлениям отрицательных черт характера пациента, рекомендовать убеждать и переубеждать его. Лишь в исключительных случаях невротозов и психопатий врач не может справиться с больным и вынужден даже выписывать его из стационара.

Часто есть основания говорить не только о фрустрации, но и о более трудной ситуации, ведущей к метаморфозе личности, ее перерождению. Вот что отмечается по этому поводу в интересной книге Ф.Е. Василюка, имеющей подзаголовок «Анализ преодоления критических ситуаций»: «Когда перед лицом событий, охватывающих важнейшие жизненные отношения человека, воля оказывается бессильной (не в данный изолированный момент, а в принципе, в перспективе реализации жизненного замысла), возникает специфическая для этой плоскости жизнедеятельности критическая ситуация — кризис» [28, с.47]. Особенно трудна ситуация, если прерванный кризисом ход жизни невозможно восстановить. Яркий пример кризисной ситуации — потеря зрения после ранения. Слепшие на первых порах обычно ничему не верят, как их ни ободряют, утешают, убеждают. Какое-то время они лишены возможности осознать реальность новых целей, «непроницаемы» для других. На первом этапе важнее всего «успокоительная терапия». Сложно предсказать, каким будет исход этой ситуации, поскольку он уже в большей степени зависит от особенностей человека, его социального окружения. Указывают два распространенных исхода: 1) стремление к людям, поиск у них поддержки, большей теплоты и доброжелательности в отношении к ним; 2) озлобленность, обида на судьбу, на обстоятельства или других людей, стремление замкнуться в своих переживаниях, неприятие сочувствия и соучастия. Оба эти варианта встречаются при самых разных заболеваниях.

В.В. Николаева отмечает, что как кризисная может быть квалифицирована социальная ситуация развития в условиях болезни, являющаяся противоречивой по своему содержанию [134]. Факт болезни, угрожающей жизни и благополучию человека, стимулирует его на поиск причин и сущности своего телесного страдания, а также побуждает к раздумьям о том, как жить дальше, на что опереться, чтобы сохранить жизнь и человеческий облик. Болезнь часто снижает уровень психических возможностей человека, ведет к ограничению контактов с другими людьми, изменяя, таким образом, занимаемое в жизни место, внутреннюю позицию. И здесь важнейшим оказывается понятие «личностно-мотивационный уровень саморегуляции», который обеспечивает осознание мотивов деятельности, позволяет управлять мотивационно-потребностной сферой, быть хозяином и творцом своей жизни. Даже в самых трудных условиях человек оказывается свободным от обстоятельств. По мнению В.В. Николаевой, сформированность деятельности саморегуляции зависит от потребности в духовном росте. Важно также, чтобы у человека была развита система культурных ценностей (прежде всего этических и эстетических), помогающих найти смысл жизни и обрести внутреннюю гармонию. Все сказанное в какой-то мере позволяет понять, почему в условиях тяжелой (или даже смертельной) болезни люди ведут себя по-разному.

Иногда жизнелюбие, воля тяжелобольного творят чудеса. Стефен Хокинг, выдающийся физик-теоретик, в 20 с небольшим лет заболел моторно-нейронной болезнью и с того времени почти полностью обездвижен. После этого, тяжело заболев воспалением легких, он перенес серию операций, в результате трахеотомии потерял речь. Поразивший Хокинга недуг обычно отпускает больному лишь несколько лет жизни, однако он живет с ним более 30 лет. Он не любит рассуждать о трудной судьбе и не считает себя несчастным, работает, пишет книги [80].

При тяжелой или хронической соматической болезни может снижаться выносливость человека к физическим и психическим нагрузкам, «энергетический потенциал деятельности», и это также является существенным фактором влияния болезни на психику больного. Возникает астения, являющаяся неспецифической формой реагирования ЦНС на разнообразные внутренние и внешние «вредности» [100]. Иногда после тяжелых соматических заболеваний астения проходит, а иногда еще долго снижает работоспособность и уровень жизнедеятельности в целом. Таким образом, имея сначала соматогенное происхождение, она может затем поддерживаться психогенными факторами.

Для диагностики астении используют как объективные показатели (неврологические проявления, показатели психологических и вегетологических исследований), так и субъективные. К последним относятся жалобы на общую слабость, недомогание, нарушения сна. В психологических методиках и по данным опроса и наблюдения отмечаются повышенная психическая истощаемость, понижение умственной работоспособности, затруднения в сообразительности и концентрации внимания, снижение памяти.

В отличие от соматогенной астении, в случае, когда она имеет психогенную природу, слабость или «бессилие» — только «видимость», и больные при положительной мотивации могут показать исключительную работоспособность, то есть их стеничность избирательна.

Б.С. Бадмас выделил 4 основных структурных компонента (симптома) астении: 1) раздражительность, 2) слабость, 3) расстройство сна и 4) вегетативные нарушения [10]. Эти симптомы входят в три основных синдрома (или формы) астенического состояния, которые, в свою очередь, в ряде случаев можно рассматривать как последовательно возникающие стадии нарастания астении: 1) гиперстения, 2) синдром

раздражительной слабости и 3) гипостенический синдром (или синдром истощения). В медицинской литературе последствия астении описывают часто как снижение волевой активности, вялость, апатичность, снижение жизненных интересов и т.д. У больных с длительно сохраняющимся астеническим синдромом постепенно снижаются интересы к работе, семье, общественной жизни вплоть до полного доминирования одного мотива — мотива сохранения здоровья. Тогда любые события в жизни они рассматривают лишь с точки зрения их вреда или пользы для здоровья [100].

Следующий важный фактор, вызывающий изменения в психике соматических больных — это отношение к ним со стороны других людей (родственников, друзей, сослуживцев и т.д.). Мы не обсуждаем вопрос о причинах, вызывающих определенное отношение к больному, изменение отношения к нему после болезни. Они могут быть самыми разными. Например, нередко это изменение внешности человека в результате болезни, утрата эстетической привлекательности, косметический дефект лица, как это бывает, в частности, при некоторых кожных болезнях (дерматит, псориаз) или в случае послеожоговых рубцов. Лицо играет важнейшую роль во всей системе взаимоотношений с другими людьми. Поэтому у таких больных часто появляется или усиливается чувство неполноценности, возникает повышенный интерес к себе, направленность на себя, озабоченность внешностью. Это вызывает глубокие эмоциональные переживания, смену образа жизни, перестройку взаимоотношений с окружающими. С людьми назойливыми, любопытными пострадавший общаться не хочет, часть людей избегает общения с ним. Отсюда — замкнутость или даже агрессивность в поведении. При неблагоприятных социально-психологических условиях косметические дефекты становятся нередко причиной неврозов. Особенно остро эту ситуацию переживают женщины, обладавшие до дефекта привлекательной внешностью. Автору пособия

пришлось убедиться в этом во время одной из поездок, когда соседка по купе оказалась женщиной, недавно попавшей в такую ситуацию в результате автомобильной аварии и мучительно переживающей последствия оставшихся на лице шрамов. Правда, в этом случае к невротическим изменениям добавились еще и симптомы травмы головного мозга. Из долгих разговоров, однако, так и не удалось понять, что же из двух последствий аварии беспокоит ее больше.

Психологические проблемы людей с послеожоговыми дефектами и уродствами лица рассматривает К.Д. Шафранская [167]. Эти люди часто приковывают внимание окружающих не только своей необычностью, но и тем, что у них становится атипичной мимика, экспрессию нелегко понять. По высказываниям тех, кто ухаживал за такими больными, сначала возникает психологический барьер в общении, который, однако, большинством людей со временем преодолевается. Сами больные оказывают воздействие на эмоциональную сферу своих родных и близких. Показано, например, что полезна психотерапевтическая работа с матерями, ухаживающими за обожженными детьми.

Особые проблемы возникают у людей после появления косметических дефектов, если по роду профессии они должны постоянно общаться с людьми. Далеко не всем удастся преодолеть свои опасения и вернуться к прежней работе. Отмечают любопытный феномен: эмоциональное напряжение между субъектами общения, один из которых имеет косметический дефект, снимается при прикосновении и поглаживании заживших участков кожи. Автор пишет, что этот способ многократно успешно использовался в процессе психологического обследования и на перевязках больных. Прикосновения также снимают депрессию и аутизм пациентов.

Существуют определенные социокультурные стереотипы отношения к тяжелобольным, и влияние этих стереотипов сказывается на психике

больного. Интересное исследование по этой тематике было проведено В.В. Николаевой и Е.В. Дмитриевой [134]. Они предположили, что утвердившиеся в нашем обществе социокультурные стереотипы отношения к тяжелобольным могут способствовать нарастанию у них социальной и психологической беспомощности и усиливать ощущение бесперспективности жизни. В результате формируется все более нарастающая психологическая инвалидизация и повышается вероятность личностных аномалий.

В исследовании принимали участие больные, которые перенесли операцию аорто-коронарного шунтирования. Оказалось, что у населения нет целостного представления о таких больных. В результате окружающие часто неоправданно утяжеляют картину их состояния. За этим нередко стоит скрытое негативное, отвергающее отношение, смешанное со страхом за состояние их здоровья и жалостью к ним. Ответы руководителей в этом отношении были более категоричными (54,3 % опрошенных сказали, что не взяли бы на работу такого больного, если бы были руководителем). Таким образом, реальной поддержки, помощи от общества больные, вероятно, не получают, что, естественно, резко осложнит их реабилитацию. Это значительно усугубляет существующие у них трудности личностного характера, подталкивает их к уходу на инвалидность, хотя большинство больных сопротивляются уходу в болезнь. По мнению больных, окружающие приписывают им качества тяжелобольных людей, что затрудняет их профессиональную реадaptацию, хотя большинство этих больных — мужчины трудоспособного возраста. Инвалидность приводит к вынужденной изоляции больных. Человек отрывается от привычных связей с миром и вынужден замыкаться на своих внутренних проблемах.

Совершенно особые проблемы возникают в тех случаях, когда больной — ребенок. Здесь на первый план выходит отношение к больному со стороны семья. Ниже мы остановимся на этом вопросе подробнее. Однако и для взрослого больного отношение к нему членов семьи чрезвычайно значимо. Приведем примеры из исследования, выполненного в одном из НИИ онкологии. Часто решающее влияние на мысли, чувства и намерения онкологического больного оказывает отношение к нему родных, особенно если он резко меняется. Вот лишь два высказывания. «Я была совершенно уничтожена свалившейся бедой. . . . Мужу я стала не нужна, теперь я уже не хозяйка, но он со мной отказался развестись, ждет моей смерти. Да, да, он с самого начала так и сказал, что ничего не поделаешь, врачи перед этим бессильны. Да я и сама стала думать, поскорей бы уж. . . ". «Мне сразу же лечащий врач разрешил вернуться на работу, да мне и в голову не приходило брать инвалидность. Но жена замучила, требует, чтобы сел на пенсию. Ей все мерещится, что я с ног валюсь от усталости, бледен, неправильно питаюсь, не соблюдаю режим» [123, с. 112].

Общение с другими больными, получаемая от них информация — еще один сильный фактор поддержки или нарушения эмоционального равновесия. Находясь в стационаре, не испытывать этих влияний невозможно, даже если кто-то стремится избежать их. Последнее, однако, маловероятно, поскольку больной знает, что врач не должен и не может говорить ему всю правду, и потому он часто считает сообщения соседей по палате заслуживающими большего доверия. В только что упомянутом исследовании на выборке 1021 больного было установлено: в своих опасениях они в 99,3 % ссылаются на свидетельства других больных как на главный авторитет. Но нередко это всего лишь недостоверные слухи, необоснованный перенос самочувствия другого на себя, обобщение частных оценок, относящихся к симптомам болезни, медицинскому персоналу и т.п. Именно онкологические больные

нередко поддерживают контакты между собой в течение многих лет. Они стремятся сравнить свое самочувствие со здоровьем «товарища по несчастью», излить душу, подбодрить друг друга [123].

Наконец, эмоциональное состояние больного, испытывающего боль, всегда, так или иначе, зависит от болевых ощущений. Особенности переживания боли, обусловленные многими факторами (свойства нервной системы, волевые качества личности, общее физическое состояние и т.д.), совершенно необходимо учитывать при работе с больными. При длительном или весьма интенсивном действии болезнетворного агента возникают изменения в течении основных процессов высшей нервной деятельности и астения. Болевые ощущения через эмоции могут влиять даже на всю «психическую жизнь», изменять структуру потребностей, определять новые цели и запросы, направлять все внимание больного на interoцептивные сигналы, которые здоровыми людьми не замечаются.

Когда боли продолжаются больше трех-шести месяцев, говорят о хронической боли. Как правило, жалобы на хронические мучительные боли стабилизируются после перенесения острых органических заболеваний. С точки зрения психолога, особый интерес представляет тот факт, что в 50 % случаев хронического болевого синдрома у боли уже нет органической (тканевой) основы. Поэтому И.Харди считает возможным, за некоторыми исключениями, рассматривать такие боли как самостоятельную болезнь, имеющую много общих черт с вторичной депрессией. Больные думают, что у них тяжелый телесный недуг, что болезнь, возможно, неизлечима. Они «кочуют» от врача к врачу, из одного медицинского учреждения в другое, принимают много разных лекарств, требуют проведения операций. Это обычно заканчивается соматизацией симптомов. Боль становится для них формой существования, с ее помощью они могут влиять на окружающих, получая при-

вилегии. Таким образом, возникает патологическое поведение, связанное с болезнью.

Итак, мы кратко рассмотрели основные факторы соматогенной и психогенной природы, влияющие на психику больного, на его психические процессы, состояния и психологические свойства личности.

Необходимо помнить, что это влияние всегда опосредуется личностными качествами больного, свойствами его нервной системы, то есть преломляется через всю его неповторимую индивидуальность.

2.2. Психологические особенности больных при некоторых заболеваниях

2.2.1. Больные бронхиальной астмой

Нервно-психические расстройства при бронхиальной астме описаны во многих работах. После приступа болезни могут наблюдаться сниженное настроение, капризность, порывистость, раздражительность, повышенная возбудимость, истощаемость, астения, лабильность настроения, слезливость, иногда — истерические расстройства, депрессивные состояния, неврастенические, фобические расстройства, тревожность и т.д. Психические расстройства при бронхиальной астме наблюдаются часто. Они выступают в виде реактивных личностных образований в связи с переживанием болезни, невротоподобных расстройств, аномального развития личности. Это усложняет клиническую картину и привносит в нее черты ипохондричности, болезненную тревогу и опасения, вызывает отрицательные установки по отношению к лечению, порождает недоверие к врачу и проводимой терапии.

Особенно частыми бывают астенодепрессивные реакции (пониженное настроение с мыслями о бесперспективности, безысходности существования и неизлечимости болезни), что обнаружено у половины всех больных. Около 12 % больных характеризуются ипохондриче-

скими чертами. При фобической структуре реакции больные испытывают неотступный страх, тревогу, беспокойство. Они тревожны, растеряны, плачут, обреченно ждут развязки, катастрофы, близкого конца. Если состояние ухудшается, больные надолго впадают в астенодепрессивное состояние.

В целом клинические варианты реакции на болезнь у больных **бронхиальной астмой** оказываются очень разными, индивидуальными. Например, каждый пятый больной переживает связанный с приступом страх, причем врачи обычно этого не замечают. Страх обусловлен, в частности, внезапностью, приступообразностью основного проявления астмы. Реже возникает беспредметный страх с тревогой, беспокойством, который сохраняется после приступа в течение нескольких часов.

Для легкой формы астмы характерны обычно стертые невротоподобные расстройства (легкая физическая астения или острые неврастеноподобные нарушения). При средней тяжести течения астмы возникают также циклоидные колебания настроения, легкая эйфория после приступа болезни, гипостенические неврастеноподобные расстройства, иногда — галлюциноиды, ипохондрические опасения за сердце и т.д. При тяжелом течении астмы ведущими оказываются невротоподобные расстройства с выраженной астенией, с вегето-сосудистыми нарушениями. Нередки суицидальные мысли во время приступа, полярные колебания настроения. При улучшении состояния особенно долго сохраняются вегетативно-сосудистые нарушения. Нервно-психические расстройства при астме снижают эффект терапии.

Обследование больных **бронхиальной астмой** показало, что у 66 % из них были и другие *психосоматические заболевания* (экзема, нейродермит, хронический колит, гипертоническая болезнь). В раннем детстве у них имели место определенные отношения в родитель-

ской семье: материнская гиперопека с отстранением или отсутствием отца и / или ситуация разлуки, воспринятые ребенком так, как будто его бросали или как угроза безопасности. Все пациенты отмечали как характерные для себя особую тонкость восприятия, эмоциональную ранимость, которую они обычно скрывали. Они отличались затруднениями в описании своих чувств и отрицали свои эмоциональные проблемы, подавляли проявления тревоги и агрессивности, боясь ухудшить отношения с окружающими. Их социальной адаптации препятствовали также ощущение внутренней пустоты, пассивный отказ от общения, избегание ситуаций соперничества [60].

Больные астмой, по сравнению со здоровыми людьми, характеризуются более высоким уровнем негативных эмоций [185]. Обострения заболевания (приступы удушья при астме) по времени связаны с периодами повышенной эмоциональности. При этом эмоциональность связана с астмой двусторонней причинной зависимостью и механизмом типа «порочной спирали». На эмоции больных отрицательно влияют применяемые при лечении астмы лекарства.

В заключение рассмотрим основные результаты исследования психологических особенностей больных бронхиальной астмой, выполненного под нашим руководством [150]. Результаты испытуемых (30 больных) сравнивались с полученными на контрольной группе, соответствующей экспериментальной по полу и возрасту. Использовались методики, направленные на изучение «эмоционального словаря», распознавания эмоциональных состояний человека по мимике и интонации, а также Торонтская Алекситимическая Шкала. Другой блок методик был нацелен в основном на диагностику особенностей когнитивной сферы и включал методики для определения психической ригидности, аналитичности — синтетичности, импульсивности — рефлексивности и «полезависимости — полenezависимости». Сле-

дует отметить, что полученные результаты, естественно, нельзя считать характерными только для больных бронхиальной астмой. Они (по крайней мер, частично) могут относиться и к страдающим другими психосоматическими расстройствами. Нас, однако, интересовала практическая сторона проблемы: какие психологические особенности нужно учитывать при работе с больными бронхиальной астмой и на какие «мишени» целесообразно направлять психотерапевтические воздействия.

Больные бронхиальной астмой распознавали эмоции и по мимике и по интонации хуже, чем это делали «здоровые» (в дальнейшем будем называть так контрольную группу). Это можно объяснить алекситимичностью больных (средний балл 74,2, тогда как у здоровых всего 46,5), если исходить из того, что успешность распознавания собственных эмоциональных состояний и эмоций других людей взаимосвязаны. Интересно и то, что в группе больных среди правильно узнанных эмоций преобладали отрицательные, тогда как для здоровых испытуемых была характерна обратная зависимость. Это можно связать с особенностями жизненного и эмоционального опыта больных: чем чаще в общении человека встречается определенная эмоция, тем лучше она распознается. Сами больные отмечали, что страх — это наиболее близкая им эмоция. Многие больные росли в неблагополучных семьях, родители большинства из них были плохими «воспитателями», не умеющими устанавливать в семье гармоничные отношения.

Подтвердилось предположение о бедности «эмоционального словаря» больных. Испытуемые должны были за 5 минут назвать как можно больше эмоциональных состояний. Задание оказалось для них очень трудным. При сравнении с контрольной группой выявилось доминирование у больных в словаре, во-первых, предикативной формы для обозначения эмоций, а во-вторых, перечисление в основном отрица-

тельных эмоций. Это хорошо согласуется с более точным распознаванием ими таких эмоций у других людей. Больные редко могли назвать положительные эмоции кроме таких, как счастье, любовь, радость.

Применение опросника для выявления ригидности или флексибильности позволило установить очень большие различия между группами больных и здоровых испытуемых: если к ригидным были отнесены 94 % больных, то среди здоровых таких оказалось только 30 %. Больные характеризуются высокой установочной ригидностью, выражающейся в неприятии нового, в нежелании изменить самих себя (самооценку, уровень притязаний, систему ценностей, привычек и т.д.). С этим могут быть связаны, в частности, отрицательные реакции на предложение изменить лечение, использовать новый препарат. Высокие показатели больных по шкале «ригидность как состояние» указывают на то, что они особенно склонны к ригидному поведению в состоянии страха, стресса, плохого настроения, утомления или болезни. Переубедить больных в чем-то (например, изменить их взгляд на свою болезнь) чрезвычайно трудно. Высокие показатели у них и по шкале «преморбидная ригидность». У многих больных ригидность проявлялась уже в подростковом возрасте и раньше. Возможно, что их повышенная ригидность — это своего рода защитный механизм, помогающий совладать с тяжелой болезнью.

Больные бронхиальной астмой продемонстрировали выраженную полезависимость (по Уткину), достоверно отличаясь в этом от группы здоровых, что хорошо соответствует их зависимости от окружения. Например, они стараются в больнице вообще не выходить из отделения по одному, без сопровождающих. Они проявляют пассивность в отношении окружающей Среды, избегают инициативности, очень осторожны. Со слов врачей, пациенты, которые больны более 20 лет, как бы «прописываются» в отделении и становятся все более зависи-

мыми «от стен больницы». Фактически это «уход в болезнь», «вживание» в нее, и в этом случае помощь психолога, на наш взгляд, может быть полезной.

Большинство больных отличаются аналитичностью при выполнении теста свободной сортировки, тогда как в группе здоровых получено обратное соотношение — «синтетиков» в ней больше, чем «аналитиков». Аналитичность больных часто значительно затрудняет установление врачом или психологом контакта с ними из-за узости диапазона общения, ориентации на детали, «застывания» на конфликтах.

Методика на диагностику когнитивной «импульсивности — рефлексивности» выявила в группе больных преобладание «рефлексивных» (работающих медленно, но с малым числом ошибок) и «непродуктивных» (работающих медленно и с большим числом ошибок) испытуемых. Это можно соотнести как с высокой ригидностью больных, так и с тем, что для них вообще характерна рефлексивность — направленность на себя, на свои внутренние проблемы. Кроме того, медленное выполнение заданий теста соответствует отмеченным выше тревожностью и нерешительностью, неуверенностью больных бронхиальной астмой.

В заключение отметим, что большинство использованных в описанном исследовании методик достаточно просты, не требуют много времени для их выполнения и позволяют легко и быстро получить результат обследования. Их можно рекомендовать для уточнения особенностей эмоциональной и когнитивной сфер психики больного.

2.2. Психологические особенности больных при некоторых заболеваниях

2.2.2. Онкологические больные

Онкологические заболевания ставят перед клиническими психологами ряд специфических проблем. Н.А. Русина отмечает: «Рак — это не просто болезнь, это образ жизни и особое смысловое пространство» [119, с. 89]. Сейчас стало ясно, что без учета психологических факторов арсенал современных методов диагностики и лечения злокачественных опухолей часто не может эффективно использоваться. К тому же в отношении значительного контингента больных по объективным причинам нельзя реализовать программы радикального лечения. Среди других заболеваний онкологические явно выделяются тем, что намного больше количество суицидальных попыток, предпринимаемых этими больными.

Онкологическое заболевание оказывает на психику пациента двойное влияние — соматогенное и психогенное. Эта тяжелая в соматическом плане патология ведет к психической и физической астении, к истощению, что сказывается на психической деятельности и может вызывать соматогенные психические расстройства. Однако и сам факт заболевания является серьезной психической травмой, учитывая распространенные в обществе представления о раке и о судьбе этих больных. Важно подчеркнуть, что проявления психологических сдвигов и выраженность психических нарушений у онкологических больных практически не коррелирует с тяжестью заболевания. Правда, как считает В.Д. Менделевич, оценить количественно тяжесть психического состояния или психопатологических симптомов и синдромов довольно трудно [96]. Для психолога очевидно, что это свидетельствует об огромной роли личности больного, его отношения к ситуации болезни. Начнем, однако, с вопроса о роли психологических факторов в возникновении рака.

Биопсихосоциальный подход к проблеме патогенеза онкологических заболеваний предполагает, что важными факторами риска являются

некоторые преморбидные психологические особенности личности. Айзенк, например, относит к ним эмоциональную лабильность, экстраверсию, чрезмерное подавление чувств, а также частое переживание депрессии и безнадежности. Острый стресс, неспособность совладать со стрессовыми ситуациями также относятся к факторам риска, снижая эффективность иммунной системы. Другие авторы дополняют этот список, указывая на инфантильность, негибкость поведения, импульсивность и защитные реакции по типу отрицания. Именно личностные черты могут порождать или стабилизировать стресс.

«Подготавливают почву» к развитию рака молочной железы часто переживаемые чувства вины, меланхолии и депрессии, подавление половых инстинктов, анорексия, бессонница, неуверенность в себе и психические травмы, хотя до возникновения болезни могут пройти годы. Важным фактором, действующим аналогичным образом, считают и потерю надежды на достижение жизненных целей в сфере сексуальности и брака, материнства.

Выделяют пять фаз реагирования на злокачественные новообразования и рак [Цит. по 96]:

- 1) отрицание наличия такой патологии, преуменьшение тяжести своего состояния;
- 2) бурный протест, дисфория, склонность к агрессии и аутоагрессии (после подтверждения диагноза);
- 3) принятие факта болезни, примирение с необходимостью долго и интенсивно лечиться в сочетании с «ведением торга» («главное, чтобы не было болей»);
- 4) постепенная утрата надежды на выздоровление, пессимизм, подавленность и пассивность (после длительного лечения);

5) «примирение» с судьбой, принятие любого исхода и безразличие (на последних этапах заболевания).

Е.Ф. Батин и А.В. Гнездилов описали следующие этапы заболевания: поликлинический (диагностический), этап поступления в клинику, предоперационный (предлечебный), послеоперационный, этап выписки и катамнестический. Для каждого из них характерны определенные психологические и психопатологические особенности онкологических больных. На первом этапе, например, часто встречается тревожно-депрессивный синдром: общее беспокойство, выраженная тревога, иногда страх, чувство полной безнадежности, бесперспективности существования, мысли о неизбежной скорой и мучительной смерти. На втором месте — тоскливо-злобное настроение больных, иногда беспричинные вспышки ярости, гнева (возможно, с агрессией), за которыми скрываются часто тревоги и страх.

После помещения в стационар интенсивность переживаний несколько снижается. Преобладает тревожно-депрессивная, дисфорическая, тревожно-ипохондрическая и обсессивно-фобическая симптоматика. Перед операцией из-за мыслей о возможной гибели во время нее доминирует страх в рамках тревожно-депрессивного синдрома, переживания интенсифицируются. Возможны и бредаподобные идеи преследования и отношения. После операции выраженность негативных переживаний больных резко снижается и на первый план выходит астено-ипохондрический синдром. Наконец, покинув клинику, около двух третей пациентов проявляют стремление к самоизоляции, негативно относятся к привычным ранее развлечениям, избегают ситуаций, связанных с интенсивными эмоциональными переживаниями, утрачивают интерес к внутрисемейным делам. Переживания носят депрессивную окраску в связи с самим заболеванием и его последствиями. Особенно это касается интимной сферы.

В каждом конкретном случае на переживания и отношение к болезни, на ее течение влияют многие психологические факторы, поэтому у психолога могут быть различные цели психодиагностической, психокоррекционной и психотерапевтической работы. Например, для адаптации больных очень важна поддержка со стороны семьи, особенно при наличии у них серьезных психологических проблем и психической патологии. Хорошо, если семья оказывается сплоченной.

Относительно легко адаптируются и чувствительны к психотерапевтическим воздействиям больные, которые до болезни характеризовались следующими чертами: сердечность, общительность, эмоциональность. У больных с чертами замкнутости, отгороженности, сдержанности и преобладанием интеллектуальных интересов есть склонность к образованию сверхценных и бредоподобных идей, к аутизации, самоизоляции и суицидальным тенденциям. Своими особенностями отличаются и другие группы больных (по преморбидным чертам): «циклоидные», «возбудимые», «истероидные». Это необходимо учитывать психологу при работе с ними.

Изучение большой группы онкологических больных с разной локализацией опухолевого процесса (в области головы и шеи, легкого, желудка, кишечника, молочной железы) позволила установить, что развитие патопсихологической симптоматики у них неодинаково [17]. Специфика, обусловленная локализацией опухоли, не исключает некоторых отмеченных выше личностных реакций, характерных для любого онкологического заболевания. Считают, например, что при раке легкого долгого латентного периода болезни затем быстро развивается чувство тревоги, страха и вялости, а желудочно-кишечный тракт чаще и длительнее вызывает ипохондрические установки.

Тяжелым психологическим стрессом сопровождается рак молочной железы. Причины его очевидны: чувство потери женственности,

неполноценности и ущербности, опасения социальной изоляции и распада семьи. И если до операции смыслообразующим является обычно мотив выживания, то после нее ведущим становится мотив сохранения здоровья, приобретающий личностный смысл социального выживания. Неадекватное отношение окружающих к больной может вести к самоизоляции и уходу в болезнь.

Психологическое исследование онкологического больного Т.З. Биктимирова и О.Д. Модников советуют начинать с изучения особенностей его внутренней картины болезни. Нужно оценить анамнестические показатели, ознакомившись с историей жизни и болезни, выявить тип отношения пациента к своему заболеванию, определить уровень личностной тревожности. Необходим системный подход при изучении больного раком, предполагающий сопоставление типичных проблем и их роли, способов их разрешения с клиническими стадиями болезни и успешностью лечения. При этом кризисная природа онкологического заболевания требует психологической оценки единой сложной системы, включающей больного, его семью и медперсонал [17]. Важно установить, какова значимость для больного отдельных симптомов заболевания, как он относится к болезни в целом и лечению.

Более подробно рассмотрим результаты интересного исследования Н.А. Русиной и основанные на них рекомендации по работе психолога с онкологическими больными [119]. Центральным в ее работе являются понятия «жизненные смыслы» и «образ Я». Кризис жизненных смыслов часто свойственен онкологическим больным. Те из них, которые переносят калечащие операции, делятся на две группы. Первая отличается эффективными копинг-ресурсами, приемами совладания с болезнью и быстро восстанавливаются. У второй группы копинг-ресурсы слабы, восстановление идет медленнее. Именно для таких

больных характерен личностный кризис. Эти группы различаются по результатам методик исследования самооотношения и предельных смыслов. Во второй группе установлены низкие баллы по самоуважению, аутосимпатии, ожиданию положительного отношения от других, уверенности в себе, самоинтересу и самопониманию, высокие баллы по самообвинению и примитивные предельные смыслы. В первой группе получены обратные результаты. Автор отмечает: «Больные с «хорошей» «Я»-концепцией, адекватным образом «Я» и многоуровневыми предельными смыслами уже на второй день после операции способны к общению и обсуждению своих проблем» [119, с. 89].

Изменение образа «Я» у больных, подвергающимся калечащим операциям, своеобразно проявляется в их рисунках: свое тело до операции они заполняют остроугольными треугольниками, описывая ощущение боли через острое, колющее. После операции треугольники заменяются квадратами, а позже, в случае восстановительной операции, — кругами, что соответствует рисункам здоровых людей.

Выше уже были описаны стадии, через которые проходят онкологические больные. Задача психолога — психотерапевта состоит в том, чтобы плавно готовить больного к переходу на каждую следующую стадию, с учетом его психологических особенностей и состояния. Для этого нужны пронизательность, «вчувствование» в состояние больного. Если он тревожен и не склонен к рефлексии, положительного эффекта легче достичь через поддерживающую терапию, обучение саногенному мышлению и техникам релаксации. Когда болезнь отрицается, важно помочь больному определить список реальных целей с помощью поддерживающей психотерапии. На стадии депрессии психолог должен способствовать высвобождению непережитого горя, невысказанных обид, неотрагированных эмоций. Отчуждение, самоизоляция больного требует особого внимания к работе с семьей, его

близким окружением и медперсоналом, к выявлению причин отчуждения.

На всех стадиях необходима экзистенциальная работа с больным. Ее объем должен возрастать от стадии к стадии, но при этом учитываются личностно-ценностно-смысловые характеристики пациента. Только на стадии принятия болезни (этого достигают далеко не все больные) появляется возможность подготовки пациента к формированию своей новой идентичности, к проектированию жизненной стратегии. Потребность в этом обусловлена многими факторами: изменением социального статуса, получением инвалидности, изменением внешнего облика и схемы тела после калечащей операции и т.п. Здесь особое значение придается поведенческой, поддерживающей и экзистенциальной терапии.

В.Ф. Завизион с соавторами предлагают еще один проверенный ими на практике метод психотерапевтического воздействия для снижения уровня тревожности онкологических больных в предоперационном периоде [52]. При использовании шкалы оценки тревожности Тейлор ни у одного из 50 больных с различной локализацией опухоли не был обнаружен низкий уровень тревожности, что свидетельствует о важном значении ее снижения. Авторы рекомендуют упомянутую методику для экспресс-контроля уровня тревожности в динамике до и после лечения. Они отмечают также, что применение рациональной психотерапии, гипносуггестии и приемов психической саморегуляции (включая аутотренинг) не давали существенного положительного эффекта в плане снижения уровня тревожности, который заметно повышался в связи с пребыванием больного в специализированном онкологическом учреждении.

Иные результаты были получены после использования методики «нейролингвистического программирования» («рефрейминга»). Ее примерный сценарий был следующим.

1. Расспрос о характере переживаний.
2. Визуализация представлений:
 - а) визуализация представлений стрессующей ситуации и фиксация эмоциональной окраски переживаний;
 - б) визуализация ситуации с максимальной работой сильных черт личности, фиксация положительных эмоций;
 - в) отделение подсознания, наблюдение за собой с высоты прошлого опыта в момент максимальной работы сильных черт личности; управление изображением стрессующей ситуации (уменьшение и увеличение его объема, изменение яркости и т.п.);
3. Повторная визуализация, возврат в исходное переживание.

Длительность сеанса «рефрейминга» одного больного составляла в среднем около 30 минут. Уровень тревоги значительно снизился у 14 больных из 15, участвовавших в проверке эффективности методики. Таким образом, несмотря на то, что работа психолога с онкологическими больными очень трудна, помощь им и необходима, и возможна, если квалификация психолога высока и если при разработке приемов психологического воздействия он учитывает специфику болезни и весь сложный комплекс факторов, влияющих на ее переживание.

2.2. Психологические особенности больных при некоторых заболеваниях

2.2.3 Больные язвенной болезнью желудка

Психологические особенности больных язвенной болезнью желудка изучены достаточно хорошо, особенно по сравнению с другими больными, хотя часто обследуются пациенты из более обширной выборки — с заболеваниями органов пищеварения [9, 43, 46 и др.]. Более чем у 90 % больных язвенной болезнью обнаруживаются пограничные нервно-психические расстройства. Менее детально изучены психологические особенности этих больных, не достигающие до уровня психической патологии. К тому же полученные в исследованиях результаты нередко противоречивы, и не всегда указывают, в какое время больные обследовались — в период рецидива или ремиссии. В основном как факторы риска возникновения язвенной болезни желудка выделяют нарушения эмоционально-волевой сферы. Более подробно остановимся на результатах одного из исследований, которое представляется выполненным достаточно грамотно и выходящим за рамки «корреляционного» подхода [43].

Перед госпитализацией для больных были характерны обострившиеся конфликтные отношения в разных сферах: на работе (52 %), в семье (36 %) в общении с эмоционально значимыми людьми (10 %). Нередко отмечались материальные проблемы. Негативные эмоциональные переживания сопровождались жалобами общеневротического типа.

По данным «Методики многостороннего исследования личности», во время рецидива болезни есть подъем по шкалам депрессии, паранойи и шизоидности. Это можно истолковать как стремление сохранить значимые отношения, нарушенные из-за искаженного и упрощенного отражения действительности. С одной стороны, отношения становятся все более формальными, а с другой стороны, больных пугает угроза разрыва этих отношений.

Во время рецидива заболевания больные проявляют ряд особенностей, затрудняющих работу с ними: остро реагируют на критику,

упрямы и мелочны, застревают на деталях, подозрительны, обидчивы и бескомпромиссны. Их фон настроения снижен, негативные эмоции накапливаются и затем разряжаются в общении с близкими людьми. Вместе с тем, выражено стремление сохранить близкие отношения, т.е. можно говорить об амбивалентности эмоциональных проявлений. Затрагивается и когнитивная сфера: есть склонность к образованию сверхценных идей самообвинения, к пессимистическому взгляду на будущее и на возможность его планировать. В моторной сфере отмечаются напряженность, скованность и готовность к двигательной разрядке эмоций. Именно ограниченные возможности реализовать возбуждение непосредственно в движениях может быть одной из причин язвенной болезни желудка.

Интересен вопрос о так называемой «вторичной выгоде», получаемой в результате болезни. Больной удовлетворяет потребности в эмоциональной привязанности и социальной значимости, чувствуя во время пребывания в больнице поддержку близких и сослуживцев. Он воспринимается, как пострадавший (от непосильной работы или семейных и других проблем).

Отмеченная выше шизоидность этих больных, их потребность систематизировать опыт, часто реализуется в строгом соблюдении госпитального режима и наличии времени для анализа своих проблем. Нередки депрессивные переживания из-за «наказания за допущенные промахи», приведшие к обострению болезни или попытки «слабым здоровьем» объяснить свою неспособность решать жизненные проблемы.

Во время ремиссии явно выраженными оказываются психоастенические и истерические черты, а также склонность к ипохондрии. В этот период больные способны предвидеть развитие ситуации, избегать конфликтов, быстро устанавливая отношения с людьми. Для них ха-

рактельны реалистичность, аккуратность, точность, а также чрезмерная забота о своем здоровье и преувеличение жалоб. Проявляются и такие психопатические черты, как независимость, снижение внимания к возникающим проблемам, импульсивность, склонность к новизне, риску и невозможность формирования индивидуального опыта.

Итак, противоречивость некоторых данных об особенностях эмоционально-волевой сферы больных язвенной болезнью желудка в основном объясняется их зависимостью от периода заболевания. Вероятно, психическую травму, ведущую к его обострению, можно описать так: недопустимое поведение ограничивается чувством вины, в результате возникает напряжение, но избыточные побуждения не находят разрядки. Причиной повышения чувства вины является психопатоподобное поведение в период ремиссии с яркой выраженностью импульсивности, авантюристичности поведения в сочетании с добродушностью, чувствительностью, беззаботностью. Отмеченные ранее ответственность и чувство долга этих больных относятся к периоду возникновения болезненной симптоматики. Далее авторы конкретизируют характер психической травмы следующим образом: угроза потери социально значимых отношений и недопустимое (с точки зрения убеждений больного) поведение, направленное на удовлетворение личных потребностей. При этом снижена способность предвидеть развитие событий, анализировать свое состояние и действия других людей.

По данным теста Леонгарда-Шмиттека, во время рецидива язвенной болезни желудка ярко выражены эмотивность, застреваемость, сверхточность, что влияет на внутреннюю картину болезни и поведение в стационаре. Повышенное внимание к своему здоровью и выполнение режима, указаний врача помогают адаптироваться к условиям больницы.

Для изучения эмоционально-волевой сферы больных язвенной болезнью желудка целесообразно использовать 8-цветовой тест Люшера. В период рецидива для них характерен следующий ранговый ряд предпочтения цветов: 2, 5, 4, 1, 0, 3, 6, 7 (зеленый, фиолетовый, желтый, синий, серый, красный, коричневый и черный). В период ремиссии последовательность несколько иная: 2, 5, 4, 3, 0, 1, 6, 7. Группы больных во время рецидива и после лечения обнаруживают статистически значимые различия по выбору красного и синего цветов. Эти результаты хорошо соответствуют данным, полученным с помощью других методик.

Таким образом, возможен вывод, согласно которому эмоциональное состояние обусловлено в большей степени свойствами личности больных, а не ситуацией болезни. В свою очередь, психологические особенности больных связаны, по-видимому, с особенностями самого заболевания. Психическое состояние больного обусловлено заострением имеющихся, типичных для него способов поведения. Этот вывод лежит в русле одной из теорий возникновения психосоматических заболеваний — когнитивной теории [84]. Ее сторонники предполагают, что соматическая симптоматика представляет собой индивидуально-специфический способ поведения. Когда нет адекватного реагирования на ситуацию, когда ситуация оценивается недостаточно дифференцированно (как и свое состояние), наступает обострение заболевания.

2.2. Психологические особенности больных при некоторых заболеваниях

2.2.4. Умиравшие больные

При работе психолога с неизлечимо больными и умирающими возникает ряд специфических проблем. Сложность этих проблем, а также

все большее внимание со стороны психологов к работе с такими больными побудили нас хотя бы кратко обсудить их.

Крупнейший специалист по танатологии Фейдел провел исследование, охватившее 3 группы людей: здоровых, психически больных и смертельно больных. Опасения, связанные с возможным негативным влиянием на последнюю группу обсуждения проблем смерти, не оправдались. Большинство пациентов не показали никаких негативных реакций, а некоторые из них даже благодарили интервьюера за предоставленную им возможность обсудить свои чувства, касающиеся смерти. Оказалось, что многие безнадежно больные переживают чувство вины, обусловленное разными причинами. Среди них, например, указываются следующие:

1. Подозрение, что они сами являются причиной своей болезни и виноватыми в своей судьбе;
2. Зависимая роль, чувство того, что из-за них другие вынуждены беспокоиться, тратить силы и время;
3. Умиравший как бы ставит живущих рядом с ним перед лицом неизбежности и окончательности смерти;
4. Наличие зависти (обычно неосознаваемой) к тем, кто остается жить, и желание того, чтобы вместо него умер кто-то другой.

Те же, кто остаются жить, отвечают своей виной за то, что они живут и видят кого-то умирающим. Кроме того, они, возможно, желают, чтобы умирающий побыстрее отправился в свой последний путь.

На основе клинических наблюдений Фейдел предположил, что реакция на предстоящую смерть определяется многими взаимодействующими факторами:

- психической зрелостью человека;

- влиянием религиозной ориентации; возраста;
- репертуаром приемов, техник самоконтроля и саморегуляции, имеющихся в распоряжении больного;
- тяжестью проявлений болезни;
- отношением врача и других, значимых для пациента людей.

Главный вывод автора исследования состоит в том, что кризис, переживаемый человеком перед лицом смерти, не является следствием надвигающейся смерти самой по себе. Скорее, он определяется переживаниями по поводу того, что годы потрачены без пользы, намеченные цели не достигнуты, благоприятные возможности упущены, что способности, таланты не реализованы и что многих грехов можно было бы избежать. Именно поэтому роль психолога в работе с умирающими больными имеет очень большое значение, хотя она и требует от психолога высокой квалификации и многих специфических личностных качеств [180].

Как и в других случаях, в отношении обсуждаемой проблемы чрезвычайно важна психопрофилактическая работа. Например, С.А. Шефов разработал и апробировал программу психологической коррекции отношения к смерти [168]. Некоторые из предложенных им методик очень интересны и оригинальны. Выполняя одну из них, нужно выбрать из списка пословиц о смерти те, которые наиболее точно отражают отношение опрашиваемого к ней. После этого аналогичное задание выполняется с точки зрения идеального отношения к смерти, а затем результаты двух выборов сравниваются.

Вероятно, отношение к смерти, которое было у человека до того, как он узнал о наличии у него смертельно опасной или неизлечимой болезни, существенно влияет на связанные с этой информацией пережи-

вания. Поэтому целесообразно рассмотреть данный вопрос более подробно. Выделены как минимум 5 типов отношения к смерти [169].

1. «Отрицание». Человек живет так, как будто смерти не существует.
2. «Протест». Негативное отношение к смерти, вызов ей (например, склонность рисковать жизнью).
3. «Оборона». Стремление «отсрочить» смерть (например, гиперзабота о своем здоровье).
4. «Фобия». Сильный страх смерти (вплоть до навязчивой идеи).
5. «Принятие». Смерть считается чем-то позитивным и необходимым, становится источником осмысленного существования.

Какой-то из этих типов отношения к смерти может преобладать, к тому же степень их осознанности возрастает от первого к пятому типу.

В результате трехдневной работы с группой по разработанной С.А. Шефовым программе удастся нормализовать тревожность, решить многие экзистенциальные проблемы членов группы (отчуждение, вина, изоляция, отчаяние и т.д.). Снижается выраженность фобического и протестного типов отношения к смерти и оно становится более «принимающим». Одновременно изменяется и отношение человека к жизни, появляется стремление к ее более осмысленному и полному проживанию.

Проблемы работы с людьми, болезнь которых не поддается более лечению, в последнее время все чаще обсуждается в литературе [39, 57, 122, 144]. Первый хоспис в России был создан в 1990 году в Санкт-Петербурге. В работе хосписной службы воплощаются идеи паллиативной медицины. Твайкросс и Фрамpton дают следующее определение паллиативного лечения: «... Это всеобщая забота о пациентах и их семьях, обеспеченная группой профессионалов в то время, когда болезнь пациента более не поддается лечению. Цель паллиативного

лечения — это создание для пациента и его семьи лучшего качества жизни. Паллиативное лечение отвечает физическим, психологическим, социальным и духовным потребностям. Оно также необходимо при поддержке после утраты» [Цит. по 40, с. 148]. К сожалению, социально-экономические изменения в нашем обществе в последние годы ведут к увеличению числа людей, обреченных на умирание по разным причинам, среди которых, в частности, и позднее обращение к врачу, и появление большого спектра недоступных платных медицинских услуг, и даже то, что многие пациенты перестают бороться за жизнь, чувствуя себя в этой жизни лишними, отверженными.

Для конкретизации задач паллиативного лечения целесообразно учитывать сложную структуру болевого шока, сопровождающего онкологическое заболевание [144]. Физическая боль связана с поражениями органов, с влиянием сильнодействующих лекарств. Психологическая (эмоциональная) боль вызывается поведением врачей, отсутствием выздоровления, страхом перед лечением, редкими посещениями родственниками, раздражением и гневом и т.д. Социальная боль имеет свои причины, такие, как потеря социального статуса, денег, связанные с этим проблемы в семье, снижение престижа в семье и переживание своей бесполезности, страх передать раковое заболевание близким. Духовная боль объясняется страхом смерти, переживанием чувства вины, неуверенностью в будущем, неготовностью решать сложные философские вопросы о смысле жизни, вере, судьбе и т.д. Причем вопросы такого рода встают перед больным помимо его желания и воли. Часто поиск ответа на них очень мучителен. Это определяется и рядом преморбидных личностных особенностей, и игнорированием проблем экзистенциального порядка до болезни.

Еще один важнейший фактор, влияющий на психическое состояние онкологических больных, — это преморбидное отношение к возмож-

ности заболеть, представления о раковых заболеваниях. В специальном исследовании изучалось представление о раке как индивидуальном стрессовом факторе [21]. В целом среди возможных неприемлемых значимых стрессовых факторов рак занимает третье место: впереди (с незначительным отрывом) идут лишь потеря способности к самостоятельному передвижению и утрата родственников. Менее значимыми и стрессовыми отказываются такие события, как психическое заболевание, потеря зрения, пытки, угроза убийства и т.д. Есть основания предполагать, что среди населения существует устойчивый (хотя и неадекватный) стереотип: рак — это всегда смертельное заболевание. Поэтому столь важной является проблема изменения взглядов на онкологические заболевания, и роль психологов здесь трудно переоценить.

Сформулированы и основные цели паллиативного лечения:

- поддержка у больного стремления к жизни;
- психологическая и духовная поддержка больного;
- обеспечение мер, повышающих способность больного как можно более длительно вести активную жизнь (вплоть до самой смерти);
- оказание помощи семье больного во время болезни и после его кончины [170].

Кроме того, паллиативное лечение освобождает пациента от боли и других тяжелых симптомов, помогает ему примириться со своей смертью так полно, как только это возможно, поддерживает его физический, психологический и духовный потенциал. Психолог должен участвовать в решении всех этих задач вместе с медицинским персоналом и социальными работниками.

Цели работы с умирающими больными в немалой степени зависят от их индивидуально-психологических особенностей и от динамики процесса умирания. Было показано, что человек умирает так, как жил: силы, чувства, мысли, образ поведения, характерные для его жизни, свойственны и его смерти. Обычно у людей со здоровой нервной системой перед смертью не происходит изменений личности. Умиравший не всегда хочет жить. Нередко он настолько измучен болями и страданиями другого рода, что смерть ожидается как избавление [159].

Кюблер-Росс описывает пять этапов в процессе смерти с точки зрения переживаний больного. Вначале это обычно реакция отрицания возможности близкой смерти, иногда довольно продолжительная. Отрицание может сочетаться с предчувствием или полным осознанием истинного положения. У отдельных больных отрицание сохраняется до последней минуты жизни. Следующая стадия — гнев, напряженность, возмущение больного тем, что это выпало именно на его долю. Идет борьба со все более мучительными страданиями, ради избавления от которых он готов отдать все. Далее идет этап «сделки с жизнью», больной нередко обращается к богу со своими пожеланиями и просьбами. На следующем этапе развитие болезни может привести к депрессии, могут появиться сознание своей вины и самобичевание: «Чем я это заслужил?» Наконец, наступает смирение, полное принятие безвыходности положения, когда измученный больной хочет лишь отдохнуть, уснуть. Иногда после этого снова появляется отрицание, больной строит планы, сопротивляется смерти. Если же болезнь все же отступает (при хронических заболеваниях, не имеющих смертельного исхода), к этому добавляется шестой этап — возвращение человеческого достоинства, возвращение к жизни [Цит. по 96].

Больной может узнать о приближении смерти из разных источников: ухудшается физическое состояние, появляются патологические ощущения в области разных органов, изменяется поведение окружающих, могут появиться сны необычного содержания. Существует так называемый «предфинальный синдром» перед концом жизни, помогающий установить момент приближения смерти. В него входят, например, ослабление процессов узнавания, ощущений, оценок, памяти (особенно на новый материал), временной и пространственной ориентации. Могут отмечаться также потеря надежды, подавленность, сильная раздражительность.

Чрезвычайно сложным является вопрос о том, можно ли вообще говорить умирающему правду о его состоянии и говорить с ним о смерти. И.Харди, основываясь на анализе многих работ на эту тему, считает, что однозначного ответа на такой вопрос еще нет [159]. При выраженной реакции отрицания говорить с ним о смерти нельзя, даже если он уверяет, что сможет перенести любое известие, поскольку надо учитывать уже наступившие личностные изменения, измененное состояние сознания больного в других случаях, как полагают многие авторы, можно сказать ему правду. Но врачи не склонны делать это. Противоречивость мнений объясняется, вероятно, тем, что возможность сообщения правды больному зависит от множества условий, в том числе от того, достаточно ли времени для работы с больным, участвуют ли в ней психолог или психотерапевт. Очень важны также форма, стиль сообщения, количество и характер сообщаемой информации.

И.Харди указывает и на то, что самое важное и безвредное — выслушать больного. Нужно всеми силами помогать ему высказаться, рассказать о своих переживаниях. Это помогает рассеять страхи и сомнения, устранить чувство изолированности, замкнутости, тем более, что

обычно больные, проходя через стадии естественного сопротивления неизбежному, а затем депрессии, в конечном счете становятся более спокойными и восприимчивыми к психотерапии [159].

Интересные и глубокие мысли об отношении к смерти можно найти не только в научных работах. М.М. Зощенко пишет: «Отношение к смерти — это одна из величайших проблем, с какой непременно сталкивается человек в своей жизни... Ум человеческий слаб, пуглив. Он откладывает этот вопрос до последних дней, когда решать уже поздно. И тем более поздно бороться.» [58, с. 80]. Он считает, что, с одной стороны, страх и даже ужас перед фактом смерти обескураживает людей, делает их покорными, робкими, беспомощными, более «податливыми» смерти. Страх лишает способности бороться, руководить собой и ускоряет гибель. С другой стороны, опасно и презрительное отношение к смерти, пренебрежение к ней. Слишком спокойное отношение к ней (даже, по выражению М.М. Зощенко, любовного, нежного) нередко снижает возможность сопротивляться, и формируется отношение к жизни как к напрасной суете.

Работа с умирающими больными предъявляет очень высокие требования к профессиональным и личностным качествам психолога. В отношении медицинского персонала эта проблема неплохо изучена. Показано, например, что около 30 % врачей и медсестер в качестве причины эмоционального напряжения на работе называют трудность контакта с больными, а почти 40 % врачей и 34 % медсестер отмечают и другую причину — то, что больные не выздоравливают. Персонал онкологических учреждений и хосписов под влиянием постоянных стрессовых ситуаций проявляет склонность к таким психологическим реакциям, как уход в себя и сокрытие собственных проблем, что усиливает действие стресса. Часто встречается и синдром эмоционального выгорания. Нужно также вспомнить указание Лазаруса и Левинсо-

на на чрезмерную ответственность и понимание нецелесообразности работы как на потенциальные стрессоры в трудовой деятельности [18]. По этим причинам необходимо пристальное внимание к проблеме психогений и невротических реакций у тех, кто работает в хосписах.

Ту же проблему обсуждает И. Харди [159]. У медицинских сестер, например, очень сильны впечатления, чувства, связанные с умирающими больными и самим фактом их смерти. Отмечены разные реакции медсестер: одни (38 %) вместе с больными надеются, что им можно помочь, другие (23 %) пытаются отстранить от себя страхи, третьи (12 %) перекладывают ответственность за случившееся на самих больных, а 27 % медсестер не отмечали страха смерти (реакция отрицания). Из письменных работ медсестер следует, что почти половина их проявляют особую заботу в отношении неизлечимых больных, другая же половина ухаживает за такими больными «по обязанности», механически выполняя свои функции. Итак, помощь психолога нужна не только больным, но и медицинскому персоналу, который с ними работает, чтобы помочь осознать переживания, ослабить психическое напряжение.

Мы смогли затронуть лишь некоторые аспекты безусловно важной, очень сложной проблемы работы психолога с неизлечимо больными и умирающими. Для более полного ознакомления с ней рекомендуем обратиться к появившимся в последние годы интересным работам по этой теме.

2.3. Внутренняя картина болезни: определение, структура, детерминанты – начало

Любая болезнь не только влияет на присущие преморбидной личности психические процессы, состояния и психологические свойства, но и ведет к появлению такого «психологического новообразования», как

внутренняя картина болезни, которое в той или иной степени участвует в регуляции психической деятельности и поведения больного, а иногда почти полностью это поведение определяет. Поэтому познание внутренней картины болезни (ВКБ), знание закономерностей ее формирования и функционирования, учет данных закономерностей в практической работе с больным являются важнейшими условиями эффективности этой работы и для врача, и для психолога.

Понятие «внутренняя картина болезни» появилось достаточно давно. До сих пор одним из лучших остается определение этого понятия, данное более 40 лет назад Р.А. Лурия: «Внутренней же картиной болезни и называют все то, что испытывает и переживает больной, всю массу его ощущений, не только местных болезненных, но и его общее самочувствие, самонаблюдение, его представления о своей болезни, о ее причинах, — все то, что связано для больного с приходом его к врачу, весь тот огромный внутренний мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущений, эмоций, аффектов, конфликтов, психологических переживаний и травм» [94, с. 38]. Нельзя сказать, что это понятие является общепринятым. Среди медицинских психологов широко распространенным его сделали работы В.В. Николаевой, к которым в данном разделе мы будем еще не раз обращаться [100, 134 и др.]. На наш взгляд, ей удалось очень удачно обобщить многочисленные более частные и отрывочные концепции, термины, структурные компоненты, относящиеся к ВКБ, хотя попытки комплексного подхода к этой проблеме были и раньше. Хорошим примером может быть раздел «Болезнь как переживание и поведение во время болезни» из интересной книги И.Харди, выдержавшей несколько изданий [159]. Кратко рассмотрим основные положения из этой работы, связанные с нашей темой.

Центральным является вопрос о том, что означает болезнь для больного. Человек всегда по-разному ощущает, воспринимает патологические процессы, истолковывает их, объясняет, эмоционально реагирует на них. Возникновение болезни, реакция на нее, все чувства и поступки, связанные с болезнью, — это единое целое. Человек может бояться физических и психических последствий заболевания, особенно когда болезнь поражает наиболее важные органы, части тела (глаза, сердце, половые органы и т.д.). Возможно использование болезни для получения определенных привилегий, преимуществ. Больной может не придавать своему заболеванию должного значения или же воспринимать его как «заслуженное» (или несправедливое) возмездие, наказание.

И. Харди выделяет три варианта поведения больного в зависимости от его выносливости по отношению к связанным с болезнью трудностям и проблемам. Больной-борец относится к болезни как к врагу, которого надо победить, он делает все возможное в интересах выздоровления. Если полностью выздороветь не удастся, он старается компенсировать свой дефект. Капитулирующий, сдающийся больной становится пассивным, беспомощным, его надо все время поддерживать. Есть и больные, которые не хотят взглянуть беде в глаза, слышать о больнице и лечении, стремятся обойти беду (реакция отрицания).

Все, о чем пишет И. Харди, можно назвать субъективной стороной заболевания. Разными авторами предложено много терминов для обозначения ее отдельных компонентов: аутопластическая картина болезни, переживание болезни, реакция адаптации, позиция к болезни, отношение к болезни, соматозогнозия. Не имея возможности рассмотреть все эти термины, заметим, что содержание ряда из них понятно из самого названия (более подробно см. [100]). Предлагая эти термины, авторы обычно дают и более или менее развернутую типо-

логию стоящих за ними явлений, выделяют типы отношения к болезни, реакций на болезнь, соматонозогнозий и т.п. Такие типологии позволяют в практической работе с больными выбирать тактику и способы воздействия, адекватные их ВКБ, хотя «алгоритмы» перехода от диагностики типа ВКБ к определенной тактике и способам воздействия на больного обычно отсутствуют. Приведем несколько примеров.

Р. Конечный и М. Боухал предлагают типологию, в которой наряду с оценкой больным тяжести своего заболевания использованы и другие основания классификации: погружение, уход в болезнь; получение удовлетворения от того, что болезнь освобождает от обязанностей; получение известной выгоды от болезни — материальной или моральной [74].

Определенный интерес представляет также классификация Баркера, выделившего 5 типов отношения к болезни:

- 1) избегание дискомфорта, часто сопровождаемое уходом в себя, аутизацией. Обычно это характерно для пациентов с узким кругом интересов, невысоким интеллектом, а также для пожилых людей при длительной болезни;
- 2) замещение. Больной сам находит новые средства достижения жизненных ценностей, заменяющие утраченные из-за болезни возможности. Этот тип отношения связан с высоким уровнем интеллекта;
- 3) игнорирующее поведение. Больной стремится подавить, вытеснить признание дефекта, ограниченность возможностей в связи с болезнью, что чаще возникает у лиц со средним интеллектом, но с высоким образовательным уровнем;
- 4) компенсаторное поведение, представленное четырьмя разновидностями: циклическое приспособление с периодами подъема и спада;

фаталистическое отношение (главным образом к будущему); параноидное приспособление с тенденцией агрессивного переноса неадекватных переживаний на окружающих; выраженные агрессивные реакции;

5) невротические реакции. В ряде случаев оптимальной формой приспособления является игнорирование дефекта, но нельзя считать это универсальным выходом. Фактически здесь уже идет речь о реабилитации, подробное рассмотрение которой не входит в наши задачи.

3. Липовски пытается разграничить «реакции преодоления болезни» и «реакции на информацию о болезни». Последние зависят от «значения болезни» для пациента и могут быть следующими:

а) болезнь — угроза или вызов, а типы реакций — противодействие, тревога, уход в себя, борьба;

б) болезнь — утрата; соответствующие типы реакции — депрессия или ипохондрия, растерянность, горе, привлечение к себе внимания, нарушение режима;

в) болезнь — выигрыш или избавление, а типы реакций при этом — безразличие, жизнерадостность, нарушение режима, враждебность по отношению к врачу;

г) болезнь — наказание: возникают реакции типа угнетенности, стыда, гнева (цит. по [100]).

Интересную типологию предлагают А.В. Квасенко и Ю.Г. Зубарев [70]. Они различают нормальные психологические личностные реакции больного и психопатологические — такие, как депрессивные, фобические, истерические, ипохондрические и анозогностические (в последнем случае факт болезни вообще не осознается). Депрессивные состояния в начале болезни чаще сопровождаются высокой тревожностью, а позже более распространен астенodeпрессивный синдром (об

астении см. выше). Истерические реакции проявляются в эмоциональной неустойчивости, театральности поведения, аффектах, гипертрофированных жалобах. Ипохондрические реакции обычно наблюдаются при хронических, хотя и не тяжелых, болезнях. Их появлению способствует тревожно-мнительный характер больного, его высокая чувствительность, неуверенность, неустойчивость и ригидность; при этом продолжительность реакции обычно не превышает нескольких дней или недель. Правда, иногда это состояние сохраняется годы, перерастая в ипохондрическое развитие личности. Фобические реакции состоят в появлении навязчивых и необоснованных страхов.

Более подробно остановимся на психологических личностных реакциях при отсутствии психической патологии.

1. Адекватная оценка болезни и отношение к ней, соответствующее ее реальной тяжести и опасности. Это характерно для пациентов, бывших до болезни сильными, уравновешенными, гармоничными личностями.

2. Переоценка опасности, тяжести болезни, ее последствий. В одних случаях выражены элементы тревоги, паники, снижение настроения; мысли и внимание человека прикованы к болезни. Пациент обычно проявляет большую активность. В других — доминируют сниженное настроение (но без повышенной тревожности), апатичность, монотонность, пессимистические прогнозы, прикованность внимания. Такие больные обычно выполняют все указания врача, ловят каждое его слово. К этому типу реагирования склонны те, у кого до болезни преобладали тревожно-мнительные черты, или же лица с выраженной негибкостью, «застревающие» на переживаниях (в частности, касающихся соматического здоровья).

3. Недооценка тяжести заболевания. Здесь возможны два варианта. Одни больные, в конце концов, привыкают к болезни, перестают кон-

центрировать на ней свое внимание. Они соблюдают режим, благодушны. Правильнее, пожалуй, говорить в этом случае о снижении эмоционального компонента ВКБ, так как ее рациональное (на уровне знания) отражение в целом соответствует действительности. Другие больные отрицательно относятся к лечению, стремятся как бы «закрыть глаза» на все, связанное с болезнью, что можно объяснить психологической реакцией. В основном это наблюдается у стеничных личностей, стоящих ближе к ригидному типу (прямолинейность, бескомпромиссность суждений и убеждений, косность) с элементами «гиперсоциальности» (повышенная чувствительность к оценкам со стороны окружающих, строгое следование социальным нормам, высокая значимость общественно-трудовой деятельности).

4. Отрицание наличия болезни и ее симптомов с целью диссимуляции, а также из-за страха перед ее последствиями. И здесь выделяются два варианта. В одном случае признаки болезни слабо выражены, но опасны (например, это нередко бывает при туберкулезе, злокачественных опухолях), или же она является результатом поведения, осуждаемого моральными нормами (как при попытке скрыть заболевание сифилисом или СПИДом). В другом случае мы имеем дело с вытеснением мыслей о болезни, нежеланием говорить о ней по этой причине (например, при хронической почечной недостаточности, сопровождающейся общей вялостью и апатией).

Общей для всех описанных типов осознания болезни, отношения к ней и реакции больного является возможность успешной коррекции его мыслей, представлений и чувств в направлении к адекватному отражению реального положения дел. Причем лечащий врач должен уметь делать это сам, прибегая к помощи психиатров, психологов и профессиональных психотерапевтов (если таковые имеются) лишь при выраженных психопатологических реакциях.

Приведем в качестве примера еще одну, более частную классификацию типов переживания болезни, предложенную для больных туберкулезом [44].

1. Инфантильный тип, свойственный юношам и детям, видящим все в «розовом свете».
2. Реакции шока, характерные для возраста 20-30 лет.
3. Ипохондрический тип.
4. Тип Полной надежды.
5. Больные с истерическим типом (подсознательное стремление извлечь выгоды от болезни).
6. Религиозные больные (болезнь — удар судьбы).
7. Недовольство болезнью и стремление поскорее от нее избавиться.
8. Реакция стыда.
9. «Экономический тип» (на первом месте стоят затраты на лечение и тревога за благосостояние семьи).
10. Индифферентный тип («глухи к словам врача и идут своей дорогой»).

Все рассмотренные подходы к систематизации многообразных проявлений разных компонентов внутренней картины болезни имеют большие ограничения и недостатки. В большинстве случаев просто не выполняются основные требования логики к любой классификации, начиная, например, с единства основания деления. К тому же они во многом «перекрывают» друг друга, хотя и используется разная терминология. С точки зрения возможностей практического использования, описанные подходы отличает еще один существенный недостаток: не предлагается достаточно простого и надежного способа диагностировать выделяемые в их рамках феномены. Предполагается, вероятно,

что врач должен уметь их распознавать на основе наблюдения и беседы с больным. В этом отношении выгодно отличается классификация типов отношения к болезни, разработанная в Ленинградском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева [30]. Достоинства этой типологии и наличие относительно простого диагностического «инструмента» обеспечили ей широкое внедрение в практику работы с больными. Методика «Тип отношения к болезни» применяется в десятках учреждений здравоохранения. Она часто используется и при проведении научных исследований (см., например, [113]).

В основу методики положена концепция психологии отношений (В.М. Мясищев). Отношение к болезни содержит в себе когнитивный, эмоциональный и поведенческий компоненты. Первый включает знание о болезни, ее осознание, понимание ее роли и влияния на жизнь больного, а также прогноз на будущее. Эмоциональный компонент — это ощущение и переживание болезни и всей ситуации, связанной с ней. Зависящие от болезни реакции адаптации или дезадаптации, выработку стратегии поведения в связи с болезнью относят к поведенческому компоненту [30]. Являясь значимым для человека, отношение к болезни влияет и на другие отношения личности.

При разработке типологии отношений к болезни использовалась классификация, предложенная А.Е. Личко и Н.Л. Ивановым [93]. Эта типология включает следующие типы.

1. Гармонический: трезвая оценка своего состояния без склонности преувеличивать или недооценивать тяжесть болезни.
2. Тревожный: непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, ее возможных осложнений, успешности лечения.

3. Ипохондрический: сосредоточение на болезненных ощущениях, постоянные рассказы о них, преувеличение действительных и «выискивание» несуществующих болезней и страданий.
4. Меланхолический: удрученность болезнью, неверие в выздоровление, в возможное улучшение, пессимизм.
5. Апатический: полное безразличие к своей судьбе, к исходу болезни, к результатам лечения.
6. Неврастенический: вспышки раздражения (особенно при неприятных ощущениях, при неудачах в лечении, неблагоприятных результатах обследования), нередко заканчивающиеся слезами.
7. Сензитивный: чрезмерная озабоченность по поводу возможного негативного отношения окружающих в связи с болезнью.
8. Эгоцентрический: «уход в болезнь», «выставление напоказ» своих страданий с целью завладеть вниманием окружающих.
9. Эйфорический: легкомысленное отношение к болезни и лечению, нарушение режима.
10. Анозогнозический: активное отвержение мыслей о болезни, отрицание очевидного в ее проявлениях, приписывание их случайным обстоятельствам.
11. Обсессивно-фобический: опасение в отношении маловероятных осложнений, вера в приметы, использование ритуалов.
12. Эргопатический: «уход в работу» (даже при тяжелой болезни), стремление продолжать работу во что бы то ни стало.
13. Паранойяльный: уверенность, что болезнь — результат чьего-то злого умысла, крайняя подозрительность в отношении к лекарствам, процедурам, медицинскому персоналу.

Эти типы объединяются в три блока. Первый включает те из них, при которых существенно не нарушается социальная адаптация (гармонический, эргопатический и анозогнозический типы). Во второй блок входят типы отношения к болезни, вызывающие психическую дезадаптацию и имеющие в основном интрапсихическую направленность реакций на болезнь (тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический и апатический). Наконец, в третьем блоке объединены типы отношения к болезни, которые также ведут к дезадаптации, но отличаются интерпсихической направленностью реагирования, то есть проявляются, прежде всего, в межличностном взаимодействии. Несколько упрощая ситуацию, можно сказать, что для второго блока более характерны страдания и психологические проблемы самого больного, а для третьего — страдания людей, взаимодействующих с ним. Кроме того, опросник позволяет дифференцировать отношения к самой болезни, к ее лечению, врачам и медицинскому персоналу, к родным и близким, к работе и будущему и т.д.

Вернемся к наиболее общему, интегральному понятию «внутренняя картина болезни». В.В.Николаева выделяет четыре уровня психического отражения болезни в психике заболевшего. Первый уровень — чувственный, уровень ощущений. Второй уровень — эмоциональный, связанный с разными видами реагирования на отдельные симптомы, заболевание и его последствия. Третий уровень (интеллектуальный) включает в себя представления, знания больного о себе, о своем заболевании, о его возможных Причинах и последствиях. Наконец, четвертый, мотивационный уровень связан с отношением больного к своей болезни, с изменением поведения и образа жизни в условиях болезни и деятельностью по возвращению и сохранению здоровья [100]. Между этими компонентами ВКБ возможны различные соотношения. Неадекватное отношение больного к заболеванию может вести к пе-

рестройке иерархии потребностей и мотивов, к изменению всей личности больного.

В.В. Николаева предлагает для исследования ВКБ метод сравнения жалоб больных с их позицией во время экспериментального исследования. Другие авторы в основном использовали для изучения ВКБ опросники, анкеты, интервью. В литературе широко обсуждаются понятия «адекватная ВКБ», «редуцированная ВКБ». Адекватность ВКБ иногда связывают с ее соответствием внешней картине болезни и с поведением больного. Например, И. Харди считает, что адекватная реакция на болезнь проявляется в признании факта болезни, в принятии к сведению заключений врача и в сотрудничестве больного с врачом [159].

Хорошим примером еще одного психологического подхода к проблеме исследования ВКБ является работа А.Ш. Тхостова и Г.А. Ариной [149]. Они подчеркивают, что сенситивную и интеллектуальную части ВКБ нельзя рассматривать как два независимых уровня отражения — непосредственно чувственного и опосредованного. Также неверно считать собственно психологическим предметом исследования только интеллектуальную часть ВКБ, а сексологическую (в частности, interoцептивные ощущения) «отдавать на откуп» физиологам. Порождение субъективной картины болезни обычно начинается с соматических ощущений, которые составляют чувственную ткань ВКБ, если использовать терминологию теории сознания А.Н. Леонтьева [88]. На основе этой чувственной ткани строятся «соматические образы». По мере накопления опыта болезни ВКБ становится все более дифференцированной, зрелой. Чувственная ткань получает вторичное означение через создание «концепции» болезни: ощущения становятся симптомами болезни. Осознание ощущений как симптомов зависит от преоб-

ладающих в культуре медицинских воззрений, то есть одни и те же ощущения могут считаться болезненными или нормальными.

Чтобы ВКБ могла выполнять регулирующую функцию по отношению к поведению, она должна быть внутренне непротиворечивой. Иначе обычно происходит смена концепции болезни.

Поскольку болезнь затрагивает и основы существования больного как личности, она приобретает для больного личностный смысл. Именно он делает доступным сознанию субъективное значение болезни. Личностный смысл болезни — это жизненное значение для человека обстоятельств болезни в отношении к мотивам его деятельности. Итак, по мнению авторов, ВКБ является сложным многоуровневым образованием, которое включает чувственную ткань, первичное и вторичное значение, личностный смысл. Эти уровни тесно взаимосвязаны, и возможны переходы как от чувственной ткани к личностному смыслу, так и от личностного смысла через означение к чувственной ткани.

А.Ш. Тхостов и Г.А. Арина приводят интересный пример, когда чувственная ткань формируется и оформляется на основе существующего означения. У онкологических больных после случайного выявления опухолевого заболевания могут возникать болезненные, дискомфортные ощущения. Болезненный процесс, никак не обнаруживавший себя сначала, после установления объективного диагноза (знаемого больным) начинает «обрастать» чувственной тканью, появляются соответственно локализованные интероцептивные ощущения.

В заключение следует упомянуть и о таком интересном понятии, как «внутренняя картина здоровья». В.Е. Каган считает, что это не автономная ВКБ, их отношения сложнее [63]. Человек всегда представляет, что такое здоровье, и соотносит с этим свое актуальное состояние.

Это целостное представление («для – себя – знание») о здоровье автор и обозначает как внутреннюю картину здоровья. Он, вероятно, прав,

когда пишет, что человек считает себя больным, если его переживания своего состояния не «вписываются» в данную картину. От этого зависят своевременность обращения к врачу, отношение к помощи, удовлетворенность ею, как и особенности образа жизни в целом. Итак, болезнь всегда воспринимается в соотнесении со здоровьем. Индивидуальные же представления о здоровье зависят от культуры общества, в котором личность формируется и живет. К сожалению, внутренняя картина здоровья привлекает внимание исследователей значительно реже, чем ВКБ. [1]

В нейропсихологических исследованиях установлено, что внутренняя картина здоровья зависит от профиля латеральной организации мозга, то есть от доминирования правого или левого полушария. Лица с левосторонними признаками асимметрии обнаруживают менее адекватную субъективную оценку состояния адаптационных процессов. Эти результаты интересны, но для их интерпретации нужны дополнительные исследования [161].

Как уже отмечалось, особенности ВКБ зависят от многих факторов. Знание этих факторов позволяет с большей или меньшей уверенностью прогнозировать, какой может быть ВКБ конкретного больного. Рассмотрим некоторые из них, и начнем с устойчивых свойств личности в преморбиде, которые обычно не изменяются (или меняются мало) в результате болезни. Это, например, доминирующая направленность мотивационной сферы больного, его ценностная ориентация.

В исследовании, охватившем большую группу онкологических больных, установлено, что именно от ценностных ориентаций зависит их решение вернуться к труду или «вхождение в роль больного» [123].

Из тех, кто считает здоровье самой важной ценностью, на работу вернулись около половины; из тех же, кто полагает, что здоровье важно, но есть и другие не менее важные ценности, вернулись на работу бо-

лее 75 %. Примерно треть пациентов, чувствующих поддержку со стороны близких, объясняют свое возвращение к труду следующим образом: «не могу жить без работы», «хочу быть в коллективе», «на работе веселее». Результаты исследования показали, что лучше всего, если ценность здоровья сбалансирована иными ценностными ориентациями. В этом случае в процессе реабилитации образуется вполне гармоничная структура жизненных ценностей. Напротив, когда ценность здоровья однозначно доминирует, поведение больного обычно направляется в русло подчинения обстоятельствам, и выход из стрессовой ситуации, связанной с болезнью, затруднен.

Кроме особенностей потребностно-мотивационной сферы, можно перечислить целый ряд личностных качеств, знание которых позволяет прогнозировать различные компоненты ВКБ. Например, давно изучается такой параметр личности, как «локус контроля». О наличии у человека внутреннего (интернального) контроля говорят, если он большей частью принимает ответственность за события, происходящие в его жизни, на себя, объясняя их своим поведением, характером, способностями. Такого человека называют интерналом. Наоборот, экстернал склонен приписывать ответственность за все внешним факторам, находить причины в других людях, в окружающей среде, в судьбе или случае. В одном из исследований изучали понимание больными туберкулезом (более 1200 человек) сущности своей болезни, удовлетворенность сведениями о ней и о способах лечения, активность в добывании информации о течении болезни [193]. Интерналы (по сравнению с экстерналами) больше интересовались сведениями о болезни, намного больше знали о ней. Это объясняется их стремлением лучше контролировать жизненную ситуацию, в которой они оказались. Интерналы обычно вообще активнее борются с болезнью: диабетики, например, строже соблюдают диету, а здоровые чаще прибегают к процедурам, предохраняющим от заболевания. Показано так-

же, что внутренний локус контроля коррелирует с низким уровнем депрессии, положительно влияет на психологическое и клиническое восстановление.

Еще одно качество больного, существенно влияющее на его психическое состояние, — это устойчивость к неопределенности (или, как иногда говорят, переносимость неопределенности). Больной часто слишком мало знает о болезни, о возможных ее последствиях, особенно на начальном этапе заболевания, когда и врачам многое неясно. Можно сказать, что неопределенность — это фактор душевного дискомфорта. Давно изучается в психологии еще одна понятная каждому психологическая особенность личности — «аналитичность — синтетичность¹». Многие считают ее «сквозным» качеством, проявляющимся у каждого одинаково в восприятии, мышлении, памяти, в познании другого человека и т. д. Разработано много методик тестирования аналитичности — синтетичности, имеющей самое прямое отношение и к теме, обсуждаемой нами. «Аналитик» обычно очень подробно рассказывает о своей болезни, часто раздражая «синтетика» застреванием на мелочах, поскольку для него вообще нет мелочей, в частности, и в том, что касается его здоровья. Такую же подробную информацию он стремится, как правило, получить от врача. «Синтетика» в подобных ситуациях удовлетворяет сообщение, содержащее выводы и рекомендации в более общем виде. Многие детали своей ВКБ он может считать несущественными, не обращать на них внимания.

На целый ряд личностных особенностей больных, влияющих на переживание болезни, указывает В.В. Николаева [134]. Дисгармоничные личности (особенно в возрасте до 41 года) чаще обнаруживают психопатологические реакции на болезнь. Для тревожно-мнительных личностей характерны депрессивные, ипохондрические и фобические

типы переживания болезни, для больных с признаками психического инфантилизма — дистимические, а для отличающихся интеллектуальной недостаточностью — эйфорические и анозогнозические. К заболеванию инфарктом миокарда наиболее адекватно относятся люди работоспособные и волевые, а больные впечатлительные, с невротической переработкой информации в этом случае часто «уходят в болезнь».

Различные типы акцентуаций личности также полезно учитывать при выяснении ВКБ. Приведем пример [70]. Неустойчивый тип акцентуированной личности характеризуется такими отчетливо выраженными качествами, как эмоциональность, лабильность, инициативность в сочетании с недостаточной зрелостью суждений, нечеткостью установок и уровня притязаний. У этих больных обычно ярко проявляется чувственный уровень ВКБ (концентрация внимания на болевых и дискомфортных ощущениях), они остро переживают связанные с болезнью ограничения, о которых говорилось выше, например, невозможность выполнять некоторые движения и действия. Их оценка болезни часто меняется, особое значение придается рассмотрению ее с точки зрения опасности для жизни. Такие больные, как правило, переоценивают болезнь (настоящее), но недооценивают ее последствия (будущее).

К важным детерминантам внутренней картины болезни относятся возраст и пол больного. А.В. Квасенко и Ю.Г. Зубарев приводят следующие данные. В молодости (18-30 лет) болезнь часто недооценивается. Заострены переживания не по поводу факта самой болезни, а из-за ситуации, которая обусловлена заболеванием, его резонансом в кругу знакомых, близких. Острее переживаются болевые ощущения. Тяжелее эти больные переносят пребывание в стационаре. Зрелый возраст (31-59 лет) — это возраст максимальной активности и продук-

тивности. В первой половине этого периода отношение к здоровью наиболее адекватное, а во второй — оно может изменяться. Особенно значимо влияние болезни на возможность профессиональной деятельности и на интимную жизнь. Болезнь переоценивается, могут возникать патологические реакции. Минуя предстарческий возраст (60-74 года), для сравнения опишем картину, типичную для старческого возраста (75-89 лет). У этих больных часто бывают тревоги, опасения, страхи. Повышена чувствительность, снижена реактивность, падает выносливость к стрессовым ситуациям. Заболевание чаще недооценивается, но не так уж редко бывает его патологическая переоценка [70].

Конечно, наиболее существенной детерминантой переживания болезни возрастные особенности являются для детей и подростков, однако здесь мы не останавливаемся на этом вопросе, поскольку проблема «ребенок и болезнь» ниже будет рассмотрена отдельно. Кроме того, важно учитывать, что с возрастом больного часто оказывается связан и другой важный фактор — продолжительность заболевания. Наконец, с увеличением возраста обычно большим оказывается и опыт ранее перенесенных заболеваний, что также сказывается на переживании болезни, на отношении к ней. В частности, зная, что перед нами хронический больной, который долго и безуспешно лечился, можно с определенной долей уверенности предвидеть его негативное отношение к медицинскому персоналу, повышенную вероятность «ухода в болезнь», наличие астенического синдрома и т. д.

У больных псориазом отчетливо выявляются различия в отношении к болезни между мужчинами и женщинами. Причины таких различий достаточно легко объясняются личностными особенностями, разной иерархией ценностей. Женщины с псориазом проявляют более «психосоматический» тип реагирования на болезнь, у них отчетливо выражены ипохондрические, неврастенические, эгоцентрические, пара-

нойяльные и дисфорические типы личностных реакций. Они более аффективно неустойчивы и чаще вступают в межличностные конфликты [54].

Отдельные замечания о зависимости отношения к болезни от интеллекта, возраста, образования можно найти в упоминавшейся выше классификации Р. Баркера с соавторами (цит. по [100]). Избегание дискомфорта (часто с уходом в себя, с аутизацией) он считает характерным для людей с узким кругом интересов, невысоким интеллектом, для пожилых больных. При высоком уровне интеллекта больные в состоянии адаптироваться к болезни, находят новые средства достижения целей. Игнорирование, вытеснение признания дефекта и связанных с ним ограничений чаще возникает у лиц со средним интеллектом и высоким образовательным уровнем.

Разнообразны факторы, которые влияют на такой компонент ВКБ, как знания больного об имеющемся (или подозреваемом) у него заболевании, о его возможных причинах, течении и исходе. Эти знания приобретаются из книг, средств массовой информации и часто ведут к «псевдопросвещенности», «полузнанию» или даже к совершенно неправильным представлениям. Сейчас эта проблема стала особенно острой, учитывая громадное количество псевдонаучных книг и брошюр на прилавках книжных магазинов. Еще один источник подобных знаний, о котором уже упоминалось, — информация, получаемая от других больных. При этом часто игнорируется ее ненадежность, субъективность, а также индивидуальные различия больных, разные варианты течения одного и того же заболевания. Наконец, чрезвычайно важна информация, которую сообщает больному врач. Мы не будем обсуждать этот вопрос, поскольку проблема ятрогений хорошо освещена в литературе по медицинской деонтологии.

На ВКБ влияют особенности течения болезни, ее динамика, процесс лечения, тяжесть заболевания, специфика болезни. В эмпирических исследованиях выделить и оценить влияние одного из этих факторов, абстрагируясь при этом от других, обычно чрезвычайно сложно, поскольку они связаны между собой.

В одном из исследований обследовались больные ревматоидным артритом с разной длительностью заболевания. Были выделены группы с умеренными нарушениями функции опорно-двигательного аппарата и с выраженными нарушениями функции суставов. Использовалась описанная выше методика диагностики типов отношения к болезни. Ни у одного больного с ранним ревматоидным артритом при относительно сохраненной функции суставов не зарегистрировано доминирования типов отношения к болезни первого блока, при которых не нарушается существенно социальная адаптация. При значительном «стаже» болезни (больше пяти лет) и той же удовлетворительной функции опорно-двигательного аппарата первый блок доминировал более чем у половины больных.

При выраженных нарушениях функции суставов соотношения были обратными: более адаптивные формы отношения к болезни встречались реже при большей длительности болезни. Вероятно, взгляд этих больных на болезнь со временем становится более реалистическим, они приспосабливаются к болезни. Заметно уменьшаются и их переживания по поводу ожидания негативного отношения окружающих к ним в связи с болезнью [121]. Эти результаты демонстрируют, что тяжесть заболевания и его длительность в случае совместного действия нельзя рассматривать как отдельно действующие факторы, они взаимодействуют.

2.4. Боль и ее переживание при соматических болезнях

Боль — это, вероятно, самый часто встречающийся симптом соматических болезней и важный фактор, влияющий на психику больного. По некоторым данным, около 80 % всех случаев обращения к врачам сопровождаются жалобами на боль, которая обычно выполняет адаптивную функцию, сигнализируя о болезни, о разрушении тканей, нередко помогая своевременно поставить диагноз и мотивируя больного бороться за выздоровление. С другой стороны, боль является причиной стрессов, нарушает нормальное функционирование психики, особенно когда она становится хронической и продолжает ощущаться в связи с болезнью или даже после выздоровления. Хроническая боль представляет собой очень важную и трудную проблему, затрагивающую миллионы людей и ведущую к огромным материальным и другим потерям из-за снижения или утраты трудоспособности, не говоря уже о страданиях людей (в том числе и членов семей тех, кто испытывает боль). Вот почему поиск путей контроля над болью идет очень давно, однако, до сих пор успехи в данной области довольно ограничены. Одна из причин этого — недостаточное внимание к проблеме со стороны психологов, что особенно характерно, пожалуй, для отечественной психологии.

Е.И. Гарбер отмечает, что практика суггестии (вербальный и невербальный гипноз, так называемый эриксоновский гипноз, опыт целителей, шаманов и т.д.) свидетельствует об эффективности психологического обезболивания, но в современной медицине, как правило, обсуждается и используется лишь фармакологическое обезболивание. Избирательно воздействуя на нервные структуры — от рецепторов до коры больших полушарий, — различные вещества действительно могут устранять или уменьшать боль, причем прогресс в этой области очевиден. Столь же очевидно, однако, что при этом не учитываются психологические аспекты проблемы. Отсутствует, по мнению автора, психологическая теория боли, и даже врачи-анестезиологи не полу-

чают практически никакой подготовки по психологии боли. Как пишет Е.И. Гарбер, объяснить это можно, вероятно, лишь тем, что всех устраивает отношение к психологии боли как к житейскому знанию, не нуждающемуся в научном объяснении [34]. Такое предположение в отношении врачей выглядит правдоподобным, поскольку обычно подлинно научным и заслуживающим внимания они считают лишь то, которое основано на выявлении анатомо-физиологических механизмов какого-то явления.

На наш взгляд, есть, как минимум, еще одно более понятное объяснение тому, почему психологи сделали еще слишком мало для изучения боли и разработки путей помощи людям, страдающим от нее. Очень сложным является сам феномен боли и так же сложна система влияющих на нее факторов. Узкая специализация психологов-исследователей, отсутствие у них желания или возможности сотрудничать при разработке данной проблемы с врачами ведут обычно к одностороннему подходу при изучении боли и игнорированию многих важных аспектов проблемы. В отечественной психологии функционализм начал преодолеваться сравнительно недавно, а в зарубежной (прежде всего американской) психологии взгляд на любой психический феномен оказывается для большинства исследователей ограниченным рамками одного из традиционных подходов — бихевиоризма и теории научения, психоанализа, когнитивного или биологического подхода и т.д. Ясно одно: без участия психологов борьба с болью не может быть эффективной, несмотря на успехи медицины и усилия врачей.

Удовлетворительная теория боли должна объяснить ряд явлений, совершенно непонятных при их рассмотрении в рамках современного «медицинского» подхода. Например, при проведении полостных операций под гипнозом и без медикаментозного обезболивания электро-

физиологическая ноцицептивная активность от рецепторов до коры не стихает, но сохраняется только тактильная чувствительность, а боль как страдание полностью отсутствует [34].

Интересна гипотеза поуровневого строения ощущения (состояния) боли, предложенная Е.И. Гарбером. Боль — это реакция организма и личности, она характеризуется целостностью, охватывает все уровни психики. В любой боли есть эмоционально-вегетативный базовый уровень — компонент, психомоторный и сенсорный (восприятие боли). На внутриспсихологических уровнях феномен боли обрастает представлениями, осмысливается интеллектуально и представлен в сфере памяти. Участие еще трех уровней — чувств, воли и нравственно-психологических оценок — завершают формирование боли как психологического феномена. При этом любой из уровней-компонентов может быть ведущим и в генезисе боли, и в механизмах обезболивания, а также возможна смена ведущего и фоновых уровней (как стихийная, так и в результате психотерапии) [35].

В практическом плане рассмотренная гипотеза может быть полезной для оптимизации психологического обезболивания, которое включает вербальное и невербальное внушение. Невербальному воздействию присуща «массивность», меньшая дифференцированность, а в вербальном сочетается адресность с общеаналгезирующим эффектом. Это подтверждается практикой гипноза. С помощью невербальных средств (фиксация взора, пассы и т.д.) быстро достигается общее торможение, затем доминирующим становится вербальный фактор. Понимая взаимодействие вербальный и невербальных стимулов, врач или психолог при психологическом обезболивании может регулировать его глубину и локализацию с учетом диагноза, цели обезболивания, индивидуальных особенностей пациента.

Особенно острой остается проблема хронической боли, затрагивающей все аспекты жизни больного и его семьи. Когда исчерпаны эмоциональные резервы и уже не хватает психологической стойкости, страдания могут стать невыносимы — стойкости, страдания могут стать невыносимыми. Они часто приводят к инвалидности или даже более трагичным последствиям. Рассмотрим различные концепции боли, которые объясняют и разные подходы к борьбе с ней.

Традиционный биомедицинский взгляд предполагает, что интенсивность боли прямо пропорциональна количеству пораженной ткани. Однако это не соответствует многим случаям, когда, с одной стороны, обнаруженные врачами поражения кажутся слишком малы для жалоб пациента на сильные боли, а с другой стороны, у 30-40 % пациентов соматическая патология болей не вызывает. Кроме того, при объективно одинаковом поражении тканей и одинаковом лечении болевые ощущения и реакции на боль у разных людей часто широко варьируют.

Психогенная концепция пытается объяснить указанные случаи эмоциональными факторами, специфическими личностными характеристиками или ссылками на психические расстройства, но и она сталкивается с рядом трудных проблем. Например, допускается, что есть некоторая «нормативная» интенсивность боли для разных болевых синдромов, что интенсивность боли можно измерить, чтобы определить, чрезмерны ли жалобы пациента. Мы уже отмечали, однако, что вопрос о нормах здесь фактически неразрешим. Известно также, что при хронических, «упорствующих» болях прогностическое значение диагностических методик, лабораторных тестов часто оказывается невелико.

Есть и более примитивное истолкование тех случаев, когда для жалоб на боль не обнаруживается достаточной соматической патологии.

Считают, что при этом пациент руководствуется определенными выгодами, которые он в результате получает (например, получением пособия по инвалидности). Надежных доказательств этого взгляда, однако, не существует.

Фордис попытался объяснить феномен хронических болей с точки зрения принципов оперантного научения. Он разделяет боль как субъективное состояние и болевое поведение как явное выражение дистресса и страданий (искаженная походка, определенные позы и мимика и т.д.). Так как по концепции оперантного научения поведение контролируется его последствиями, возможно положительное подкрепление поведенческих проявлений боли. В результате такое поведение закрепляется и демонстрируется даже после устранения причин боли. Этот (по сути бихевиористский) подход игнорирует не только эмоциональное переживание боли, но и многое другое, хотя нередко болевое поведение действительно позволяет избегать нежелательной активности и вызывать заботу и сочувствие окружающих. Нельзя сбрасывать со счета и упомянутое выше возможное материальное подкрепление такого поведения.

Еще одна модель, учитывающая, что боль неправомерно рассматривать только как простой сенсорный феномен, — это модель «контролирующих ворот» [189]. Согласно данной модели, боль является личностным феноменом и потому переживается по-разному в зависимости от социокультурных влияний, значения ситуации, внимания и других когнитивных функций. Таким образом, подчеркивается важная роль в переживании боли и реакциях на нее мотивационно-аффективного и когнитивно-оценочного уровня личности. Идущие вниз — от коры головного мозга — нейрофизиологические влияния могут изменять сенсорную информацию, идущую вверх, как бы открывая или закрывая гипотетическую систему ворот. Хотя первые жа-

лобы на боль обычно обусловлены специфическими биомедицинскими факторами, в большинстве случаев в дальнейшем психосоциальные и поведенческие факторы во многом определяют уровень боли и инвалидность. Итак, если оперантная модель недооценивает вклад сенсорно-физиологических компонентов в переживание хронической боли и значение ее когнитивной оценки, то модель «контролирующих ворот» уделяет мало внимания взаимодействию влияний окружающей среды, восприятия боли и реакций на нее.

Более подробно остановимся на так называемой бихевиорально-когнитивной концепции, поскольку она представляется нам достаточно интересной, лучше учитывающей сложное строение рассматриваемого феномена. Поведение, эмоции и некоторые физиологические причины влияют на интерпретацию событий. Важную роль играют установки, убеждения и когнитивные схемы. Поведение пациента обусловлено также и реакциями значимых для него других людей, подкрепляя его адекватные или неадекватные способы мышления, особенности его чувств и поведения. Для подтверждения этой концепции ее сторонники приводят результаты экспериментальных исследований. Например, при обсуждении боли или стресса у пациентов с болью в спине значительно повышается напряжение мышц спины, но не каких-либо других. В другое время это мышечное напряжение было не выше, чем у здоровых или у людей с другими видами болей. Кроме того, когда обсуждались стрессы, у людей из двух последних групп электромиография не зафиксировала активности мышц спины. Показано, что когнитивные факторы способны влиять непосредственно на биохимические процессы, связанные с болью, а также косвенно воздействуют на боль и инвалидизацию. Страх боли вызывает отвращение, ее ожидание побуждает человека избегать ситуаций и поведения, ведущих к болевым ощущениям. Такая мотивация усиливается

верой в то, что боль означает зло. Отсутствие активности, бездеятельность больного способствуют его погружению в заботы о своем теле, направлению на боль внимания и познавательных процессов, что повышает вероятность расширения и искажения болевых симптомов, восприятия себя инвалидом. Наши беседы с врачами, работающими с больными ревматоидным артритом, позволили получить хорошую иллюстрацию того, насколько обсуждаемая проблема актуальна. Даже после успешного лечения многие из этих больных живут в постоянном страхе перед возможностью возвращения болей. Из-за этого они нередко не хотят продолжать работу (хотя по медицинским показаниям вполне могли бы это делать) и стремятся получить инвалидность.

Страдающие от хронической боли часто сомневаются в том, что они способны совладать с болью, контролировать ее. В результате они отказываются от попыток найти эффективные стратегии управления болью и полностью полагаются на заботу окружающих — семьи, медицинского персонала. Такие больные склонны также «катастрофизировать» ситуацию, слишком остро реагируя на эпизоды самой боли и на обстоятельства, вызывающие или усиливающие ее. При этом они действительно испытывают сильную боль и страдания, что негативно сказывается на процессах реабилитации.

Еще одно интересное исследование, результаты которого поддерживают когнитивно-бихевиоральную модель, — это сравнение двух групп пациентов с хронической болью в нижней части спины. Между ними не было значимых различий по количеству операций, по статусу. Пациенты одной из групп отличались предъявлением жалоб, явно не соответствующих обнаруженной соматической патологии, тогда как у пациентов другой группы этого не наблюдалось. Для больных первой группы оказалось характерным неадаптивное мышление. Ве-

роятно, именно когнитивные особенности и отвечают в этом случае за искажение переживания пациентами боли и страдания [192].

Когнитивные факторы могут и положительно влиять на совладание с болью, однако людей, которые чувствуют беспомощность и безнадежность, не верят в эффективность своих способов справиться с болезненными страданиями, больше. Поэтому так важно психологическое вмешательство при лечении хронических болей. Накоплен опыт успешного использования с этой целью специального тренинга копинг-навыков, обучения решению сложных проблем, самораскрытию и т.д. При этом многим удается помочь не только устранить или уменьшить боль, дистресс и страдания, но и улучшить их психическое и физическое функционирование в целом.

Итак, когнитивно-бихевиоральная концепция охватывает боль более широким взглядом, чем рассмотренные выше подходы; она побуждает фокусироваться на личности пациента. Длительная боль, как любое хроническое заболевание, влияет на все сферы жизни пациента — семейную, профессиональную, социальную, психологическую, физическую. Комплексным должен быть и подход к лечению людей, страдающих от таких болей. Необходимо не упускать из вида и психосоциальные, и поведенческие, и биомедицинские факторы. Хотя только психологические факторы, по-видимому, редко вызывают боль (конечно, мы не имеем здесь в виду боль душевную), в дальнейшем они оказываются очень важными и должны быть объектом внимания и воздействия психолога.

3. РЕБЕНОК И БОЛЕЗНЬ

Проблема психосоматических взаимоотношений в детском возрасте не только чрезвычайно важна, но и имеет свои специфические особенности. Поэтому мы решили рассмотреть ее отдельно. Острота про-

блемы связана с тем, что число детей с различной степенью отклонений от нормы в соматической сфере в последнее время увеличивается. По некоторым данным сейчас около 80 % детей имеют такие отклонения [92]. Отрицательное (а часто и просто пагубное) влияние болезни на психику в детском возрасте, как правило, ведет к более тяжелым или даже необратимым последствиям, особенно если речь идет о длительном, хроническом, серьезном заболевании. При этом последствия могут проявляться в отдаленном будущем. Например, в результате обследования 1000 студентов был сделан вывод о том, что люди, перенесшие когда-либо тяжелое заболевание или несколько болезней, сильнее реагируют на ситуации, вызывающие гнев или страх. При этом страх связан в основном с заболеваниями, перенесенными в возрасте от 11 до 15 лет, а гнев — с заболеваниями в более младшем возрасте (до 6 лет) [158].

Говоря о специфических для детского возраста особенностях психосоматических отношений, мы имеем в виду следующее. Психологические факторы, влияющие на возникновение и течение соматических болезней у детей, по сравнению с взрослым возрастом имеют несколько иную иерархическую организацию, другие относительные веса. Кроме того, среди них появляются и некоторые совершенно новые, не обсуждавшиеся выше, например, проблемы, связанные со школьным обучением, с воспитанием в семье. То же можно сказать и о специфике соматогенного и психогенного влияния болезни на психику ребенка. Особое значение имеют при помещении его в стационар отрыв от родителей, хорошо известное явление «госпитализма». Личность формируется в измененных условиях — условиях болезни. У ребенка к тому же меньше репертуар возможных способов совладания с болезнью. Важным фактором, обуславливающим внутреннюю картину болезни, оказывается возраст. Своеобразны и отноше-

ния ребенка и окружающих, претерпевающие изменения в связи с болезнью.

Начнем с вопроса о влиянии психологических факторов на возникновение и течение болезни в детском возрасте. Как уже отмечалось, огромную роль эти факторы играют при бронхиальной астме. Почти всегда ее началу предшествует какое-то серьезное событие, которое не было преодолено и которое формирует чувство страха. Его последствия — это чувство стесненности, судорога бронхов при дыхании. Чаще всего болезнь начинается в возрасте 2-4 лет. Г. Эберлейн пишет, что это дети, окруженные особой заботой, матери их чрезмерно оберегают [173]. Усилению астматического состояния предшествуют также семейные конфликты. Для такого ребенка приступ бронхиальной астмы часто является формой агрессивности, и чем заметнее доминирование матери над ним, тем более интенсивны эти проявления. Родители не должны управлять ребенком только с помощью запретов, ждать проявлений астмы. Постоянный страх матери переносится на ребенка и интенсифицирует болезнь. Временное отсутствие матери в семье может вести к исчезновению приступов бронхиальной астмы.

Кожные заболевания часто возникают у детей как реакция на школьные трудности. Нарушения в функционировании желудка и кишечника у детей также могут быть обусловлены тем, что ребенок не справляется с требованиями школы и родителей, что у него есть страх перед школой.

Классическим психосоматическим заболеванием, на динамику которого существенно влияют психогенные факторы, является атонический дерматит (его называют также нейродермитом). На примере этой болезни Е.В. Иванова рассматривает введенное ею понятие «смысл болезни» [59]. Она отмечает, что в отношении указанного заболевания результаты разных авторов часто противоречат друг другу. Одни счи-

тают, что главное в этиологии нейродермита — отвержение ребенка матерью, другие, наоборот, указывают на симбиотическую связь матери и ребенка. Понятие «смысл болезни» и призвано прояснить эти противоречия.

Смысл болезни — это пароль, которую она играет в опосредовании семейных взаимоотношений: чем болезнь является для ребенка, для родителей, как с помощью болезни родители воздействуют на ребенка и наоборот; «выгодна» ли болезнь ребенку и родителям. При этом важно учитывать не только воздействие на ребенка со стороны родителей (чем часто и ограничиваются), но и собственную активность ребенка. Его болезнь, как отмечает Е.В.Иванова, может стать средством решения проблем не только для него самого, но и для его родителей. Такое включение болезни в мотивационную структуру всех членов семьи приводит к снижению эффективности лечения (или даже к отсутствию его положительных результатов). Смысл болезни не осознается: мать никогда не согласится с тем, что болезнь ребенка «выгодна» для нее, так как, например, позволяет удерживать ребенка возле себя, а ребенок не понимает, что с помощью болезни он ищет родительского внимания. Когда болезнь регулирует семейные взаимоотношения, семья неосознанно стремится поддерживать наличие заболевания у ребенка. Ниже мы вернемся к результатам этого интересного исследования при рассмотрении типов взаимоотношений в семье больного ребенка.

Рассмотрим результаты некоторых исследований, направленных на изучение психологических особенностей больных детей при соматических болезнях. В одном из них были обследованы 186 детей школьного возраста (от 8 до 14 лет), находившиеся на стационарном лечении по поводу хронического нагноительного заболевания легких, которое сопровождается гипоксией, причем они были разделены на

группы в зависимости от объема поражения легочной системы [92]. Оказалось, что при небольшом объеме поражения легких интеллектуальная сфера практически не меняется, но при значительном нарушении соматической сферы интеллектуальные показатели заметно ухудшаются. Особенно это касается словесно-логического мышления, хотя к старшему школьному возрасту за счет компенсации влияния соматической ослабленности™ некоторые параметры интеллекта выравниваются. При двух пораженных долях легкого у больных продуктивность словесно-логического мышления (по сравнению с контрольной группой) снижена на 40 % для 8-9-летнего возраста, на 66 % — для возраста 10-12 лет и только на 10 % у 13-14-летних. Такая тенденция отмечена и при изучении памяти. У больных детей наблюдается значительная связь уровня развития интеллекта со школьной успеваемостью (более сильная, чем у здоровых). При большом объеме поражения легких у школьников ниже средние школьные оценки.

Соматическая ослабленность приводит и к изменению иерархии мотивов, к снижению их побудительной силы. Например, у 60 % больных детей мотив сохранения здоровья выходит на первое место, тогда как в группе здоровых — у 41 %. Намного реже у больных детей в ведущие попадает мотив «развития ума». У них снижен уровень познавательной активности, причем степень его снижения отчетливо зависит от объема поражения легких. Такая же закономерность прослеживается в отношении снижения уровня притязаний. И, наконец, одной из наиболее уязвимых сфер психики больных детей является эмоционально-волевая сфера. Когда в эксперименте создавалась эмоциональная ситуация, они давали более ярко выраженную эмоциональную реакцию.

Мы уже отмечали, что по разным причинам больные ревматоидным артритом часто являются объектом исследования. В одном из иссле-

дований изучены реактивная и личностная тревожность у этих больных (возраст 10-17 лет). Установлено, что их реактивная тревожность в первые дни после поступления в клинику невысока, и это может свидетельствовать о положительной реакции на госпитализацию, об оптимистической установке на лечение. Однако показатели личностной тревожности у больных (по сравнению с контрольной группой школьников) заметно повышены. Автор отмечает, что без своевременной диагностики и коррекции это может в дальнейшем вести к стойкой декомпенсации, вплоть до формирования черт тревожно-мнительного характера [73].

В другом исследовании у больных детей онкологического профиля (возраст 10-16 лет) обнаружены такие особенности, как чувство неуверенности и осторожности, социальная дезадаптация, потребности в самоутверждении и независимости, пессимизм, драматизация жизненных событий. Они стремятся к активной жизни, но боязнь бессмысленности постановки новых целей и чрезмерная осторожность препятствуют реализации этого стремления, следствием чего является повышенная эмоциональная напряженность [13].

Е.Р. Калитеевская изучила отношение к болезни у подростков и юношей с хроническими соматическими заболеваниями (пограничной артериальной гипертензией, язвенной болезнью 12-перстной кишки, туберкулезом легких) [64]. Патохарактерологический диагностический опросник выявил у этих больных доминирование эмоционально-лабильного типа акцентуации характера, который часто сочетался с истероидным типом. Таким образом, можно говорить об их чрезмерной впечатлительности, повышенной чувствительности к отношению и оценкам окружающих. Истероидные черты, по мнению автора, в данном случае, видимо, облегчают соматизацию тревоги. При язвенной болезни чаще встречался психастенический тип акцентуации.

В других исследованиях особенности личности больного ребенка рассматриваются в неразрывной связи с детерминирующими их факторами. И. Харди, например, обсуждает проблему острых и хронических заболеваний [159]. Острое заболевание, особенно в слабой форме, часто переносится в домашних условиях и тогда не вызывает особых психологических проблем. Легкая простуда, расстройство желудка, как правило, распознаются самими родителями, и они быстро успокаиваются, если мнение врача совпадает с их «диагнозом». В более тяжелых случаях имеют место беспокойство родителей, неизвестность, страх перед неизвестным заболеванием, беспокойство самого больного ребенка. Иногда охваченные паникой родители истерически реагируют на заболевание ребенка, не могут критически оценить факты.

При хроническом заболевании очень многое зависит от характера этого заболевания. Сообщение о тяжелом заболевании у ребенка может вызвать у его родителей эмоциональные срывы, как и длительное безуспешное лечение болезни. У родителей может возникнуть чувство вины («где недосмотрели?»).

Особые психологические проблемы связаны с хирургическим лечением в детском возрасте. Полезно подготовить ребенка, по возможности объяснить ему необходимость операции и ее суть, рассеять страх перед ней. Он может бояться многого: больницы, инъекций, наркоза, врачей, медсестер. По статистике в 20 % случаев хирургические вмешательства сопровождаются психическими травмами. У многих детей переживание страха, расстройства речи, более инфантильное поведение, расстройства питания и другие изменения наблюдаются после операции более двух недель. Перед операцией «изживать» страхи и тревоги помогают игры со специальными куклами: им «делают уколы», их «лечат», «оперируют», «перевязывают» и т.д. С более стар-

шими детьми полезно проводить занятия по регуляции состояния, в том числе и аутогенную тренировку.

Выходя за рамки темы данного параграфа, отметим, тем не менее, некоторые обстоятельства, помогающие ребенку хорошо перенести операцию:

1. Хороший контакт с врачами и сестрами;
2. Отношение к операции как к вмешательству, поправляющему здоровье и облегчающему развитие в будущем;
3. Готовность к контакту в коллективной деятельности с другими детьми;
4. Сосредоточение внимания до операции на играх и игрушках;
5. Умение в играх выразить активное отношение к предстоящей опасности;
6. Способность облегчить свое состояние эмоциональными проявлениями (плачем, криком, гневливостью);
7. Преобладание у детей реалистического подхода над фантазиями, связанными с операцией в период ее ожидания [159].

Выше мы уже упоминали о часто наблюдающихся негативных последствиях госпитализации ребенка, особенно в возрасте до двух-пяти лет. Незнакомая среда, предоставленность самому себе, чувство заброшенности, покинутости могут причинять временные или даже стойкие психические травмы. Острое потрясение при помещении ребенка в больницу проходит обычно три стадии. Первая — протест, который продолжается до нескольких недель. Ребенок плачет, беспокоен, не хочет иметь ни с кем дело. Вторая стадия — отчаяние: ребенок постоянно или временами плачет, зовет мать, может замкнуться в себе. Возможны и депрессивные состояния. Третья стадия — отрыв от матери, успокоение, нормальное общение с медицинским персоналом.

После пребывания в больнице могут проявляться длительные травмы в виде расстройства сна, ночных страхов, страха смерти, ипохондрических страхов, задержки развития, упрямства, заикания. Поэтому стационарное лечение детей до трех-пятилетнего возраста рекомендуется только тогда, когда оно совершенно необходимо.

В то же время, как пишут Н.Д.Лакосина и Г.К.Ушаков, у детей наиболее четко выражено различное отношение и к болезни, и к пребыванию в больнице [85]. Это зависит от индивидуального опыта ребенка, от условий воспитания, от возраста и степени зрелости его личности. Например, в пубертантном возрасте повышается готовность к ипохондрическим переживаниям. Совершенно беспомощными оказываются в больнице дети, которые воспитываются по типу «кумира семьи». Нередко помещение ребенка в соматическую больницу впервые выявляет у него психическую патологию, такие особенности в поведении, на которые родители не обращали внимания (например, аутизм). Длительно болевшие раньше дети, которым родители создавали особые условия, часто обнаруживают черты психического инфантилизма и склонность к истерическим реакциям.

Важнейшим фактором, ведущим к изменениям в психике больного ребенка, является тип воспитания в семье и межличностные отношения в семье в целом. Именно родители в первую очередь играют роль «медиаторов», опосредующих формирование у ребенка внутренней картины болезни во всех ее компонентах. Однако в большинстве исследований даже не ставится чрезвычайно важный вопрос о том, что первично, а что вторично, где следствие, а где причина. С одной стороны, особенности воспитания могут вести к предрасположенности к соматическим (в частности, психосоматическим) заболеваниям. С другой стороны, болезнь ребенка часто вызывает значительные изменения в отношениях к нему, в доминирующих способах воспитания.

Не ставится же этот вопрос, вероятно, по вполне понятной причине чисто методических трудностей его изучения. К тому же, причина и следствие в этом случае могут меняться местами, сложно и динамично взаимодействовать, образуя «порочный круг»: неправильное воспитание формирует у ребенка личностные особенности, повышающие вероятность болезни, которая часто еще больше деформирует неадекватные воспитательные воздействия. Вырваться из этого «порочного круга» без помощи квалифицированного специалиста (психолога, психотерапевта) удастся далеко не всегда.

М.Н.Ливанова показала, что в семьях соматически ослабленных детей (по сравнению с семьями детей здоровых) чаще встречается неблагоприятный для их развития стиль воспитания [92]. Например, гиперопека отмечена в отношении 18 % детей с двумя и более удаленными долями легкого и только 7,4 % здоровых детей. При хроническом бронхите этот тип воспитания оказывается еще более частым (43,5 %). Адекватное возрасту и возможностям ребенка воспитание обнаружено у данных больных лишь в 54,3 % случаев, тогда как в контрольной группе — в 80,6 % случаев.

Определенный интерес представляет работа Е.В. Ивановой, в которой не только выявлены особенности семейных взаимоотношений для пяти групп детей, страдающих атоническим дерматитом, но и сделана попытка вскрыть психологические механизмы связи между этими взаимоотношениями и успешностью лечения. Для этого используется уже упоминавшееся выше понятие «смысл болезни» [59]. Обследовав 80 детей в возрасте от 5 до 8 лет и их семьи, автору удалось показать, что именно разный смысл болезни, который она приобретает для всей семьи в целом, связан с резистентностью атонического дерматита к процессу лечения. Важно отметить совершенно оправданную (но не свойственную многим другим авторам) осторожность Е.В. Ивановой в

предположении о причинно-следственном характере обнаруженной связи. Предлагается и хороший способ проверки данного предположения: оно будет доказано, если с помощью психокоррекционной работы, направленной на изменение неблагоприятных отношений в семье, удастся через коррекцию смысла болезни повысить эффективность лечения заболевания.

Не имея возможности подробно изложить все результаты этого интересного исследования, приведем выборочно лишь некоторые из них. Взаимоотношения в семье анализируются в нескольких направлениях: отношение матери (родителей) к ребенку и ребенка к матери (родителям), ожидаемое ребенком отношение к нему со стороны матери (родителей), отношение ребенка и матери (родителей) к болезни.

Отсутствие положительных сдвигов в процессе лечения (или даже увеличение тяжести симптомов) наблюдается при таких отношениях матери (родителей) к ребенку: 1) эмоциональное неприятие, доминирующая гиперпротекция; 2) эмоциональное принятие, гиперопека, потворствующая гиперпротекция; 3) эмоциональное неприятие, игнорирование. Типичными видами отношения матери (родителей) к болезни в этих случаях оказались:

- 1) отсутствие веры в выздоровление, преувеличение тяжести заболевания, чувство вины, тревога, слепое выполнение всех медицинских предписаний;
- 2) превращение лечения ребенка в главную цель жизни; 3) раздражение, негодование. Во всех указанных вариантах отношение ребенка к матери амбивалентно (например, желание получать ласку и внимание и стремление к независимости). Опишем более подробно особенности семейных взаимоотношений для двух групп больных, которые объединяет безуспешность лечения заболевания в течение нескольких лет.

Первый вариант — это такой тип семейного взаимодействия, при котором болезнь является способом заполнения эмоционального дефицита в общении родителей и ребенка. Негативное отношение к ребенку вытесняется, однако в субъективных переживаниях остаются чувство вины и тревога, требующие сознательного оправдания. Тогда болезнь помогает от них избавиться: мать, уделяя время и силы лечению ребенка, неосознанно пытается самооправдаться. У ребенка при этом формируется негативный образ «Я», а поскольку протест в форме агрессии вытесняется, ребенок также «хватается» за болезнь. Она позволяет ему хоть как-то понять холодное, отвергающее отношение со стороны матери и, в то же время, общаться с ней (по поводу болезни), привлекать внимание. Образуется устойчивая триада «мать — болезнь — ребенок». При этом болезнь компенсирует нарушенные взаимоотношения и восполняет дефицит общения, а потому становится условно желательной и для ребенка, и для матери. Болезнь становится хронической и лечение не помогает. Разрушение триады может иметь для семьи в целом тяжелые последствия. Отец отстранен от воспитания, и это его часто устраивает. При выздоровлении ребенка из-за возможных внутрисемейных конфликтов не исключен распад семейной структуры в целом. Концентрация детей и родителей на болезни, фиксация ребенка на связанных с ней переживаниях, ипохондрические мысли и состояния повышают устойчивость заболевания по отношению к лечению.

Во втором варианте болезнь становится способом поддержания симбиотических взаимоотношений между матерью и ребенком. При этом ребенок является источником удовлетворения потребности в любви и эмоциональном тепле, которая не реализуется в отношениях с мужем. Мать стремится сделать ребенка зависимым от себя, боясь потерять его, а потому она неосознанно заинтересована в существовании болезни как повода для внимания, опеки. Ребенку внушается, что он

слабый, беспомощный, в результате у него формируется соответствующий образ «Я». Он боится потерять мать, и болезнь помогает ее удерживать, получать больше ласки и внимания. Иначе говоря, болезнь оказывается выгодной обоим, хотя и по иным причинам, чем в первом варианте. Здесь она позволяет сохранять симбиоз между матерью и ребенком, и разрушение таких отношений вызовет у матери претензии к мужу, внутрисемейный конфликт. Итак, в обоих случаях болезнь имеет положительный смысл, триада «мать — болезнь — ребенок» остается устойчивой, а в результате болезнь оказывается неподвластной медикаментозным воздействиям.

Большой вклад в разработку проблемы «ребенок и болезнь» внесли исследования В.В. Николаевой [100, 134]. В них изучены влияние на психические изменения больного ребенка разных факторов (возраста, отношения родителей, характера болезни), а также особенности внутренней картины болезни в детском возрасте, ее структуры. Эти работы выгодно отличает от многих, рассмотренных выше, глубокое теоретическое осмысление полученных результатов.

В одном из исследований В.В. Николаевой показано влияние возраста на внутреннюю картину болезни у больных с косметическим дефектом [100]. В нем участвовали три возрастных группы больных псориазом и атоническим дерматитом (10-13 лет, 14-16 лет, 20-41 год). В младшей возрастной группе в структуре внутренней картины болезни преобладает уровень непосредственно-чувственного отражения (боль, зуд, неприятные процедуры лечения и т.д.), но общее отношение к болезни спокойное при разумной оценке ее тяжести и последствий. Поведение этих детей адекватно, они не стыдятся дефекта, у них обычно много друзей. В возрасте 14-16 лет на первый план выходит уровень эмоциональной оценки болезни и ее последствий (переживание болезни в узком смысле этого термина). Это проявляется и в поведении

больных, стремящихся скрыть дефект кожи одеждой, прической, стесняющихся отвечать на уроках. В старшей возрастной группе во внутренней картине болезни начинает отчетливо выступать рациональная переработка фактов, связанных с нею, и это позволяет успешно осуществлять адаптацию к болезни.

В основу объяснения полученных результатов положены концепция ведущих видов деятельности и представление об эмоциях как о психических состояниях, отражающих отношения между мотивами (потребностями) и успехом или возможностью успешной реализации отвечающей им деятельности (А.Н. Леонтьев). Больным младшей возрастной группы болезнь не мешает реализовать ведущую (учебную) деятельность, поэтому эмоциональный компонент внутренней картины болезни отсутствует (кроме отрицательного эмоционального тона болезненных ощущений). В пубертантном возрасте ведущей становится деятельность интимно-личностного общения. Возникают проблемы, связанные с негативным отношением окружающих к «кожным» больным. Болезнь оказывается препятствием в реализации деятельности общения, и поэтому эмоциональный компонент внутренней картины болезни выступает на первый план. Однако еще не выработаны психологические приемы преодоления, компенсации болезни. В старшей возрастной группе осознается необходимость совладания с болезнью, вырабатывается специальная система целей, «уводящая» больных от ситуации болезни. Их достижение предотвращает аномальное развитие личности.

Итак, были рассмотрены результаты многих исследований по проблеме психосоматических взаимоотношений в детском и подростковом возрасте. Они достаточно убедительно доказывают правильность некоторых общих соображений, приведенных в начале данного раздела. В этом возрасте картина взаимосвязей и взаимовлияний сомы и пси-

хика является особенно сложной и запутанной. Труднее изучать у детей внутреннюю картину болезни. Болезнь в этом случае, изменяя социальную ситуацию развития, обычно сильнее влияет на личность, затрагивает ее формирование. Особую роль играют «специфически детские» факторы, например, отношение родителей. Наконец, отметим важнейшее значение для успешного преодоления болезни ребенком психокоррекционной и психотерапевтической работы не только с ним, но и с семьей в целом. Одним из главных направлений такой работы должна быть коррекция внутренней картины болезни, а для этого нужно сначала выяснить, какова реакция родителей на болезнь ребенка, отношение к ней.

Наиболее приемлемым типом реакции является принятие реальной ситуации и активность в ее преодолении. При этом родители хорошо понимают физические, психологические, поведенческие особенности своего ребенка, знают его возможности, учитывают связанные с болезнью ограничения. Они наблюдают за ребенком, становятся истинными педагогами, учатся помогать ему в преодолении болезни. Для этого они ищут способы тренировки того, что ослаблено болезнью, выдумывают специальные игры, занятия, используют совместный труд, семейные праздники. Тогда ребенок вместе с семьей учится совершать дополнительные усилия, чтобы достичь того, к чему он стремится, а его радость от маленьких и больших побед повышает самоуважение. Задача родителей — поддерживать мужество и стойкость ребенка в борьбе с болезнью. Это сплачивает семью, превращает ее в важный лечебный фактор [111].

Сознательно упрощая сложную картину разнообразных реакций родителей на болезнь ребенка, выделим три наличных реакция, которые (при всех их различиях) ведут к негативным изменениям в психике больного и не способствуют совладению с болезнью.

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

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

Третий тип, который не раз упоминался выше, — это «уход в болезнь», «лелеяние» ее. Болезнь для ребенка может быть защитой от сложностей жизни, особенно когда родители занимаются сверхопекой своего ребенка, защищают от школы, «выбивают» группу инвалидности. Тогда велика вероятность формирования инфантильности. Вся жизнь семьи оказывается посвященной больному ребенку, хотя такой необходимости, возможно, и нет. Все это еще раз подтверждает, что психолог не может работать только с больным ребенком, если он хочет помочь ему.

Следует согласиться с мнением Д.Н. Исаева: «Психология больного ребенка изучена крайне недостаточно. Еще меньше известно об отношении детей к своему здоровью и о понимании ими строения и функ-

ций собственного тела [61, с. 313]. Опыт, который ребенок приобретает в результате перенесенных болезней, способствует повышению его внимания к своему здоровью. Автор считает, что без понимания внутренней картины здоровья (ВКЗ) невозможно понять внутреннюю картину болезни (ВКБ), и в этом он тоже прав. Здоровье и субъективно, и объективно, а ВКЗ — это, по существу, составная часть самосознания. Она включает представление о физическом состоянии, сопровождающееся своеобразным эмоциональным тоном, и проявляется также в отношении к своему здоровью. ВКЗ является своеобразным эталоном здорового человека.

На формирование ВКЗ у ребенка влияют многие факторы. Важны удовлетворенность собой, оценки других, сравнение себя с эталоном, знания о строении и функциях внутренних органов, о их значении.

Знания детей о болезнях и их причинах очень неполны и неточны. Причины обычно объясняются через ситуации, а болезнь часто рассматривается ребенком как наказание. К причинам болезни он может относить, например, нарушение правил поведения, неправильное питание. На отношение ребенка к опасным для жизни болезням влияет понимание им умирания и смерти. Опросы детей показали, что для многих из них смерть — нечто невероятное, что они не думали о ней. Часто смерть считается возмездием и относится в далекое, смутное будущее. Лишь приблизительно к 10 годам формируется понимание смерти, которое универсально и постоянно. Маленькие дети нередко говорят, что можно «умереть на время».

Дети плохо представляют, что надо делать для выздоровления и для предупреждения повторного заболевания, часто проявляя необоснованный оптимизм. Плохо изучены представления детей о влиянии лекарств, о процессе лечения, об их отношении к диагностическим и лечебным процедурам.

На формирование ВКБ ребенка значительное влияние оказывает болезнь его близких. Если ее исход благоприятен, нет явных страданий и опасений со стороны окружающих, то фон более оптимистичен, чем в случае недавнего траура по поводу смерти члена семьи. Неоднократно наблюдаемые ребенком обострения тяжелых хронических заболеваний у родственников, живущих вместе с ним, — это еще один важный негативный фактор. Поскольку обычно сведения, получаемые ребенком от родителей, наиболее эмоционально значимы, большое значение для формирования ВКБ имеет общая и медицинская культура семьи. В более старшем возрасте возрастает роль мнения о болезни референтных для ребенка групп сверстников, хотя нередко эти представления совершенно неверны или даже нелепы. Кроме знаний о болезни, усваиваемых ребенком от родителей, очень важны и те чувства, которые они проявляют в отношении его болезни. Д.Н. Исаев отмечает, что если у самих родителей много проблем со здоровьем, они могут переносить тревогу за свое благополучие на ребенка [61].

В заключение остановимся на результатах исследования некоторых возрастных особенностей ВКБ, выполненного под нашим руководством [72]. В нем были использованы стандартизированные интервью, методика, предлагающая нарисовать болезнь и здоровье. Испытуемых просили также ответить на вопросы: «Что такое болезнь?» и «Что такое здоровье?» При разработке вопросов интервью мы постарались учесть их направленность на различные уровни структуры ВКБ (по В.В. Николаевой): сенсорный, эмоциональный, интеллектуальный и мотивационный. Поэтому испытуемых спрашивали о наличии болей и о том, как они могут боль описать. Их просили оценить свою болезнь как легкую, средней тяжести или тяжелую. Были вопросы о том, часто ли они думают о своей болезни и какие чувства она вызывает. Другие вопросы касались того, повлияла ли болезнь на отношения с близкими и друзьями, многое ли они потеряли из-за своей болезни и страдает ли

из-за нее учеба. Задавались также следующие вопросы: какие причины, по их мнению, вызвали заболевание? что поможет выздороветь? зависит ли выздоровление от них самих? Наконец, два вопроса были направлены в будущее: думают ли они, что будут полностью здоровы после лечения, и повлияет ли болезнь на их будущее.

Рисунки болезни и здоровья испытуемым предлагали выполнить цветными карандашами. При анализе рисунков учитывалось, изображены ли болезнь и здоровье через действие, эмоции или ассоциации с медицинской атрибутикой, а также отмечалось использование цвета. К определенной категории были отнесены ответы на вопросы о том, что такое болезнь и что такое здоровье:

- определение в терминах действия, моторной активности;
- определение через ассоциации;
- определение путем перечисления эмоций;
- определение через физические, телесные ощущения;
- собственно определения, в которых испытуемый старался отразить понятия многосторонне, обобщая свои знания и следуя требованиям логики.

В исследовании приняли участие три группы испытуемых по 25 человек в каждой, различающиеся по возрасту: 9-11 лет, 13-15 лет и 17-19 лет. Все они имели медицинский диагноз язвенной болезни желудка или 12-перстной кишки (вне обострения) и состояли на диспансерном учете около 4 лет.

Почти 45 % 9-11-летних больных не смогли описать свои болевые ощущения, тогда как лишь 7 человек из двух других групп не смогли это сделать. Это объясняется многими факторами: недостаточным вниманием к interoцептивным ощущениям, возрастными особенностями психических процессов, бедностью словарного запаса. описа-

ние болевых ощущений в самой младшей группе в основном касаются отдельного органа и имеют глагольную форму: «колет», «стреляет», «сжимает» и т.д. Редко упоминаются сила и продолжительность боли. Позже появляются описания боли через эмоции и сравнения, а к 17-19 годам «эмоциональные» ответы почти исчезают и описания становятся четкими, определенными, с использованием медицинских терминов, с указанием на интенсивность и длительность ощущений.

Субъективная оценка тяжести заболевания сравнивалась с ее оценкой лечащими врачами. По количеству совпадений этих оценок установлены статистически значимые различия между группами 9-11-летних и 13-15-летних больных, а также между группами подросткового и юношеского возраста. Подростки отличаются заметной переоценкой тяжести своего заболевания. Большие различия между группами получены и в ответах на вопрос о чувствах, которые вызывает болезнь. Ответ «не вызывает никаких чувств» дали около 60 % испытуемых в возрасте 9-11 и 17-19 лет, тогда как в группе подростков таких было лишь два человека. Подростки охотно рассказывали о своих переживаниях, однако спектр называемых ими эмоций узок: грусть, тоска, жалость к себе, сожаление. Большое внимание подростков к эмоциональному уровню ВКБ объясняется, вероятно, морфологическими изменениями пубертантного периода и развитием самосознания, а узость спектра чувств может быть связана с бедностью «эмоционального словаря» (возможно и из-за алекситимичности психосоматических больных).

Почти все испытуемые (независимо от возраста) считают, что болезнь не повлияла на отношения с друзьями и близкими и что они немного потеряли из-за нее. Очень редко отмечалось, что от болезни страдает учеба, как и то, что болезнь может повлиять на дальнейшую жизнь.

Как и ожидалось, на вопрос о возможных причинах болезни почти половина опрошенных из самой младшей группы вообще не смогли ответить, а остальные обычно считали главной причиной неправильное питание. При этом в средней и старшей группах появляются ответы, в которых ответственность за возникновение болезни возлагается на факторы, не зависящие от больного (наследственность, «нервные переживания» и т.д.).

На вопрос о том, что поможет им выздороветь, около 60 % детей 9-11-летнего возраста ответили «не знаю», а остальные говорили о роли врача и лекарств и необходимости соблюдать предписания врача. В группе подросткового возраста чаще отражаются самостоятельность и инициатива, называются такие факторы, как помощь близких, «надежда и упорство». О необходимости не нервничать, не раздражаться, избегать нервных перегрузок, сотрудничать с врачом и о профилактических мероприятиях чаще говорят в юношеском возрасте.

Испытуемые подросткового возраста значительно реже (по сравнению с двумя другими группами) считают, что после лечения они будут полностью здоровы. Такой более пессимистичный взгляд на свою болезнь в данной группе хорошо соответствует отмеченной выше переоценке тяжести заболевания. С этим, вероятно, связан и более частый утвердительный ответ больных 13-15-летнего возраста на вопрос о том, повлияет ли болезнь на их будущее.

Итак, в случае язвенной болезни подтверждается особенно яркая выраженность уровня чувственного переживания болезни в подростковом возрасте. В отношении данного заболевания предложенное ранее объяснение полученных результатов, согласно которому болезнь отрицательно влияет на общение — ведущий вид деятельности у подростков, вероятно, неправомерно (по крайней мере, как единственно возможное). Как уже отмечалось, нужно учитывать также морфологи-

ческую основу психологических особенностей пубертантного периода, а также формирования «образа Я» и самооценки, развитие самостоятельности и независимости взглядов.

Результаты опроса частично подтверждаются анализом рисунков болезни и здоровья. Рисунки больных 13-15-летнего возраста оказались наиболее эмоционально насыщенными, нестандартными. В них намного реже (по сравнению с двумя другими группами) изображается медицинская атрибутика, действия, общепринятая символика.

Третья методика (дать определения понятий «болезнь» и «здоровье») позволила выявить аналогичные статистически значимые различия между группами. У 9-11-летних болезнь ассоциируется либо с конкретным лечебным процессом, либо с причинами возникновения заболевания, либо с его симптомами («Болезнь — это микробы», «Болезнь — это когда ты пьешь микстуру, и к тебе приходит врач», «Болезнь — это насморк»). В средней группе при определении болезни доминируют определения через перечисление эмоций, как и при определении здоровья.

В целом результаты проведенного исследования, на наш взгляд, позволяют рекомендовать использование в нем стандартизированное интервью, методику «Нарисуй здоровье и болезнь», а также вопросы о том, что такое болезнь и что такое здоровье в работе психолога с больными детьми и подростками.

Влияние хронических соматических заболеваний на интеллектуальные особенности школьников изучено недостаточно хорошо. Поэтому представляют значительный интерес результаты недавно выполненного исследования В.А. Ковалевского [71]. Испытуемыми были три группы младших школьников: без хронической соматической патологии (здоровые), имеющие ее, но редко болеющие, и болеющие более четырех раз в году. Им предлагали методики, направленные на диа-

гностику уровней развития рефлексии, уровня внутреннего плана действий (по Я.А. Пономареву) и степени развития произвольности (нужно было выполнить действия, ориентируясь на два заданных условия одновременно). Хотя обычно отмечают негативное влияние болезни на интеллектуальное развитие в детском возрасте, результаты исследования оказались несколько иными.

Часто болеющие младшие школьники действительно продемонстрировали замедленное развитие таких психических новообразований этого возраста, как теоретический анализ, содержательная рефлексия, целостное планирование и произвольность. Однако у редко болеющих учащихся выявлено ускоренное (по сравнению со здоровыми сверстниками) развитие указанных новообразований. Автор предлагает следующее объяснение этих результатов. Больной ребенок чаще сталкивается с затруднениями в своей деятельности, что вынуждает его чаще анализировать поведение (свое и окружающих), более тщательно планировать деятельность и контролировать ее в ходе осуществления.

Поэтому происходит более раннее созревание психических новообразований, если обострения болезни редки или при субъективно легком течении заболевания. При частных обострениях хронической болезни (либо при ее тяжелом течении) из-за выраженного астенического синдрома развитие новообразований возраста замедляется. Можно согласиться с автором в том, что редко болеющие дети (не более четырех раз в год) нуждаются в помощи психолога не меньше, чем болеющие часто, поскольку с повышением уровня рефлексии у них увеличивается число проблематичных суждений. Для них более характерен теоретико-познавательный подход к объектам, который исключает категоричные оценочные и самооценочные суждения, что ведет к возрастанию неуверенности в себе. В то же время, более рефлексивные дети привлекают внимание одноклассников и обычно выделяются среди них рядом положительных качеств. Поэтому наблюдается противоре-

чие между неуверенностью и высоким статусом среди сверстников, из-за чего возможны эмоциональные срывы.

К сожалению, В.А. Ковалевский не указывает некоторые важные характеристики испытуемых: болезни, которыми они страдают, их мотивацию к учебе, успеваемость и т.д. Без этого трудно оценить возможность обратной направленности причинно-следственных связей, хотя нельзя и полностью исключить именно такой вариант объяснения результатов; ускоренное развитие интеллектуальных функций может быть «оплачено» другой ценой — ценой здоровья ребенка, особенно если иметь в виду психологические заболевания. Проблемы психологического плана, нередко возникающие у одаренных детей, хорошо известны.

Наиболее подробно рассматривается обычно психодиагностический аспект работы психолога с пациентами врача-педиатра. Можно выделить две основных цели составления психологической характеристики ребенка. Во-первых, она позволяет оценить необходимость психокоррекционной и психотерапевтической работы с ним, а также определить психотерапевтические мишени и направление коррекции (если она нужна) внутренней картины болезни. Во-вторых, полученная информация, несомненно, полезна для врача. Она может использоваться для установления контакта и оптимизации общения с пациентом, для диагностики, прогноза, терапии и для выработки реабилитационных мероприятий. В каждом случае на первый план выдвигаются те или иные задачи психологического исследования пациента. Они зависят от многих факторов, например, от особенностей болезни.

В последние годы предпринимаются попытки обучать будущих врачей составлению медико-психологической характеристики личности больного ребенка. Рассмотрим одну из схем подобной характеристики, разработанную преподавателями ЯГМА и предлагаемую студен-

там педиатрического факультета для выполнения зачетной работы [Урываев В.А. и др. – 162]. На наш взгляд, структура и содержание предложенной характеристики, указанные методы и методики получения информации научно обоснованы и соответствуют практическим задачам работы с больным ребенком. Сомнение вызывает лишь то, что составление этой характеристики требует хорошей подготовки в области психологии, умения применять психологические знания и желание делать это, а также значительных затрат времени врача, которого обычно на подобную работу просто не хватает. Поэтому более целесообразным нам представляется не превращение врача в «психолога по совместительству», а появление штатных психологов и психотерапевтов в детских учреждениях системы здравоохранения. Для психологов упомянутая схема медико-психологической характеристики личности ребенка в клинике представляет интерес, и особенно это касается ряда разделов характеристики, на которых мы и акцентируем внимание.

Субъективный анализ жизни (история жизни со слов самого пациента) включает информацию о составе семьи, особенностях воспитания, поведения и развития в раннем возрасте, о протекании пубертантного периода, о формах проявления нарушения поведения (девиантное поведение). Важное значение могут также иметь бытовые условия и особенности семейных отношений, описание характера и его динамика. Каждый пункт этой схемы конкретизируется. Например, о поведении и развитии в раннем детстве нужно выяснить следующее:

- интересы и игровая деятельность в дошкольном возрасте, контактность, особенности адаптации в коллективе (детсад, ясли);
- наличие гиперактивности или, наоборот, пассивности;
- школьный возраст: возраст начала учебы, способности, прилежание, дисциплинированность, успеваемость, трудности в учебе (сниже-

ние памяти, способности усваивать новое, отвлекаемость, недисциплинированность), интересы, активность, контактность, изменение отношений с родителями, братьями, сестрами, учителями, сверстниками.

Следующий блок сведений — это субъективный анамнез заболевания, т.е. история болезни с точки зрения самого пациента. Надо узнать его мнение о причинах заболевания, спросить о применявшемся ранее лечении, о влиянии заболевания на пациента и его окружение. Кроме того, просят описать условия возникновения заболевания и описать симптомы болезни и их развитие до настоящего момента.

Со слов близких, хорошо знающих пациента людей и на основе документальных свидетельств выясняют состав семьи, наследственную отягощенность, особенности воспитания и т.д., т.е. собирают объективный анализ жизни по пунктам, соответствующим субъективному анамнезу жизни (см. выше). Далее собирают сведения для объективного анамнеза заболевания: об особенностях развития ребенка до 3-х лет, о перенесенных заболеваниях и их течении, о влиянии заболевания на пациента и его окружение (на благосостояние семьи, межличностные контакты в ней, на социальную адаптацию больного и т.д.). Различия между объективным и субъективным анализом позволяют судить о критичности больного, о его способности адекватно воспринимать действительность.

Подробно описано, какую информацию о психике ребенка и как можно извлечь с помощью наблюдения и беседы с пациентом. Например, важно обращать внимание на то, как ребенок устанавливает контакт: торопливо, фамильярно, смело и охотно, или же сдержанно, недоверчиво, осторожно. Надо также отметить, ведет он себя естественно или манерно, старается ли только выглядеть вежливым, отсутствует ли какие-то социальные навыки. Оценивается на основании мимики, пан-

томимики и речи настроение пациента и то, насколько оно стабильно. В отношении речи ребенка важно обратить внимание на монотонность или «красочность» голоса, на темп речи, разговорчивость, дикцию и особенности словарного запаса. Во время разговора можно заметить, легко ли ребенок формулирует мысли, быстры и адекватны ли вербальные реакции, проявляются ли в речи сдержанность или самоуверенность и т.д.

Экспериментально-психологическое исследование проводится с применением набора психодиагностических методик. Этот набор включает:

- тесты Пьерона-Рузера, Бурдона (для оценки внимания, работоспособности, астенизации);
- методику «10 слов» (для оценки объема кратковременной памяти, динамики заучивания, сохранения);
- методики для оценки основных характеристик мышления (уровня абстрактности суждений, умения мыслить логически, понимать подтекст), такие как «Классификация», «Нелепицы», «Последовательность событий», «Толкование пословиц» и др.;
- тест Лауретты Бендер, «Рисунок человека» (для оценки сенсомоторных способностей);
- методику для исследования самооценки, «Кинетический рисунок семьи» для исследования системы семейных отношений.

Необходимо учитывать проявление различных психологических особенностей обследуемых в процессе выполнения ими психодиагностических методик. Заключительные выводы делаются на основании обобщения и сопоставления всех полученных данных (жалоб, биографии, экспериментально-психологического исследования). Выводы касаются того, каким образом биологические факторы и психотравми-

рующие воздействия, социально-психологические условия формирования повлияли на развитие личности пациента и отразились в поведении, интеллектуальных и других психологических особенностях, психосоматических расстройствах, отношении к болезни и критичности.

Фактически для составления фрагментарно описанной здесь медико-психологической характеристики требуются профессиональные знания и умения, которыми обладает клинический психолог. Он, однако, получает в вузе значительно более основательную подготовку в области психологии, чем врач-педиатр. Еще раз выскажем наше сомнение в том, что последнему в повседневной практической работе удастся эффективно выполнять «по совместительству» и функции психолога.

4. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ ПРИ СОМАТИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЯХ

Цели психокоррекционной и психотерапевтической работы с больными могут быть самыми разными: помощь в преодолении внутриличностных конфликтов, коррекция и психотерапия многообразных последствий влияния болезни на психику, коррекция неэффективных механизмов психологической защиты и помощь в построении адекватного копинг-поведения, адаптации к болезни, коррекция внутренней картины болезни, работа с семьей больного для активизации социальной поддержки, изменение преморбидных личностных особенностей, повышающих риск рецидива болезни, утяжеляющих ее течение и процесс реабилитации и т.д. В литературе по медицинской деонтологии и этике о многих из перечисленных целей пишут давно и много, обычно предполагая, что каждый врач, работая с больным, должен заниматься «малой психотерапией», не забывая о воздействии на пациента, правильно его строить.

На первый взгляд, психосоматические больные, исходя из определения психосоматических болезней, должны быть наиболее благоприятным объектом психологического воздействия. Однако не все так просто: есть сведения о том, что нередко психотерапия здесь ничего не дает, а может даже ухудшить состояние больного. Это относится в основном к психоаналитической терапии. Кроме того, серьезной проблемой оказывается часто мотивация психосоматических больных к участию в психокоррекционных и психотерапевтических занятиях.

Объясняется это разными причинами: личностными особенностями психосоматических больных, отрицанием ими психологических механизмов болезни и т.д. Признать, что психологические (в том числе и связанные с собственными личностными особенностями и своим поведением) факторы важны для преодоления болезни, для избавления от нее — значит принять на себя ответственность. Поэтому больному часто легче считать, что он является таким, каким его сделали объективные обстоятельства, биологическая (генетическая) предрасположенность к болезни. Это позволяет избегать чувства вины за свою болезнь. Сказанное особенно характерно для самолюбивых, скрытных пациентов, не склонных делиться с врачом (а тем более с группой пациентов) своими переживаниями и психологическими проблемами. Их ведущая установка является, в известной мере, защитной и заключается в направленности на лекарственную терапию и другие биологические средства лечения. Итак, главное в этом случае — убедить пациента в том, что есть причинно-следственные связи между жизненными ситуациями и болезнью, добиться осознания им собственной роли в генезисе болезни. При этом, однако, Б.Д. Карвасарский совершенно прав, считая, что не следует разрушать адаптивные механизмы больного, даже если они малоэффективны, если нет уверенности в том, что мы сможем дать ему лучшие средства приспособления [68].

В статье А.Б. Смулевича с соавторами приводятся интересные мнения об условиях эффективности лечения психосоматических расстройств [130]. Авторы, на наш взгляд, совершенно правы, когда отмечают, что лечение этих заболеваний (особенно в выраженных случаях) требует участия врача-интерниста, психиатра и психотерапевта. Не следует недооценивать значение медикаментозного вмешательства, поскольку, например, при кардионеврозе психотерапия дает более выраженный непосредственный эффект по сравнению с фармакотерапией, но через три года эффект последней оказывается более стабильным.

По мнению авторов, психотерапия при психосоматических расстройствах должна быть направлена в первую очередь на коррекцию ВКБ и соответствующих поведенческих девиаций (отклонений), проявляющихся нарушениями лечебно-охранительного режима. Другая важная задача психотерапевта — оптимизация отношений «врач-больной».

Нам представляется, что в этих утверждениях хорошо просматривается определенная ограниченность взглядов медиков на роль психотерапевта или психолога, работающего с соматическими больными, хотя с точки зрения лечащего врача выделение именно этих задач в качестве первоочередных вполне понятно и оправдано.

Далее авторы рассматривают этапы и цели психотерапевтического воздействия в зависимости от отношения больного к своей болезни. При гипернозогнозии (переоценке тяжести болезни) на первом этапе нужна «поддерживающая» психотерапия, чтобы уменьшить чувство страха, отчаяния и беспомощности. Особенно важно это для пациентов с чертами зависимости, инфантильности, тревожности, со склонностью к патерналистской модели лечения и с ориентацией на авторитет врача. Необходимо отвлечь внимание больного от ипохондрических переживаний, придать лечебному процессу личностный смысл. На втором этапе с помощью когнитивно-бихевиоральных техник

стремятся ослабить страхи, разрушить комплекс «выученной беспомощности», смягчить проявления «госпитализма», связанного с длительным пребыванием в больнице. Кроме того, нужны и рациональные техники, направленные на коррекцию восприятия заболевания в фаталистичных, «катастрофальных» семантических категориях. При этом решается задача формирования более активной установки на «соучастие» в процессе лечения.

Иначе строится психотерапевтическое воздействие при гипнозогнозии, когда болезнь недооценивается. На первом этапе с помощью рациональной психокоррекционной работы с директивно-суггестивными элементами пациенту разъясняют пагубные последствия нарушения терапевтического режима и попыток самолечения. Особенно эффективно это в отношении больных с выраженным «поиском новых ощущений», с низким уровнем тревожности, высокой активностью, со склонностью полностью контролировать ситуацию и недооценивать существующую опасность. На втором этапе когнитивно-бихевиоральные методы направляются на реструктуризацию устойчивых когнитивных схем пациента, ведущих к недооценке опасности заболевания, преуменьшению его серьезности, к пренебрежительному отношению к предлагаемому лечению и переоценке своих возможностей. Здесь очень важно формировать установку на признание авторитета врача и корректировать неадекватные представления пациента о собственной высокой компетентности в ситуации заболевания [130].

Следует разделить обеспокоенность авторов тем, что в настоящее время даже консультативная психиатрическая помощь психосоматическим больным оказывается очень редко. Обычно это лица с психическими расстройствами или с суицидальной попыткой. Пациенты

же с пограничными психическими расстройствами, как правило, остаются без помощи психиатра, психотерапевта или психолога.

В ряде работ делаются попытки выделить особенности больных, позволяющие предсказать, насколько трудно будет вовлечь их в психокоррекционную и психотерапевтическую работу. Показано, что знание некоторых психологических особенностей больных гипертонической болезнью можно использовать для прогноза их участия в немедикаментозной терапии [4]. В исследовании участвовали 178 мужчин с мягкой формой гипертонической болезни, которым методом случайного отбора назначался один из видов лечения: психорелаксационная терапия, диетотерапия с ограничением поваренной соли или физические тренировки. Сравнивались особенности больных, отказавшихся от лечения или прервавших его, и тех, которые закончили курс лечения. Участию больных в лечении препятствовали низкий уровень образования и отрицательное отношение к врачебным рекомендациям (независимо от вида лечения). Вероятность отказа от участия в психорелаксационной терапии была велика у лиц с невысоким уровнем самоконтроля и недостаточной обязательностью. Отказавшиеся от диетотерапии отличались ориентацией на собственные (не всегда адекватные) представления о болезни и способах ее лечения, а также низкой активностью. Физические тренировки оказались неприемлемы для тех больных, которые не способны к длительным целенаправленным усилиям и характеризуются некоторой демонстративностью. Результаты исследования позволили разработать формулы, позволяющие прогнозировать отказ от участия в разных видах немедикаментозного лечения в 72-89 % случаев.

В другой работе установлено, что психологическое вмешательство при лабильном течении гипертонической болезни более эффективно у больных, которые характеризуются педантичностью, рационально-

стью, практичностью, общительностью, повышенной активностью и склонностью к преодолению трудностей. Они быстрее обучались методике релаксации, у них легче формировалось положительное отношение к врачебным рекомендациям, в том числе и к тщательному выполнению рекомендаций по самостоятельным тренировкам [5].

В плане мотивации больных к участию в психокоррекционной и психотерапевтической работе интересны рекомендации В.П. Зайцева и В.В. Храмелашвили по учету факторов, определяющих готовность сотрудничать с медиками в программе вторичной психопрофилактики больных ишемической болезнью сердца [55].

При лечении соматических заболеваний широко применяются самые различные методы психотерапии — гипнотерапия, аутогенная тренировка, групповая психотерапия, внушение и самовнушение, терапия с использованием цвета и музыки и т.д. Приведем ряд примеров успешного психологического воздействия на больных при разных заболеваниях.

Противоречивы данные об эффективности психотерапии при ревматоидном артрите [104]. Есть сведения о том, что групповая психотерапия позволяет существенно улучшить состояние больных, что поведенческие психотерапевтические методики позволяют обучать больных ревматоидным артритом справляться с болью. У пациентов, прошедших курс занятий по психорелаксации, наступало значительное снижение болевого синдрома и возрастала двигательная активность. Однако в других исследованиях не удалось получить подобные положительные сдвиги у больных ревматоидным артритом, прошедших курс рациональной психотерапии или обучавшихся психорелаксации. И все же в работах, заслуживающих большего доверия (хороший контроль результатов, большое число больных и т.д.), показано, что обу-

чение больных методам саморегуляции приводит к снижению боли, уровня тревоги и улучшению объективных показателей.

Эффективность психологической коррекции в профилактике бронхиальной астмы показана Н.Д. Семеновой [126]. Цикл групповой психологической коррекции состоял из 12 занятий и охватывал период 2,5-3 месяца. Использовались ролевые игры, элементы психодрамы, психогимнастические приемы, варианты социометрических методик, аутогенная тренировка и приемы релаксации, биографически ориентированные сеансы, групповые дискуссии, элементы музыкотерапии. При этом часть занятий выносилась на свежий воздух, где проводились оздоровительные мероприятия. Эффективность психологической коррекции определяли с помощью психологических, и медицинских критериев. Значительное улучшение состояния наблюдалось у 24 % больных, улучшение — у 36 %.

Опытом психотерапевтического лечения бронхиальной астмы делятся Д.И. Челянов и Г.А. Аверин [164]. Они работали с группой подростков (11-14 лет) с тяжелым и средней тяжести течением болезни. За основу была взята методика управляемой саморегуляции человека «Ключ к себе» доктора Х. Алиева. Обучившись погружению в состояние саморегуляции, пациенты получают возможность в дальнейшем проводить лечение самостоятельно. Сеансы были групповыми (по 8-12 человек). Проведено по 5 сеансов продолжительностью 1,5 часа, из которых 1 час занимала работа с группой и 30 минут индивидуальная работа. После окончания основного курса лечения практически у всех детей выровнялось психоэмоциональное состояние, нормализовался сон, снизилась тревожность, повысилась коммуникабельность. Резко уменьшилось количество жалоб на боли в животе и головную боль, уменьшились количество приступов, их тяжесть и длительность.

БД.Карвасарский приводит результаты других исследований, свидетельствующих о целесообразности психотерапии при работе с больными бронхиальной астмой [68]. Есть опыт успешного применения в этом случае гипнотерапии. Часто психотерапия используется как один из элементов лечебно-восстановительных мероприятий. При этом улучшается состояние больных, уменьшаются рецидивы, восстанавливаются нарушенные отношения пациентов, предупреждаются дистрессы. Полезны различные методы и индивидуальной, и групповой психотерапии (рациональная, гипносуггестическая, аутогенная тренировка и др.). Не следует ожидать хорошего результата у каждого больного, нуждающегося в психотерапии. Иногда ее нужно сочетать с психотропными средствами.

При групповой психотерапии бронхиальной астмы наряду с дискуссионной формой использовался проективный рисунок, а также применялась релаксация. Больные сами оценивали приступы, выявляли роль эмоциональных факторов в их возникновении и нарушении дыхания. Применялись также приемы поведенческой психотерапии, направленные на преодоление возникающих у многих больных фобических расстройств. В ряде работ обосновывается целесообразность проведения у больных бронхиальной астмой семейной психотерапии. Это создает условия для формирования более зрелых и конструктивных психологических защитных механизмов [69].

Э.Т. Эйдемиллер и В.В. Юстицкий пишут, что семейная психотерапия в этом случае должна осуществляться по двум направлениям: 1) развитие и усиление эмоциональных коммуникаций в семье с использованием невербальных техник В.Сатир и 2) разыгрывание ролевых ситуаций типа «просьба», «требование», «благодарность» и др. с дальнейшим их обсуждением. В комплексе с другими лечебными воздей-

ствиями такая психотерапия приводит к облегчению течения болезни, приступы начинают возникать реже [174].

Много работ посвящено психотерапии при гипертонической болезни. Хороший обзор их дан в книге Б.Д. Карвасарского [68]. При гипнотерапии уменьшаются невротические и неврозоподобные нарушения, снижается (или даже нормализуется) давление. Эффективность гипнотерапии зависит от ее длительности. Все шире в лечении гипертонической болезни используют аутогенную тренировку, метод биологической обратной связи, а также другие методы релаксации. Однако важно в дополнение к ним формировать правильные отношения больного к разным сферам жизни, применяя, например, различные формы групповой психотерапии. Психотерапевтические воздействия должны иметь и симптомо-, и личностно-, и социоцентрированную направленность.

Задачей семейной психотерапии в отношении гипертоника является достижение осознания пациентом своих эмоциональных проблем, ситуаций, поддерживающих неконструктивное их разрешение в семье. Одной из психотерапевтических техник может быть методика «конструктивного спора» [174].

Широко используется психотерапия на всех этапах восстановительного лечения больных ишемической болезнью сердца, в том числе и у послеинфарктных больных. Внезапность возникновения болезни вызывает у пациента панический страх. Возможны гипнотерапия, аутогенная тренировка. Однако, применяя последнюю с больными, перенесшими инфаркт миокарда, исключают такие приемы, как «тяжесть», «сердце», «дыхание», а также не используют «позу кучера» и положение лежа. Полезно ввести новые упражнения (например, «легкость в теле», «тепло и свобода в груди»), а также элементы «открытые глаза». Иногда применяется музыкальное сопровождение. На поздних

стадиях восстановительного лечения ишемической болезни сердца возможна групповая психотерапия (лучше, если группы однородны по возрасту и образованию, по 12-14 пациентов).

Часто у этих больных отмечается «уход в работу». В плане семейной психотерапии им нужно помочь преодолеть односторонние ценностные ориентации. Надо учить их с помощью родственников расширять диапазон социально-психологических ролей. Важно устранить эмоциональный отрыв больного от семьи. Психотерапевт должен найти себе «союзника» в решении этих проблем (члена семьи). Нужно также отыскать способы повысить привлекательность семейной жизни для такого больного.

При лечении больных язвенной болезнью проводилась индивидуальная и групповая рациональная психотерапия, гипноз-отдых. Одной из задач психотерапии было изменение вкусового стереотипа. Другой задачей может быть снятие болевого синдрома. Как уже отмечалось, при язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки нередко встречаются такие личностные профили больного, как «тиранический пациент» и личность с тенденцией к «рассеиванию» агрессивного напряжения (брюзжание, недовольство, иронические замечания и т.д.). В обоих случаях целесообразна семейная психотерапия. «Тираническому пациенту» нужно помочь осознать, в каких ситуациях возникает у него страх и гиперкомпенсаторно появляется стремление к тираническому поведению. Рекомендуют занятия проводить по принципу «здесь и сейчас» с использованием техник гештальт-терапии. Пациент и его родственники поочередно проигрывают роли «агрессивного» и «тиранического», а затем «испуганного» человека. Обсуждается пребывание в этих ролях. Полезно также развитие эмпатии у членов семьи и создание альтернативных стандартов взаимодействия.

В другом случае, при «рассеивании» пациентом агрессивных эмоций, рекомендуют использовать технику «конструктивного спора» [174].

В.А.Ананьев, изучив психологические особенности больных с предъязвенными состояниями и язвенной болезнью, разработал и апробировал цикл психокоррекционных занятий с этими больными [7]. «Мишенями» для психокоррекционного вмешательства должны быть такие их качества, как ригидность, тревожность, неуверенность в себе, пессимистический прогноз жизнедеятельности, оценка препятствий как непреодолимых. Использовался метод аутогенной тренировки.

Проводилось не менее 12 занятий длительностью около часа по 3 раза в неделю. Для оценки эффективности занятий применялись психологическое тестирование и объективные показатели. В одном комплексе психокоррекции были совмещены два аспекта психокоррекционных воздействий — симптоматический и патогенетический. Оказалось, что результаты этих занятий зависели от типа преморбидной личности пациентов. Не было улучшения у больных, которые в преморбиде отличались высокой активностью, ориентацией на успех, умеренно высоким уровнем притязаний, импульсивностью, конфликтностью, незрелостью эмоциональных реакций и т.п. Наиболее выраженный эффект после психологической коррекции получен для другой группы больных. До болезни это были люди астеничные, с тенденцией к пассивности, с сильным мотивом избегания неудач, с повышенным самоконтролем, неуверенностью и высокой тревожностью.

Вывод очевиден: нельзя ожидать одинаково хороших результатов психокоррекционных воздействий, используя их шаблонно, применяя одинаковые психокоррекционные техники для всех больных, имеющих определенное заболевание. Предваряющая эту работу психологическая диагностика позволяет вести психологическую коррекцию более «прицельно» и эффективно.

Отдельные стороны личностно-ориентированной групповой психотерапии можно использовать в лечении онкологических больных и в психопрофилактической работе с ними. Это позволяет корректировать их внутреннюю картину болезни, психологические защитные механизмы, предотвращать формирование «синдрома изоляции», улучшать их эмоциональное состояние. Полезны одночасовые еженедельные групповые занятия, на которых члены группы получают взаимную моральную поддержку, делятся опытом адаптации к болезни, нахождения путей преодоления эмоционального напряжения [68].

Есть опыт проведения групповой психотерапии даже с безнадежными онкологическими больными (ежедневно по 90 минут в группе из 6-7 пациентов). Это поддерживает больных, помогает справиться с огромным стрессом, ориентироваться на настоящее (на жизнь).

Известно, что для больных раком нередко является серьезной проблемой их взаимодействие с близкими людьми, охваченными страхом (как правило, неосознаваемым). Это ведет к очень тяжелой атмосфере, в которой больной с трудом сохраняет нормальное «функционирование». Например, мать 14-летней больной просила дочь не заговаривать с ней по поводу болезни, не задавать вопросов. Однако больному часто нужно «проговорить» проблему, иначе может быть сильная фобическая реакция. Близкие ракового больного переживают такую шоковую реакцию, что нуждаются в специальной помощи [160].

Б. Сигель хорошо пишет о том, как важно даже в, казалось бы, безнадежной ситуации поддерживать веру больного в выздоровление, мобилизовать его на борьбу с болезнью. У пациентов, которых он называет исключительными (или выживающими), все мысли и каждое «душевное движение» посвящены жизни. Наоборот, депрессия, страх и нерешенные конфликты способствуют умиранию. Исключительные пациенты берут на себя ответственность за свою жизнь. Автор отме-

чает, что врачи редко отдают себе отчет в том, насколько отличается их общение с онкологическими больными от контактов с остальными больными. Таким образом, не осознавая того, врач часто только усугубляет тяжелое положение этих больных [129].

Известен позитивный опыт психокоррекционной работы с больными раком молочной железы в амбулаторных условиях [165]. Это заболевание является сильной психологической травмой. Оно затрагивает всю сферу значимых отношений личности, порождает массу психологических проблем, высокую тревожность, сниженную самооценку, дезадаптацию. После радикального лечения и выписки более 60 % женщин нуждаются в психокоррекции и психотерапии. Отсутствие поддержки со стороны ближайшего окружения часто ведет к фиксации на соматических ощущениях, к самоизоляции, даже когда наблюдается безрецидивное течение онкологического процесса. Неадекватен и такой способ совладения с болезнью, как стремление вести прежний образ жизни с нагрузками, непосильными вследствие болезни. Психокоррекционная работа с этими больными позволила улучшить их психическое состояние, уменьшить степень физических страданий, расширить спектр форм адаптивного поведения и улучшить социальные контакты.

В одной из работ подробно описан опыт успешного применения психодрамы при лечении рака [171]. Первым шагом должно быть выявление стрессовых событий в жизни больного, которые сделали ее тяжелой или даже невыносимой. Затем он должен научиться бороться со стрессом, приобрести, прежде всего, навыки релаксации, чтобы вызывать у себя чувство душевного спокойствия и физического комфорта. Следующий шаг — тренинг визуализации процессов, происходящих в его организме. Он должен, например, уметь представить свои лейкоциты, которые ведут наблюдение и, обнаружив раковые клетки, уни-

чтожают их. Затем пациент представляет ход лечения, его успешный результат и т.д. Используются формулы самовнушения, рисунки пациентов. Далее визуализированные образы и рисунки больных могут быть проиграны в психодраматических сюжетах. Разыгрывается, например, предстоящая операция. Исполняются психодрамы с разными возможными исходами. При этом больной, выразив свои скрытые страхи и самые худшие опасения, освобождается от них, что важно перед операцией. Используется составление больными геносоциогаммы (генеалогического дерева с определенными дополнениями), что помогает им лучше понять свою жизнь, «семейные узы», выявить подсознательную идентификацию пациента с умершим членом семьи. С использованием психотерапии, психодрамы, группового анализа добиваются преодоления чувства обиды. Полезны также физические упражнения. Очень важно, чтобы больной ожидал какие-нибудь радости (пусть маленькие) и доставлял их себе, переживал чувство удовольствия, строил планы на будущее. Все это помогает больным в терминальной стадии рака жить дольше и быть счастливыми, а иногда возможно и полное выздоровление. Некоторые пациенты, участвовавшие в кратко изложенной здесь программе, живут более 15 лет и хорошо себя чувствуют.

Одним из основных звеньев психологических дезадаптивных механизмов у онкологических больных также является сниженная самооценка. С помощью методики личностного дифференциала динамика самооценки изучалась у 127 больных раком молочной железы и желудочно-кишечного тракта [12]. При первом исследовании (на первых этапах лечения) больные воспринимали себя вполне эмоционально привлекательными, умеренно волевыми и уверенными в себе, общительными и активными. После проведенного лечения они оценивали себя как менее привлекательных (это, вероятно, связано с характером оперативного вмешательства), как неуверенных в себе, малообщитель-

тельных и недостаточно активных. Все это в будущем вызывает нарастающую самоизоляцию, апатию, утрату активной жизненной позиции, доминирование представлений о смерти.

Для профилактики подобной ситуации целесообразно использовать комплекс психокоррекционных мероприятий (групповую, индивидуальную, семейную психотерапию), которые должны поддержать самооценки больных. Эта работа должна начинаться на первых этапах контакта пациентов с онкологической помощью. Ее может проводить медицинский психолог в сотрудничестве с врачом-онкологом.

Важнейшей задачей при работе с соматическими больными является коррекция их самооценки и самоотношения. В предыдущих разделах мы уже не раз касались особой чувствительности этих компонентов психики к последствиям болезни. В частности, болезнь может изменять внешность, а представление о своем внешнем облике является необходимым элементом образа Я [133]. Эмоционально-ценностное отношение к своему внешнему облику зависит от эмоциональной оценки отдельных телесных качеств и от их субъективной значимости. А.Н. Дорожевец выполнил интересное исследование искажения образа физического Я у больных ожирением и нервной анорексией [48]. Даже малейшая неприятность приводит у них к снижению настроения, самооценки и к усилению негативного отношения к себе, а это, в свою очередь, влечет за собой снижение самооценки внешности. Искажение образа тела становится важным вторичным психопатогенным фактором. Негативное отношение к своей внешности и личности в целом стабилизируется или повышается, что усиливает дезадаптацию больных и затрудняет их лечение.

Установлено значительное влияние на искаженное восприятие своей внешности такой личностной характеристики, как когнитивная дифференцированность. Е.Т. Соколова рассматривает эту черту в трех ас-

пектах, включая в нее широту и адекватность выделяемых при восприятии объекта признаков, степень аффективно-когнитивной расчлененности и способность отвлечения от интерферирующих признаков [133]. Поэтому повышение уровня когнитивной дифференцированности должно быть первоочередной задачей психокоррекционного воздействия. Необходимо уточнить представления больных о своей внешности, для чего можно использовать специальную психотерапию (так называемую «телесно ориентированную психотерапию») и разные виды видеообратной связи. Другая «мишень» воздействия — это порочный круг «переоценка ширины тела — негативная эмоциональная оценка внешности». Был апробирован вариант психокоррекционной методики, основанной на применении обратной связи о реальной ширине тела. В идеальном варианте это приводит к позитивной эмоциональной оценке внешности и недооценке ширины тела [48].

Особые проблемы возникают в случае диагностики и коррекции самооценки у психосоматических больных. Мы имеем в виду часто имеющее место в этом случае рассогласование двух уровней самооценки и самоотношения — осознаваемого и неосознаваемого. Осознаваемая «самооценка сегодняшнего дня» изменяется под влиянием критики, неудач, фрустрации и других средовых воздействий. Однако истинная, но неосознаваемая самооценка, сложившаяся в период становления личности, может не соответствовать «самооценке сегодняшнего дня», и тогда возникает сложный внутренний конфликт, двойственное отношение к себе. Личность становится уязвимой к дезадаптирующему влиянию среды. Осознать глубинные представления о себе в этом случае может помочь психоанализ, хотя на работу с самооценкой направлены и многие другие психотерапевтические техники. В конечном итоге они должны обеспечить эмоциональное самопринятие и повысить уверенность в себе. Иначе конфликты на неосознаваемом уровне, особенно у алекситимических личностей, будут приво-

дуть к психосоматическим заболеваниям, которые (уже вторично) нарушают самооценку, дестабилизируют образ Я.

Психосоматические пациенты страдают от рассогласованности когнитивных представлений о себе и эмоциональных проявления и действий в отношении себя. Более того, исследование, выполненное Р.Г. Аксенфельд под нашим руководством, показало, что психосоматические больные, создавая образ идеального Я, заведомо подсознательно не принимают его. Следовательно, вряд ли без помощи психотерапевта они смогут измениться. Эти больные оказались в большей степени, чем здоровые испытуемые, зависимыми от их оценок со стороны значимых для них других людей. Показана возможность использования для выявления противоречия между осознаваемой и неосознаваемой самооценками такого комплекса методик: опросника самоотношения (В.В. Столин), личностного дифференциала (Е.Ф. Бажин и А.М. Эткинд) и проективной методики, предполагающей написание сказки с грустным концом. В проективных сказках хорошо отражаются все проблемы неосознания самооценки, что помогает сформулировать «неосознаваемый запрос» на психотерапевтическую работу [6].

Е.Г. Филякова предлагает ряд рекомендаций по проведению психокоррекционной и психотерапевтической работы, направленной на «нормализацию» образа «Я» у подростков с хроническими психосоматическими заболеваниями [156]. Рекомендации основаны на результатах обширного исследования, охватившего 201 больного в возрасте 10-15 лет, страдающих бронхиальной астмой, язвенной болезнью желудка или двенадцатиперстной кишки. Установлены некоторые особенности составляющих образа «Я» больных подростков.

Наряду с актуальной и идеальной самооценкой, в качестве третьей составляющей взята потенциальная самооценка, отражающая возможности достижения желаемого (личностных качеств, целей деятельно-

сти), представления реальности поставленных задач и стремление к воплощению задуманного.

У подростков с психосоматическими заболеваниями три указанные составляющие самооценки часто «слипаются», то есть их значения совпадают. В разных вариантах совпадения это свидетельствует либо о ригидности самооценки, нежелании изменяться, либо о неверии в возможность изменений, либо о нереалистичной оценке перспектив. Другой феномен — это внутренняя диссоциация, рассогласованность между уровнями самооценки, когда, например, значение идеальной потенциальной самооценки меньше значения актуальной. Если у здоровых подростков такие феномены встречаются редко, то у больных они фиксируются как обычные явления, выступающие в качестве защитных или компенсаторных механизмов самообмана. Это ведет к изменению смыслового будущего больных подростков к нарушению процесса саморегуляции, поскольку самооценка тесно связана и с регуляцией своего поведения, и с иерархией мотивов. На искажение образа «Я» влияют тяжесть заболевания, его длительность (в случае бронхиальной астмы). Полученные результаты исследования «выводят» на определенные рекомендации по психокоррекционной и психотерапевтической работе с этим контингентом больных.

Первая цель такой работы — актуализация системы смысловой саморегуляции, изменение смыслового и временного будущего. Важна работа с представлениями подростков о смерти, с переживанием страха смерти. При тяжелом хроническом соматическом заболевании представление о реальности смерти возникает раньше, чем обычно, и это влияет на формирование ценностных ориентаций.

Особое внимание должно уделяться внутренней картине болезни, так как от тяжести и длительности заболевания зависит искажение образа «Я». Нужно также предотвратить процессы снятия ответственности за

собственное здоровье. Здесь возможно и индивидуальная, и групповая работа с использованием элементов психодрамы, гештальт-терапии, арт-терапии, релаксационных методик.

Следующая задача — коррекция негативного самоотношения больных подростков. При этом надо опираться на компенсаторные личностные свойства, повышая уверенность в себе, своих силах. В то же время, позитивное самоотношение может иметь защитный характер, быть проявлением нежелания самопреобразований. Наконец, необходима и работа с проблемами семьи больного подростка, направленная на гармонизацию внутрисемейных взаимоотношений. Поскольку искажения образа «Я» зависят от возраста, психокоррекционная и психотерапевтическая работа должна начинаться рано, не дожидаясь хронизации болезни.

Важной задачей в работе с больными является снижение стресса яры болезненных медицинских процедурах (эндоскопия, удаление зубов и т.д.). Повышенный стресс в этих случаях приводит к осложнениям во время самой процедуры, к осложнениям, снижению эмоциональному состоянию впоследствии, к негативному побочному воздействию лекарств. Для снижения стресса использовались различные подходы: предоставление больному информации, релаксация, когнитивно-поведенческие методики [187].

Одним из средств «малой психотерапии» при работе с больным может быть юмор, помогающий человеку освободиться от страхов. Юмор широко распространен как в среде студентов-медиков, так и в различных областях медицины. Целенаправленное использование юмора в клинической работе, как предполагают авторы одной из статей, должно быть полезным для преодоления больным стрессов, связанных с заболеванием или госпитализацией, а также для улучшения взаимопонимания врача и больного [193].

При лечении подростка и юношей часто возникает задача повысить активность больного в процессе лечения. Этому способствует осознание им болезни как результата не только биологических, но и социально-психологических факторов (особенностей характера, личности, поведения, воспитания и т.д.). Только после этого возможно эффективное использование психотерапии в комплексном лечении психосоматических расстройств. Поскольку для подростков характерна повышенная ориентация на оценки окружающих и самоутверждение в процессе общения, адекватным методом и диагностики, и коррекции является групповая психотерапия. При этом в центре внимания должна находиться формирующаяся личность с ее проблемами, и групповые занятия надо сочетать с индивидуальной психотерапией. Это облегчает осознание больным связи между своими проблемами, своей личностью и болезнью. Из-за обидчивости, нетерпимости, неприятия негативной информации о себе и категоричности суждений у подростков и юношей надо постоянно поддерживать мотивацию посещения групповых занятий. Для этого и нужны индивидуальные беседы. Очень важна эмоциональная поддержка в группе, например, положительные высказывания об отвергнутых в процессе социометрии членах. Нежелательна в подростковых амбулаторных группах вторая фаза групповой динамики — фаза агрессии и разочарования, ведущая здесь к конфликтам и уходу из группы.

С учетом указанных особенностей подростков и юношей была проведена психотерапия больных гипертонической болезнью и язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки [65]. При язвенной болезни наиболее эффективным оказался метод психодрамы с обратной связью. Подростки с артериальной гипертензией в группе больше заботились о соблюдении групповых норм, стремились к получению информации и теоретическим обобщениям. Их проблемы чаще всего

были связаны с гиперсоциальностью, подавлением выражения эмоций, неудовлетворенностью собой как партнерами по общению, неуверенностью в себе. Поэтому полезными были эмоциональный тренинг (изображение эмоциональных состояний), ролевой тренинг, направленный на смягчение ригидности, тренировка выбора и т.д. Общей проблемой для обеих групп являлось болезненное переживание больными мужского пола чувства одиночества и непонимания их окружающими, поэтому может быть полезен метод «внутренний голос»: члены группы от первого лица говорят о переживаниях какого-то пациента, который в это время молчит. По предварительным данным, в результате психотерапевтических занятий у больных улучшилось соматическое состояние, они стали успешнее решать некоторые жизненные проблемы, улучшилось взаимопонимание между ними и другими людьми.

Желающим получить более подробную информацию об использовании психотерапии при соматических болезнях мы предлагаем проработать книгу «Психосоматический больной на приеме у врача», хотя она и не отличается глубоким теоретическим обоснованием многих положений и рекомендаций авторов [95]. Большой и успешный опыт применения психотерапии в работе с соматическими больными описан в работе А.Л. Гройсмана [44].

Наряду с уже рассмотренными методами психотерапии, в соматической клинике могут быть полезными и другие, менее распространенные приемы психотерапевтического воздействия (библиотерапия, музыкотерапия, использование цвета в лечебной практике и т.д.).

Например, тихая, спокойная музыка успокаивающе действует на больных, ожидающих операции, может способствовать разрядке беспокойства и страха. Широко ведутся исследования по музыкотерапии в Польше, был создан даже Институт музыкотерапии. Показана эф-

фективность использования музыки в детских учреждениях для детей с физическими и психическими дефектами. Чаще всего применяют пассивную музыкотерапию (прослушивание музыки).

К сожалению, многие психотерапевтические приемы работы с соматическими больными описаны в литературе, не вполне заслуживающей доверия, которая в последнее время как лавина захлестнула прилавки книжных магазинов. В этих книгах часто без серьезного научного обоснования приводятся данные о почти фантастических результатах тех или иных «терапевтических» воздействий. Возможно, какая-то часть этих рекомендаций и заслуживает доверия, но профессиональный психолог (или психотерапевт) не должен считать достаточным основанием для их практического использования броскую рекламу или соответствие метода здравому смыслу. Слишком велика может быть цена ошибки.

Трудной проблемой является на практике выбор наиболее эффективного в каждом конкретном случае метода психотерапии при лечении определенной соматической болезни. Здесь, как нередко бывает и при работе с психическими больными или при психокоррекционной работе со здоровыми клиентами, часто используются приемы и техники, которые психотерапевту или психологу больше нравятся, которыми он хорошо владеет. Другой подход, также далеко не всегда оптимальный, — это использование жестких алгоритмов, ориентация на диагноз, одинаковая психотерапия, например, всех больных ревматоидным артритом без учета индивидуальных различий больных, специфики их психологических проблем, психических изменений, связанных с болезнью, или преморбидных личностных особенностей. Целесообразно для выбора адекватных психотерапевтических методов, техник, приемов четко определить важнейшие цели воздействия, «психотерапевтические мишени».

По мнению Д.А. Степановича, можно выделить ряд диагностических задач, решение которых необходимо для выработки стратегии и тактики психокоррекционной работы с психосоматическими больными. Во-первых, нужно выявить пусковой механизм психосоматического расстройства, который локализован в определенных жизненных сферах человека. Во-вторых, необходим анализ психологических особенностей личности пациента, его эмоциональной сферы, компенсаторных механизмов, поиск опор для коррекционного процесса. В-третьих, совместно с врачами определяются принадлежность психосоматического нарушения к органическому или функциональному ряду и вариант развития патологии (ситуационный, личностный, соматический и т.д.). В-четвертых, анализируется внутренняя картина болезни [135].

Рассмотрим один из возможных подходов к выбору методов психотерапии психосоматических больных, который был разработан под нашим руководством Р.Г. Аксенфельд [6]. В качестве диагностического средства понимания проблем психосоматических больных использовалась проективная методика, предполагающая написание ими грустных сказок. Эти сказки являются хорошим «инструментом» проникновения в бессознательное, наполненное индивидуальным травматическим опытом, помноженным на архетипические символы. Сказки могут быть сублимационными, предоставляющими «внутреннему ребенку» возможность проявления инфантильных травм психосексуального развития в сказкотворчестве [87]. При анализе грустные сказки обязательно должны обнаружить сходство с известными народными сказками. В их сюжете «обыгрывается» фиксация на психической травме. Анализ сказок позволяет получить представление о структуре конфликта, о жизненных сценариях. Все это дает возможность перейти к точно направленной психотерапии, когда психотехника играет роль инструмента, умело подобранного к задаче. Итак, психотерапия

должна максимально соответствовать структуре личности больного, его заболеванию, возможностям и способностям психотерапевта.

Описанная методика апробирована на 39 пациентах. Каждый из них сочинял грустную сказку, а затем проводилась большая психотерапевтическая работа. Все больные имели чисто соматическую концепцию возникновения их психосоматического расстройства и не обращались самостоятельно за психотерапевтической помощью. Беседа с такими больными трудна для психотерапевта, который постоянно наталкивается на мощное сопротивление, на нежелание признать возможность психогенной природы симптома. Тем не менее, предложение написать грустную сказку воспринималось вполне лояльно, так как параллельно шло интенсивное соматическое обследование и лечение. Анализ сказок, кроме распознавания психологических проблем, травм, конфликтов, жизненных сценариев, позволял и определить ведущую сенсорную систему (визуальную, аудиальную или кинестетическую).

Разговор о чувствах героев сказки помогает пациенту приблизиться к пониманию своих чувств (возможно, впервые, если учесть алекситимию многих психосоматических больных). В процессе обсуждения написанной сказки рано или поздно почти каждый пациент восклицал: «Так что, разве я писал о себе?!»

Результаты анализа сказок показали, что почти 80 % больных вытесняют такие деструктивные чувства, как вина, обида, гнев, агрессия. В половине сказок обнаружены варианты родительско-детского взаимодействия. Почти во всех сказках поднимались экзистенциальные проблемы любви, одиночества, вины, смерти. Около трети пациентов отразили в них свои сексуальные проблемы, ярко были представлены и фобические переживания. Все это позволяет для каждого больного выбрать наиболее адекватные психотерапевтические методы и техники.

Важной «психокоррекционной мишенью» должна быть внутренняя картина болезни (ВКБ), когда она «неадекватна», препятствует адаптации к болезни, мешает эффективному лечению, профилактике, реабилитации. А.В. Квасенко и Ю.Г. Зубарев отмечают, например, что необходимо формировать и поддерживать нормосоматозогнозию, то есть такую оценку болезни и такое отношение к ней, которые соответствуют реальной тяжести и опасности болезни [70]. Для достижения этой цели наиболее адекватной они считают рациональную психотерапию разъяснительного, успокаивающего, отвлекающего характера, косвенное внушение с учетом индивидуальных особенностей личности пациента. Перечисляется ряд требований к процессу общения врача с больным, которые, по своей сути, являются хорошо известными требованиями медицинской деонтологии: нужен «эмоциональный резонанс» с больным, чтобы он мог свободно обсуждать с врачом свои проблемы; надо обдумывать, как сообщить больному диагноз его болезни; информация не должна быть двусмысленной; надо формировать реалистичные ожидания в отношении результатов лечения, отвлекать больного от мыслей о болезни, делать акцент на улучшение состояния (даже незначительное) и т.д. Иногда в интересах больного допустима переоценка тяжести его заболевания, если снижена критика и есть элементы эйфории. Авторы отмечают, что особенно трудно корректировать отношение к болезни у лиц с признаками психопатии. В этом случае они рекомендуют наблюдение больного психиатром. В целом их представления о коррекции соматозогнозий не выходят за рамки «малой психотерапии», которой должен владеть каждый врач, общающийся с пациентом.

В.В. Николаева рассматривает проблему психологической коррекции ВКБ у больных с хронической почечной недостаточностью, находящихся на лечении гемодиализом [100]. Она предлагает достаточно обоснованную программу психокоррекционной работы с этими боль-

ными, которая выгодно отличается от часто встречающихся простых «наборов» деонтологических требований к врачу. Многие элементы этой программы, принципы ее построения, вероятно, могут быть полезны и при аналогичной работе с другими больными. Как отмечают разные авторы, наиболее эффективной коррекция ВКБ оказывается при ее совместном проведении психиатром и психологом. Основная цель — предупреждение формирования «утяжеленных» форм ВКБ. Психологическую помощь нужно строить с учетом этапа формирования ВКБ и того, какой уровень отражения болезни является ведущим.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамова Г.С., Юдчиц Ю.А. Психология в медицине. М., 1998.
2. Аванесян Г.Ю., Урванцев Л.П. Особенности конструктивной системы личности больных бронхиальной астмой // Познавательные процессы и личность в норме и патологии. Ярославль, 1995. С. 55-57.
3. Аверин Г.А. Экспериментальное исследование внутриличностного конфликта у больных бронхиальной астмой // Личность в современных исследованиях. Вып. 2. Рязань, 1997. С. 80-82.
4. Айвазян Т.А., Зайцев В.П., Таравкова И.А. Психологические предикторы участия больных гипертонической болезнью в немедикаментозной терапии // Кардиология. 1995. Т. 35. № 1. С. 42-44.
5. Айвазян Т.А., Новиков И.Д. Психологические предикторы эффективности психорелаксационной терапии при гипертонической болезни // Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии. Л., 1990. С. 109-113.
6. Аксенфельд Р.Г. Психосоматические больные: их психологические особенности и выбор психотерапевтического воздействия: Дипломная работа. Ярославль, 1997.
7. Ананьев В.А. Индивидуально-типические особенности больных с предъязвенными состояниями, язвенной болезнью и возможные способы их коррекции // Психологические проблемы индивидуальности. Вып. III. Науч. сообщ. к семинару-совещанию молодых ученых. Л.; М., 1985. С. 243-246.
8. Антоновски А. Факторы, способствующие укреплению здоровья: чувство связности // Психосоциальные факторы на работе и охрана здоровья. Женева, 1989. С. 143-155.
9. Багдасарян Э.Г., Хачатрян Г.С., Папикян Г.А. и др. К характеристике акцентуаций личности у больных язвенной болезнью // Журнал экспериментальной и клинической медицины. 1989. Т. 29. № 6. С. 527-529.
10. Бадмас Б.С. Астенические состояния. М., 1961.
11. Бажин Е.Ф. и др. Медико-психологические проблемы онкологической клиники // Психология и медицина. М., 1978. С. 220-224.

12. Бажин Е.Ф., Цейтина Г.П. Самооценка онкологических больных и уровень их психологической адаптации // Психологическое обеспечение психического и физического здоровья человека: Тез. докл. к VII съезду Об-ва психологов СССР. М., 1989. С. 98-99.
13. Бакрадзе М.Т., Хатиашвили М.О. Некоторые психологические особенности больных детей онкологического профиля // Психологическое обеспечение психического и физического здоровья человека: Тез. докл. к VII съезду Об-ва психологов СССР. М., 1989. С. 99-100.
14. Басов А.В. Отношение к здоровью среди старших подростков // Социальная психология: Практика. Теория. Эксперимент. Практика. Т. I, Ярославль, 2000. С. 55-58.
15. Бедрин Л.М., Урванцев Л.П. Психология и деонтология в работе врача. Ярославль, 1988.
16. Билибин А.Ф. Методологические аспекты врачевания // Медицинская этика и деонтология. М., 1983. С. 137-151.
17. Биктимиров Т.З., Модников Д.Г. Медико-психологическое обеспечение в системе лечения онкологических больных // Психология и практика. Т. 4, вып. 4. Ярославль, 1998. С. 106-110.
18. Биктимиров Т.З., Модников Д.Г., Семенихин Д.Г. Психологические проблемы персонала, работающего с онкологическими больными // Психология и практика. Т. 4, вып. 4. Ярославль, 1998. С. 102-106.
19. Бич Г.Р. Поведенческая терапия соматических реакций на стресс // Психосоциальные факторы на работе и охрана здоровья. Женева, 1989. С.198-207.
20. Бодров В.А. Психологический стресс. М., 1995.
21. Боков С.Н. Рак как индивидуальный стрессовый фактор в сознании населения // Социальная психология: Практика. Теория. Эксперимент Практика. Т. I, Ярославль, 2000. С. 79-82.
22. Бондаренко Г.В., Страхов В.И. Самонаправленное внимание как исходный канал информации о состоянии здоровья человека (к проблеме экологического воспитания) // Познавательные процессы и личность в норме и патологии. Ярославль, 1995. С. 58-60.
23. Буггугутова З.С. Исследование "репрессизации-сенситизации" в структуре индивидуальности // Психологические проблемы индиви-

- дуальности. Вып. III. Науч, сообщ. к семинару-совещанию молодых ученых. Л.; М., 1985. С. 110-113.
24. Былкина Н.Д. Алекситимия (аналитический обзор зарубежных исследований) // Вестник Московского ун-та. Сер. 14. Психология. 1995. № 1. С. 43-53.
25. Былкина Н.Д. Развитие зарубежных психосоматических теорий (аналитический обзор) // Психологический журнал. 1997. Т. 18. № 2. С. 149-160.
26. Бэррон Р., Ричардсон Д. Модель поведения лиц, предрасположенных к коронарным заболеваниям, и агрессия: почему «А» в типе «А» может означать агрессию? // Агрессия. СПб., 1998. С. 203-205.
27. Васильева И.А., Вассерман Л.И., Клубова Е.Б., Петрова Н.М. Механизмы психологической защиты у больных, получающих лечение гемо-диализом // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева 1995. № 3-4. С. 224-231.
28. Василюк Ф.Е. Психология переживания (анализ преодоления критических ситуаций). М., 1984.
29. Васянинова В.В., Менделевич В.Д. Особенности пограничных непсихотических расстройств у больных разных возрастных групп после радикальных онкологических операций // Казанский медицинский журнал. 1995. Т. 76. № 5. С. 380-382.
30. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., Вукс А.Я. Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни. Л., 1987.
31. Велосо П.Э. Динамика отношения к болезни у больных хроническими неспецифическими заболеваниями легких: Автореф, канд. дис. М., 1990.
32. Ганелина И.Е. и др. Личностные особенности и отдаленный прогноз инфаркта миокарда // Кардиология. 1978. Т. 18. № 8. С. 101-108.
33. Ганелина И.Е., Краевский Я.М. О преморбидных особенностях личности больных ишемической болезнью сердца // Кардиология. 1971. Т. 11. № 2. С. 40-45.
34. Гарбер Е.И. Психология боли // Психология здоровья. Психологическое здоровье. Вып. 2. Саратов, 1998. С. 42-44

35. Гарбер Е.И. Психология боли и обезболивания (Сообщение второе) // Вопросы практической психологии. Вып. 11. Саратов, 1998. С. 87-89.
36. Гаркалов К.А., Белевский А.С. Медико-социальное значение обучения больных бронхиальной астмой // Пульмонология (Москва). 1996. № 4. С. 28-30, 32-39.
37. Гладков А.Г., Грачева Н.И. Методика для оценки личностных установок больных с кардиоваскулярной патологией к врачебным рекомендациям // Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии. Л., 1990. С. 120-121.
38. Гнедин Е.А. Себя не потерять ...// Новый мир. 1988. № 7. С. 173-209.
39. Гнездилов А.В. Путь на Голгофу. Очерки работы психотерапевта в онкологической клинике и хосписе. СПб., 1995.
40. Гнездилов А.В. Проблемы социальной психологии в зеркале хосписной службы. // Социальная психология: Практика. Теория. Эксперимент Практика. Т. I, Ярославль, 2000. С. 148.
41. Гоштаутас А.А., Крищунайте Р.Й. Применение психологических методов для измерения поведения, увеличивающего риск развития ИБС // Терапевтический архив. 1981. Т. 53. С. 46-48.
42. Грановская Р.М. Элементы практической психологии. Л., 1988.
43. Гриневич В.Б., Косенков Н.И. Перловский О.И. Психологические особенности больных язвенной болезнью желудка // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 1996 №№ 3-4. С. 111-118.
44. Гройсман А.Л. Медицинская психология. Ч. 3.: Психосоматический, психопрофилактический разделы. М., 1996.
45. Грофф С., Галифакс Дж. Человек перед лицом смерти. М., 1995.
46. Губачев Ю.М. Жузжанов О.Т., Симаненков В.И. Психосоматические аспекты язвенной болезни. Алма-Ата, 1990.
47. Джангинов Е.А., Гладков А.Г., Айвазян Т.А. и др. Сравнительное изучение различных методов оценки межличностных отношений у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями // Психологический журнал. 1988. Т. 9. №4. С. 83-88.

48. Дорожевец А.Н. Искажение образа физического Я у больных ожирением и нервной анорексией: Автореф, канд. дис. М., 1986.
49. Досталова О. Как сопротивляться раку. СПб., 1994
50. Елецкий В.Ю., Музыченко Г.Ф. Личностные изменения у больных псориазом и нейродермитом // Психологическое обеспечение психического и физического здоровья человека: Тез. докл. к VII съезду Обва психологов СССР. М., 1989. С. 107-108.
51. Еремеев М.С. Варианты психосоматического развития при гипертонической болезни // Журнал невропатологии и психиатрии. 1974. Т. 74. №4. С. 1699-1703.
52. Завизион В.Ф., Ольхов О.Г., Коссэ В.А. Оценка уровня тревожности онкологических больных в предоперационном периоде и ее коррекция. // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 1995 №№ 3-4. С. 87-91
53. Завьялов В.Ю. Необъявленная психотерапия. М.-Екатеринбург, 1999.
54. Зайковский К., Хаустейн У., Винецки П. Особенности отношения к болезни у больных с псориазом // Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии. Л., 1990. С. 77-81.
55. Зайцев В.П., Храмелашвили В.В. Проблема мотивации больных ишемической болезнью сердца к участию в программе вторичной психопрофилактики // Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии. Л., 1990. С. 16-21.
56. Зимин Ю.В. Некоторые социальные и психологические факторы в этиологии ИБС // Кардиология, 1974. Т. 14. № 8. С. 133-143.
57. Зорза Р., Зорза В. Путь к смерти: жить до конца. М., 1990.
58. Зощенко М.М. Повесть о разуме. М., 1976.
59. Иванова Е.В. Смысл болезни в контексте семейных взаимоотношений (на примере атопических дерматитов у детей) // Вестник Московского ун-та. Серия 14. Психология. 1993. № 1. С. 31-38.
60. Иванова О.Е. Психологические аспекты бронхиальной астмы // Актуальные вопросы клинической медицины: Матер, конф, молодых ученых. М., 1996. С. 19.

61. Исаев Д.Н. Психосоматическая медицина детского возраста. СПб., 1996.
62. Кабанов М.И., Личко А.Е., Смирнов В.И. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. Л., 1983.
63. Каган В.Е. Внутренняя картина здоровья - термин или концепция? // Вопросы психологии. 1993. № 1. С. 86-88.
64. Калитеевская Е.Р. Отношение к болезни у подростков с хроническими соматическими заболеваниями // Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии. Л., 1990. С. 81-85.
65. Калитеевская Е.Р., Куликов Ю.Д. Коррекция патохарактерологических особенностей подростков и юношей, страдающих психосоматическими заболеваниями, в процессе индивидуальной и групповой деятельности // Психологические проблемы индивидуальности. Вып. III. Науч. сообщ. к семинару-совещанию молодых ученых. Л.; М., 1985. С. 202-205.
66. Канищев П.А. Изменения личностного профиля у больных с заболеваниями органов пищеварения // Психологический журнал. 1983. Т. 4. №1. С. 99-105.
67. Карвасарский Б.Д. Медицинская психология. М., 1982.
68. Карвасарский Б.Д. Психотерапия. М., 1985.
69. Карвасарский Б.Д. Области применения групповой психотерапии // Групповая психотерапия. М., 1990. С. 12-77.
70. Квасенко А.В., Зубарев Ю.Г. Психология больного. Л., 1980.
71. Ковалевский В.А. Некоторые интеллектуальные особенности младших школьников с хроническими соматическими заболеваниями // Сибирский психологический журнал. 1998. Вып. 7. С. 65-67.
72. Козлова О.В. Взаимосвязь некоторых компонентов самосознания с возрастными особенностями внутренней картины болезни: Дипломная работа. Ярославль, 2000.
73. Коломиец А.М. Психологические особенности детей школьного возраста, больных ревматоидным артритом // Психологическое обеспечение психического и физического здоровья человека: Тез. докл. к VII съезду Об-ва психологов СССР. М., 1989. С. 118.

74. Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине. Прага, 1983.
75. Короленко Ц.П. Работоголизм: приветствовать или лечить. ЭКО. 1992, № 11, с. 143-148.
76. Коростелева И.С., Ротенберг В.С. Проблема алекситимии в контексте психосоматических расстройств // Телесность человека: междисциплинарные исследования. М., 1993. С. 142-150.
77. Коршунов Н.И. Ревматоидный артрит как психосоматическое заболевание. Психологические аспекты лечения // Новости медицины и фармации. 1994. № 2. С. 42-47.
78. Коршунов Н.И., Аксенфельд Р.Г., Капустина Л.В. Ревматоидный артрит: отношение пациентов к болезни // Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии. Л., 1990. С. 89-94.
79. Коршунов Н.И., Аксенфельд Р.Г., Савельева М.И. и др. Психологические защиты "ревматоидной личности" // Познавательные процессы и личность в норме и патологии. Ярославль, 1995. С. 88-91.
80. Куликов Л.В. Психология настроения. СПб., 1997.
81. Купер К.Л. Реакция на стресс у "белых" и "синих воротничков" // Психосоциальные факторы на работе и охрана здоровья. Женева, 1989. С.90-94.
82. Купер К.Л. Склонность к стрессу: поведение типа А // Психосоциальные факторы на работе и охрана здоровья. Женева, 1989. С. 127-131.
83. Купер К.Л., Дэвидсон М. Источники стресса на работе и их связь со стрессорами вне ее // Психосоциальные факторы на работе и охрана здоровья. Женева, 1989. С. 97-107.
84. Лазарус Р. Теория стресса и психофизиологические исследования // Эмоциональный стресс. Л., 1970. С. 178-208.
85. Лакосина Н.Д., Ушаков Г.К. Медицинская психология. М., 1984.
86. Лафи С.Г. Психологические особенности травматического стресса при ожоговой болезни: Автореф, канд. дис. М., 1995.
87. Левил Л. Психосоматические заболевания как следствие профессионального стресса // Психосоциальные факторы на работе и охрана здоровья. Женева, 1989. С. 78-89.

88. Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. М., 1975.
89. Либин А.В. Дифференциальная психология: на пересечении европейских, российских и американских традиций. М., 1999.
90. Либина Е.В. Тренинг совладания со сложными жизненными ситуациями. М., 1998.
91. Либих С.С., Давыдова Т.С. Информация как средство изменения психического состояния // Психические состояния (Экспериментальная и прикладная психология). Вып. 10. Л., 1980. С. 106-113.
92. Ливанова М.Н. Психосоматическая детерминация интеллектуально-личностного развития соматически ослабленных детей: Автореф, канд. дис. Казань, 1997.
93. Личко А.Е., Иванов Н.Л. Медико-психологическое обследование соматических больных // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1980. № 8. С. 1195-1198.
94. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания. М., 1977.
95. Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Креггер Ф. Психосоматический больной на приеме у врача. СПб., 1994.
96. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. М., 1998.
97. Миллс Д., Кроули Р. Терапевтические метафоры для детей и «внутреннего ребенка». М., 1996.
98. Михайлов А.Н., Ротенберг В.С. Особенности психологической защиты в норме и при соматических заболеваниях // Вопросы психологии. 1990. №5. С. 106-111.
99. Морозов В.И., Кокушкин В.Н. О возможности использования патохарактерологического диагностического опросника в кардиохирургической клинике // Проблемы медицинской психологии. Л., 1976. С. 111-113.
100. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику: Психологическое исследование. М., 1987.
101. Николаева В.В. Медицинская психология в соматической клинике // Социальные и психологические проблемы активизации челове-

- ского фактора в народном хозяйстве: Тез. докл. Всесоюзн. науч.-практ. конф. Ч. 1. М., 1987. С. 57-58.
102. Николаева В.В. О психологической природе алекситимии // Телесность человека: междисциплинарные исследования. М., 1993. С. 84-93.
103. Николаева В.В., Арина Г.А. От традиционной психосоматики к психологии телесности // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. 1996. № 2. С. 8-18.
104. Никольская Е.А. Психоэмоциональные нарушения у больных ревматоидным артритом (обзор) // Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии. Л., 1990. С. 145-152.
105. Орлова М.М. О формах "психологической защиты" у больных бронхиальной астмой // Психологическое обеспечение психического и физического здоровья человека: Тез. докл. к VII съезду Об-ва психологов СССР. М., 1989. С. 127-128.
106. Орлова М.М., Фролова С.В. Особенности личности гастроэнтерологических больных // Спорт, здоровье и фактор внимания. Саратов, 1996. С. 129-130.
107. Пельцман Л. Стрессовые состояния у людей, потерявших работу // Психологический журнал. 1992. Т. 13. № 1. С. 126-130.
108. Плотников Д.В. Психофизиологические основы поведения, составляющего фактор риска ИБС (Тип А). Курск, 1995.
109. Положенцев С.Д., Руднев Д.А. Поведенческий фактор риска ишемической болезни сердца (Тип А). Л., 1990.
110. Поляков Ю.Ф. Клиническая психология: состояние и проблемы // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. 1996. № 2. С. 3-8.
111. Посысов О. Стройте к болезни здоровое отношение // Золотое кольцо. 1994. 15 марта. С. 3.
112. Практическая психодиагностика. Методики и тесты / Сост. Д.Я. Райгородский. Самара, 1999.
113. Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии / Ред. Л.И. Вассерман, В.П. Зайцев. Л., 1990.

114. Психосоматика: Взаимосвязь психики и здоровья. Хрестоматия / Сост. К.В. Сельченко. Минск. 1999.
115. Резникова Т.Н., Смирнов В.М. О моделировании "внутренней картины болезни" // Проблемы медицинской психологии. Л., 1976. С. 122-124.
116. Рейковский Я. Экспериментальная психология эмоций. М., 1979.
117. Роговин М.С., Урванцев Л.П., Зимовский В.Ф. Психология в деятельности врача // Клиническая медицина. 1986. № 5. С. 133-140.
118. Рожанец Р.В., Копина О.С. Психологические проблемы профилактической кардиологии // Психологический журнал. 1986. Т. 7. № 1. С.45-54.
119. Русина Н.А. Психосоциальный подход к диагностике и коррекции онкологических заболеваний // Социальная психология: Практика. Теория. Эксперимент Практика. Т. III, Ярославль, 2000. С. 88-91.
120. Савельева М.И. Личность больных ревматоидным артритом и эффект лечения // Новости медицины и фармации. 1994. № 2. С. 58.
121. Савельева М.И. Ревматоидный артрит: психосоматические отношения и внутренняя картина болезни: Автореф, канд. дис. Ярославль, 1995.
122. Саймонтон К., Саймонтон С. Возвращение к здоровью: Новый взгляд на тяжелые болезни. СПб., 1995.
123. Саморегуляция и прогнозирование социального поведения личности / Под ред. В.А. Ядова. Л., 1988.
124. Саргаутите Р., Семенова Н.Д. Опыт психотерапии с больными ревматоидным артритом // Московский психотерапевтический журнал. 1996. №4. С. 99-105.
125. Саховский П.И. Влияние психологического статуса личности на развитие остеохондроза // В.М. Бехтерев и современная психология: Тез. междунар. науч.-практ. конф. Казань, 1995. С. 143-144.
126. Семенова Н.Д. Психологическая коррекция в профилактике бронхиальной астмы // Психологическое обеспечение психического и физического здоровья человека: Тез. докл. к VII съезду Об-ва психологов СССР. М., 1989. С. 156-157.

127. Семенова Н.Д. Возможности психологической коррекции алекситимии // Телесность человека: Междисциплинарные исследования. М., 1993, С. 94-100.
128. Серов Н.В. Лечение цветом. СПб., 1993.
129. Сигель Б. Чему меня научили пациенты // Человек. 1994. № 4. С. 153-159.
130. Смулевич А.Б и др. Психосоматические расстройства: клиника, эпидемиология, терапия, модели медицинской помощи // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1999. Т. 99. № 4. С. 4-16.
131. Смулевич А.Б., Тхостов А.Ш., Сыркин А.Л. и др. Клинические и психологические аспекты реакции на болезнь (к проблеме нозогений) // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1997. Т. 97. № 2. С. 4-9.
132. Соколов А.В., Лапкин М.М. Практические аспекты психодиагностического тестирования больных хроническим бронхитом: Методические рекомендации. Рязань, 1994.
133. Соколова Е.Т. Самосознание и самооценка при аномалиях личности. М., 1989.
134. Соколова Е.Т., Николаева В.В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. М., 1995.
135. Степанович Д.А. Диагностические задачи в работе психолога с контингентом, имеющим психосоматические расстройства // Психологическое обеспечение психического и физического здоровья человека: Тез. докл. к VII съезду Об-ва психологов СССР. М., 1989. С. 134-135.
136. Страхова Л.М. Эмоциональный показатель динамики здоровья // Спорт, здоровье и фактор внимания. Саратов, 1996. С. 122-126.
137. Сукиасян С.Г., Минасян А.М. Клинические опросники для раннего выявления соматизированных психических нарушений // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. 1994. № 2. С.73-76.
138. Суслова Е.А. Исследование психологических факторов риска ИБС // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1983. Т. 83. Вып. 5. С. 763-768.

139. Суханов И.М., Шпикалов А.Ю. Психологические эффекты безработицы // Профессиональный потенциал. 2000. № 3. С. 14-19.
140. Ташлыков В.А. Психология лечебного процесса. Л., 1984.
141. Ташлыков В.А. Психологическая защита у больных неврозами и с психосоматическими расстройствами. СПб., 1992.
142. Ташлыков В.А., Бобровская М.И., Костерева Е.Я. О методике экспериментально-психологического исследования взаимоотношений врача и больного в психотерапии // Клинико-психологические исследования личности. Л., 1971. С. 247-250.
143. Телесность человека: Междисциплинарные исследования / Отв. ред. В.В.Николаева, П.Д.Тищенко. М., 1993.
144. Титова В.Г. Урываев В.А. Социально-психологические аспекты паллиативной медицины // Социальная психология – XXI век. Т. 2. Ярославль, 1999. С. 333-334.
145. Торонтская алекситимическая шкала / Авторы-составители: Ересько Д.Б. и др. СПб., 1994.
146. Тхостов А.Ш. Психологический анализ изменений личности при некоторых онкологических заболеваниях: Автореф, канд. дис. М., 1980.
147. Тхостов А.Ш. Болезнь как семиотическая система // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. 1993. № 1. С. 3-16.
148. Тхостов А.Ш. Болезнь как семиотическая система (окончание) // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. 1993. № 4. С.13-24.
149. Тхостов А.Ш., Арина Г.А. Теоретические проблемы исследования внутренней картины болезни // Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии. Л., 1990. С. 32-38.
150. Тютяева О.А. Исследование когнитивно-аффективных соотношений и дифференциации эмоций у больных бронхиальной астмой: Дипломная работа. Ярославль, 2000.
151. Урванцев Л.П. Психология в работе врача. Ярославль, 1993.

152. Урванцев Л.П. Психологические аспекты работы с больными: внутренняя картина болезни// Новости медицины и фармации. Ярославль. 1994. №2. С. 40-41.
153. Урываев В.А. Актуальные проблемы психологии в практической медицине. Ярославль, 1998.
154. Урываев В.А. Большие социальные группы и некоторые проблемы медицинской психологии. // Социальная психология: Практика. Теория. Эксперимент Практика. Т. III, Ярославль, 2000. С. 190-193.
155. Ушаков Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства. М., 1987.
156. Филякова Е.Г. Образ «Я» подростков с хроническими психосоматическими заболеваниями и рекомендации к проведению психокоррекционной и психотерапевтической работы // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. 1999. № 2. С. 14-23.
157. Фрейд А. Психология "Я" и защитные механизмы. М., 1993.
158. Фресс П. Эмоции // Экспериментальная психология. М., 1975. Вып. 5. С. 111-195.
159. Харди И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными. Будапешт, 1988.
160. Харьковский А. Медицины без чудес не бывает // Человек. 1994. №4. С. 159-160.
161. Хомская Е.Д. Нейропсихология индивидуальных различий// Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. 1996. № 2. С.24-32.
162. Хохлов Л.К., Урываев В.А., Антонова С.М., Большакова Т.В. Медико-психологическая характеристика личности ребенка в клинике. Ярославль, 1999.
163. Храмелашвили В.В., Лебедев В.Б. Психологические проблемы в клинике сердечно-сосудистых заболеваний: немедикаментозные методы вмешательства при ишемической болезни сердца: Обзорная информация. Вып. 1.М., 1986.
164. Челянов Д.И., Аверин Г.А. Опыт психотерапевтического лечения бронхиальной астмы // Личность в современных исследованиях. Вып. 2. Рязань, 1977. С. 49-51.

165. Чулкова В А. О необходимости психокоррекционной работы с больными раком молочной железы в амбулаторных условиях // Психологическое обеспечение психического и физического здоровья человека: Тез. докл. к VII съезду Об-ва психологов СССР. М., 1989. С. 140-141.
166. Шамионов Р.М. Здоровый образ жизни и личностная зрелость как объект изучения психологии здоровья // Психология здоровья. Психологическое здоровье. Вып. 2. Саратов, 1998. С. 131-133
167. Шафранская К.Д. Психологические трудности общения лиц с косметическими дефектами// Психология межличностного познания. М., 1981.С. 212-221.
168. Шефов С.А. Проблема жизни и смерти в традиции экзистенциального консультирования: Дипломная работа. Ярославль, 1997
169. Шефов С.А. Отношение к жизни и смерти глазами психолога // Психология и практика. Т. 4. Вып. 5. Ярославль, 1998. С. 426-430.
170. Шмелева Н.Б. и др. Транскультурный характер социальной работы в паллиативной медицине Социальная психология – XXI век. Т. 2. Ярославль, 1999. С. 437-439.
171. Шутценбергер А.А. Тяжелобольной пациент (15-летний опыт применения психодрамы для лечения рака) // Вопросы психологии. 1990. №5. С. 94-106.
172. Шхвацабая И.К., Зайцев В.П. Деонтологические проблемы кардиологии // Медицинская этика и деонтология. М., 1983. С. 201-214.
173. Эберлейн Г. Страхи здоровых детей: Практическое пособие для родителей. М., 1981.
174. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В.В. Семейная психотерапия. Л., 1990.
175. Эльштейн Н.В. Диалог о медицине. Таллин, 1986.
176. Языкова Т.А., Зайцев В.П. Поведение типа А: проблемы изучения и психологическая коррекция // Психологический журнал. 1990. Т. 11. № 5. С. 56-60.
177. Яльцева Н.В. Некоторые субъективные факторы в оценке эффективности лечения больных ревматоидным артритом. Диада «врач-больной»: Автореф. канд. дис. Ярославль, 1995.

178. Blount R.L., Sturger J.W., Powers S.W. Analysis of child and adult behavioral variations by phase of medical procedure // Behavioral Ther. 1990. V. 21.N 1. P. 33-48.
179. Eccleston C. Chronic pain and attention: A cognitive approach // British Journal of Clinical Psychology. 1994. V. 33. N 4. P. 535-547.
180. Feifel H. Death — relevant variable in psychology // Existential psychology. N.Y., 1969. P. 58-71
181. Friedman H.S., Hawley P.H., Tacker J.S. Personality, health and longevity // Current directions in psychological science. 1994. V. 3. N 2. P. 37-41.
182. Greenwald D.F., Harder D. W. Sustaining fantasies and psychopathology in a normal sample // Journal of Clinical Psychology. 1994. V.50. N 5. P. 707-710.
183. Hamburg D., Elliott G., Parron D. Health and behavior: frontiers of research in the biobehavioral sciences. Washington, 1982.
184. Kotler T. et al. Avoidant attachment as a risk factor for health // British Journal of Medical Psychology. 1994. V. 67. N 3. P. 237-245.
185. Lehrer P.M., Isenberg S., Hochron S.M. Asthma and emotion: A review//Journal of Asthma. 1993. V. 30. N 1. P. 5-21.
186. Leigh H., Reiser M.F. The patient: Biological, psychological and social dimensions of medical practice. N.Y., London, 1985.
187. Ludwick-Rosenthal R., Neufeld R.W.J. Stress management during noxious medical procedures: An evaluative review of outcome studies // Psychological Bulletin. 1988. V. 104. N 3. P. 326-342.
188. Matteson M.T., Ivancevich J.M. Type A and B behavior patterns and self-reported health symptoms and stress: examining individual and organizational fit //Journal of occupational medicine. 1982. V. 24. P. 585-589.
189. Melzack R., Walf P.D. Pain mechanisms: A new theory // Science. 1965. № 150 P. 971-980.
190. Rachman S.J., Philips C. Psychology and medicine. L., 1973.
191. Rathus S.A., Nevid J.S. Abnormal psychology. New Jersey, 1991.
192. Reesor K.A., Craig K.A. Medically incongruent chronic pain: Physical limitations, suffering and ineffective coping // Pain. 1988. № 32. P. 35-45.

193. Seeman M., Evans I.W. Alienation and learning in hospital setting // American Sociological Review. 1962. V. 27. P. 772-782.
194. Turk D.C. Perspectives on chronic pain: The role of psychological factors // Current directions in psychological sciences. 1994. V. 3. № 2. P. 45-48.
195. Viinamaki H., Koskela K., Niskanen L. The impact of unemployment on psychosomatic symptoms and mental well-being // Journal of Social Psychiatry. 1993. V. 39. N 4. P. 266-273.
196. Williams C., House A. Reducing the cost of chronic somatisation // Irish Journal of Psychological Medicine. 1994. V. 11. N 2. P. 79-82.